

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar

Pszichológia Doktori Iskola

Fejlődés és Klinikai Pszichológia Program



**A GYERMEKKORI SÖTÉTTŐL VALÓ FÉLELEM
JELLEMZŐI ÉS
SZÜLŐ ÁLTAL VEZETETT TERÁPIÁJA**

Doktori (Ph.D) értekezés

Kopcsó Krisztina

Témavezető: Dr. habil. Láng András

Pécs

2019

Tartalomjegyzék

Köszönetnyilvánítás	5
I. Előszó.....	7
II. Elméleti háttér.....	9
1. A kisgyermekkorai fejlődés természete és közege.....	9
2. Az óvodáskor sötétől való félelemmel összefüggő fejlődéslélektani sajátosságai.....	12
2.1. Kognitív fejlődés.....	12
2.2. Nyelvfejlődés és kommunikáció.....	13
2.3. Tárgykapcsolatok és szeparációs szorongás	15
3. Az érzelemszabályozás fejlődése	17
3.1. Az érzelemszabályozás folyamatmodellje.....	17
3.2. A fejlődés iránya.....	20
3.3. Egyéni különbségek háttere	21
4. Internalizáló problémák.....	23
4.1. Normál félelmek	24
4.2. Szorongásos zavarok.....	25
4.3. Egyéni különbségek háttere	26
5. Alvási nehézségek	29
5.1. Gyakoriság	29
5.2. Korrelátumok	30
6. Sötétől való félelem.....	32
6.1. Konceptualizáció.....	32
6.2. A sötétség pszichológiai hatása	35
6.3. Mérési lehetőségek.....	37
6.4. Gyakoriság	39
6.5. Tartalom.....	41
6.6. Egyéni különbségek háttere	42
6.7. Összefüggések egyéb pszichológiai problémákkal.....	44
7. Intervenció	46
7.1. Gyermekkorai szorongás terápiája	46
7.2. A szülő, mint viselkedésterapeuta.....	49
7.3. Sötétől való félelem kognitív viselkedésterápiája	51
7.4. Önségítő mesekönyvvel a sötétől való félelem ellen.....	54
III. A kutatás célja	57

IV. Első vizsgálat	58
1. A vizsgálat célja.....	58
2. Módszer	59
2.1. Vizsgálati eljárás.....	59
2.2. Minta.....	60
2.3. Vizsgálati eszközök	61
2.3.1. Történetek felvétele és kódolása	61
2.3.2. Kérdőívek.....	64
3. Eredmények	68
3.1. Normalitásvizsgálat.....	68
3.2. Anyai és apai adatok együttjárása.....	69
3.3. Adatredukció.....	70
3.4. Leíró adatok	71
3.4.1. Sötétől való félelem előfordulása és intenzitása	71
3.4.2. Temperamentum.....	72
3.4.3. Gyermekviselkedés	72
3.4.4. Szülői érzelemszabályozás	72
3.5. Sötétől való félelem kapcsolata a demográfiai változókkal.....	73
3.6. Sötétől való félelem kérdőíves adatokkal mutatott összefüggései.....	73
3.7. Sötétől való félelem összefüggései a gyerekek által mesélt történetekkel	75
3.8. Eredmények összegzése.....	76
4. Megvitatás	77
4.1. A sötétől való félelem előfordulása és intenzitása.....	77
4.2. Sötétől való félelem kapcsolata a demográfiai változókkal.....	77
4.3. Sötétől való félelem pszichológiai korrelátumai	78
5. A vizsgálat korlátai.....	80
6. Összegzés.....	80
V. Második vizsgálat.....	82
1. A vizsgálat célja.....	82
2. Módszer	82
2.1. Vizsgálati eljárás.....	82
2.2. Minta	85
2.2.1. Az első kérdőívesomagot kitöltő 73 fő bemutatása	85
2.2.2. A hiánytalan részvételt nyújtó 63 fő bemutatása	88

2.3. Vizsgálati eszközök	90
2.3.1. Gyermekkel felvett interjú	90
2.3.2. Kérdőívek	90
3. Eredmények	95
3.1. Hiányzó adatok	95
3.2. Normalitásvizsgálat.....	97
3.3. Az első kérdőívcsomag leíró adatai és a minta jellemzése	99
3.4. A változók együttjárásai	102
3.5. Nemi eltérések	102
3.6. Korral mutatott összefüggések.....	105
3.7. Hatékonyságvizsgálat	105
3.7.1. Adherencia	105
3.7.2. A gyerekek által megválaszolt vizuális-analóg skála idői változása.....	107
3.7.3. Megküzdés módjának idői változása.....	107
3.7.4. Szülői éjszakai megnyugtató heti rendszerességének idői változása.....	108
3.7.5. Várólistás és intervenciós csoport összevetése	109
3.7.6. Skála-típusú adatok idői változása	111
3.7.7. Az intervenció sikerességét befolyásoló változók	116
3.8. Szubjektív szülői elégedettség az intervenciós csoportban	126
3.9. Szubjektív szülői megjegyzések a Fényapó könyvvel kapcsolatban.....	126
4. Megvitatás	128
4.1. Az első kérdőívcsomag leíró adatai és a minta jellemzése	129
4.1.1. A probléma súlyossága.....	129
4.1.2. Tartalom, megküzdés és eredet	131
4.2. A változók együttjárásai	132
4.3. Nemi eltérések	133
4.4. Korral mutatott összefüggések.....	133
4.5. Hatékonyságvizsgálat	134
4.5.1. Adherencia	134
4.5.2. Az éjszakai félelem különböző mutatóinak időbeli változása	135
4.5.3. Az intervenció sikerességét befolyásoló változók	137
4.6. Szubjektív szülői elégedettség és szülői megjegyzések az intervenciós csoportban.....	139
4.7. A vizsgálat korlátai	141
4.8. Összegzés.....	142
VI. Konklúzió.....	143

Ábrajegyzék	145
Táblázatjegyzék.....	145
Irodalomjegyzék.....	147
Mellékletek.....	180
Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről	209

Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek **Dr. Láng Andrásnak**. Köszönöm pótolhatatlan szakmai támogatását és a témaválasztásomba és kitűzött céljaimba vetett töretlen hitét. Hálás vagyok érte, hogy együtt tettük meg ezt az utat és ennyit tanulhattam közben.

Köszönettel tartozom a **Révai Miklós Gimnázium** összes tanárának a középiskolás éveimben lerakott szilárd alapokért, és a **Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének**, amely segített ezekre sikerrel építkezni. Köszönetemet fejezem ki a graduális és a doktori képzés szemléletformáló oktatóinak, különösen **Prof. Dr. Péley Bernadettenek** valamint a Fejlődés- és klinikai gyermekpszichológia szakirányon oktató szakembereknek. Köszönöm a **Kerényi Károly Szakkollégium** közösségének is a tudományos tevékenységemre kifejtett motiváló hatását.

Köszönetemet fejezem ki a **kutatásomban résztvevő összes családnak**, kisgyermeknek és szülőnek egyaránt. Valamint köszönöm mindazoknak, akik segítettek a kutatás hírét kelteni, így például az óvodavezetőknek, a pszichológus kollégáknak és a szülőknek. Köszönöm az **egyetemi hallgató** és **doktorandusz** társaim közreműködését, akik segítségével az adatfelvétel és az elemzés nem valósulhatott volna meg.

Az önségítő mesekönyv adaptálását illetően hálával tartozom **Mary F. Coffmannak**, aki már az első kapcsolatfelvételnél lelkes támogatásáról biztosított, valamint **Dorn Krisztinának**, a kiváló magyar fordítás elkészítéséért.

Köszönetemet fejezem ki jelenlegi munkatársaimnak a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetéből, különösen **Dr. Spéder Zsolt** igazgatónak, az inspiráló szakmai közegért és a doktori kutatásom elkészülésének támogatásáért.

Végezetül, de nem utolsó sorban, hálás köszönettel tartozom a **családomnak és a barátaimnak**, akikre mindig számíthattam és akik a legreményvesztettebbnek tűnő pillanatokban is táplálták a saját magamba vetett hitemet. Nélkülük ez a disszertáció soha nem készülhetett volna el.



I. Előszó

A sötétől való félelem gyakori, a tipikus fejlődés részeként jellemzően koragyermekkorban megjelenő félelemtípus, amely sok esetben az életkor előrehaladtával enyhül vagy megszűnik, bármiféle szakmai beavatkozás nélkül. Az éjszakai sötétségben tapasztalt normatív félelem mértéke is jelentős egyéni különbségeket mutat, bizonyos gyermekek sötétől való félelme pedig az átlagosnál magasabb intenzitású, időben stabil, és kockázatot jelent a későbbi érzelmi-hangulati problémák tekintetében.

A sötétől való félelem mértéke az egészen enyhe és/vagy alkalmi megjelenéstől a nagyon intenzív és/vagy gyakori előfordulásig igencsak változatos lehet, súlyosnak pedig akkor tekinthetjük, ha a magas intenzitáshoz és gyakorisághoz átfogóbb diszfunkcionalitás is társul. Szakemberhez fordulva a kapcsolódó tünetek (túlzott mértékű sötétől való félelem, tiltakozás a sötétben és/vagy egyedül alvással szemben, elalvási nehézség, éjszakai felébredés és visszaalvás nehézsége) specifikus fóbia, szeparációs szorongásos zavar vagy inszomnia diagnózisát eredményezhetik. Szélsőséges formájában az éjszakai félelem mind a gyermek, mind családja életére negatív hatást gyakorol.

Feltehetőleg alapvetően normatív, átmeneti és heterogén jellege miatt a sötétől való félelem a tudományos pszichológia aránylag kevésbé kutatott területe, különösen Magyarországon. A témában megjelent nemzetközi szakirodalom is túlnyomórészt a sötétben fellépő félelem leíró jellegzetességeinek és terápiás kezelési lehetőségeinek számbavételét célozza, így az intenzitásával és gyakoriságával összefüggő változókról és a közvetítő mechanizmusokról keveset tudunk.

Kutatásom célja a sötétől való félelemmel összefüggő intrapszichés és szülői változók feltárása óvodáskorban, és egy kapcsolódó biblioterápiás eszköz, az *Uncle Lightfoot, Flip That Switch: Overcoming Fear of the Dark* magyar adaptációjának hatékonyságvizsgálata 4-8 évesek körében. Azért esett a választásom a kisgyermekkor időszakára, mert ez az az életszakasz, amikor a sötétől való félelem gyakorivá válik, és a szülők által is észlelt problémaként jelentkezik, ezáltal pedig intervenció pontként szolgálhat. Az *Uncle Lightfoot* könyv ígéretes intervenció eszköznek mutatkozik, hiszen a használatával támogatott szülő által vezetett terápia külföldi kutatásokban hatékonyan csökkentette a kisgyermek éjszakai félelmeit. Jelen hatásvizsgálat további érdekességét adja, hogy magyar viszonylatban sem a pszichológiai témájú önségítő könyvek, sem a gyermekkori szorongásos problémákat célzó szülő által vezetett terápia hatékonyságát illetően nem készültek a korábbiakban tudományos vizsgálatok.

Doktori értekezésemben elsőként a kutatásom szempontjából releváns szakirodalmat mutatom be. Az elméleti háttér kezdeteként kijelölöm azt az elméleti keretet, amelyben a gyermekkori fejlődést szemlélem, majd pedig bemutatom a vizsgált korcsoport sötétől való félelemmel összefüggő fejlődéslélektani sajátosságait, külön fejezetben tárgyalva az érzelemszabályozás fejlődését és egyéni különbségeit. Ezt követően ismertetem a gyermekkori internalizáló problémák – azon belül a sötétől való félelmet is magukba foglaló normál félelmek és szorongásos zavarok – főbb jellemzőit és egyéni különbségeinek hátterét, valamint a gyermekkori alvási nehézségek gyakoriságát és korrelátumait. (Bár a kötődés és a temperamentum jelentős helyet foglalnak el dolgozatom konceptuális felépítésében, mivel doktori értekezésem és annak irodalmi háttere a sötétől való félelem köré szerveződik, ezért a kötődés és temperamentum vonatkozásait csupán a releváns alfejezetekbe építve ismertetem.) Az elméleti háttér második felében a sötétől való félelem szűken vett irodalmát tárgyalom, amely során kitérek annak konceptualizációjára, a sötétség pszichológiai hatásaira, a sötétől való félelem mérési lehetőségeire, gyakoriságára, tartalmára, egyéni különbségeinek hátterére és korrelátumaira. Végül ismertetem a szorongásos zavarok és a sötétől való félelem hatékony terápiás lehetőségeit, különös hangsúllyal a szülő által vezetett kognitív viselkedésterápia és az *Uncle Lightfoot* biblioterápiás eszköz irodalmára.

Az elméleti háttérrel követően bemutatom a disszertáció keretei között végzett két vizsgálatot és azok gyakorlati hasznosíthatóságát. Az elvégzett vizsgálatok célja a gyermekkori sötétől való félelem gyermeki és szülői összefüggéseinek feltárása volt, valamint egy éjszakai félelmeket célzó, önsegítő könyvvel támogatott szülő által vezetett terápiás módszer hatékonyságvizsgálata. A kutatás igazolta, hogy a sötétől való félelem és a sötétben egyedül történő alvás elkerülése valóban gyakori és normatív gyermekkori jelenség, amely alapvetően nem társul sem átfogó érzelmi-viselkedési problémákhoz, sem érzelemszabályozási nehézségekhez, azonban jelentősen összefügg a gyermek szorongásával és alvásproblémáival. A vizsgálat tanúsága szerint az éjszakai félelem aktuális és jövőbeni negatív hatásainak csökkentésében valós segítséget jelenthet az *Uncle Lightfoot* önsegítő könyv, amely kutatásomban a gyerekek főbb demográfiai és klinikai jellemvonásaitól függetlenül járult hozzá az éjszakai félelmek csökkenéséhez és az adaptívabb éjszakai viselkedéshez, különösen a javasolt deszenzitizációs és relaxációs játékokra fordított időn keresztül.

Értekezésem rámutat, hogy az önsegítő mesekönyvvel támogatott szülő által vezetett terápia ígéretes első-vonalbeli intervenció irány a gyermekkori szorongásos problémák tekintetében, amely további vizsgálatra érdemes.

II. Elméleti háttér

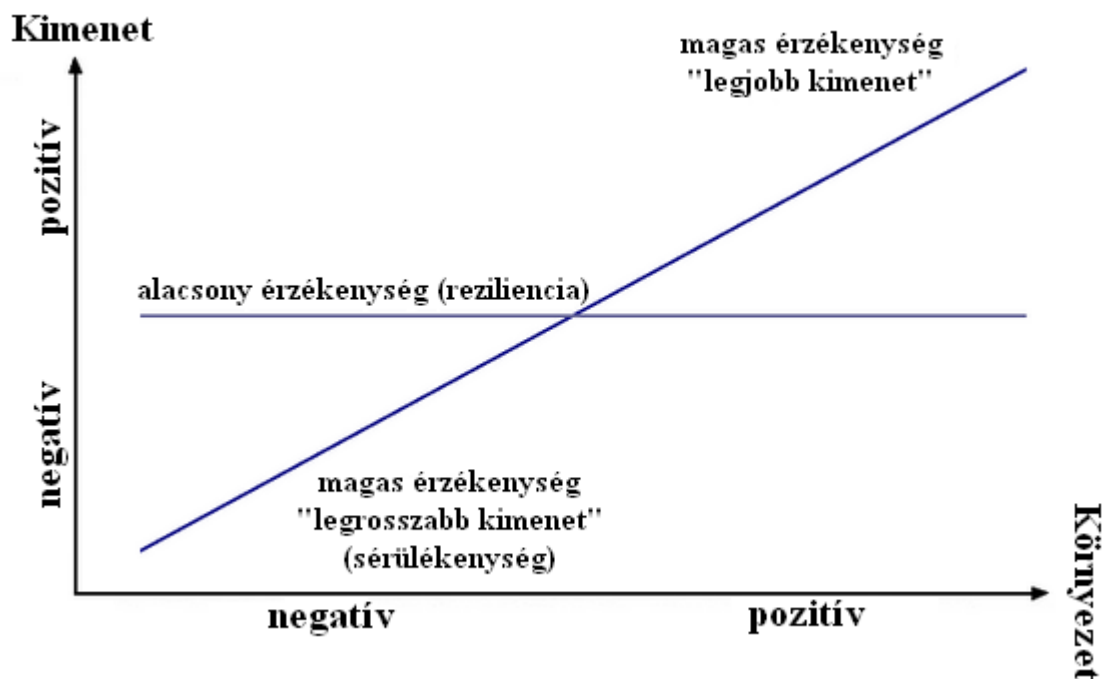
1. A kisgyermekkorai fejlődés természete és közege

A modern fejlődéstudományok szerint (pl.: interakciós, tranzakciós, ökológiai és rendszerszemléletű megközelítés) a gyermek biológiai és tanult, szerzett készségei és személyisége szűkebb és tágabb környezetével kölcsönhatásban formálják fejlődését (Danis & Kalmár, 2011). A *fejlődési pszichopatológia* makroparadigmája a pszichológiai problémákat és az atipikus viselkedést a normatív fejlődéstől való eltérésként ragadja meg, miközben a zavart viselkedési mintázatok természetére és eredetére, és e mintázatok fejlődés során történő változásaira helyezi a hangsúlyt (Sroufe & Rutter, 1984). Fontos fogalmai az *ekvifinalitás* (eltérő fejlődési útvonalak azonos pszichopatológiai kimenetelhez vezethetnek), a *multifinalitás* (ugyanazon útvonalak eltérő pszichopatológiai kimenetelhez vezethetnek), és a *heterotípusos kontinuitás* (ugyanazon vonás a fejlődés különböző fázisaiban különböző tünetegyüttesként manifesztálódhat) (Wilmshurst, 2017).

A modern fejlődéstudományokkal és fejlődési pszichopatológiai szemlélettel összhangban kutatásom elméleti kiindulópontja, hogy a gyerekek fejlődését számos proximális és disztális bio-pszicho-szociális tényező befolyásolhatja pozitív (védőfaktorok) és negatív (rizikófaktorok) irányba, és a gyerekek különböző mértékben sérülékenyek (vulnerabilisek) vagy ellenállóak (reziliensek) a rizikófaktorokkal szemben.

A fejlődést érintő, gyakran vizsgált kockázati- és védőfaktorok igen széleskörűek: szülői változókat (etnikai és gazdasági státusz, iskolai végzettség, kognitív képességek, foglalkoztatás, mentális egészség, rizikómagatartás, kriminalitás), lakóhely problémákat (zsúfoltság, instabilitás, biztonságérzet, elszigeteltség, szegregáltság), családi változókat (családszerkezet, háztartási kapcsolat), gyermekvállalást illető körülményeket (várandós életkora, várandósság tervezettség), szülői bánásmódot (válaszkészség, stimuláció, támogatás, korlátozás), a gyermek sajátosságait (születési súly és gesztációs kor, terhességi és/vagy szülési komplikációk, temperamentum) és a tapasztalt stresszt (stresszes életesemények, társas támogatottság) egyaránt magukba foglalják. Longitudinális kutatások tanúsága szerint a rizikófaktorok kumulálódnak, és több tényező együttes fennállása jelent nagyobb fejlődési kockázatot, mintsem hogy egyetlen változó vezetne kóros megnyilvánulásokhoz. (Danis & Kalmár, 2011)

A fejlődés természetének megértéséhez kínált aránylag új elméleti keret a differenciált érzékenység elmélet (*differential susceptibility theory*) (Belsky, 1997; Boyce & Ellis, 2005), amely értelmében egyesek, például a fokozottabb érzelmi reaktivitású gyerekek, összességében érzékenyebbek a környezeti tényezőkre, vagyis a pozitív és negatív környezeti hatások is fokozott mértékben formálják fejlődésüket. Ez az érzékenység neurobiológiai megalapozottságú és evolúciós értelemben adaptív egyéni különbségeket mutat (Ellis, Boyce, Belsky, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2011). A differenciált érzékenység elméletből kiindulva azt várhatnánk például, hogy a magas negatív affektivitású gyerekek nem optimális (pl. túlkontrolláló, büntető) szülői bánásmód esetén nagymértékben félnek a sötétől, optimális szülői bánásmód esetén azonban legfeljebb kismértékben félnek a sötétől, míg az alacsony negatív affektivitású gyerekek környezeti feltételtől függetlenül közepes mértékben félnek a sötétől. A kockázati- és a differenciált érzékenység modellt az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra. A differenciált érzékenység modellje, megfelelően a kockázati modell fogalmainak

Az óvodáskor időszakában a gyermekek egyik leggyakrabban tanulmányozott sajátossága a temperamentumuk. A *temperamentum* az egyének közötti különbséget meghatározó tartós, biológiai háttérrel bíró személyiségjellemzőként (Ferenczi, 2011), rizikó- és védőfaktoroként, valamint a differenciált érzékenység alapjaként is befolyásolja a gyermekek fejlődését és éjszakai félelmeit. A *negatív affektivitás* a gyermekek mozgásos, érzelmi és szenzoros válaszreakcióinak érzékenységében, reaktivitásuk biológiai mintázatában nyilvánul meg

(Rothbart, Ahadi, Hershey, & Fisher, 2001), és közvetlenül meghatározza a félősséget. A negatív érzelmi állapotok gyakoriságához az *ön szabályozási késég* is hozzájárul (Kochanska, Coy, Tjebkes, & Husarek, 1998). Az *erőfeszítést igénylő kontroll* lehetővé teszi a domináns válasz gátlását egy szubdomináns válasz alkalmazásának érdekében (Rothbart & Bates, 1998), és ezáltal a viselkedés és a figyelem szabályozását (Rothbart et al., 2001). Else-Quest, Hyde, Goldsmith és Van Hulle (2006) áttekintő tanulmánya szerint az erőfeszítést igénylő kontroll és az extravertió konzisztens nemi különbségeket mutat gyermekkorban, előbbi a lányok, utóbbi a fiúk javára, míg a negatív affektivitás terén a nemi különbség csupán elhanyagolható mértékű.

A kisgyermekkorai fejlődés vonatkozásában szintén sokat vizsgált változó a szülői bánásmód (*parenting*), amely magába foglalja a szülők gyermekeikkel szemben mutatott interakciós stílusát, szülői viselkedését, és az annak háttérben meghúzódó vélekedéseiket (Lucas, Nicholson, & Maguire, 2010). A gondoskodó, szenzitív és válaszkész szülői bánásmód megalapozza a gyermek megfelelő fejlődését, míg a haragos, hosztilis, büntető, túlkontrolláló vagy éppen szorongó szülői bánásmód hozzájárul a gyermek kevésbé adaptív viselkedéséhez, internalizáló és externalizáló nehézségeinek kialakulásához (lásd például Amato & Fowler, 2002; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Gutman & Feinstein, 2010; Rapee, 1997).

Chess és Thomas (1989) *goodness of fit* és *poorness of fit* fogalmai a gyermek és környezete közötti illeszkedés jelentőségére hívják fel a figyelmet. Illeszkedésmodelljükben hangsúlyozzák, hogy nem önmagában a temperamentum, vagy a környezet lehetőségei és kihívásai terelik optimális (vagy épp kedvezőtlen) pályára a gyermek fejlődését, hanem a kettő egymáshoz való viszonyulása, egymásnak való megfelelése.

Összességében elmondhatjuk, hogy a gyermekek szocioemocionális fejlődése, ezen belül regulációs képességeik és sötétől való félelmük, bio-pszicho-szociális tényezők komplex kölcsönhatásában bontakoznak ki, melyek közül hangsúlyos szereppel bír a gyermek temperamentuma és a szülői bánásmód, illetve a kettő illeszkedése. A fejlődési folyamatnak a gyermek nem passzív elszenvedője, hanem fejlődése a környezettel való interakciókban alakul, amely interakcióknak ő maga is aktív alakítója (lásd például Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Sameroff & Fiese, 2000). A kedvezőtlen szülői szociodemográfiai és szocioökonómiai háttér, és az ezeket tömörítő társadalmi kirekesztés fokozott fejlődési kockázatot hordoz (lásd bővebben Ermisch, Jäntti, & Smeeding, 2012), ennek részletes elméleti tárgyalása azonban kívül esik jelen dolgozat keretein, amelynek fókuszja a gyermek sajátosságaira és közvetlen szülői környezetére korlátozódik.

2. Az óvodáskor sötétől való félelemmel összefüggő fejlődéslélektani sajátosságai

Az óvodáskorként számon tartott időszak Magyarországon körülbelül két és fél-hároméves kortól az iskolába lépés idejéig tart, vagyis hat-hétéves korig. Környezetük ekkor sajátos kihívás elé állítja a gyermekeket: meg kell tanulniuk kortárs közösségben, szüleik nélkül boldogulni. Ez idő alatt az iskolaérettséghez nélkülözhetetlen fizikai-, biológiai-, kognitív- és szocioemocionális fejlődés megy végbe. Az agy fejlődése egyre kifinomultabb nagy- és finommotoros mozgással párosul, miközben a gyerekek metareprezentációs készsége is kibontakozik. Kialakul a szobatisztaság – amely hazánkban az óvodába kerülés feltétele – és négy-ötéves korra az ágytisztaság is stabilizálódik. Jelen fejezetben az óvodáskor kognitív, nyelvfejlődési és tárgykapcsolati sajátosságait veszem számba a sötétől való félelem életkor-specifikus jellemzőinek alaposabb megértése érdekében. (Az érzelemszabályozási készség fejlődését a II/ 3. fejezet önállóan tárgyalja.) E fejlődéslélektani sajátosságok határozzák meg ugyanis az óvodás gyermekek éjszakai félelmének tárgyát, a vele szemben alkalmazott megküzdési stratégiáikat, és azon képességüket, hogy félelmeiket megosszák a szüleikkel.

2.1. Kognitív fejlődés

Piaget konstruktivista fejlődéselmélete (lásd bővebben Cole & Cole, 2006; Gerő, 2002; Piaget & Inhelder, 1999) az *akkomodáció* és *asszimiláció* folyamataira fűzi fel a fejlődést: a külső környezethez való alkalmazkodás (saját sémák igazítása a környezethez; akkomodáció) és a tapasztalatok meglévő sémákba való illesztése és átdolgozása (asszimiláció) közötti egyensúlyt, ezek mentén történő adaptációt tételezett fel. Elméletében nagy hangsúlyt kapott a gyermek saját fejlődésében betöltött aktív szerepe. Az óvodáskort a *műveletek előtti gondolkodás* időszakaként jelölte meg, amelyet egocentrizmus, valamint egyszerre egy szempont figyelembevétele jellemez. Ekkorra kialakul a szimbolizációs képesség és a tárgyállandóság, ám a gyermek nem tud még különbséget tenni „látszat” és „valóság” között. Jellemző a szinkretikus képzetálmás, vagyis hogy egymással nehezen összeegyeztethető érzések és gondolatok mintegy összevegyítve vannak jelen, és a gondolati tartalmakról leválaszthatatlan az érzelmi színezet. Az óvodás gyermek világvilágára mágikus gondolkodás, artificializmus, animizmus és finalizmus jellemző. Ugyan gondolkodásában és játékában keveredik realitás és fantázia, a szimbolikus gondolkodás, és a mintha-játék kétéves-kori megjelenését követően fantáziajátékára *kettős-tudat* jellemző. Bizonyos szempontból egészen pontosan képes a valóság és a fantáziavilág elkülönítésére, például nem a játékból elkészített ebédet eszi meg, ha megéhezik. A fantázia és a valóság megkülönböztetése szempontjából ugyanakkor nagy szerepe van a kontextusnak és az érzelmeknek.

Habár kutatások eredményei szerint már a háromévesek is képesek bizonyos helyzetekben a fantázia és valóság közötti megfelelő különbségtételre (Flavell, Flavell, & Green, 1987; Wellman & Estes, 1986), más vizsgálatokban négy-ötévesek viselkedése arra utalt, hogy nem zárják ki elképzelt entitások valós, fizikai létezését (Bourchier & Davis, 2000; Harris, Brown, Marriott, Whittall, & Harmer, 1991). Az óvodáskorban jellegzetessé váló képzeleti kreációktól való félelem kapcsolatban áll a mágikus gondolkodással, és a külső és belső valóság megkülönböztetési készségének kialakulásával iskoláskortól csökkenő tendenciát mutat (Bauer, 1976). Ezzel összefüggésben, a négyéves gyerekek éjszakai félelmének nagyobb mértéke Zisenwine, Kaplan, Kushnir és Sadeh (2013) kísérletében összefüggést mutatott a gyerekek fantáziát és valóságot illető nagyobb megkülönböztetési bizonytalanságával.

Végül, de nem utolsó sorban, fontos négy-ötéves kori mérföldkő a *tudatelmélet* fejlődése, a mások sajátunkétól eltérő vélekedéseinek és érzéseinek tudatos, verbálisan is kifejezhető megértése, amelyet leggyakrabban a hamisvélekedés teszt sikeres megoldásával ragadnak meg (Wellman, Cross, & Watson, 2001; Wimmer & Perner, 1983). A hamisvélekedés megértése és a tudatelmélet fejlődése többek között összefüggést mutat a végrehajtó funkciók érésével (Carlson, Moses, & Breton, 2002; Leslie, Friedman, & German, 2004), a szülői szenzitivitással és a gyermek kötődési minőségével (Arranz, Artamendi, Olabarrieta, & Martín, 2002; Fonagy & Target, 1997; McElwain & Volling, 2004; Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998), és a családban lezajló társalgási interakciókkal, különösen az érzésekről, pszichológiai állapotokról és okságról való kommunikációval (de Rosnay & Hughes, 2006; Dunn, Brown, Slomkowski, Tesla, & Youngblade, 1991; Ontai & Thompson, 2008).

2.2. Nyelvfejlődés és kommunikáció

A nyelvfejlődést illetően fordulópontnak tekinthetjük a kétéves kort, amikor kibontakozik a szimbolizációs képesség, és a gyermekek megértik, hogy egy adott szó *jelöl* valamit. Ezt követően, kettő és hatéves kor között a játékban és kommunikációban megnyilvánuló szimbolikus aktivitás, a konceptuális fejlődéssel párhuzamosan, gyors ütemben növekszik (Bretherton, 1984, 1993; Wolf, Rygh, & Altshuler, 1984).

Az óvodáskor kezdetére a gyerekek néhány száz szavas szókinccsel bírnak, melyeket gyakran kétszavas mondatokba kombinálnak, emellett pedig már többszörös utasításokat is végre tudnak hajtani. A nyelvtani szabályok többségét elsajátítják ekkora, bár még gyakoriak a túláltalánosításokból eredő hibák. 3-6 éves koruk között szókincsük több ezer szóra gyarapodik, és a nyelvhelyesség is fokozatosan nő, csökkennek a túláltalánosítások (Lukács & Kas, 2011).

A 4-5 évesek képessé válnak a nyelv segítségével kifejezni érzéseiket, információt szerezni. A szójelentések mind jobban elveszítik idioszinkretikus (egyedi) jellegüket és egyre inkább a társadalmilag érvényes jelentés válik uralkodóvá. A konkrét jelentés mellett folyik az átvitt jelentés elsajátítása is. Kialakul az időbeliség fogalma, ám az időviszonyok (múlt, jelen, jövő) felismerése, egymáshoz való viszonyítása és kifejezése még nehézséget okoz. A gyerekek ebben a korban egyre bonyolultabb mondatszerkezetet használnak, összefüggően és szívesen beszélnek (Gósy, 2005).

A szemantikai és szintaktikai fejlődéssel párhuzamosan a második életév végére jelenik meg a belső állapotokról való kommunikáció (ideértve észlelést, megismerést, fiziológiás állapotot, pozitív és negatív affektusokat, vágyakat és képességet, erkölcsi ítéleteket és kötelezettségeket) amelynek előfordulása a harmadik évben jelentősen megnövekszik (Bretherton, McNew, & Beeghly-Smith, 1981). Bretherton és Beeghly (1982) vizsgálatában 28 hónapos gyermekek érzelmként leggyakrabban distresszről számoltak be („sírás”, vagy „szomorú” szó használata révén), és 73%-uk használta az „ijedt”, 40%-uk az „ijesztő” szavakat. A gyermekek érzelmekre vonatkozó szavaik 30%-át használták magukra és másokra vonatkoztatva egyaránt, és szignifikánsan gyakrabban utaltak saját érzelmi állapotukra, mint másokéra. 53%-uk belső állapotának változására vagy fenntartására is utalt, amely több esetben jelentette a negatív érzelmek enyhülését, mint a pozitív elérését. Kommunikációjukban a kauzalitás is megjelent, még hozzá leggyakrabban az érzelmek kapcsán, például a félelem kiváltó okának formájában (pl.: „A rossz álmok megijesztenek.”, „Látok egy tigrist. Túl félelmetes.”).

Dunn, Bretherton és Munn (1987) kutatásában a kisgyerekek belső állapotokról való kommunikációjának mértéke együttjárt az érzelmek felismerési készségükkel ($r = 0,39$) és általános nyelvi készségeikkel ($r = 0,41$), azonban nem mutatott összefüggést a gyermek temperamentumával vagy nemével. A gyerekek két éves korában megfigyelhető, saját érzelmi állapotaikra való hivatkozásaiknak gyakoriságát bejósolta a szüleik és idősebb testvéreik által a gyermek másfél éves korában használt érzelmi állapotokra való utalásainak gyakorisága.

A gyerekek a nyelv segítségével nem csupán kifejezik belső állapotaikat és érzéseiket, hanem szabályozzák általa érzelmi tapasztalataikat, és társas kapcsolataikban kimutatott érzelmeiket és viselkedésüket (Cole, Michel, & Teti, 1994; Dunn & Brown, 1991). Verbális kompetenciáik fejlődésével személyes élményeiket, az érzelmeiket is szervező és kifejező, *narratívákban* fogalmazzák meg (Fivush, 1991; Labov & Waletzky, 1997). A gyermekkori történeteket elemző kutatások tanúsága szerint, bár a gyermekek az életkor előrehaladtával jobb

történetmesélőkké válnak, már háromévesek is képesek strukturált és koherens narratívákat mesélni (Fivush, Haden, & Adam, 1995). Három- és ötéves koruk között az óvodások képessé válnak érzelmetli események részletes elmesélésére, ismertetve az érzelem okait és következményeit, és elhelyezve az eseményeket időben és térben (Wolf, 2003). A kisgyermek által szőtt történetek kaput nyithatnak belső világuk megismeréséhez (Emde, Wolf, & Oppenheim, 2003).

Dacára az óvodáskorra kibontakozó nyelvi- és kommunikációs készségeknek, a kisgyermekkorú félelmek kutatásának egyik nehézsége, hogy a fiatalabb gyermekek számára kognitív érettségük függvényében nehézséget jelenthet kognícióik, érzelmeik és megküzdési stratégiáik verbális kifejezése (Muris et al., 2002). Az óvodáskorúak önmagukra vonatkozó tudásának szóbeli kifejezése még korlátozott; az általuk verbálisan megosztható tartalmak köre alulmúlja az én jellemzésére szolgáló pszichológiai attribútumokról rendelkezésükre álló tényleges konceptuális tudásuk mértékét (Eder, 1989, 1990).

2.3. Tárgykapcsolatok és szeparációs szorongás

Az óvodáskor sokaknak egyben a szülőtől való első rendszeres távollétek idejét is jelenti. A szülőtől való szeparáció a kisgyermek számára distresszt jelenthet, és megfigyelések szerint szorongásuk a délutáni alvásidőben fokozott (Gerő, 2002). A szeparáció elviselésének képessége, és annak egyéni sajátosságai szempontjából kulcsfontosságúak a gyermek tárgykapcsolatai, kötődési mintázata, az önmagáról és számára fontos másokról alkotott reprezentációi.

Az egészséges fejlődéshez „elég jó” anya és „elég jó” környezet szükséges, amelynek fontos eleme, hogy a gyermek csecsemőkorától kezdődően megtapasztalja, hogy szükségletei és vágyai felismerésre és kielégítésre kerülnek (Winnicott, 1999). Winnicott elmélete szerint a tényleges *egyedüllét képessége* (Winnicott, 1958/2004) a fejlődés során azáltal alakul ki, hogy az „elég jó” anyai gondoskodás és környezet belsővé válik és beépül a személyiségbe, és a gyermek megtanul hinni a környezet jóságában. Az introjektált „jó tárgy” és az abba vetett bizalma biztonságérzetet és elégedettség érzést nyújt számára, külső tárgyak és ingerek hiányában is. Az egyedüllét képességének kialakulását megelőzően fontos jelentőséggel bír a gyermek számára az anyát helyettesítő *átmeneti tárgy* (Winnicott, 1999), amely az éjszakai elalvásnál is segítséget jelenthet.

Ezt a folyamatot a *biztonságos kötődés* és a környezetről alkotott pozitív reprezentációk kialakulásával is megragadhatjuk. A kötődés Bowlby (1969) evolúciós-etológiai modellje

értelmében, mint önálló motivációs rendszer, a csecsemő és gondozója közötti távolságot szabályozva, a túlélés szolgálatában áll. A kötődési rendszer célja az anyához való kívánatos mértékű közelség fenntartása, az aktuálisan megélt biztonságérzet függvényében. Hároméves korra a kognitív éréssel párhuzamosan kialakul a *cél-kiigazítású partnerség*, ami hozzájárul az egyre hosszabb időtartamú szeparáció elviseléséhez. Bár óvodáskorban még mindig a rendszeres *fizikai közelség* az elsődleges érzelmi biztonságot nyújtó kötelék, szerepe fokozatosan csökken (Tóth, 2011). A referenciaszeméllyel átélt tapasztalatok *belső munkamodellé* szerveződnek (Bowlby, 1973) és a későbbiekben is befolyásolják a személy önmagára és másokra vonatkozó elvárásait. A szülő és a gyermek közötti érzelmileg nyitott és szenzitív kommunikáció nyomán a gyermekek *koherens belső reprezentációkat*, működési modelleket alakítanak ki, amelyeket koherens narratívákba képesek szervezni (Bretherton, 1990).

A kötődésemélet az elmúlt évtizedekben regulációs elméletté vált, amelynek értelmében a biztonságos kötődés alapja, hogy az anya képes ráhangolódni gyermeke érzelmeinek nonverbális kifejeződéseire, és képes azokat sikeresen modulálni (Schore, 2000). A szenzitív szülő megfelelő módon észleli és értelmezi gyermeke jelzéseit, és az ezekre adott reakciója időzítésében és természetében megfelel a gyermek aktuális szükségletének (Tóth, 2011). A biztonságos kötődés kialakulását a korai szenzitív anyai gondoskodás (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; McElwain & Volling, 2004) és az anya gyermekének való mentális állapot tulajdonítása (Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001) támogatja, emellett pedig a temperamentummal is összefügg (Calkins & Fox, 1992; Vaughn et al., 1992). A korai ráhangolódási nehézségek, interakciós törések, kötődési traumák kedvezőtlen pályára irányíthatják a fejlődést, és klinikai tapasztalatok szerint is fokozott szeparációs szorongáshoz vezethetnek (Hámori, 2016). A korai kötődési és regulációs tapasztalatok az agyfejlődésre kifejtett hatásuk nyomán is meghatározzák a későbbi stressz-reaktivitást és érzelemszabályozási készséget (Schore, 1996).

A kötődési minőség egyéni különbségeit illetően a biztonságos típustól elkülönítésre került a *bizonytalan* (ambivalens és elkerülő) kötődés (Ainsworth et al., 1978), valamint a *dezorganizált* kötődés (Main & Solomon, 1986). A bizonytalan kötődésű gyermekek szabályozási stratégiái (hiperaktiváció és deaktiváció, Shaver & Mikulincer, 2002) magyarázhatják a szeparációs helyzetben mutatott viselkedésüket.

A hiperaktivációs stratégiát alkalmazó gyermek (~ambivalens típus) folyamatos közelséget kíván fenntartani a kötődési személlyel, a figyelmi fókuszra rá és kettejük kapcsolatára irányul, és emellett a negatív gondolatok és érzelmek magas szintű aktivációja jellemzi. A deaktivációt alkalmazó gyermekek (~elkerülő típus) ezzel szemben a kötődési személytől maximális távolságot igyekeznek tartani, kerülve a kölcsönös függés lehetőségét, valamint a distresszt okozó gondolatok és emlékek elnyomása jellemzi őket. A dezorganizált kötődésű gyermekek viselkedése mindezzel szemben a környezethez illeszthető koherens stratégia hiányáról árulkodik (Main & Solomon, 1986).

A kötődési minőség, amellyel, hogy segíthet megérteni a gyermek szeparációhoz való viszonyulását – valószínűsíthetően a sötétből féltő gyerekek az átlag populációhoz képest nagyobb arányban jellemezhetőek ambivalens kötődéssel –, intervenciós törekvések célpontját is képezheti. A kötődési minőséget kedvező irányba befolyásoló szülő-gyermek interakció terápia a korai szorongásos zavarok és a szeparációs szorongás kezelésében is ígéretesnek mutatkozott (Puliafico, Comer, & Pincus, 2012).

3. Az érzelemszabályozás fejlődése

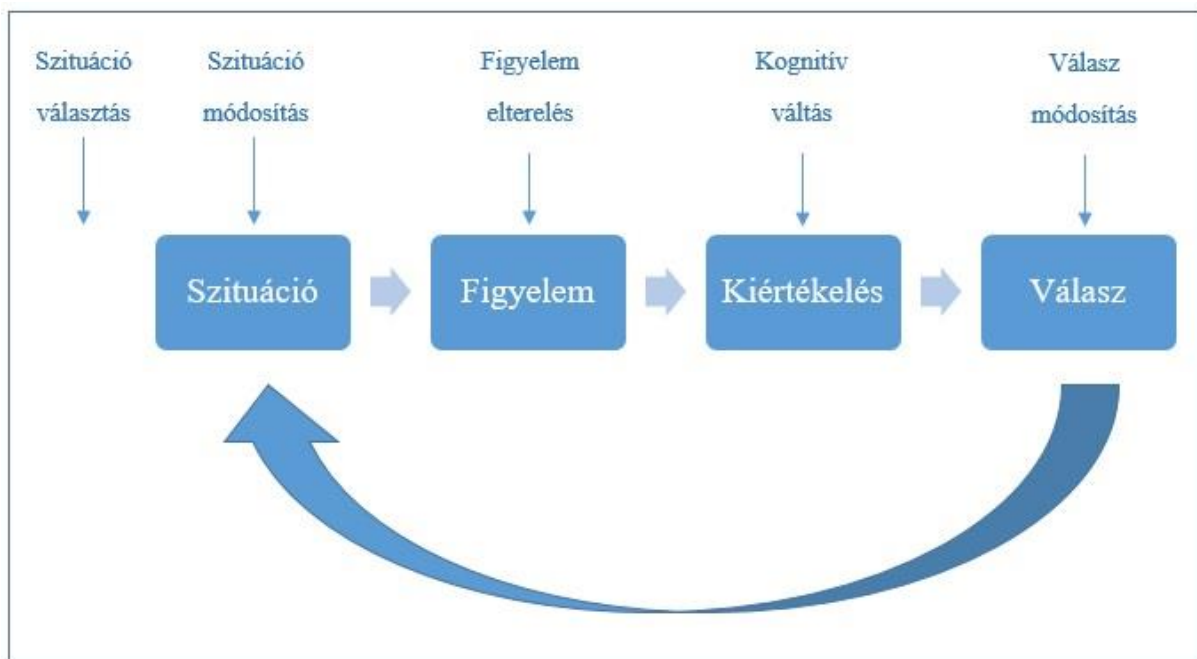
A maladaptív érzelemszabályozás transzdiagnosztikus jellemzőként számos pszichopatológiai tünetegyüttest meghatároz (Aldao, Gee, De Los Reyes, & Seager, 2016; Bóna, Kun, Kökönyei, & Demetrovics, 2013), ezáltal egyike az olyan diagnosztikus kategóriákon átívelő konstrukciónak, amelyek magyarázatot adhatnak a komorbid diagnózisok jelentős gyakoriságára. Az érzelemszabályozás nehézségei nem csupán az internalizáló problémák, hanem számos egyéb pszichológiai és viselkedéses zavar hátterében kimutatásra kerültek, és ezzel párhuzamosan, az azokat fejlesztő beavatkozások is a vonatkozó pszichológiai zavarok enyhüléséhez vezettek (lásd bővebben Aldao et al., 2016). Tekintve a maladaptív érzelemszabályozás érzelmi-hangulati problémák esetén kimutatott jelentőségét, valószínűsíthető, hogy az intenzív és tartós sötétből való félelem is az érzelmek szabályozásának általánosabb nehézségeibe ágyazódik.

3.1. Az érzelemszabályozás folyamatmodellje

Az érzelmek *modális modellje* értelmében (Gross & Thompson, 2007) az érzelmeket személy-situáció interakcióként értelmezhetjük, amelyek esetén a situáció: (1) figyelmi reakciót vált ki, (2) az aktuális cél szempontjából jelentéssel bíró helyzetként kerül értékelésre, (3) rugalmas és komplex válaszreakciót eredményez (élmény-, viselkedéses és neurobiológiai szinten), amely reakciók visszahatnak a személy-situáció interakcióra.

Az *érzelemszabályozás* annak a befolyásolása milyen érzéseink vannak, és hogy mikor és, hogyan éljük meg és fejezzük ki ezeket (Gross, 1998). Úgy is definiálhatjuk, mint az érzelmi arousal kezelésére irányuló folyamatok és stratégiák, a megfelelő interperszonális funkcionálás érdekében (Cole et al., 1994). Az érzelemszabályozás célja jellemzően a negatív érzések intenzitásának és időtartamának csökkentése, vagy a pozitív érzések fokozása, bár a szociális elvárásoknak való megfelelés érdekében fordított irányú szabályozás – pozitív érzések csökkentése vagy negatív érzések fokozása – is adekvát lehet (Gross, 2014). Az érzelmekre és az érzelemszabályozásra egyaránt tekinthetünk kiértékelési folyamatokként: az érzelem a szituáció értékelésének, szabályozása pedig az érzelem értékelésének függvénye.

Az érzelemszabályozás szakaszokra tagolható folyamat, és a különböző szakaszokban különböző szabályozási stratégiák alkalmazhatóak (Gross, 1998, lásd 2. ábra), amelyeket a következőkben a sötétől való félelem szempontjából releváns példákkal kiegészítve mutatok be. A *szituáció megválasztása* vagy *módosítása* a negatív érzéseket kiváltó helyzetek elkerülésében vagy a külső körülmények megváltoztatásában nyilvánul meg. Ez a kettő nehezen elválasztható. Ide tartozik, hogyha egy kisgyermek egyáltalán nem alszik egyedül a sötétben, helyette lámpafénynél, vagy épp szülei ágyában alszik éjszaka, és az, hogyha az éjszaka során kerüli el a kellemetlen helyzetet, lámpagyújtással vagy segítségkéréssel. A *figyelem elterelése* a figyelmi fókusz megváltoztatása a kellemetlen érzéseket kiváltó ingerről: idősebb gyermekek esetén gyakori például, hogy elalváskor jó dolgokra próbálnak koncentrálni.



2. ábra. Az érzelemszabályozás folyamatmodellje (Gross, 1998)

A *kognitív váltás* a szituáció kiértékelésének a módosítása, így például arra való összpontosítás, hogy az éjszaka nem is veszélyes, szörnyek nem is léteznek stb. Míg végül a *válasz módosítás* az érzelem megélésének, és a fiziológiai és viselkedéses reakciónak a módosítására irányuló törekvés, amely jelentheti adaptív technikák alkalmazását (pl. relaxáció) de az érzelmi válasz, vagy épp a segítségkérés gátlását is (pl. azért nem kér segítséget egy kisiskolás „nagyfiú” vagy „nagy lány” a szüleitől, mert úgy érzi, hogy szégyellnivaló a félelme).

Egy empirikus kutatásban (Muris, Merckelbach, Ollendick, King, & Bogie, 2001) a 4-12 éves gyerekek 44,2%-a számolt be arról, hogy szülői segítséget kér, amikor fél éjszaka, 29,5%-uk elkerüli a helyzetet, 27,1%-uk figyelemeltereléshez folyamodik, 24%-uk „aludni próbál”, 11,6%-uk a környezetet igyekszik kontrollálni (pl. benéz az ágy alá), és 5,4%-uk plüss állatba kapaszkodik, hogy megnyugodjon. Ugyan egy-egy stratégia a folyamat több szakaszán is érvényesülhet (a szülői segítség például bármelyik pontra ráerősíthet, a szülői reakciótól függően), az látható, hogy a kutatásban résztvevő gyerekek többsége (73,7%) a szituáció módosítását célozta meg, és szülői társaság igénybevétele vagy egyéb elkerülő stratégia révén biztosította, hogy ne kelljen egyedül aludnia éjszaka a sötétben.

Az egyes érzelemszabályozási stratégiák eltérő hatékonysággal működnek és különböző következményekhez vezetnek (Werner & Gross, 2010). Az egyébként biztonságos szituáció tartós elkerülése fenntartja a patológikus félelmet és negatív irányba befolyásolja a pszichoszociális fejlődést és az életminőséget (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Ugyanígy, a sötétben egyedül alvás tartós elkerülése megszilárdíthatja a sötétből való félelmet. A viselkedésterápiák hatékonysága gyakran ezen a ponton tud érvényesülni, hiszen az elárastás révén az elkerülés felszámolását célozzák (Rapee & Heimberg, 1997): (1) ha a személy elég ideig marad a helyzetben, fiziológiai habituáció megy végbe, (2) lehetségessé válik a szituáció „gyakorlása”, (3) a diszfunkcionális vélekedések és a katasztrófizálás cáfolatot nyer.

A szituáció módosítása lehet adaptív, amennyiben célja a szituáció fölötti észszerű kontroll elérése (pl. jelzőfény használata), azonban sok esetben ennek is a helyzet elkerülése a célja, miáltal a gyermek nem azt tanulja meg, hogy a helyzet veszélytelen, hanem azt, hogy a biztonsági intézkedés hatékony. A figyelem elterelése is megvalósulhat maladaptív formában (rumináció, anticipált félelem és aggodalmaskodás, automatikus figyelemelterelés), míg a helyzet átértékelése túlnyomórészt adaptív stratégia. A válaszmódosítás legkutatottabb területei a viselkedéses reakció illetve az érzelmi élmény gátlása, amely kedvezőtlen következményekkel jár, és sokszor nem hogy csökkenti, hanem növeli a distressz szintet.

3.2. A fejlődés iránya

A gyermek- és serdülőkorai érzelmi fejlődés a saját és mások érzelmeinek egyre tudatosabb megértése, az érzelmek egyre kifinomultabb nyelvi kifejezése, a tudatos érzelmi kommunikáció, az empátia és együttérzés folyamataiba való fokozottabb bevonódás, az érzelmek és az érzelemkifejezés differenciálása, a negatív érzésekkel és a distresszel való hatékonyabb megküzdés, és az érzelmi énhatékonyság felé halad (Saarni, Campos, Camras, & Witherington, 2006).

Az érzelem szabályozásának fejlődése a következőket foglalja magában (Thompson & Goodman, 2010): (1) az elsődlegesen mások/szülő által végzett szabályozás belső szabályozássá válik; (2) az érzelemszabályozás egyre inkább mentális stratégiákra támaszkodik (pl. figyelemelterelés, átkeretezés), a viselkedési stratégiák helyett (pl. elkerülés, vagy segítség kérés); (3) a különféle szabályozási stratégiák használata egyre széleskörűbbé, kifinomultabbá és rugalmasabbá válik (pl. nem megfelelő stratégia lecserélése, vagy épp több stratégia párhuzamos használata); (4) érzelem-specifikus és általános önszabályozó stratégiák szétválása; (5) a szabályozás hátterében egyre kifinomultabb társas és személyes célok, valamint kulturális normák állnak; (6) a személyiség kialakulásával párhuzamosan az érzelemszabályozási célok, stratégiák és stílus terén is konzisztens egyéni különbségek alakulnak ki.

Az érzelemszabályozás jellegzetességei, szoros összefüggésben az érzelmek megtapasztalásával, felismerésével, megértésével és kifejezésével, nagymértékben függenek a gyermeket körülvevő társas környezet direkt és indirekt szocializációjától (Denham, Bassett, & Wyatt, 2007). A gyermekkori érzelemszabályozás gyökerei a szülővel megtapasztalt korai élményekben keresendők (vö. kötődélmélet). Bár az egészen fiatal gyermek is bír néhány alapvető közelítő/távolító (pl. tekintet/fej irányának módosítása) és önnyugtató (pl. ujjszopás) stratégiával, a korai időszakban a csecsemő arousal szintjének szabályozása elsődlegesen a szülőre hárul. A szenzitív szülők a gyermek érzelmeinek bizonyos fokú módosítására törekednek: enyhítik a distresszt, játékos tevékenységek révén növelik a pozitív érzéseket, napi rutin kialakítása révén csökkentik az érzelmi terheket és támogatást nyújtanak a bizonytalan vagy megterhelő helyzetekben (Thompson & Meyer, 2007). Más szóval a szülő biztonságos bázist nyújt gyermeke számára. Az általa biztosított külső érzelemszabályozás is érvényesülhet a fentebb ismertetett folyamatmodell különböző fázisaiban, hiszen a gyermeket érintő szituációk megválasztásától és módosításától a kognitív stratégiák explicit tanításáig számos szabályozási formát foglalhat magában.

Óvodáskorra a gyermekek megtanulják az érzelmek és az azokat tipikusan kiváltó helyzetek közötti összefüggést, akárcsak az érzelmek szubjektív természetét és kapcsolatát egyéb pszichológiai konstruktumokkal, mint például az elvárásokkal, vélekedésekkel és vágyakkal (Thompson & Lagattuta, 2006). A kognitív és nyelvi fejlődéssel lehetőségessé válik, hogy a szülők direkt stratégiákat tanítsanak gyermekeiknek (pl. „Ha éjszaka rosszul érzed magad, gondoldj arra, milyen jó dolog történt veled aznap!”), az énkép kialakulása pedig támogatja az érzelemszabályozás korai szocializációját, amit a fontos személyeknek való megfelelés igénye motivál. Már 3-4 éves gyermekek is képesek arra, hogy eltitkolják valós érzelmeiket, és az elvárásoknak megfelelő érzéseket mutassanak helyettük (Cole, 1986). A szülőkkel való beszélgetések nyomán a gyermekek az érzelmeket és érzelmerkifejezéseket illető nemi különbségeket is megtanulják (Fivush, 1998).

3.3. Egyéni különbségek háttere

A gyermek temperamentuma sok szempontból összefügg az érzelemszabályozási készséggel (Thompson & Goodvin, 2007): befolyásolja a szabályozandó érzelmek intenzitását és időtartamát, közvetlen hatást gyakorol az érzelemszabályozási kapacitásra (pl. az erőfeszítést igénylő kontroll hatékonysága által), és a temperamentum sajátosságok más rizikó tényezőkkel való interakcióban kedvezőtlen irányba befolyásolhatják az érzelemszabályozás fejlődését. Az *erőfeszítést igénylő kontroll* a viselkedés és a figyelem szabályozásához (Rothbart et al., 2001), és az adaptív érzelemszabályozáshoz (Kochanska, Murray, & Harlan, 2000) egyaránt hozzájárul. A képet árnyalja azonban, hogy a gyermekkori internalizáló problémák kialakulása a kontroll magasabb mértékével is összefüggésbe hozható (Eisenberg et al., 2005; Volbrecht & Goldsmith, 2010).

Az érzelemszabályozás egyéni különbségeit a gyermek biológiai és kognitív sajátosságai mellett a szülői környezet számos aspektusa is befolyásolja, és legalább ilyen meghatározóak a belső és külső tényezők egymással való interakciói. Az érzelemszabályozás egyéni különbségeinek Calkins (1994) által összegzett forrásait a *1. táblázat* tartalmazza. Calkins (1994) fejlődési elképzelése szerint a csecsemő biológiai- és neuroregulációs predispozíciói nagyban meghatározzák viselkedéses jegyeit, amelyek pedig hatással vannak szabályozási stílusára és társas interakcióira. A gyermek gondozója reagál és visszahat a gyermek viselkedéses jegyeire, emellett pedig kognitív sajátosságainak formálásán át közvetetten, valamint közvetlenül is hatást gyakorol a gyerek érzelemszabályozási stratégiáira.

A gátoltsággal, félelemmel és társas visszahúzóással jellemezhető gyermekek lehetséges fejlődési pályájaként írja le a biológiai megalapozottságú újdonságra való érzékenység túlvédő és kontrolláló szülői környezettel való kölcsönhatásait, amelyek következményeként a gyermek a környezetet fenyegetőként és ijesztőként reprezentálja. Így bár a túlvédő szülői attitűd rövidtávon megvédi a gyermeket az új helyzetek és emberek jelentette distressztől, hosszú távon akadályozza az adaptív interakciós és szabályozási stratégiák kialakítását.

1. táblázat. Az érzelemszabályozás egyéni különbségeinek forrásai (Calkins, 1994, 56. o.)

	Források	Példák
Belső	Neuroregulációs rendszer	Endokrin aktivitás Pulzus, vagális tónus Agyi elektromos aktivitás
	Viselkedéses jegyek	Éberség Érdeklődés Adaptivitás/ újdonságra való reaktivitás Rezisztencia/ frusztrációra való reaktivitás Megnyugtathatóság Szociabilitás/mosolygás
	Kognitív komponensek	Szociális referencia Környezettel kapcsolatos vélekedések és elvárások, belső működési modell A szabályozás szükségességének tudatossága Stratégiák alkalmazásának készsége
Külső	Gondozó interakciós stílusa	Reszponzív, kontingens vs. nem szenzitív Együttműködő vs. intruzív, kontrolláló Reciprok vs. egyoldalú Elérhető, válaszkész vs. ignoráló Támogató vs. túlvédő Elfogadó vs. elhanyagoló
	Explicit tanítás	Modellnyújtás Megerősítés Büntetés

A szülők érzelmeikkel kapcsolatos elfogadó és támogató viszonyulása ugyanakkor kedvezően hat a gyerekek érzelemszabályozási készségeire (Bocknek, Brophy-Herb, & Banerjee, 2009; Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998), csakúgy, mint az anya érzelmkifejezése (Eisenberg et al., 2001) és az érzelmeiről való közös, adaptív kommunikáció (Garner, 2006; Morelen & Suveg, 2012).

Az anyák érzelmszabályozási nehézségei közvetlenül is bejósolják gyermekeik érzelmszabályozási készségeit (Crespo, Trentacosta, Aikins, & Wargo-Aikins, 2017). A pozitív családi érzelmi légkör, szemben a hosztilis, haragos családi légkörrel szintén támogatja a konstruktív érzelmszabályozási kapacitás fejlődését (Halberstadt, Crisp, & Eaton, 1999). A biztonságos kötődésű gyermekek kompetensebbek negatív érzelmeik szabályozásában, mint a nem biztonságos kötődésűek (Thompson & Meyer, 2007), és a kötődés minősége az érzelmeik megértésével is összefüggést mutat (de Rosnay & Harris, 2002).

4. Internalizáló problémák

A gyermek és serdülőkorai zavarokat gyakran két, széleskörű dimenzióval jelölik; elkülönítve az *internalizáló* (túlkontrollált) és *externalizáló* (alulkontrollált) zavarokat (Achenbach, 1985). A kutatások többségében az óvodáskori internalizáló és externalizáló zavarok mértékét két szülő által megválaszolható skálával, a *Gyermekviselkedési Kérdőívvel* (CBCL, Achenbach, 1991) vagy a *Képességek és Nehézségek Kérdőívvel* (SDQ, Goodman, 1997) mérik fel.

Az internalizáló zavarok a depressziót, a szorongást és a szomatiform zavarokat foglalják magukba. Az ernyőfogalom alkalmazása mellett szól, hogy a gyermekkori depresszió és szorongás mind diagnosztikai komorbiditásukat, mind kérdőíves együttjárásaikat tekintve nagy átfedést mutatnak (King, Ollendick, & Gullone, 1991). Ollendick, Yule és Oilier (1991) a szorongás, a félelmek és a depresszió együttjárásait iskolás gyermekek bevonásával kutatva szignifikáns együttjárást találtak a szorongás és a specifikus félelmek ($r = 0,64$), a szorongás és a depresszió ($r = 0,63$), valamint a félelmek és a depresszió ($r = 0,31$) között egyaránt.

A gyermekkori depresszió és szorongás differenciált tünetcsoportjait a neuroticizmus (Eysenck, 1953) és a negatív affektivitás (Watson & Clark, 1984) konstruktumai is megkérdőjelezni látszanak. Watson és Clark (1984) meghatározása szerint a magas negatív affektivitással jellemezhető személyek gyakorta tapasztalnak idegességet, feszültséget, aggodalmakat (vö. szorongás) és emellett haragot, büntudatot, alacsony önértékelést, elutasítottság-érzést és szomorúságot is gyakran élnek át (vö. depresszió). Kutatási eredmények is rámutatnak arra a mintegy magától értetődő összefüggésre, hogy a negatív emocionalitás szorongás és félelem dimenziói bejósolják az internalizáló, harag és frusztráció dimenziói pedig az externalizáló és vegyesen internalizáló és externalizáló problémák valószínűségét (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2002; Rothbart & Bates, 1998).

Jelen fejezetben a gyermekkori normál félelmek és a szorongásos zavarok főbb jellemzőit, valamint az internalizáló problémák egyéni különbségeinek hátterét tekintem át.

4.1. Normál félelmek

A gyermekek körében a szorongásos tünetek különösen gyakoriak; aggodalmak (Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon, & Zwakhalen, 1998; Silverman, La Greca, & Wasserstein, 1995), specifikus félelmek (King, Hamilton, & Ollendick, 1988; Richman, Stevenson, & Graham, 1975; Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001), éjszakai félelmek (Muris, 2007), rémálmok (Mindell & Barrett, 2002) és egyéb szorongásos tünetek (Kashani & Orvaschel, 1990) egyaránt számottevő mértékben fordulnak elő a „normál” populációban.

A *normál félelem* valós vagy elképzelt fenyegetésre adott normál, adaptív reakció, amely a túlélés szolgálatában áll (King et al., 1988). A gyermekkori félelmeket az elmúlt évszázadban számtalan kutatás vizsgálta, amelyek tanulsága Gullone (2000) alapján a következőképpen foglalható össze. Az enyhébb mértékű félelmek gyermekkorban gyakoriak és normatívnak tekinthetők, időben nem stabilak, és tartalmuk az életkor függvényében jellegzetes változást mutat. A csecsemők a közvetlen környezetükben fellépő ingerektől, zajoktól ijednek meg, majd a félelmek az éréssel párhuzamosan absztraktabbá és anticipátoros jellegűvé válnak. Egyéves korra megjelenik az idegen emberektől és tárgyaktól, és a magasságtól való félelem, valamint ekkorra tehető a szeparációs szorongás kezdete. Óvodáskorra az egyedüllétől, a sötétől, és az állatoktól való félelmek válnak uralkodóvá, majd iskoláskorra a kudarcotól és kritikától, a fizikai sérüléstől, valamint a természetfeletti jelenségektől való félelem dominál. Felnőttekkel végzett vizsgálatokban a halálhoz és veszélyhez kapcsolódó félelmek mutatkoztak a leggyakoribbaknak. A kutatások nagyobb részében a félelmek gyakorisága és intenzitása az életkorral csökkent.

A félelmek fejlődéslélektani mintázata evolúciós hatásokkal (Öhman, Dimberg, & Öst, 1985) és a kognitív fejlődés jellegzetességeivel (lásd a II./2.1 fejezetet) egyaránt magyarázható. A fejlődéslélektani szakasznak megfelelő normál félelmekkel szemben a fóbiás zavarok idői stabilitást és jelentős intenzitást mutatnak, elkerülő viselkedést váltanak ki, és a mindennapi adaptív funkcionálást veszélyeztetik (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). Mindazonáltal Muris és Field (2011) amellett érvelnek, hogy a normál félelmek és szorongásos zavarok a fejlődési pszichopatológiai szemléletnek megfelelően egyazon dimenzióon helyezkednek el, és a gyermekek számottevő csoportjánál a normál, életkornak megfelelő tartalmú félelmek is jelezhetnek klinikai mértékű problémát a gyakoriság, az intenzitás és a funkcióromlás mértékének függvényében. Így igaz ez az óvodáskori sötétől való félelem esetén is, amely bár az adott fejlődési szakasznak megfelelő félelem, ez a tény még nem zárja ki a jelentős érzelmi megterhelés vagy a súlyosabb előfordulás lehetőségét.

4.2. Szorongásos zavarok

A szorongásos zavarok élettartam prevalenciája 15-20%, és a szakirodalomban jelentős evidencia szól amellett, hogy a szorongásos zavarok a leggyakoribb mentális betegségek gyermekkorban, amelyek közül is a szeparációs szorongás és a specifikus fóbiák (állatoktól, sérüléstől és környezeti fenyegetésektől való félelem) jelentkeznek legkorábban (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

Spence et al. (2001) kutatásában a 2-6 éves gyerekek szorongásos problémái a diagnosztikai gyakorlattal is konzisztens öt faktorba (szeparációs szorongás, generalizált szorongás, obszesszív-kompulzív zavar, szociális fóbia, fizikai sérüléssel kapcsolatos specifikus félelmek) rendeződtek, és ezek a faktorok egymással jelentős mértékben korreláltak. A faktorok kovarianciáját alapvetően jól magyarázta az általános szorongás, ám az utóbbi három faktor egyedi varianciához való hozzájárulása elegendő volt ahhoz, hogy önálló dimenziókként tekintsünk rájuk. A szeparációs és generalizált szorongás azonban csupán kismértékben magyarázták az egyedi varianciát, és egymással oly mértékben együttjártak ($r = 0,87$), hogy szerzők megállapítása szerint ennek a két dimenzióknak a megkülönböztetését óvodások esetén fenntartásokkal kell kezelni.

Longitudinális kutatásokban a különböző időpillanatokban felmért internalizáló problémák mértéke jelentős együttjárást mutatott (Cole, Peeke, Martin, Truglio, & Seroczynski, 1998; Goodwin, Fergusson, & Horwood, 2004; Nivard et al., 2015), amely Nivard és munkatársai (2015) eredményei szerint túlnyomórészt a genetikai meghatározottságnak köszönhető. Beesdo és munkatársai (2009) megállapítása szerint a szorongásos tünetek szűk értelemben vett homotípusos folytonossága (ugyanazon diagnózis jelenléte, pl. generalizált szorongás) relatíve ritka, míg a tágabb értelemben vett homotípusos (a korábitól eltérő szorongásos zavar diagnózis) és a heterotípusos folytonosság (nem szorongásos mentális zavar diagnózisa) meglehetősen gyakori.

Ialongo, Edelsohn, Werthamer-Larsson, Crockett és Kellam (1994, 1995) kutatásaiban kisgyermekkor szorongása időben aránylag stabilnak mutatkozott, és az ötéves kori szorongásos tünetek magasabb mértéke bejósolta a négy évvel későbbi kevésbé adaptív iskolai viselkedést és rosszabb iskolai teljesítményt. A koragyermekkor visszahúzódnak, féltékenység prospektív felmérésekben bejósolta a 13-14 éves kori szorongásos zavarok (Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 2000) és a 21 éves kori depresszió (Caspi, Moffitt, Newman, & Silva, 1996) nagyobb kockázatát. A szorongásos tünetekkel (Bittner et al., 2004; Cole et al., 1998; Stein et

al., 2001; Wittchen, Kessler, Pfister, Höfler, & Lieb, 2000) és jelentős specifikus félelmekkel, különösen sötétől való félelemmel (Pine, Cohen, & Brook, 2001) jellemezhető személyeknél a későbbiekben nagyobb valószínűséggel jelent meg depresszió. Más kutatásokban a későbbi alkoholfogyasztás és alkoholbetegség nagyobb valószínűségét jósolta be a fiatalkori szociális fóbia és/vagy pánikbetegség (Zimmermann et al., 2003), valamint a szeparációs szorongás (Brückl et al., 2007). Egy hosszú távú felmérésben (Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley, & Joiner, 2008) a gyermek- és serdülőkori szeparációs szorongásos zavar 73,5%-ban jelzett előre fiatal felnőttkori pszichopatológiát, legtöbbször pánikbetegséget vagy depressziót.

4.3. Egyéni különbségek háttere

Az internalizáló zavarok és a szorongásos problémák egyéni különbségeinek hátterében meghúzódó alapvető változó a gyermek személyisége és temperamentuma, különös tekintettel a neuroticizmus (Hettema, Neale, Myers, Prescott, & Kendler, 2006), negatív affektivitás (Brown, Chorpita, & Barlow, 1998), és viselkedéses gátlás (Johnson, Turner, & Iwata, 2003) dimenzióira. Gartstein, Putnam és Rothbart (2012) kutatásában a gyerekek magas negatív affektivitása és alacsony erőfeszítést igénylő kontrollja externalizáló és internalizáló problémáik nagyobb mértékéhez egyaránt hozzájárult, ugyanakkor az *extraverzió* és a *pozitív affektivitás* alacsonyabb szintje az internalizáló, magasabb szintje pedig az externalizáló zavarok szempontjából bizonyult rizikótényezőnek. A gyermekkori magas vonás szintű negatív affektivitás a szorongás és depresszió kialakulásának magasabb kockázatát vetíti előre (Lonigan, Phillips, & Hooe, 2003).

További releváns intrapszichés tényező a gyermek érzelemszabályozási készsége (Bowie, 2010) és kötődési minősége (Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997), amelyek közvetlen módon bejósolhatják későbbi internalizáló problémáit. Warren és munkatársai (1997) eredményei szerint azon gyerekek, akik magas viselkedéses gátlás mellett bizonytalan kötődéssel jellemezhetőek, nagyobb valószínűséggel küzdenek majd szorongásos zavarokkal, mint biztonságos kötődésű társaik. A szorongásos zavarral jellemezhető iskolás gyerekek magas intenzitású érzéseket tapasztalnak meg, és egyaránt nehézségekkel küzdenek aggodalmaik, szomorúságuk és haragjuk szabályozását illetően (Suveg & Zeman, 2004). Emellett a szorongásos zavarral küzdő gyermekek érzelemszabályozással kapcsolatos vélekedései is különböznek a szorongásos zavarral nem küzdő gyermekekétől: az érzelmeket egyaránt kevésbé tartják elrejtetőnek és megváltoztathatónak (Southam-Gerow & Kendall, 2000).

Az adaptív érzelemszabályozás ezzel szemben az internalizáló és externalizáló problémák alacsonyabb mértékével és magasabb szociális kompetenciával jár együtt (Blair, Denham, Kochanoff, & Whipple, 2004; Eisenberg et al., 2003). A szorongásos zavarok genetikai és pszichobiológiai tényezők által is meghatározottak (Hettema, Neale, & Kendler, 2001; McClure et al., 2007; Merikangas, Avenevoli, Dierker, & Grillon, 1999).

Általános iskolás korban konzisztens nemi különbségek kerültek kimutatásra: a lányok a specifikus félelmek (Ollendick et al., 1991), az éjszakai félelmek (Gordon, King, Gullone, Muris, & Ollendick, 2007a), a túlzott aggodalom (Silverman et al., 1995) és számos szorongásos tünet és zavar vonatkozásában (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; Kashani & Orvaschel, 1990; Spence, 1998) magasabb értékeket mutattak a fiúknál, és a nemi különbségek serdülő és fiatal felnőtt korban is markánsnak bizonyultak (Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). Óvodás populációban azonban számos kutató a szorongásos problémákat illető nemi különbségek hiányáról számolt be (Chazan & Jackson, 1971; LaFreniere & Dumas, 1996; Spence et al., 2001) és ebben a fiatal életkorban az éjszakai félelmek nemi különbsége sem egyértelmű (Muris et al., 2001). Úgy tűnik tehát, hogy a nemek közötti különbségek az életkor előrehaladtával éleződnek ki, amelyre egy lehetséges magyarázat az elvárt nemi szerepek elsajátításának jelentősége, amelyet Pierce és Kirkpatrick (1992) a félelmek kapcsán rafinált kísérletben igazolt. Vizsgálatukban egy hónapos eltéréssel, két alkalommal vettek fel félelem kérdőívet egyetemi hallgatókkal. A második alkalommal azáltal szerették volna fokozni a hallgatók őszinteségét, hogy rövid, halakat, patkányokat, egereket és hullámvasutat ábrázoló videókat vetítettek a számukra, és eközben pszichofiziológiai mérést végeztek, és a hallgatók figyelmét felhívták ennek „hazugságdetektor” funkciójára. A második alkalommal a férfiak az első méréshez képest szignifikánsan magasabb egerektől, patkányoktól, hullámvasúttól, csúszómászóktól, pókoktól és magasságtól való félelemről számoltak be, míg a nők esetén a két mérés eredménye nem különbözött egymástól. Szerzők értelmezése szerint a férfiak az első felméréskor az önkitaltós kérdőíven tényleges félelmeiknél alacsonyabb értéket adtak meg, hogy jobban megfeleljenek a férfiakkal szemben támasztott nemi szerep elvárásoknak. A második felméréskor ugyanakkor fennállt a lehetősége, hogy a pszichofiziológiai mérés révén fény derül arra, hogy nem mondanak igazat, így ekkor magasabb, tényleges félelmüket leíró értékekről számoltak be. McLean és Anderson (2009) áttekintő tanulmányukban ezzel összhangban arra a megállapításra jutottak, hogy a félelem és szorongás markáns nemi különbségének hátterében jelentős mértékben szocializációs hatások állnak, amelyek mintegy kiélezzik a biológiai sérülékenységet.

A gyermekkori szorongás háttérben diszfunkcionális kognitív folyamatok – figyelmi és interpretációs torzítások – is meghúzódhatnak. A szorongó gyermekek a normál populációhoz képest hajlamosak nagyobb figyelmet fordítani a környezet fenyegetéseire, hajlamosabbak fenyegetőnek ítélni semleges vagy kétértelmű ingereket, helyzeteket, és erősebb együttjárást tételeznek fel bizonyos ingerek és negatív következmények között (Field, Hadwin, & Lester, 2011). Lonigan és Vasey (2009) kutatásában azon gyerekek és serdülők mutattak szignifikáns mértékű figyelmi torzítást fenyegető ingerek esetén, akiket alacsony mértékű erőfeszítést igénylő kontroll és magas mértékű negatív affektivitás jellemzett.

A szorongásos problémákat természetesen személyen kívüli, szülői és családi változók is meghatározzák. Bögels és Brechman-Toussaint (2006) áttekintő tanulmánya szerint a szülői és gyermeki kötődés minősége, a szülői párkapcsolat minősége és konfliktusai, a testvérekkel való kapcsolat, a családi struktúra és működésmód, a túlkontrolláló és negativisztikus szülői bánásmód, a szülői modellnyújtás, és a szülő gyermeke szorongását, viselkedését és saját személyes kontrollját illető vélekedései egyaránt hatást gyakorolnak a gyermek szorongásának mértékére. Szerzők ugyanakkor felhívják rá a figyelmet, hogy az egyes családi jellemzők szorongást illető specifikus hatása, és a családi faktorok és szorongásos tünetek között fennálló kapcsolat iránya bizonytalan és további vizsgálatokat igényel.

Wood, McLeod, Sigman, Hwang és Chu (2003) áttekintő tanulmányukban a szülői bánásmód szorongásra kifejtett hatását vizsgálva megállapították, hogy bár az elfogadást és modellnyújtást illető eredmények vegyesek, és a szubjektíven megítélt szülői bánásmód hatása is csak kismértékben bizonyított, a szülő-gyermek interakciók során megfigyelt szülői kontroll a kutatásokban konzisztensen, és jelentős mértékben jósolta be a gyermekek féltékenységét és szorongását. Rapee (1997) áttekintő tanulmányában hasonlóképp arra a megállapításra jutott, hogy a szülői elutasítás és kontroll a szakirodalomban konzisztens módon bejósolja a gyermek későbbi depresszióját és szorongását, és az eredmények arra utalnak, hogy az elutasítás dimenziója inkább a depressziót, míg a kontroll inkább a szorongást határozza meg.

Suveg, Zeman, Flannery-Schroeder és Cassano (2005) kutatásában a szorongásos zavarral diagnosztizált gyermekek és édesanyjaik is kevésbé voltak hajlamosak kifejezni érzéseiket, mint a nem diagnosztizált gyermekek és édesanyjaik. Crespo et al. (2017) vizsgálatában az anyai érzelemszabályozási nehézségek és az érzelmi tudatosság hiánya a gyermek negativitásán és szabályozási készségein keresztül jósolták be a gyermekek internalizáló és externalizáló problémáit: az anya érzelemszabályozási nehézségének kedvezőtlen hatását a gyermek

negativitása, míg érzelmi tudatosságának hiányának hatását a gyermek szabályozási nehézsége mediálta. Han és Shaffer (2014) kutatásában a szülői kritika és túlvédés kedvezőtlen irányba befolyásolta a gyermek szabályozási készségeit, és ezáltal jósolta be az externalizáló és internalizáló problémák fokozott valószínűségét. Az érzelmi-hangulati problémák kialakulásához a szülői bánásmód sajátosságai mellett a kedvezőtlen gyerekkori élmények, így például szülő elvesztése, szeparáció, szülői pszichopatológia, egyéb traumatikus életesemények (Beesdo, Pine, Lieb, & Wittchen, 2010; Kessler, Davis, & Kendler, 1997) is hozzájárulnak.

Kifejezetten az apák szerepét vizsgáló kutatásokban megállapításra került, hogy az óvodás gyermekek társaiknál nagyobb mértékű internalizáló és externalizáló problémákkal küzdenek a vér szerinti apa tartós hiánya (Fitzsimons & Villadsen, 2019) és az apa prenatális és posztnatális depressziója (Ramchandani et al., 2008) esetén. Kétszülős családokban a gyermekek hároméves-kori érzelmi problémáinak mértékét bejósolta továbbá az apa gyermekgondozási tevékenységbe való bevonódásának hiánya (Flouri & Malmberg, 2012).

Az intrapszichés és környezeti tényezők bonyolult kölcsönhatásaira hívják fel a figyelmet a következő eredmények. Han és Shaffer (2013) kutatásában a kevésbé adaptív szülői szabályozás fokozta a gyerekkori pszichopatológia kockázatát, de csak a magasabb gátoltsággal jellemezhető gyermekek esetén. Mills-Koonce et al. (2007) kísérletében pedig a 6 és 12 hónapos korban felmért anyai szenzitivitás előrevetítette a gyermekek hároméves kori affektív problémáit, de csak a DRD2 gén megfelelő polimorfizmusa esetén.

5. Alvási nehézségek

Az éjszakai félelemmel szorosan összefüggő, ám a szorongásos zavaroktól diagnosztikailag elkülönülő tünetcsoportot alkotnak az alvással kapcsolatos problémák. Jelen fejezet főként a normál populáción végzett, elalvással és átalvással kapcsolatos gyerekkori nehézségek elemzésére fókuszáló kutatásokat összegzi. Az adatgyűjtések jellemzően szülői beszámolókon alapulnak, elismervén azt a módszertani korlátot, hogy a gyermekek éjszakai ébredései, különösen a rövid ideig tartó ébredések, a szülők által beszámolt ébredéseknél valójában sokkal gyakoribbak (Acebo et al., 2005).

5.1. Gyakoriság

Az amerikai National Sleep Foundation szülői beszámolókon alapuló adatai szerint (NSF, 2004) a 3-6 éves óvodás gyermekek 36%-a legalább egyszer felébred egy tipikus éjszakán, 5%-uk kétfő vagy több alkalommal. A gyerekek egy-egy felébredés alkalmával átlagosan 11 percet töltenek ébren, 12%-uk pedig legalább fél órát. A szülők 42%-a nyilatkozott úgy, hogy amikor

gyermeke segítségre szorul a visszaalváshoz, akkor ő gyermekével marad, amíg el nem alszik. 23%-uk átviszi gyermekét saját ágyába, és 7%-uk vele alszik, a gyermek ágyában. Az éjszakai lefekvéssel kapcsolatos viselkedéses problémák előfordulása sem ritka: a gyerekek 52%-a halogatta az esti lefekvés idejét, 30%-uk egyáltalán nem akart aludni menni, 26%-uk fáradtnak vagy álmosnak tűnt napközben és 19%-uknak nehezebb esett felkelni, legalább heti néhány alkalommal. A gyermekek átlagosan 17 perc alatt alszanak el éjszaka, 22%-uk több mint 20 perc alatt. Összességében az óvodások szüleinek 10%-a vélte úgy, hogy gyermekének alvással kapcsolatos gondjai vannak, ami összefüggött a gyermekek kevesebb alvásmennyiségével, hosszabb elalvási idejével, és éjszakai ébredéseinek számával. A felmérésben a gyerekek 93%-ának volt mindennapos lefekvés rutinja, amelynek leggyakoribb eleme az esti meseolvasás: a szülők 72%-a nyilatkozott úgy, hogy a lefektetés részeként mesét olvas gyermekének.

Gyermekek alvásproblémáinak longitudinális jellegzetességeit felmérő kutatásukban Jenni, Fuhrer, Iglowstein, Molinari és Largo (2005) azt találták, hogy a szülővel történő együttalvás és az éjszakai felébredés heti rendszerességű előfordulása egyaránt négyéves korban csúcsosodik ki (előfordulásuk 38% és 54%). A rendszeres lefekvéssel szembeni ellenállás és elalvási nehézségek a gyerekek kevesebb mint 10%-ára volt jellemző. Megállapították továbbá, hogy a csecsemőkori szülővel történő együttalvás és éjszakai felébredés nem jósolta be ezeknek gyerekkori előfordulását, a gyerekkori prevalencia azonban már időben stabilnak bizonyult.

A koragyermekkori alvás jellegzetességeit Magyarországon az Egészséges Utódokért projekt keretein belül vizsgálták, 0-3 éves gyermekek körében. A projekt tanúsága szerint a 30-36 hónapos gyermekek éjszakánként átlagosan egy alkalommal ébrednek fel (Scheuring, Danis, Papp, Németh, & Szabó, 2015a), és a két leggyakoribb elalvási mód ebben az életkorban az esti rituálék (mese, éneklés, simogatás, rövid beszélgetés) utáni egyedül történő elalvás, valamint az, hogy a gyermek a szülő mellett alszik el (Scheuring, Danis, Papp, Németh, & Szabó, 2015b). Scheuring et al. (2015b) a 0-3 éves gyermekek összességét vizsgálva arra is rámutattak, hogy az éjszakai ébredések száma szignifikánsan több a nehezen elaltatható vagy elalváshoz szoros testi kontaktust igénylő gyermekek esetén. Kutatásuk során a szülők 8-9%-a számolt be arról, hogy gyermeke elaltatása jelentős megterhelést jelent a számára, míg az éjszakai ébredések (Scheuring et al., 2015a) az anyák 23,6%-a számára jelentettek stresszt.

5.2. Korrelátumok

A kisgyermekkori alvási nehézségeket bejósoló tényezőnek bizonyult a fejlődési elmaradás (Krakowiak, Goodlin-Jones, Hertz-Picciotto, Croen, & Hansen, 2008); az anyai depresszió

(Teti & Crosby, 2012); az anya bizonytalan kötődése (Benoit, Zeanah, Boucher, & Minde, 1992); a gyermek magas emocionalitása, alacsony féltékenysége, és a család életmódja (Reynaud et al., 2016), azon belül a passzív dohányzás, a bölcsődei/óvodai/egyéb közösségben történő ellátás, az éjszakai etetés és a hosszabb időtartamig tartó tévézés. A lefekvést megelőző tévézés, a szülővel történő együttalvás és a lámpafény alvásminőségre kifejtett negatív hatását taiwani óvodások körében is kimutatták (Lo, 2016). Mindemellett bizonyos neurológiai és fiziológiai problémák (pl. kólika, reflux, tejallergia, légzési problémák, időszakos végtagmozgások) is eredményezhetnek alvásproblémákat, éjszakai ébredéseket (Sadeh, 2005). Az alvásproblémák gyakorisága gyermek- és serdülőkorban nem mutat nemi eltérést (Alfano, Zakem, Costa, Taylor, & Weems, 2009; Blader, Koplewicz, Abikoff, & Foley, 1997).

Az alvásproblémák egyidejű korrelátumaiként kedvezőtlen érzelmi-, viselkedéses-, és kognitív sajátosságok jelenhetnek meg (Alfano et al., 2009; Bates, Viken, Alexander, Beyers, & Stockton, 2002; Gregory, Eley, O'Connor, & Plomin, 2004; Reid, Hong, & Wade, 2009; Reynaud, Vecchierini, Heude, Charles, & Plancoulaine, 2017), és az óvodáskori alvási nehézségek bejósolják az iskoláskori szorongást és depressziót (Gregory & O'Connor, 2002; Whalen, Gilbert, Barch, Luby, & Belden, 2017).

Berger, Miller, Seifer, Cares és LeBourgeois (2012) vizsgálatában kisgyermek pihenésük korlátozása esetén a pozitív képi ingerekre kevesebb pozitív-, a semleges és negatív ingerekre pedig több negatív érzelmi választ adtak, és megoldható és megoldhatatlan kirakós feladatra is kevésbé adekvát reakciókat mutattak (a megoldható kirakós esetén kevesebb örömet, a megoldhatatlan esetén pedig kevesebb zavarodottságot és több negatív reakciót adtak), mint a pihenést nem korlátozó kísérleti feltétel esetén. Gregory et al. (2004) több mint 6000 fős longitudinális iker-kutatás során elemezték az alvás- és egyéb viselkedéses- és érzelmi zavarok együttjárásának hátterét. Eredményeik szerint az óvodáskori alvásproblémák gyenge mértékben korreláltak a szorongással, hiperaktivitással és magatartászavarral, és ezeknek hétéves kori előfordulását is bejósolták. Mindkét típusú összefüggés hátterében túlnyomórészt a közös környezeti hatások és pszichoszociális rizikófaktorok álltak.

989 általános iskolás gyerek szüleinek kérdőíves felmérésekor Blader és munkatársai (1997) megállapították, hogy az elalvási problémák éjszakai félelmekkel, éjszakai felébredésekkel, pszichiátriai és szomatikus betegségekkel, korábbi alvásproblémákkal és a gondozóval való fokozott közelség igényével jártak együtt (egy ágyban elalvás és/vagy éjszakai megnyugtató egy ágyban alvással).

6. Sötétől való félelem

6.1. Konceptualizáció

A hazai szakirodalomban elméleti jellegű írásokban jelenik meg a fogalom, mint a normatív gyermekkori félelmek egy típusa (Ranschburg, 1973; Vetró & Kapornai, 2008). A nemzetközi elméleti és empirikus szakirodalomban sötétől való félelemként/sötétségfóbiaként (Graziano, Mooney, Huber, & Ignasiak, 1979; Orgilés, Espada, & Méndez, 2008; Santacruz, Méndez, & Sánchez-Meca, 2006) vagy éjszakai félelemként (Gordon et al., 2007a; Kushnir, Gothelf, & Sadeh, 2014; Mooney, 1985; Muris et al., 2001) hivatkoznak rá. „Az éjszakai félelmek a valós vagy képzelt éjszakai fenyegetésekre adott normál reakciók” (Gordon et al., 2007a, 2464. o.). A félelmek heterogén osztályaként tekintünk rájuk, amelyek a sötétségen kívül számos tárgyra (pl. betörők, képzeleti kreációk) irányulhatnak (Muris et al., 2001). „A sötétségfóbia a lefekvéskor tanúsított opponáló magatartásban nyilvánul meg, és abban, hogy a gyermek nem akar lekapcsolt villanyal aludni.” (Orgilés et al., 2008, 1. o.).

Az eltérő fogalmakat alkalmazó kutatók rendszerint hivatkoznak egymás munkásságára és a fogalmakat gyakran úgy használják, mint amelyek felcserélhetők. Az *éjszakai félelem* kifejezés érzékelteti a félelem sokféleségét és azt, hogy ezen félelmek jellemzően adott napszakban jelennek meg, ezáltal egyben azt is sejtetve, hogy az alvásminőséggel szorosan összefüggenek. A *sötétől való félelem* terminus ezzel szemben a félelem sötét szituációhoz kötöttségét hangsúlyozza, amely félelmek gyakran a sötét elkerülésével (pl.: lámpa felkapcsolása) enyhülnek, vagy teljes mértékben megszűnnek (Kopcsó & Láng, 2014).

Graziano és munkatársai (1979) tanulmányukban felváltva használják a sötétől való félelem és éjszakai félelem kifejezést, utalva azonban arra, hogy a vizsgálatukban résztvevő gyermekekben a sötétség nappal is félelmet váltott ki. Carney, Moss, Atwood, Crowe és Andrews (2014) kutatásában a laboratóriumi körülmények között létrehozott sötétben tapasztalt ijedtség mértéke (váratlan zajra adott fiziológiai válasz) együttjárást mutatott a rosszabb alvásminőséggel és az önbeszámoló kérdőíven felmért sötétől való félelemmel. Ebből is látható, hogy a sötétben tapasztalt diszkomfort érzés és az éjszakai félelmek kéz a kézben járnak, és az egyén alvásminőségét is kedvezőtlen irányba befolyásolhatják.

Egyes kutatások a sötétől való félelmet (Gordon et al., 2007a; Mooney, 1985), az éjszakai félelmek specifikus tárgyának tekintik. A fenti érvelést figyelembe véve ez a megközelítés problematikus: egy nappal előidézett sötét helyzetben átélt félelemnek is lehet egyéb konkrét tartalma, az éjszakai félelem tárgya pedig rendszerint elsősorban sötétben okoz félelmet.

Összességében arra a megállapításra juthatunk, hogy mivel a sötétség és az éjszaka szükségszerűen együtt járnak, és kutatásunk tárgyát nem képezi laboratóriumi körülmények között előidézett sötétség, így a fogalmak – legalábbis számunkra mindenképpen – szabadon felcserélhetők. Arra való tekintettel, hogy a félelem egyik gyakori elkerülési módja a sötétség megszüntetése, és igazodva a magyar köznyelvben már használatos fogalomhoz, elsődlegesen a *sötétől való félelem* kifejezés használata mellett döntöttem. A sötétség fogalma mindazonáltal nem egy konkrét tárgyat jelöl, hanem egy szituációt, amely bizonyos emberek esetén megnevezhető tárgyaktól való félelmet (pl. betörők, szellemek, pókok), másoknál tárgy nélküli diffúz szorongást okoz (lásd bővebben a II/ 6.5. fejezetben).

Az iménti megállapítás előrevetíti a szorongás és félelem élmények fogalmi meghatározását és elkülönítését. Alapvetően elmondhatjuk, hogy a szorongás és félelem állapotok, az egyént érő fenyegető helyzetekre adott, biológiailag jól leírható válaszreakciók, amelyekért a vegetatív idegrendszer felel (Comer, 2005). A vegetatív idegrendszer hatására bizonyos idegpályák (együttesen szimpatikus idegrendszer) és az endokrin rendszer aktiválódnak. Mindennek eredménye az ilyenkor jellemző izgalmi állapot, amelyet szapora szívverés, felgyorsult légzés, izzadás, remegés jellemeznek.

Klasszikus differenciálási szempont a vélt fenyegetés specifikussága; eszerint a félelem adott tárgyhöz vagy helyzethez kapcsolódik, és annak jelenlétében realizálódik, míg a szorongás nem kötődik specifikus tárgyhöz, diffúz és hullámzó (Faludi, 1988). Ez a különbségtétel sokak által elfogadott, és a fóbiák és egyéb szorongásos zavarok megkülönböztetésének központi eleme (Pavuluri, Henry, & Allen, 2002). A veszélyküszöb modell értelmében szorongást akkor élünk át, ha jövőbeni fenyegetésre gondolunk, míg félelmet a fenyegetés aktuális jelenlétében (lásd bővebben Craske, 2003). A szorongás prototípusaként említi Muris (2007) az aggodalmat, amikor a személy olyan negatív dolgokra gondol, amelyek esetleg megtörténhetnek a jövőben. Beck és Emery (1999) a félelmet egy jövőbeli vagy aktuálisan jelen lévő tényező kognitív kiértékelésének tartják, míg a szorongást olyan érzelemnek, mely a félelem aktivációjának következtében jön létre.

A fennálló konceptuális zűrzavar veszélye, hogy az alkalmazott definíciók mindennemű kutatási eredmény értelmezését, ezáltal pedig a szorongásról és félelemről alkotott tudásunkat, erőteljesen befolyásolják (Sylvers, Lilienfeld, & LaPrairie, 2011). Kállai (2008) átfogó tanulmányában a szorongás és félelem kognitív neuropszichológiai és viselkedéses jellemzésére egyaránt kitér. Megállapítása szerint biológiai háttérüket tekintve a két jelenség

egymással átfedő, de mégis eltérő funkcionális rendszerre épül, ami eltérő viselkedéses jegyekkel jár együtt. A félelem adott tárgyra vagy tárgyakra irányul, amelyet igyekszünk aktív módon elkerülni. Ez az érzelem feltétlenül átmeneti, és idővel akár szorongásnak adhatja át a helyét. A szorongás ezzel szemben ellentmondásos érzéseket keltő, bizonytalan kimenetelű szituációkra adott válasz, melyben az elkerülés és a megközelítés tendenciája együtt is tetten érhető. A személynek nincs arra lehetősége, hogy a helyzetet elfogadható módon megoldja. A fenti definíciókkal lényegében azonos megállapításokra jutottak áttekintő tanulmányukban Sylvers és munkatársai (2011) is. A kialakulóban lévő fogalmi konszenzus mellett a kutatási eredmények azt mutatják, hogy a félelem és szorongás élményszinten is egymással együttjáró (Muris, Schmidt, Merckelbach, & Schouten, 2001) és nehezen elkülöníthető (Muris, Merckelbach, Mayer, & Meesters, 1998) emóciók.

A fenti szempontok sötétől való félelem viszonylatában történő értelmezése nehézségekhez vezet. Korábbi kérdőíves vizsgálatunkban a sötétől valamilyen mértékben féltő serdülők és fiatal felnőttek több mint fele nyilatkozott úgy, hogy félelmének nincs konkrét tárgya (Kopcsó & Láng, 2014). Más esetekben a félelem konkrét tárgyaként megnevezésre került maga a sötétség vagy egy tényleges konkrét tárgy. A kép az utóbbi esetben igencsak vegyes volt: a félelem tárgya olykor csupán anticipált, és a személy szerint sincs aktuálisan jelen (pl.: betörő); vagy a személy épp azért fél, mert attól tart, hogy jelen van (pl.: bizonytalan eredetű neszek betörőnek, egérnek, szellemnek tulajdonítása), de nem tudja ezt biztosan. A jelenség szorongásként való értelmezése mellett szól az is, hogy maga az éjszaka, mint szituáció, elkerülhetetlen és az ekkor átélt negatív érzések akár órákon keresztül megoldatlanul fennállhatnak. A képet tovább árnyalja, hogy az átélt negatív emóció természetét a megküzdési stratégiák függvényében is értelmezhetjük, márpedig sokan sikerrel alkalmaznak ilyen stratégiákat, például figyelemelterelést vagy elkerülést (Kopcsó & Láng, 2014; Muris et al., 2001). Az ő esetükben nem beszélhetünk órákig fennálló, megoldatlan érzelemről.

Interakcionista elméletalkotók szituációfüggő szorongásként értelmezik a sötétől való félelem jelenségét. Amellett érvelnek, hogy a különböző helyzetek kulturálisan meghatározott információhordozó szereppel bírnak, amelyek bizonyos tényezők függvényében (szituáció vélt kimenetele; ennek hatása a személy fizikai és pszichológiai integritására; észlelt megküzdési lehetőségek) határozzák meg a jelenlétükben fellépő viselkedést és szorongást (Magnusson & Stattin, 1981). A sötétség, mint archaikus aktiváló feltétel azáltal vezet szorongáshoz, hogy következetesen irreális kimeneteket és a fizikai sérülés lehetőségét kapcsoljuk hozzá (Magnusson & Oláh, 2005).

Érdeemes még kitérnünk Ranschburg (1973) sötétől való félelem értelmezésére, ami egészen új perspektívát kínál. A félelmek e típusáról részben szimbolikus félelemként ír, amely egyfelől szeparációt szimbolizál, az egyén és környezete eltűnését. Másfelől, sötétben a fantáziánk termékei a nappal látható objektív valóság akadályoztatása nélkül képesek a külvilágba vetülni, vagyis ilyenkor a szimbólumoktól való félelem is fokozott. Emellett a sötétől való félelmet a látás átmeneti hiánya miatt megélt veszélyérzetként, konkrét félelemnek is tekinti.

A fentiek mentén arra a következtetésre juthatunk, hogy a köznyelvben sötétől való félelemként címkézett jelenség rendkívül komplex és heterogén állapot, amely félelemre és szorongásra jellemző jegyeket egyaránt magában foglalhat. **Mindezeket összegezve jelen értekezés sötétől való félelem alatt az éjszakai sötétség, mint aktuális vagy anticipált szituáció által keltett negatív érzések összességét érti.**

Gyakorlati szempontból fontos megjegyezni, hogy nem létezik a sötétől való félelemre vonatkozó diagnosztikai kategória. A fennálló tünetek szakemberhez fordulva specifikus fóbia (kifejezetten sötétben fellépő rendszeres és túlzott mértékű félelem/szorongás vagy a helyzet elkerülése), inszomnia (rendszeresen és tartósan fennálló elalvási nehézség, éjszakai ébredés és visszaalvás nehézsége) vagy szeparációs szorongásos zavar (rendszeres félelem/szorongás a kötődési személy hiányában; azzal kapcsolatos aggodalmak, hogy olyasvalami történik, ami szeparációhoz vezet; egyedül elalvás elleni tiltakozás; szeparációval kapcsolatos rémálmok, szomatikus tünetek) diagnózisát egyaránt eredményezhetik. Differenciáldiagnosztikai szempontból szükséges lehet a tünetek generalizált szorongásos zavartól (a szorongás nem specifikusan sötétől való félelem, hanem más helyzetekben is fennáll), és alkalmazkodási zavartól (a sötétől való félelem distresszt kiváltó életeseemény – pl. óvodakezdés, testvér születése, válás – átmeneti következménye) való elkülönítése.

Muris és munkatársai (2001) kvázi egészséges iskolai diákokra vonatkozó kutatási eredményei szerint az éjszakai félelmek jelenléte az esetek 11%-ban társult valamely szorongásos zavar diagnózisához. A konceptualizációs nehézségeket figyelembe véve könnyen elképzelhető, hogy az éjszakai félelmekkel küzdő, és alkalmasint azonos tüneti képpel jellemezhető gyermekek mentálhigiénés ellátásba kerülve eltérő diagnózist kapnak.

6.2. A sötétség pszichológiai hatása

Figyelembe véve a sötétől való félelem szituációhoz kötöttségét, érdemes átkintenünk a sötétség általános érvényű hatásait és a személy-szituáció interakcióra vonatkozó kutatási eredményeket. Grillon, Pellowski, Merikangas és Davis (1997) felnőttekkel végzett

kutatásukban megállapították, hogy a sötétség fokozza a hangingerre adott megijedés („startle reflex”) mértékét, különösen azok esetén, akik gyermekkorukban félték a sötétben.

Ranschburg (1973) korábban ismertetett értelmezésében a sötétségnek fantázia-mobilizáló hatása van, vagyis a képzeleti tartalmak sötétben a nappal látható objektív környezet akadályozása nélkül vetülnek, projektálódnak a külvilágba. Ebben a megközelítésben projekció alatt azt a folyamatot értjük, amely során a személy a semleges, kétértelmű ingerekre saját, szubjektív ideáit és tartalmait vetíti (Dichter, 1960, 1964). A fény csökkenésével a vizuális ingerek egyértelműsége értelemszerűen csökken. A sötétnek tulajdonított fantázia-mobilizáló hatással összhangban áll Murstein (1959) megállapítása, amely szerint a sötétség megnyugtató, ám fantázia-serkentő hatással bír, és a szenzoros stimuláció relatív hiányában könnyebb az introspektív gondolkodás. Ezt az elméleti elképzelést a sötétség és a félhomály kognitív folyamatokra és viselkedésre kifejtett, kísérleti kutatásokban kimutatott hatása is alátámasztja.

Bradley és Lysaker (1957 in Murstein, 1959) pozitív, lineáris kapcsolatot talált a sötétség növekvő mértéke és a szabad asszociálás könnyedsége között. Moyes és munkatársai (2017) kísérletükben azt vizsgálták, hogy a kísérleti személyek a fény mértékének függvényében mennyire hisznek bizonyos természetfeletti jelenségekben, és mennyire hajlamosak egyes mindennapi történések okaként természetfeletti magyarázatokat választani, tudományos magyarázatok helyett. Azt találták, hogy a kérdőívet félhomályban kitöltő személyek, akik esetén csupán egy a papírt megvilágító kislámpa szolgált fényforrásként, szignifikánsan több természetfeletti jelenségben való hitüket fejezték ki, és szignifikánsan több természetfeletti magyarázatot választottak ki, mint azok, akik természetes fényben töltötték ki a kérdőívet. Saját vizsgálatunkban (Kopcsó & Láng, 2018) a megvilágítás mértékének Regresszív Képzeleti Szótárral felmért gondolkodási folyamatokra kifejtett hatását vizsgálva azt találtuk, hogy a félhomályban írt történetek több elsődleges folyamatra utaló szót tartalmaztak, mint a világosban írt történetek, ám a különbség csak a sötétől félfő egyének esetén volt szignifikáns.

Schwarz és Huapaya (1964) laboratóriumi vizsgálatuk nyomán arra a következtetésre jutottak, hogy az emberek hajlamosak félhomályban perceptuális torzításokat tapasztalni és érzelmeket projektálni egy semleges arcra. Szükséges példaként említhetjük a szenzoros depriváció következtében fellépő perceptuális torzítások, hallucináció és egyéb pszichotikus tünetekhez hasonló élmények dokumentációit (lásd például Daniel, Lovatt, & Mason, 2014; Merabet et al., 2004).

Szociálpszichológiai kutatások eredménye szerint a sötétség fokozza a csaló viselkedés (Zhong, Bohns, & Gino, 2010) és a másokkal szembeni agresszió valószínűségét (Page & Moss, 1976), míg a világosság, a sötétséggel összevetve, növeli a nyilvános éntudatosság mértékét, és az énszabályozás kontrolláltabb és reflektívebb formáit váltja ki (Steidle & Werth, 2014).

Összességében azt mondhatjuk tehát, hogy a sötétség felnőttek esetén is fokozza az ijedtség mértékét, illetve a szabályok megszegésének valószínűségét, miközben mobilizálja a fantáziát, az asszociatív és irracionális gondolkodást, amely összefüggésben állhat azzal, hogy bizonyos személyek milyen mértékben félnek a sötétben. Emellett a sötétség csökkenti a vizuális ingerek egyértelműségét, teret engedve az egyéni értelmezésnek, amely a szorongó gyerekek esetén (Field et al., 2011) nagyobb eséllyel vezethet a környezet fenyegetőnek ítéeléséhez.

6.3. Mérési lehetőségek

A gyermekkori félelmek felmérése sajátos nehézségeket vet fel, hiszen különösen a kisebbek esetén az introspekció és a félelmekről való verbális beszámoló nehézségekbe ütközhet. A normál félelmek fejlődéslélektani kutatásának ennek ellenére komoly hagyományai vannak, melyek a felnőttek retrospektív beszámolóira, a gyermekek közvetlen megfigyelésére, interjú és kérdőíves technikákra egyaránt támaszkodtak (Gullone, 2000). Interjú és kérdőívek felvétele esetén az adatforrás jellemzően a gyermek, annak gondviselője vagy tanára volt, ám a szülői beszámolók nagyobb gyerekeknél kevésbé megbízhatóak (Muris et al., 2001). Óvodások esetén ugyanakkor a gyermek éjszakai félelmére vonatkozó szülői interjúk elfogadható megbízhatóságúnak bizonyultak (Muris et al., 2001; Zisenwine et al., 2013).

Orgilés és munkatársai (2008) a sötétségfóbia mérési lehetőségeire fókuszáló áttekintő tanulmányukban a következő mérőeszközöket különítették el: interjúk, félelem kérdőívek, félelem felmérő skálák, megfigyelési módszerek és fiziológiás mérőeszközök. Általános problémaként fogalmazták meg, hogy a kifejezetten sötétől való félelemre fókuszáló mérőeszközök többségét a kutatócsoportok saját vizsgálatuk kivitelezéséhez fejlesztették ki, és ezek jellemzően nem kerültek nagyobb mintán standardizálásra. A klinikai mértékű sötétől való félelem diagnosztizálása leggyakrabban interjúk révén történik. Éppen a fent említett problémából kifolyólag, a kutatók gyakran a szorongásos zavarok diagnózisára létrehozott interjú technikák révén állapítják meg a sötétől való félelem, mint specifikus fóbia fennállását. Ilyen például az *Anxiety Disorders Interview Schedule* szülői és gyermeki változata (Silverman & Nelles, 1988), amelyet több terápiás fókuszú vizsgálatban is alkalmaztak (pl. Cornwall, Spence, & Schotte, 1996; Lewis, Amatya, Coffman, & Ollendick, 2015).

Muris és munkacsoportja (2001) szintén strukturált interjút alkalmazott, ez azonban – összhangban Muris és Field (2011) normál félelmeket és szorongásos zavarokat illető dimenziális megközelítésével – nem egy diagnosztikai kategória fennállásának megállapítását célozta, hanem az éjszakai félelem gyakoriságára, tartalmára, intenzitására, eredetére (kondicionálás, modellkövetés vagy negatív információ átvétel), a félelemmel szemben alkalmazott megküzdési módokra és azok hatékonyságára vonatkozott.

Számos kutatócsoport hozott létre a sötétől való félelem illetve az éjszakai viselkedés bizonyos aspektusait felmérő rövid szülői kérdőíveket (például Coffman, 1987; Cornwall et al., 1996; Méndez & Santacruz, 1996). Ezek hátránya, hogy a kérdőívek jellemzően kis mintán kerültek alkalmazásra és pszichometriai tulajdonságaik nem vagy kevéssé ismertek. Méndez és munkacsoportja például, bár témaspecifikus alvási naplót, sötétől való félelem interjút és sötétől való félelem skálát egyaránt kifejlesztettek, ezek kizárólag spanyol nyelven érhetőek el (Méndez Carrillo, Espada Sánchez, & Orgilés Amorós, 2006).

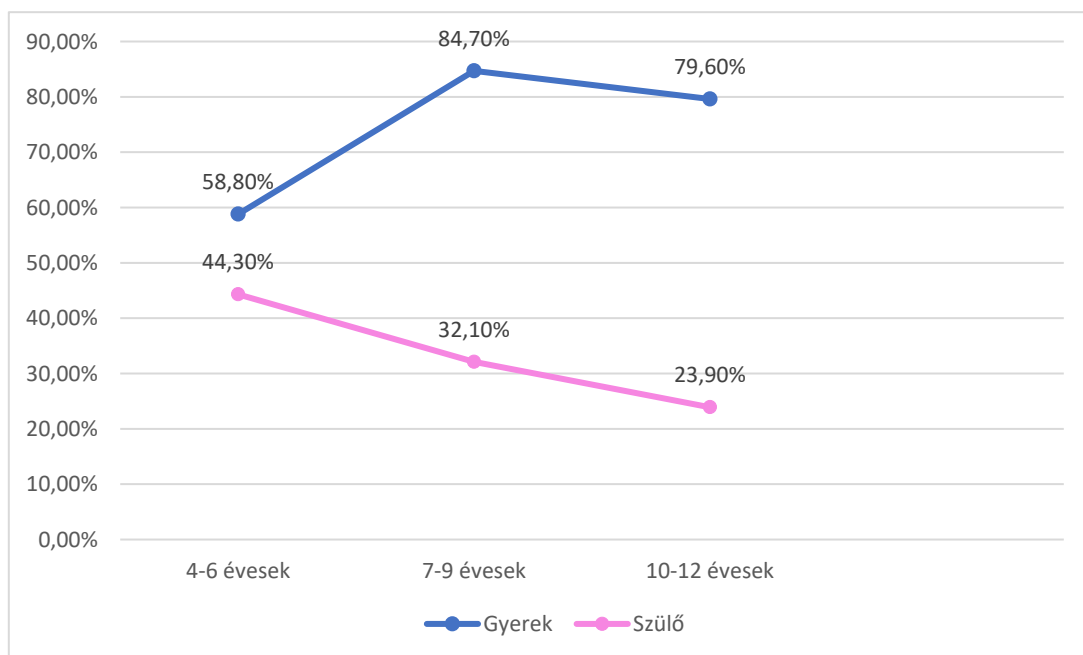
A félelem intenzitásának gyermek által történő megítélése legegyszerűbben vizuális-analóg skálán történhet. Amint arra Orgilés és munkatársai (2008) kitértek, a sötétől való félelem felmérő skálák különböző vizuális támpontokkal bírhatnak (például színskála, különböző mértékű félelmet kifejező arcok vagy akár különböző méretű kockák) és többféle helyzetben alkalmazhatóak (pl. éjszakai félelem ébredést követő megítélése; sötét-toleranciás vizsgálatban átélt félelem jelzése; elképzelt sötét helyzet indukálta félelem becslése). Ezek a gyermekek számára kifejlesztett skálák általában három- vagy ötfokúak.

Végezetül, a sötétől való félelem felmérése történhet természetes vagy mesterségesen elrendezett körülmények során mutatott viselkedés megfigyelése révén is (Orgilés et al., 2008). Az otthoni megfigyelés kapcsán több kutatásban arra kérték a szülőket, hogy napi rendszerességgel jegyezzék fel az elalvás körülményeit (például, hogy mennyi idő telt el aközött, hogy a gyermeket aludni küldték és ő ténylegesen elaludt és, hogy milyen tevékenységekkel próbálta a gyermek késleltetni az alvás pillanatát) és/vagy a gyermek éjszakai félelmének mértékét. A mesterségesen elrendezett helyzetek megvalósulhatnak a gyermek otthonában vagy laboratóriumi körülmények között is. Ezek során lehetőség van a fény mértékének fokozatos manipulációjára, a sötétre adott reakciók pontos monitorozására és az idői faktorok (pl. sötét tolerancia) feljegyzésére. Laboratóriumi körülmények között a megfigyelési adatok pszichofiziológiai mérésekkel egészülhetnek ki.

6.4. Gyakoriság

A sötétől való félelem a fejlődés normatív részének tekinthető (Gullone, 2000; Vetró & Kapornai, 2008), amely alacsony vagy közepes gyakorisággal a gyermekek többségénél megjelenik (Gordon et al., 2007a; Muris et al., 2001). Egy klasszikus kísérletben Jersild és Holmes (1935) 2-5 éves gyermekeket arra kértek, hogy hozzanak el egy labdát egy sötét folyosóról, és a gyerekek 45%-a csak felnőtt kíséretében merészkedett volna a sötétbe. 18-70 éves felnőttek körében végzett epidemiológiai vizsgálat a sötétségfóbia 2,3%-os prevalenciáját állapította meg (Fredrikson, Annas, Fischer, & Wik, 1996), és egy gyerekek fóbiáinak csökkentésére irányuló, iskolás populációt célzó vizsgálat is a sötétségfóbia 2% körüli prevalenciájára enged következtetni (Méndez & Garcia, 1996).

Muris és munkatársai (2001) 129 fős normál holland populációt felmérő vizsgálatában, a 4-12 éves gyermekek 73,3%-a nyilatkozott úgy strukturált interjú keretei között, hogy vannak éjszakai félelmei. Izgalmas adalék, hogy a szülői beszámolók lényegesen alábecsülték a félelem előfordulását, ezek alapján csupán a gyermekek 34%-a félt a sötétben. A félelem előfordulásának életkori változását megvizsgálva fokozódó különbséget fedeztek fel a szülői és gyermeki beszámolók között. Míg a szülők válasza alapján a sötétől való félelem az életkor előrehaladtával lineárisan csökkent, addig a gyermekek beszámolói korántsem ezt a mintázatot mutatták (lásd 3. ábra). Szerzők vizsgálatukban nem találtak a fiúk és lányok között a félelem gyakoriságára vonatkozó különbséget, ám a lányok félelme intenzívebbnek bizonyult.



3. ábra. A gyerekek sötétől való félelméről beszámoló gyerekek és szülők aránya Muris és munkatársai (2001) vizsgálatában

Gordon és kollégái (2007a) a fentihez hasonló kutatást végeztek, 514 (269 lány) 8-16 éves ausztrál fiatal bevonásával. A mintát két csoportra osztották, 8-12 éves gyerekekre és 12-16 éves serdülőkre. Eredményeik szerint a résztvevők 64,2%-a számolt be strukturált interjúval valamilyen mértékű éjszakai félelemről, a gyerekek szignifikánsan magasabb hányada (79,4%), mint a serdülők (48,8%). A gyakoriságot illető nemek közötti eltérést is kimutatták: a vizsgálatukban résztvevő lányok 72,9%-a, míg a fiúk 54,6%-a számolt be ilyen típusú félelmekről. Ami az éjszakai félelmek súlyosságát illeti, a minta 10,2%-a számolt be gyakori félelmekről.

14-15 éves serdülőket (83 fő) és 21-25 éves fiatal felnőtteket (56 fő) felmérő hazai kérdőíves vizsgálatunkban a következők eredményeket kaptuk (Kopcsó & Láng, 2014). A serdülők 65,8%-a és az egyetemisták 78,2%-a számolt be valamilyen mértékű sötétől való félelemről (a nemi eloszlást kontrollálva a két csoport közötti eltérés nem volt szignifikáns mértékű). A nők nagyobb aránya tapasztalt bizonyos gyakorisággal sötétől való félelmet (90,3%), mint a férfiaké (54,6%). Összességében a minta 52,9%-a alkalmi, 15,2%-a közepesen gyakori, 2,9%-a pedig nagyon gyakori sötétől való félelemről számolt be.

A fentiekben bemutatott kutatások értékeit átlagolva a következő megállapításokat tehetjük. Az elméleti szakirodalmat némiképp cáfolva, a sötétől való félelem kisiskolás és egyetemista korban is kifejezetten gyakori. Ebben a két életkori csoportban a személyek körülbelül 80%-a tapasztal meg valamilyen gyakoriságú sötétől való félelmet, míg a 4-6 évesek 59%-a, és a 12-16 évesek 49%-a. A sötétől gyakran félő 8-25 évesek durva becsléssel feltételezhető aránya 10-18%. (Sajnos Muris és munkatársai 2001-es tanulmányukban nem közöltek erre vonatkozó adatot.) Gordon, King, Gullone, Muris, & Ollendick (2007b) következtetése szerint a gyerekek 20-30%-a küzdhet intenzív éjszakai félelmekkel. A nemi különbség koraserdülőkorban éleződik ki és a későbbi életkorokban is jellemző. A szülők hajlamosak alábecsülni gyermekük sötétől való félelmét, különösen az idősebb életkorokban.

Izgalmas kérdés, hogy vajon a sötétől való félelem milyen fokú időbeni folytonosságot mutat. A Carney és munkatársai (2014) vizsgálatában résztvevő felnőttek 63%-a számolt be retrospektív módon gyermekkori sötétől való félelemről, és a felidézett félelem szignifikáns mértékben korrelált az aktuális sötétől való félelmükkel ($r = 0,34$).

A szakdolgozatom (Kopcsó, 2014) részét képező hosszmetzeti vizsgálatban 14 évesek sötétől való félelme nem változott szignifikáns mértékben 16 éves korukra, azonban a nem és a félelem mértékének tendencia erősségű interakciója volt kimutatható. A fiúk félelme csökkenő, a

lányoké növekvő tendenciát mutatott, vagyis 16 éves korra nőtt a nemek közötti eltérés. Ennek hátterében a nemi szerepnek való fokozódó megfelelési igény is állhat (vö. McLean & Anderson, 2009; Pierce & Kirkpatrick, 1992).

Cornwall és munkatársai (1996) kutatásában sötétségfóbiával küzdő 7-10 éves gyermekek tünetei a 20 hetes várólistás időszak során mindössze minimális javulást mutattak. Mindezek arra engednek következtetni, hogy mind a normál, mind a kóros övezetbe eső sötétől való félelem számottevő időbeni állandóságot mutat.

6.5. Tartalom

A sötétben megtapasztalt félelem számtalan konkrét tárgyhoz kötődhet. A fentiekben hivatkozott kutatásokban (Gordon et al., 2007a; Kopcsó & Láng, 2014; Muris et al., 2001) a következő kategóriák fordultak elő: környezeti fenyegetés, betörők, emberi fenyegetés, személyes biztonság, család/barátok biztonsága, ijesztő álmok, ijesztő gondolatok, sötétség, képzeleti kreációk, állatok és rovarok, aznapi történések, kontrollvesztés. Az egyes kutatások által használt kategóriák némiképp különböznek, ami abból is fakadhat, hogy a kategóriákat a szerzők az alanyok kifejtős kérdésre adott válaszai alapján hozták létre.

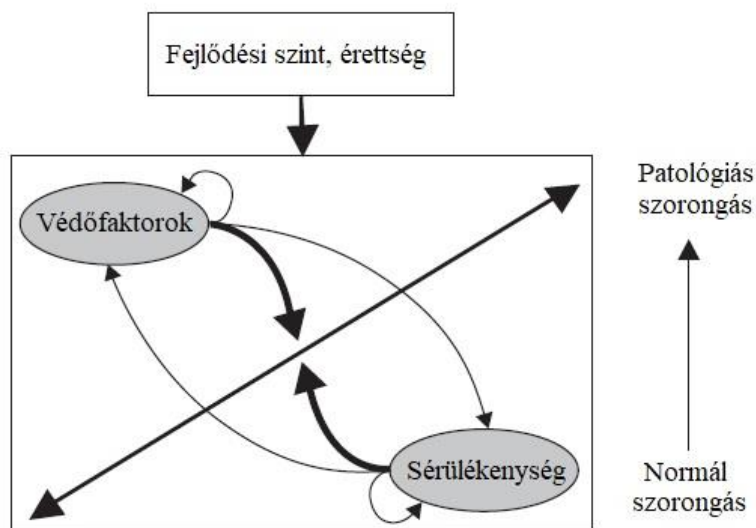
A két külföldi (Gordon et al., 2007a; Muris et al., 2001) kutatás eredményei mentén megállapítható, hogy míg a 4-6 évesek leggyakrabban képzeleti kreációktól (17,6%) és környezeti fenyegetésektől (13,2%) féltek éjszaka, addig 7-16 éves korban a betörőktől való félelem és a személyes biztonság féltése dominált (átlag: 39,2%). A képzeleti kreációktól való félelem 7-12 éves korban is számottevő volt (átlag: 14%), majd 13-16 évesek körében az előfordulása 2,2 %-ra csökkent. 4-12 éves kor között az ijesztő álmoktól való félelem csökkent, míg a betörőktől, és ijesztő gondolatoktól való félelem nőtt. A 8-12 éves gyerekek a 13-16 éves serdülőknél több személyes biztonságukat, ijesztő álmokat, képzeletbeli kreációkat és állatokat érintő félelmekről számoltak be.

Szemben a fentiekkel, középiskolásokkal és egyetemistákkal végzett vizsgálatunkban (Kopcsó & Láng, 2014) az alanyok írásban válaszoltak a kérdésre és lehetőségük volt úgy nyilatkozni, hogy bár félnek a sötétben, de félelmüknek nincs konkrét tartalma. A válaszadók többsége nem jelölt meg konkrét tartalmat (43%), akik igen, ők leggyakrabban (19,3%) az emberi fenyegetés kategóriájába sorolt válaszokat adtak (pl. betörők, rossz emberek).

6.6. Egyéni különbségek háttere

A sötétől való félelem egyéni szintjét a különféle védő- és rizikófaktorok dinamikus interakciója határozza meg, különös tekintettel a szorongásos zavarokat bejósoló változókra (lásd II/ 4.3. fejezet).

A gyermekkori félelmeket befolyásoló sérülékenységi (és fenntartó), valamint protektív tényezőkként Muris (2007) átfogó könyvében a következőket összegezte: genetikai örökség, viselkedéses gátlás, neuroticizmus (negatív affektivitás, negatív emocionalitás), vonás-szorongás, viselkedéses gátló rendszer (BIS) reaktivitása, szubkortikális agyi körök szenzitivitása, szorongás- és undor érzékenység, traumatikus események, negatív életesemények és stressz, kortársbántalmazás, direkt (kondicionálás) és indirekt (modellkövetés, negatív információk átvétele) tanulási folyamatok, nem biztonságos kötődés, szülői bánásmód, nemi szerep orientáció, információ feldolgozási torzítások, diszfunkcionális és negatív gondolkodás, erőfeszítést igénylő kontroll, észlelt kontroll, önértékelés, énhatékonyság, megküzdési stratégiák, érzelemszabályozási készség, társas támogatottság. Ezek a tényezők egymással, és a gyermek életkorával és érettségével összefüggésben határozzák meg a gyermek szorongásszintjét (lásd 4. ábra).



4. ábra. Gyermekkori fóbiák és szorongásos zavarok dinamikus, multifaktoriális modellje (Muris, 2007, 173. o.)

Mindemellett fontos megjegyezni, hogy ugyan csak nagyon ritka esetben, ám a sötétől való félelem háttérében akár a szülők által felfedezetlen farkasvakság is állhat (Sidiki, Hamilton, & Dutton, 2003).

Az éjszakai félelmek tanulás útján történő elsajátítását illetően Muris és munkatársai (2001) Rachman (1977, 1991 in Muris, 2001) elméletét alkalmazták, mely szerint három különböző, ám egymással is összefüggő tanulási utat különböztethetünk meg, (1) averzív klasszikus kondicionálás, (2) modellkövetés, (3) negatív információ átvétel. Kutatásuk eredményei szerint a gyerekek nagy hányada (77,5%) negatív, többnyire televízióban látott, hallott információknak tulajdonította éjszakai félelmeit, és ennél kevesebb, ám jelentős számú gyerek számolt be rossz tapasztalatról (25,6%) vagy számára fontos személy által nyújtott mintáról (13,2%). A gyerekek 24%-a egyik tanulási utat sem jelölte meg a félelme okaként.

Izgalmas, életkorspecifikus eredmény továbbá, hogy a négyéves gyermekek éjszakai félelme (és kicsit gyengébb mértékben, de általános félelmei is) összefüggést mutattak a fantázia és valóság megkülönböztetési bizonytalanságukkal (Zisenwine et al., 2013). Szerzők két életkori csoportban (5 év alatti és 5 év feletti) vizsgálták a kapcsolatot 3,8-6,5 éves gyerekek, strukturált interjúban és kérdőíven egyaránt felmért, félelmei és fantázia-valóság megkülönböztetési készségei (fiktív entitás – tündér, szörny, rajzfilm figura – és elképzelt reális/ irreális szituációk realitásának megítélése) között. Eredményeik szerint az idősebbek helyesebben határozták meg a szituációk és személyek realitását, nem különböztek azonban a fiatalabbaktól az éjszakai és az általános félelmeik mértékében. A fiatalabb korcsoport esetében megállapították, hogy a klinikai mértékű sötétől való félelemmel küzdő gyerekek a kontroll csoporthoz viszonyítva kevésbé helyesen tettek különbséget valóság és fantázia között, és a teljes alcsoportot szemlélve a valóság-fantázia megkülönböztetési feladatokon nyújtott teljesítményből képzett összpontszám fordítottan járt együtt az éjszakai félelem ($r = -0,45$) és az általános félelmek mértékével ($r = -0,34$). Ezek az összefüggések az öt-hatéves gyerekek esetén azonban már nem álltak fenn, ami a szerzők értelmezése szerint annak lehetett köszönhető, hogy az idősebb gyerekek esetében már kialakultak a kutatásban alkalmazott feladatokhoz szükséges kognitív készségek, így körükben túlnyomórészt mindenki maximálisan teljesített rajtuk, a feladatok nem eredményeztek egyéni varianciát. A szerzők mindezek mentén arra a megállapításra jutottak, hogy a jelentős mértékű éjszakai félelmekkel jellemezhető gyerekek esetén a fantázia és valóság különbségtételéhez szükséges kognitív érés később következik be. Vizsgálatuk mindemellett arra is rámutat, hogy ez az érés nem szükségképpen jelenti az éjszakai félelem megszűnését, és nyitva hagyja azt a kérdést, hogy vajon fennállna-e összefüggés a sötétől való félelem és az irracionális gondolkodás között, amennyiben az irracionális gondolkodást az adott életkorban adekvát, varianciát eredményező módszerekkel mérnénk fel.

6.7. Összefüggések egyéb pszichológiai problémákkal

Kutatási eredmények szerint a gyermek- vagy serdülőkori sötétől való félelem együttjárást mutat az alvásproblémákkal (Jenni et al., 2005; Kushnir & Sadeh, 2011), a szülővel történő egyúttalvással (Cortesi, Giannotti, Sebastiani, Vagnoni, & Marioni, 2008), externalizáló és internalizáló problémákkal (El Rafihi-Ferreira, Lewis, McFayden, & Ollendick, 2019; Jenni et al., 2005; Kushnir et al., 2014; Zisenwine et al., 2013), különféle szorongásos zavarokkal (Muris et al., 2001), más tartalmú általános félelmekkel (El Rafihi-Ferreira et al., 2019; Kushnir et al., 2014; Zisenwine et al., 2013) és specifikusan a haláltól való félelemmel (Kopcsó, 2016). Érdemes megjegyezni, hogy a gyermekkori alvás- és szorongásos problémák egymással mutatott összefüggéseit számos tanulmány alátámasztotta a korábbiakban (Alfano, Ginsburg, & Kingery, 2007; Gregory & Eley, 2005; Johnson, Chilcoat, & Breslau, 2000). A kezeletlen alvásproblémák a gyerekek nappali funkcionálására is kedvezőtlenül hatnak: hátrányos irányba befolyásolják a kognitív készségeket, az iskolai és társas teljesítményt, valamint a fizikai egészséget (Dahl, 1996; Fallone, Owens, & Deane, 2002; Owens, Fernando, & Mc Guinn, 2005; Sadeh, Gruber, & Raviv, 2002).

Jenni és munkatársai (2005) arra figyeltek fel vizsgálatuk során, hogy a sötétől való félelem, az éjszakai felébredések és a szülővel egy ágyban alvás gyakorisága azonos időben, vagyis négyéves korban csúcsosodnak ki. Ennek nyomán a szerzők összefüggéseket tételeztek fel az alvásproblémák, a gyermekek kognitív jellegzetességei, a kötődési rendszer fejlődése és az éjszakai félelmek előfordulása között. További eredményeik szerint az éjszakai félelemmel bíró gyermekek a kontrollcsoportnál externalizáló és internalizáló problémáikat tekintve egyaránt szignifikánsan magasabb pontszámmal voltak jellemezhetők. Mooney (1985) arról számolt be, hogy 6,5-12,5 éves sötétől intenzíven félő gyermekeknek átlagosan 55 perccel tart tovább az éjszakai lefekvés, mint a sötétől nem, vagy csak enyhe mértékben félőknek.

Kushnir és Sadeh (2011) 139 4-6 éves óvodás gyermek bevonásával végeztek átfogó vizsgálatot, amely során 109 fő szignifikáns mértékű éjszakai félelemmel küzdő gyermeket vetettek össze egy 30 fős kontroll csoporttal alvásminőségük tekintetében. A szignifikáns mértékű éjszakai félelem kritériumaként a következőket határozták meg: legalább két hónapja fennálló éjszakai félelem, amely jelentős negatív hatást gyakorol a gyermek és családja életére, és legalább heti két éjszaka folyamán szükséges a gyermek megnyugtatása szülei által. A gyerekek alvásminőségét csuklóra rögzíthető aktigráfot és önbeszámolós mérőeszközöket alkalmazva egyaránt felmérték. Eredményeik szerint a jelentős mértékű éjszakai félelmekkel küzdő gyermekek a kontrollcsoporthoz viszonyítva lassabban alszanak el, többször ébrednek

fel éjszaka, több időt töltenek ébren, rövidebb ideig alszanak megszakítás nélkül, kevesebb ideig alszanak kielégítően és összességében rosszabb az alvásuk minősége. Ez az összefüggés a gyermekek internalizáló és externalizáló problémáinak hatását kiszűrve is fennállt. Aktigráfos mérésük alapján megállapították továbbá, hogy azon gyermekek, akiknek szülei egyúttalvással enyhítik gyermekük éjszakai félelmét, többször ébrednek fel éjszaka és az alvásidőhöz viszonyítva kevesebb időt töltenek valóban alvással, mint azok, akiket szüleik saját ágyukban nyugtatnak meg. Utóbbi összefüggésből természetesen nem vonhatunk le messzemenő következtetéseket, hiszen az okság iránya ismeretlen. Elképzelhető, hogy az egyúttalvás jutalmazó hatása révén mélyíti a gyermekek alvásproblémáit, ahogy az is, hogy a jelentősebb alvászavarral küzdő gyermekek szülei fáradtságuk okán nagyobb hajlandóságot mutatnak az egyúttalvásra. A szülővel történő egyúttalvás korrelátumai, különösen az alvásproblémákkal mutatott kapcsolata sokat kutatott terület, ám módszertani limitációk okán, és konzisztens eredmények hiányában nem kerültek megállapításra egyértelmű következtetések (Mileva-Seitz, Bakermans-Kranenburg, Battaini, & Luijk, 2017).

Kushnir és munkatársai (2014) a fentiekkel (Kushnir & Sadeh, 2011) azonos mintán vizsgálták továbbá, hogy a jelentős mértékű éjszakai félelem fennállása összefüggést mutat-e a szülői kérdőívek (*CBCL*, *CBQ*) által felmért viselkedésproblémákkal és erőfeszítést igénylő kontroll készséggel, valamint a gyermek általános félelmeivel. Eredményeik szerint az éjszakai félelemmel küzdő gyermekek a kontrollcsoportba tartozóknál általában véve magasabb mértékű, egyéb tartalmú félelemmel, fokozottabb internalizáló és externalizáló problémákkal, valamint alacsonyabb mértékű erőfeszítést igénylő kontrollal voltak jellemezhetőek. Megállapították továbbá, hogy az éjszakai félelmek és az internalizáló problémák közötti kapcsolatot az alacsonyabb figyelmi kontroll készsége mediálta. Eredményeik nyomán szerzők arra a konklúzióra jutottak, hogy a sötétől való félelem a szorongásproblémákat illető fokozott sérülékenységet jelezhet.

Végül El Rafihi-Ferreira és munkatársai (2019) 68, szülőjével rendszeresen együtt alvó 4-6 éves gyermek körében vizsgálták az éjszakai félelmek és az alvásproblémák prediktorait (többek között a *CBCL* szülői kérdőív alkalmazásával). Szerzők többváltozós elemzéseiben a gyermek éjszakai félelmeinek saját maga által nyilatkozott mértékét egyedül az internalizáló problémáinak súlyossága, a gyermek éjszakai félelmeinek szülő által nyilatkozott mértékét a gyermek általános félelmei és szeparációs problémái, a gyermek alvásproblémáit az externalizáló problémáinak súlyossága, a gyermek által egyedül átaludt éjszakák számát pedig a gyermek szeparációs szorongása jósolta be szignifikánsan.

7. Intervenció

Az éjszaka féltő gyermekek változatos megküzdési módszereket alkalmaznak a félelmük csökkentése érdekében (Gordon et al., 2007a; Mooney, 1985; Muris et al., 2001), így például: önszabályozás/figyelemelterelés, elkerülés, szociális támogatás igénybevétele, környezet vagy személyek feletti aktív kontroll és plüss állatba való kapaszkodás. Ezeket a stratégiákat a gyermekek általában hatékonyan ítélik meg (Muris et al., 2001). Gyermekkorban a szülők segítségének igénybevétele a leggyakoribb megküzdési stratégia (Muris et al., 2001), amely lányokra jellemzőbb, mint fiúkra és előfordulása az életkor előrehaladtával csökken (ahogyan a plüss állatba kapaszkodásé is). Az önszabályozás minden életkorban gyakori megküzdési mód.

Bár a vizsgálatok tanúsága szerint ezek a módszerek hatékonyan tűnhetnek a félelem aktuális leküzdésében, mégis sok esetben előfordul, hogy az éjszakai félelem visszatérő, a gyermek és családja számára is megterhelő problémává válik, amely kapcsán a szülők szakember segítségét igénylik. Ennek okai között a kisgyermekek által gyakran preferált szülői segítségnyújtás is szerepel. A szülő jelenléte és támogatása az elalvás folyamatában ugyanis összességében rosszabb kisgyermekkor alvásminőséghez vezet, és mivel a szülői jelenlét a gyermek számára jutalmazó, az éjszakai félelmek fenntartásához is hozzájárulhat (Adair, Bauchner, Philipp, Levenson, & Zuckerman, 1991; Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010; Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010; Tikotzky & Sadeh, 2010). Emellett a sötétben egyedül alvás tartós elkerülése önmagában hozzájárul az attól való patológiás mértékű félelem fennmaradásához (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

Jelen fejezetben előbb áttekintem a gyermekkor szorongásproblémák hatékony terápiás lehetőségeit és az azt bejósoló tényezőket, ismertetem a szülő által vezetett terápia sajátosságait, majd rátérek a sötétből való félelem kognitív viselkedésterápiáját illető korábbi eredményekre, végül pedig az alkalmazni kívánt eszköz szűken vett irodalmára.

7.1. Gyermekkor szorongás terápiaja

A gyermekkor szorongásos zavarok különféle terápiás lehetőségeinek hatékonyságát illetően számos empirikus vizsgálat készült az elmúlt évtizedekben, amelyek eredményeit több áttekintő tanulmány (így például Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita, 2016; In-Albon & Schneider, 2007; James, Soler, & Weatherall, 2005; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008) is összegezte.

Higa-McMillan és munkatársai (2016) 1-19 éves gyermekekre és serdülőkre vonatkozó következtetései szerint a gyermekkori szorongásos zavarok bizonyítottan hatékony kezelési módjai a *kognitív viselkedésterápia* (CBT) eszközein alapulnak, különös tekintettel az elárasztás módszerére. Mindemellett, a bizonyítottan hatékony terápiás programok nagymértékben különböztek az eszköztárukat (CBT a gyermekkel, elárasztás, modellnyújtás, CBT a szülővel, edukáció, CBT a gyermekkel + gyógyszeres kezelés), a terapeuta képzettségét és bevonódásának mértékét, a terápia folyamatát (egyéni, csoportos, szülővel/tanárokkal végzett, telefonos, internetes) valamint a terápia helyszínét (klinika, járóbeteg ellátás, a gyermek otthona, iskola, online) illetően. Mindazonáltal az áttekintő tanulmány eredményei jelen kutatás vonatkozásaiban fenntartásokkal kezelendők, hiszen az elemzett 111 kutatás között mindössze három olyan szerepelt, amelyek résztvevőinek átlagéletkora legfeljebb nyolc év volt.

Ami a nyolc évnél fiatalabb gyermekeket illeti, Comer, Hong, Poznanski, Silva és Wilson (2019) friss tanulmányukban első ízben tekintették át a szorongásos zavarok kezelésére létrehozott különféle terápiás formák hatékonyságát erre az életkori csoportra vonatkozóan. Áttekintő tanulmányukban 30 cikket és 38 terápiás programot vettek górcső alá, amelyekben összesen 2228 gyermek vett részt. A programokat előbb terápiás családokba sorolták, amelyeket aztán Southam-Gerow és Prinstein (2014) kritériumát alkalmazva a következő kategóriákba soroltak be empirikus megalapozottságuk mentén: (1) jól megalapozott, (2) valószínűleg hatékony, (3) feltehetőleg hatékony, (4) kísérleti, és (5) kérdéses hatékonyságú. Szerzők eredményei különböztek az idősebb gyermekeket illető áttekintő eredménytől (Higa-McMillan et al., 2016), mely szerint az egyéni CBT, valamint az azzal kombinált gyógyszeres kezelés, jól megalapozott módszernek tekinthető a gyermekkori szorongás kezelésére. Eredményeik szerint ugyanis a maximum nyolcéves átlag életkorú gyermekek esetén kizárólag a családi (gyermeket és szülőt is bevonó) CBT bizonyult jól megalapozott terápiás formának, még hozzá valamennyi szorongásos probléma esetén. A vizsgált családi CBT minden esetben alkalmazott elárasztást, a gyermek otthonában, mintegy „házi feladatként” és/vagy a terápiás üléseken. Az aktív kontroll feltételhez képest is hatékonyabbnak mutatkozó esetekben az elárasztás a terápiás üléseknek is részét képezte.

A csoportos szülői CBT, és a csoportos szülővel és gyermekkel végzett CBT a feltehetőleg hatékony kategóriába volt sorolható. Ezzel szemben a kizárólag játékterápia és a kizárólag kötődés-alapú terápia kísérleti terápiának voltak tekinthetők, a kizárólag relaxációs elemeket alkalmazó tréning kérdéses hatékonyságúnak bizonyult, és semmiféle evidencia nem volt

található arra nézve, hogy az egyéni CBT vagy a gyógyszeres kezelés hatékony volna a kisgyermekkorú szorongásos zavarok kezelésében.

A különféle terápiás programok hatékonysága szempontjából sem a gyermek neme, sem pedig kora nem bizonyult releváns tényezőnek, figyelemre méltó azonban, hogy mindhárom intervenciós családnak, amely hatékonysága bizonyítékokkal volt alátámasztható (családi CBT, csoportos szülői CBT, csoportos szülővel és gyermekkel végzett CBT) fontos eszköze volt az elárasztás, a szülők jelentős bevonása mellett. A terápiás formák nagy variabilitást mutattak a tekintetben, hogy mely szülői faktorokra irányultak; a családi CBT az esetek több mint felében célozta a szülői túlvédést és a gyermek szorongásához való családi alkalmazkodást, szintén több mint az esetek felében célozta a szülő-gyermek kapcsolatot, és némely kutatásokban a szülő saját és gyermeke szorongásával kapcsolatos kognícióira is irányult; a hatékonyságot azonban érdemileg nem befolyásolta mindenek a fókusza.

A gyermekkorú szorongásos zavarok kognitív viselkedésterápiájának *hatékonyságát bejósoló* tényezőket illetően Knight, McLellan, Jones és Hudson (2014) áttekintő tanulmányában egyetlen bemeneti változó sem vetítette előre konzisztens és egyértelmű módon a CBT sikerét, azonban néhány figyelemre méltó trend körvonalazódott a kutatásokban: a kezdeti szorongásos diagnózis típusa, a tünetek súlyossága, a komorbid zavarok megléte és a szülők pszichopatológiája több, mint egy kutatásban mutattak szignifikáns összefüggést a szorongásos zavar kezelésének kimenetével. Ami a diagnózist illeti, szociális szorongás esetén kedvezőtlenebb, generalizált szorongás esetén pedig kedvezőbb eredményeket hozott a beavatkozás. A gyermek kora, neme, etnikuma és szocioökonómiai státusza a Knight és munkatársai (2014) által áttekintett 47 tanulmányban és 4 disszertációban nem bizonyult jelentős befolyásoló tényezőnek, és a szülői pszichopatológia és komorbid zavarok jelentőségét is több tanulmány cáfolta.

Hasonló eredményekre jutottak áttekintő tanulmányukban Nilsen, Eisemann és Kvernmo (2013), akik gyerekek és serdülők szorongásos problémáinak terápiás kimenetei kapcsán számoltak be a demográfiai és klinikai jellegű moderátor változókat illető konzisztens eredmények hiányáról. Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey és Wolff (2008) kifejezetten a komorbid zavarok esetleges jelentőségét vizsgáló áttekintő tanulmányukban pedig arra a következtetésre jutottak, hogy a szorongásos zavarral küzdő gyerekek terápiájának hatékonyságát nem befolyásolja bizonyíthatóan a komorbid zavarok fennállása.

Ami az intervenciós időszak különbségeit illeti, terapeuta által támogatott szülői CBT során a terapeuta képzettsége és tapasztalata nem befolyásolta a kezelés kimenetét (Thirlwall et al., 2013), ahogy egy másik kutatásban a gyermek terapeutával való kapcsolatáról alkotott képe (pl. mennyire kedveli, mennyire szívesen tölt vele időt), és a szülők terapeuta által megítélt bevonódásának mértéke sem befolyásolták a szorongásos zavarok kezelését célzó kognitív viselkedésterápia sikerét. Egy a specifikus fóbia kezelésének módjait vizsgáló áttekintő tanulmány (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2008) eredményei szerint a fóbiás tünetek csökkentésére, függetlenül azok típusától, az elárasztás bizonyult a leghatékonyabb módszernek, amelynek hatékonysága felülmúlta a relaxáció és kognitív terápia hatékonyságát. Az elárasztás hatékonyságát továbbá növelte annak alkalmazásának a hossza.

7.2. A szülő, mint viselkedésterapeuta

Ugyan a hozzáférhető empirikus adatok alapján a kisgyermekkorú szorongásos problémák leküzdésének leghatékonyabb és javasolt terápiás módszere a szülővel és gyermekkel végzett egyéni kognitív viselkedésterápia (Comer et al., 2019), ez azonban tradicionális formájában speciális szakembert, és tetemes idő- és költségráfordítást kíván meg. Ebből kifolyólag jelentős figyelem irányult a szorongásos problémák alacsonyabb intenzitású, „első vonalbeli” kezelési lehetőségeként a *szülő által irányított kognitív viselkedésterápia* (Thirlwall et al., 2013). Ennek alkalmazása Magyarországon különösen indokolt lehet, hiszen az állami ellátóhelyek megfelelő szakemberrel való ellátottsága kritikus mértékű és nagy területi egyenlőtlenségeket mutat (ÁEEK, 2018), miáltal a szorongásos problémákkal küzdő gyermekek terápiás ellátásának aránya is vélhetően alacsony. Az államilag támogatott szakellátás hozzáférhetetlensége ráadásul különösen nagymértékben érintheti az alacsony szocioökonómiai státuszú családokban felnövekvő gyermekek terápiás kezelését, akik esetén a fejlődést érintő rizikófaktorok előfordulása azonban magasabb.

Az önsegítő módszerek, amelyek túlnyomórészt a szisztematikus deszenzitizáció és elárasztás eszközeit alkalmazzák, felnőtt populáción széles körben alkalmazottak és nagy hatásfokot mutatnak, a félelmek csökkentésében és a szociális készségek fejlesztésében különösen (Gould & Clum, 1993). Gyermekek esetén a szülő által – jellemzően biblioterápiás eszközzel (önsegítő könyv, munkafüzet, mesekönyv), illetve szakember segítségével támogatva – irányított kognitív viselkedésterápia is számos kutatásban bizonyult hatékonynak a szorongásos zavarok csökkentésében (Creswell et al., 2010; Lyneham & Rapee, 2006; Rapee et al., 2006; Thirlwall et al., 2013), amely a szakemberektől a tradicionális kognitív viselkedésterápiás beavatkozásnál lényegesen kevesebb munkaórát kívánt meg.

A kezelési forma megválasztásakor ugyanakkor mérlegelni szükséges, hogy a kizárólag szülővel, majd pedig az ő irányításával zajló kognitív viselkedésterápia, a szülővel és gyermekkel egyaránt végzett kognitív viselkedésterápiához viszonyítva korábbi kutatásban (Monga, Rosenbloom, Tanha, Owens, & Young, 2015) kevésbé bizonyult motiválónak és hatékonynak. Szerzők 77 5-7 éves szorongásos zavarral küzdő gyermek esetén vetették össze a szülővel, valamint a szülővel és gyermekkel kis csoportos elrendezésben végzett CBT hatékonyságát egy három hónapos várakozási időszakhoz viszonyítva. A kutatásban részt vevő szülőket mindkét kísérleti feltétel esetén felkészítették a saját maguk és gyermekük szorongásának adekvát kezelésére, valamint az elárasztás hatékony otthoni alkalmazására, ugyanakkor míg az egyik esetben a gyerekek a szülői terápiás csoport ideje alatt játszottak, mesét néztek stb., addig a másik feltételben ők maguk is kognitív viselkedésterápián vettek részt. A kutatás eredményei szerint, bár mindkét csoport jelentős javulást mutatott, a szülői CBT esetén a gyermekek szorongásos diagnózisa kisebb arányban szűnt meg a 12 hetes kezelés végére (49% vs. 13%) és az egyéves utókövetésre (78% vs. 38%), mint a szülővel és gyermekkel is végzett terápia esetén, emellett a csak szülővel történő terápia a kérdőíves méréseken is kisebb hatásnagyságot mutatott, és az egyéves utókövetés idejére körülben a dropout aránya is magasabb mértékű volt (31% vs. 11%). Sajnos szerzők nem monitorozták a szülők gyermekükkel végzett terápiáját, így arra vonatkozóan kutatásuk nem szolgáltat adatot, hogy az egyes gyermekek esetén milyen intenzitást mutatott az otthon végzett terápia, amely feltehetőleg jelentős befolyással volt a beavatkozás sikerére.

A szülő „terapeutaként” történő részvétele gyermeke problémáinak csökkentésében számos előnnyel jár, ugyanakkor jelentős nehézségeket is rejt magában (Rapee, Abbott, & Lyneham, 2006). Egyfelől (1) a szülő széleskörű tudással bír gyermeke viselkedését és problémáit illetően, (2) a szülő-gyerek kapcsolatban általában adott a terápiához szükséges bizalom és rapport, (3) a szülőnek van bizonyos távolsága, objektív rálátása a gyermek szorongására, és (4) a szülők a szakembereknél hozzáférhetőbbek, elérhetőbbek a gyermek számára. Másfelől (1) a gyermekek problémáitól a szülő nem minden esetben tud távolságot tartani, sőt esetenként a probléma részben vagy egészében a szülő függvénye, (2) a szülő-gyerek kapcsolat lehet terhelt, és alá is áshatja a bizalmat és rapportot, (3) a szülők tipikusan nincsenek birtokában a szakemberek képzettségének és tudásának.

Rapee és munkatársai (2006) vizsgálatában a szülő által önállóan, biblioterápiás eszközzel támogatott kognitív viselkedésterápia a várólistához viszonyítva hatékony, azonban a terapeuta által vezetett csoportos kognitív viselkedésterápiához viszonyítva kevésbé

hatékonyak bizonyult 6-12 éves szorongásos zavarral küzdő gyermekek esetén, amiért nagymértékben okolható volt a terápiás folyamat véghez nem vitele az önsegítő csoportban.

Lyneham és Rapee (2006) eredményei felhívják a figyelmet a szakember bevonódásának jelentőségére. Összevetve a terápiát önállóan kivitelező szülőket a telefonos, vagy e-mailes szaksegítségben részesülőkkel megállapították, hogy a közvetlenebb kapcsolattartás a szakemberrel nagyobb arányban vezetett a terápia teljes és sikeres alkalmazásához, habár mindhárom feltételhez tartozó csoport nagyobb mértékű javulást mutatott a várólistás csoporthoz képest. Tanulmányukban hangsúlyozták továbbá, hogy a szülő által irányított terápia sikere olyan specifikus tényezőkre támaszkodhat, mint (1) a családi kommunikáció és együttműködés, (2) a szülő arra vonatkozó motiváltsága és képessége, hogy konzisztens módon beépítse a terápiát a család mindennapjaiba, (3) a szülő pszichológiai tudatossága és kreativitása.

7.3. Sötétől való félelem kognitív viselkedésterápiája

Ahogy a szorongásos zavarok kezelésére általában véve, úgy a sötétől való félelem enyhítésére is ígéretes eszköznek mutatkozik a kognitív viselkedésterápia a korábbi kutatások alapján. Gordon és munkatársai (2007b) áttekintő tanulmányukban 29 beszámolót összegeztek, amelyek gyermek- és serdülőkorú éjszakai félelmeket célzó intervenciós programok hatékonyságát vizsgálták. Az alkalmazott beavatkozások átlagos hossza mindössze 2-4 hét volt. Összesített célcsoportjuk 3-16 éves, jellemzően klinikai szintű sötétől való félelemmel bíró gyerekekből és fiatalokból állt. Szerzők megállapították, hogy a módszerek többsége a szülők bevonásán alapult és sikerrel alkalmazott viselkedésterápiás technikákat (in vivo elárasztás, emotív imagináció, in vivo vagy képzeletbeli szisztematikus deszenzitizáció, relaxáció, kognitív öninstrukciók, tárgyi- vagy verbális megerősítés). Mindazonáltal a következő, több esetben jelen lévő kutatómódszertani problémákra hívták fel a figyelmet: (1) demográfiai adatok feltüntetésének hiánya, (2) sötétől való félelem mértékének felmérése nem standard eljárással és/vagy kevés információra támaszkodva, (3) a probléma súlyosságának tisztázatlansága, (4) kontrollcsoport hiánya. Szerzők megállapították, hogy a sötétől való félelmet feltétlenül több forrásra és többféle eljárásra (interjú, kérdőíves és megfigyeléses adatok) támaszkodva szükséges felmérni.

A jövőbeni kutatásokra vonatkozó ajánlásukban hangsúlyozták továbbá, hogy fontos lenne az intervenciók hatásmechanizmusának (közte a lehetséges mediátor és moderátor tényezők) feltérképezése, az intervenció nem-specifikus elemeinek (pl. ismeretterjesztés, támogatás)

hatásvizsgálata, és várólistás és „figyelem-placebo” kontrollcsoportok alkalmazása. Az áttekintő tanulmánnyal egyidőben és azt követően két olyan vizsgálat is megvalósult, amely a fenti kívánalmak nagy részének megfelelt (Kushnir & Sadeh, 2012; Santacruz et al., 2006).

Santacruz és munkatársai (2006) 78 4-8 éves sötétségfóbiás gyermek bevonásával végeztek hatásvizsgálatot. A sötétől való félelmet szülői interjú, szülői kérdőívek és a sötétben mutatott viselkedés szülők általi megfigyelése révén egyaránt felmérték, közte a *What My Child Can Do At Night – Parent Form-R* (Coffman, 1987) kérdőívvel átfedést mutató *Dark Behavior Recording-Modified (DBR-M*; Mikulas & Coffman, 1989) skálával. A *DBR-M* e kutatásban az apai és anyai adatok között 0,90 erősségű együttjárást mutatott, és alkalmasnak bizonyult a hatékonyság monitorozására.

Szerzők a kutatásban való részvétel feltételeként a DSM-IV-R specifikus fóbia kritériumainak fennállását határozták meg. A résztvevőket három csoportba sorolták, két, különböző típusú terápiás és egy várólista-kontroll csoportba. Az intervenció öt hétig tartott és a szülők kiképzését követően a gyermek otthonában valósult meg. Az egyik terápia az *Uncle Lightfoot* mesekönyv és a hozzá tartozó játékok alkalmazásából állt. (Erről a módszerről bővebben lesz szó a II/ 7.4. alfejezetben.) A másik a *Bátrak Olimpiája* fantázianeve viselte, amely játék fő elemei az elárasztás hierarchikus felépítése, megerősítésre használt jelképes díjak és modellnyújtás.

A sötétségfóbiás tünetek mindkét intervenció csoportban szignifikáns javulást mutattak – a *Bátrak Olimpiája* esetén jelentősebbet, mint az *Uncle Lightfoot* esetén – és a javulás a 12 hónappal későbbi utókövető vizsgálat időpontjára még tovább növekedett. A kontrollcsoport sötétől való félelme ezzel szemben az öt hét alatt változatlan maradt, 12 hónappal később pedig szignifikáns, ám az intervenció csoportokénál alacsonyabb mértékű javulást mutatott.

A szerzők különösen fontosnak tartották a sötétrel in vivo történő fokozatos elárasztást, megjegyzi azonban, hogy a fóbia tárgyával történő elárasztás a még limitált önszabályozó készséggel bíró kisgyermek esetén alacsony együttműködést, és akár a terápia megtagadását eredményezheti, kiemelve a játékterápiát, mint hatékony alternatívát. Sheslow, Bondy és Nelson (1983) 4-5 évesek sötétségfóbiáját célzó hatásvizsgálata is alátámasztotta az elárasztás jelentőségét: a fokozatos elárasztás és verbális megküzdés fejlesztésének összevetésekor kutatásukban csak azon gyerekek sötétől való félelme csökkent, akik a fokozatos elárasztást alkalmazó kísérleti feltételben vettek részt.

Kushnir és Sadeh (2012) 104 négy-öt éves éjszakai félelemmel bíró gyermek részvételével tesztelte a plüsssterápia (*Huggy-Puppy Intervention*) és annak egy módosított változatának, 24 fős várólistás csoporthoz viszonyított hatékonyságát. Részvételi feltételként fogalmazták meg, hogy legalább hetente két éjszaka szülői beavatkozásra van szükség a gyermek megnyugtattása céljából. Az éjszakai félelmet és annak változását szülői kérdőívvel – köztük a *CBCL* kérdőívvel –, a gyermekkel és a szülővel készített interjúk révén, aktigráf használatával és alvási naplóval egyaránt felmérték.

A plüsssterápiát Sadeh, Hen-Gal és Tikotzky (2008) fejlesztették ki, háborút átélt szorongó gyermekek számára. Lényege, hogy a gyermek egy új, Huggy nevű plüsskutyust kap, amelynek gondját kell viselnie. A gondoskodó szerep önértékelést növelő és figyelemelterelő szereppel bír. A módosított változat, amelyet eredendően kontroll-helyzetnek szántak, a következőkből áll. A gyermek, bár ugyanolyan plüssállatot kap, eltérő háttér történettel látják el. Ez a plüssállat a gyermek éjszakai társául szolgál, aki megvédi őt éjszaka és segít csökkenteni a félelmét.

A gyerekek éjszakai félelme mindkét intervenciós csoportban szignifikáns mértékben csökkent az ötletes időszak végére, és a mértéke a hat hónappal későbbi utókövetés időpontjában is változatlan volt. Ez a csökkenés a várólistás csoport félelemszintjének változását szignifikáns mértékben meghaladta. Az éjszakai félelem csökkenésén túl a gyermekek dependenciája is enyhült, alvásminőségük pedig nőtt. Izgalmas eredmény továbbá, hogy a plüssállattal kialakult kötődés mértéke együttjárt a félelemszintjének csökkenésével, azonban csak az eredeti, gondoskodásra fókuszáló elrendezésben.

Az imént bemutatott két kutatás sem alkalmazott azonban „figyelem-placebo” kontroll csoportot. Ennek a kíváncsornak bizonyos szempontból megfelel Pincus, Weiner és Friedman (2012) vizsgálata, amelyben tizenhat 6-11 éves, éjszakai félelemmel küzdő gyermek vett részt. Szüleiket az éjszakai viselkedés napi monitorozására kérték, és arra, hogy jutalmazták gyermekeiket bátorságmaticával azokért az éjszakákért, amikor ellenállás és segítségkérés nélkül, sötétben, egyedül alszanak. A gyerekek megadott mennyiségű matrica összegyűjtéséért pizzapartiban részesültek. A terápiás csoport mindezek mellett kognitív terápiás eszközöket is elsajátított, izom-relaxációs és önmege erősítő, önbátorító technikák formájában. A hathetes kísérleti periódus végére mindkét csoport jelentős javulást mutatott, azonban a hatás csak azon gyerekek esetén maradt fenn teljesen a 12 hetes utókövetés idejére, akik a kognitív terápiás eszközöket is elsajátították. A kizárólag monitorozást és megerősítést alkalmazó csoport értékei, bár az utókövetéskor is kedvezőbbek voltak mint a toborzáskor, azonban a hathetes

méréshez képest kedvezőtlenebbek voltak. A kutatás limitációja, hogy nem választotta szét meggyőzően a figyelmi és terápiás hatást, hiszen mindkét csoport alkalmazott megerősítést, és a terápiás csoport által alkalmazott további eszközök is viszonylag szűkkörűek voltak.

További hasznos adalék lehet a fenti eredményekhez Stewart és Gordon (2014) kísérlete. Szerzők kutatásukban sikerrel alkalmaztak négy 6-10 éves gyermek éjszakai félelmének csökkentésére egy CBT alapú szülői manuált, amelyet a gyermekek számára készített feladatfüzettel kombináltak. Az eljárás komponensei a következők voltak: fokozatos elárasztás, izom-relaxáció, kognitív átstrukturálás, és társas- és tárgyi megerősítés. Bár a kísérlet csekély mintaelemszámon zajlott, mégis fontos tanulságokat eredményezett. Egyfelől, az intervenció nem csak az éjszakai félelmeket csökkentette, hanem az általános félelmekre, az éjszakai- és a globális viselkedésre is hatást gyakorolt. Másfelől, a kísérlet rámutatott, hogy súlyos éjszakai félelmek esetén terápiás beavatkozás lehet szükséges: az egyik résztvevő gyermek édesanyja ugyanis szakember segítségével tudta csak alkalmazni az intervenció eljárását, mert gyermeke ellenállása és heves érzelmi reakciói érzelmileg túlságosan megterhelőek voltak a számára.

Az áttekintett kutatások hiányossága, hogy mindmáig meglehetősen keveset tudunk a sötétől való félelem terápiájának hatékonyságával összefüggő változókról. Az *Uncle Lightfoot* könyv kialakításakor elvégzett négy kísérletben (Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne, & Maier, 1986) ugyan megkísérelték az alkalmazott CBT-n alapuló játékok hatását a mesekönyv hatásától elkülönítve vizsgálni, ennek során vegyes eredményeket kaptak, és az egyes feltételekben a mintaelemszám nagyon alacsony volt. A moderátor és mediátor változókra emellett különös hangsúlyt fektetett Kushnir és Sadeh (2012) éjszakai félelmet érintő intervenció kutatásában, amelyben sem a gyermek neme vagy kora, sem a szülők terapeuta által értékelt motiváltsága és terápiával való együttműködése nem befolyásolták a beavatkozás kiemelését, ugyanakkor a plüsskutyushoz való kötődés magasabb mértéke fokozta a plüsssterápia hatékonyságát, azonban csak a gondoskodásra fókuszáló vizsgálati elrendezésben.

7.4. Önsegítő mesekönyvvel a sötétől való félelem ellen

Az önsegítő könyvek különösen költséghatékony kognitív viselkedésterápiás módszernek tekinthetők, hiszen a könyvek megfelelő írott instrukciókkal kiegészítve, terapeuta segítsége nélkül is használhatóak. Klingman (1988) negyvenkét 5-6 éves gyermek részvételével tesztelte egy intervenció mesekönyv hatását. Vizsgálatában az intervenció óvodai keretek között valósult meg. A kísérleti feltételbe tartozó óvodákba járó gyermekek öt héten keresztül hallgattak olyan meséket, amelyekben a főhős megküzdési modellként sikeresen küzdötte le

sötétől való félelmét. A kontrollcsoport ezzel szemben az éjszakai félelmek szempontjából irreleváns meséket hallgatott. Szerző eredményei szerint a kísérleti csoportba tartozó gyermekek sötétől való félelme szignifikáns mértékben csökkent (és négy héttel később is változatlan mértékű maradt), valamint ezzel párhuzamosan nőtt a mesék megbeszélésekor tett, megküzdésre vonatkozó kijelentéseik száma.

Kifejezetten a sötétől való félelem csökkentése céljából íródott Mary Coffman *Uncle Lightfoot, Flip That Switch: Overcoming Fear of the Dark* (Coffman, 2014) című könyve, amelynek hatékonyságát több kutatásban alátámasztották (Lewis et al., 2015; Mikulas et al., 1986; Santacruz et al., 2006). A történet főhőse Michael Murphy sötétől való félelemmel küzd. Szülei elutaznak vele édesapja barátjához, Uncle Lightfoothoz, aki krík indián. Az indián bácsi izgalmas játékok és történetek során segít a fiúnak megbarátkozni a sötétséggel. A sikeresen teljesített feladatok után egy-egy gyöngyöt ajándékoz neki a bátorság karkötőjére. A történet végére Michael sötétől való félelme megszűnik.

A mesekönyv 21, színes rajzokkal illusztrált fejezetet, 17 játék leírást és egy részletes, tudományosan megalapozott szülői útmutatót tartalmaz. Mint terápiás eszköz, az alábbi kognitív viselkedésterápiás elemekkel operál (Santacruz et al., 2006): képzeletbeli (a történet révén) és in vivo (a játékok révén) fokozatos elárasztás (amelynek menetét a fejezetek sorrendje és a gyermek igényei egyaránt befolyásolják), játék, relaxációs technika, verbális bátorítás, kioltás, szociális és tárgyi megerősítés, szimbolikus modellnyújtás, pozitív érzések keltése, és szülők képzése. Az *Uncle Lightfoot* olyan terápiás eszközöket foglal tehát magában, amelyek bizonyítottan hatékonyak a kisgyermekkori szorongás enyhítésében (vö. Higa-McMillan et al., 2016), azonban önsegítő könyvként való alkalmazása a szülő által vezetett terápia korábban ismertetett előnyeit és nehézségeit (Rapee et al., 2006, lásd bővebben a II/7.2 fejezetben), és a terapeuta által vezetett terápiához viszonyított alacsonyabb hatékonyság (Monga et al., 2015; Rapee et al., 2006) valószínűségét is magával vonja.

Mikulas és munkatársai (1986) négy különböző vizsgálatban összesen 82 4-7 éves gyermek részvételével vizsgálták az első kiadás hatékonyságát, 4-5 hetes beavatkozási periódust követően. Eredményeik szerint a könyv alkalmazása szignifikáns mértékben csökkentette az alanyok sötétől való félelmét. Amint azt fentebb ismertettem Santacruz és munkatársai (2006) szintén pozitív eredményeket kaptak, hasonló életkori csoporttal dolgozva.

A második kiadás hatékonyságát vizsgálták meg Lewis és munkatársai (2015), kilenc 5-7 éves sötétségfóbiás gyermekek. Eredményeik szerint a mesekönyv alkalmazása következtében

szignifikáns mértékben enyhültek a fóbiás tünetek, a szülő és gyerek által megítélt sötétől való félelem, a szeparációs szorongás és nőtt a saját ágyban eltöltött éjszakák száma. A szülők elégedettségi kérdőívet is kitöltöttek, amely alapján a mesekönyvet hatékonynak ítélték. Emellett úgy nyilatkoztak, hogy a könyvnek hála többet megtudtak a félelmekről/fóbiákról, jobban meg tudnak birkózni gyermekük félelmeivel és hogy szívesen ajánlanák barátaik számára. A kutatás eredményeinek értékelésekor mindazonáltal szem előtt kell tartani, hogy a vizsgálat csekély mintaelemszámmal valósult meg.

A témában végzett legújabb kutatás során Rafihi-Ferreira, Silvaes, Asbahr és Ollendick (2018) a biblioterápia és a plüsssterápia előnyeit ötvözték. Hatékonyságvizsgálatuk tárgya egy kifejezetten óvodáskorú gyermekeknek írt brazil mesekönyv volt, amelyhez egy plüsskengurut is mellékeltek a szülők számára. A mintát 68 4-6 éves gyermek alkotta, akik jelentős éjszakai félelmek miatt legalább heti három alkalommal a szüleikkel aludtak együtt. A kísérletbe kerülés feltétele volt továbbá a magas szorongásszint, a lefekvéskor megjelenő problémás viselkedés, és hogy az éjszakai félelem jellege kimerítse a szeparációs szorongás vagy a specifikus fóbia kritériumait. A jelentkezőket kísérleti és várólistás csoportba sorolták, és a várakozási időszakot követően a várólistás csoport is részesült a beavatkozásban, és részt vett a hatékonyság felmérésben.

Az intervenció nyomán a négyhetes kísérleti periódus végére mindkét csoportban szignifikáns javulás volt megfigyelhető: az éjszakai félelem és az együttalvás gyakorisága egyaránt csökkent, emellett alacsonyabbá vált a szorongás, a szeparációs szorongás, az általános félelmek, valamint a *CBCL* skálán felmért externalizáló és internalizáló problémák mértéke is. A hatás a három hónapos utókövetés idejére is fennmaradt. Ezzel szemben a várólistás csoportban a várakozás ideje alatt a vizsgált jellemzők változatlan mértékűek voltak.

Érdeemes megjegyezni, hogy a fenti hatásvizsgálatokban túlnyomórészt fóbia mértékű sötétől való félelemmel bíró gyermekek vettek részt. Gordon és munkatársai (2007b) áttekintő tanulmányukban megjegyzik, hogy a sötétől való félelmet célzó intervenciók hatásvizsgálatának egy részében nem található információ a probléma súlyosságára vonatkozóan, a többi azonban kivétel nélkül a súlyosabb mértékű félelemre fókuszált. Szerintük éppen ezért, a terápiás módszerek hatékonyságáról levont következtetéseket fenntartásokkal kell kezelni.

Coffman (2014) az *Uncle Lightfoot* terápiás könyv szülői útmutatójában hangsúlyozza, hogy a mesekönyv nem helyettesítheti a szakemberrel való konzultációt és hogy súlyos pszichológiai problémák esetén először szakemberrel való egyeztetés javasolt. Mindezekre tekintettel különösen indokolt lehet a könyv hatékonyságának vizsgálata különböző súlyosságú sötétől való félelem, és az ahhoz potenciálisan társuló egyéb pszichológiai problémák függvényében.

III. A kutatás célja

Doktori disszertációm témája a kisgyermek éjszakai/sötétől való félelme és annak biblioterápiás kezelési lehetősége. A félelemnek ez a típusa óvodások körében kimondottan gyakori (Muris et al., 2001) és súlyosabb formája számos egyéb pszichológiai nehézséggel együttjár (Kushnir et al., 2014; Kushnir & Sadeh, 2011; Muris et al., 2001; Zisenwine et al., 2013). Az éjszakai félelmek enyhítésére külföldi vizsgálatokban sikerrel alkalmaztak kognitív viselkedésterápián alapuló beavatkozásokat, szülő által közvetített és biblioterápiás formában (Lewis et al., 2015; Mikulas et al., 1986; Rafihi-Ferreira et al., 2018; Santacruz et al., 2006).

Tekintettel arra, hogy a magyar gyermekek sötétől való félelméről nem állt rendelkezésemre empirikus szakirodalmi adat, és az egyéb pszichológiai változókkal mutatott összefüggések korábbi vizsgálata a nemzetközi szakirodalomban is relatíve csekély volt, doktori kutatásom két vizsgálatból épült fel. Az *Első vizsgálat* célja a sötétől való félelem gyakoriságának, gyermeki- és szülői korrelátumainak felmérése volt óvodás gyermekek körében. Az *Első vizsgálat* mintáját tehát kvázi-egészséges 3-7 éves gyerekek és szüleik alkották.

A *Második vizsgálat* törekvése az *Uncle Lightfoot* terápiás célú, amerikai önségítő mesekönyv magyar adaptációjának elkészítése és hatékonyságvizsgálata volt, a sötétől jelentős mértékben féltő – ám nem feltétlenül klinikai szintű zavarral jellemezhető – kisgyermekek körében (a pontos kritériumokat lásd az V/ 2.1. fejezetben). Az *Uncle Lightfoot* mesekönyv és a benne foglalt játékok hatékonyságát angol nyelvű mintán több kutatás is alátámasztotta is (Lewis et al., 2015; Mikulas et al., 1986; Santacruz et al., 2006), így azt vételeztük elő, hogy a magyar gyerekeknek is segítségére válhat. A hatékonyságvizsgálatban különösen nagy hangsúlyt fektettünk a moderátor és mediátor változók elemzésére (vö. Gordon et al., 2007b), vagyis annak megállapítására, hogy a mesekönyv mely gyerekek számára és milyen közvetítő mechanizmusok által jelenthet hatékony intervenció eszközt.

IV. Első vizsgálat

1. A vizsgálat célja

Az *Első vizsgálat* célja annak felmérése volt, hogy a magyarországi óvodás gyermekek sötétől való félelme a gyermek és szülei mely jellegzetességeivel járnak együtt. A szakirodalom alapján a következő hipotéziseket fogalmaztam meg.

H1: A 4-6 éves gyerekek 59%-a jellemezhető valamilyen mértékű éjszakai félelmekkel és ebben az életkorban az éjszakai félelmek gyakorisága nem mutat még nemi különbséget (Muris et al., 2001), ahogy a szorongásos problémák mértéke sem (Chazan & Jackson, 1971; LaFreniere & Dumas, 1996; Spence et al., 2001). A sötétségfóbia előfordulási gyakorisága 2% körüli (Fredrikson et al., 1996; Méndez & Garcia, 1996). Mindezek mentén azt feltételeztem, hogy **a sötétől való félelem gyakori jelenség óvodáskorban, amely legalább a gyerekek felét érinti, ugyanakkor az esetek többségében – néhány százalékot leszámítva – ez a félelem nem fóbiás mértékű.** Feltételeztem továbbá, hogy **a sötétől való félelem ebben az életkori csoportban nem mutat nemi különbséget.**

H2: A korábbi vizsgálatok összefüggéseket tártak fel a gyermekkori sötétől való félelem és az externalizáló és internalizáló problémák összességének mértéke (El Rafihi-Ferreira et al., 2019; Jenni et al., 2005; Kushnir et al., 2014; Zisenwine et al., 2013), az alvásproblémák előfordulása (Jenni et al., 2005; Kushnir & Sadeh, 2011), a szorongásos zavarok előfordulása (Muris et al., 2001), és az általános (egyéb specifikus tartalmú) félelmek mértéke (El Rafihi-Ferreira et al., 2019; Kushnir et al., 2014; Zisenwine et al., 2013) között. Ezek nyomán jelen vizsgálatban azt vártam, hogy **az óvodáskori sötétől való félelem pozitív együttjárást mutat az internalizáló és externalizáló problémákkal, különösen az alvásproblémákkal és a szorongással.**

H3: Az éjszakai félelmekkel küzdő gyerekek Kushnir és munkatársai (2014) vizsgálatában a kontrollcsoportnál alacsonyabb erőfeszítést igénylő kontrollal voltak jellemezhetőek. Emellett, bár a negatív affektivitás szerepét vizsgáló sötétől való félelmet illető közvetlen eredményről nincs tudomásom, a magas negatív affektivitású személyek gyakran tapasztalnak idegességet, feszültséget, aggodalmakat (Watson & Clark, 1984), és a gyermekkori magas vonás szintű negatív affektivitás a szorongás és depresszió kialakulásának magasabb kockázatát vetíti előre (Lonigan et al., 2003). Azt feltételeztem tehát, **hogy az óvodáskori sötétől való félelem pozitív együttjárást mutat a negatív affektivitással, és negatív együttjárást az erőfeszítést igénylő kontroll készséggel.**

H4: Ugyan az érzelemszabályozás és a sötétől való félelem közvetlen kapcsolatát korábban nem vizsgálták, a maladaptív érzelemszabályozás transzdiagnosztikus jellemzőként számos pszichopatológiai tünetegyüttest meghatároz (Aldao et al., 2016; Bóna et al., 2013), így például a szorongásos zavarral küzdő gyerekek egyben érzelemszabályozási nehézségekkel is jellemezhetőek (Suveg & Zeman, 2004). Az érzelmek szabályozásának egyéni jellegzetességeivel összefügg a szülő interakciós stílusa, és a gyermek belső működési modellje (Calkins, 1994), és a biztonságos kötődésű gyerekek kompetensebbek negatív érzelmeik szabályozásában, mint a nem biztonságos kötődésűek (Thompson & Meyer, 2007). Mindezek mentén azt feltételeztem, hogy **az óvodáskori sötétől való félelem összefüggést mutat a gyermek érzelemszabályozási készségeivel és szülői reprezentációival.**

H5: Végezetül, tekintve a kötődés és az érzelemszabályozás fentebb már említett összefüggéseit (Calkins, 1994; Thompson & Meyer, 2007), valamint, hogy az anyák érzelemszabályozási nehézségei közvetlenül is bejósolják gyermekeik érzelemszabályozási készségeit és hozzájárulnak azok internalizáló és externalizáló problémáihoz (Crespo et al., 2017), azt vártam, hogy **a szülők érzelemszabályozási nehézségei bejósolják a gyerekek sötétől való félelmét, amit részben vagy egészben a gyerekek érzelemszabályozási nehézségei és szülőkről alkotott reprezentációi mediálnak.**

Mindemellett, figyelembe véve, hogy a korábbiakban tudomásom szerint nem történt a kisgyerekek reprezentációs világának és sötétől való félelmének lehetséges összefüggéseire irányuló vizsgálat, ezt a témakört **exploratív céllal**, az érzelemszabályozás és szülői reprezentációk témáin túlmenően, egyéb elemzési szempontokat alkalmazva is körbejártam.

2. Módszer

2.1. Vizsgálati eljárás

A kutatásban hozzáférési alapon toborzott középső- és nagycsoportos óvodás gyermekek és szüleik vettek részt. A szülőket az óvodaigazgatók írásos tájékoztatását (lásd *1. melléklet*) és engedélyét követően, az óvodai gondozók által átadott írásos anyag segítségével tájékoztattuk és kértük fel (lásd *2. melléklet*) a részvételre.

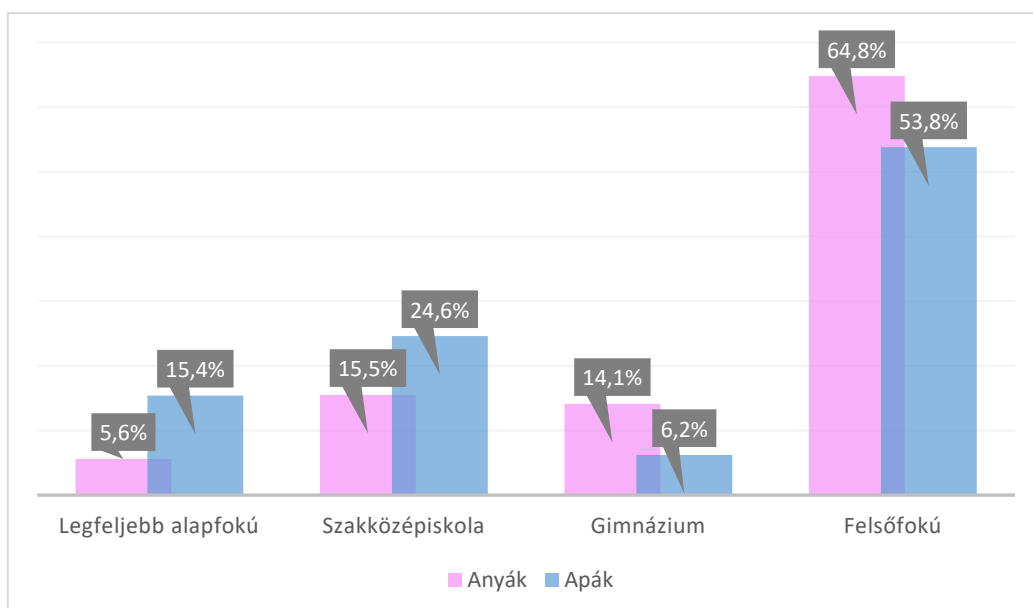
A gyerekekkel, szüleik írásos beleegyezését követően (lásd *3. melléklet*), hat Pszichológia MA szakos hallgató vett fel az óvodában a *Gyermek Appercepciók Teszt (CAT)*; Bellak & Bellak, 1949) képein alapuló rövid történeteket, amelyeket hangfelvételen rögzítettek, a szüleik számára pedig egy-egy tesztbattériát küldtek haza, amelyet ők lezárt borítékban küldtek vissza az óvodai gondozók részére. Az adatgyűjtés a hallgatók részleges kurzusteljesítéséhez tartozott.

A kutatást az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) 2016-055 referenciaszámmal engedélyezte.

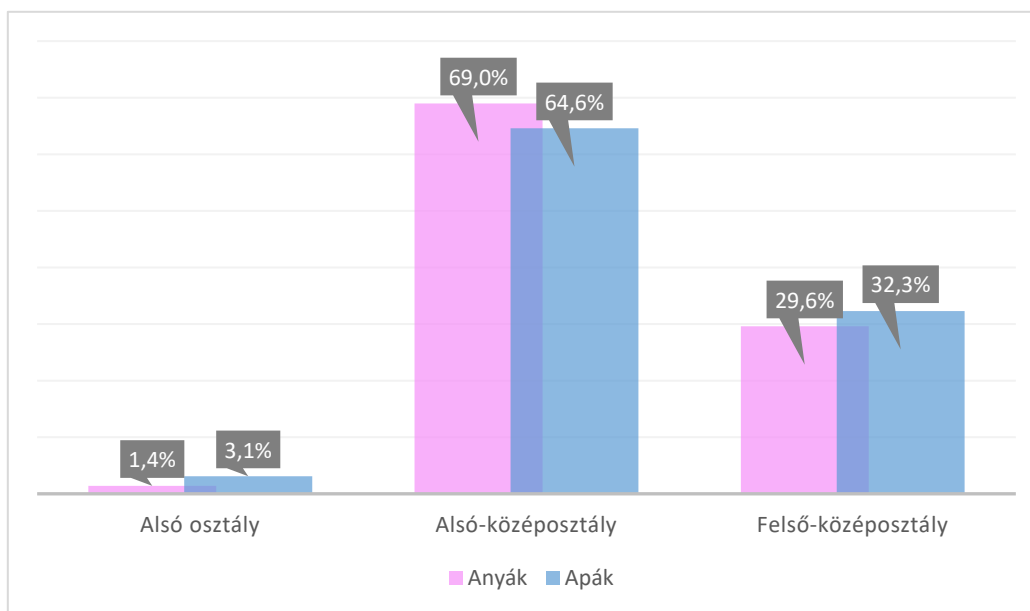
2.2. Minta

A vizsgálat hozzáférési mintán zajlott; 72 óvodás gyermek (30 fiú és 42 lány) és szülei (71 anya és 65 apa) önkéntes részvételével. A válaszmegtagadást nem monitoroztuk. A toborzáskor négy település (Pécs, Abaliget, Jánoshalma, Mosonmagyaróvár) nyolc különböző óvodáját kerestük fel. A szülők részére elküldött tesztcsomagokat hét esetben csak az anya (ebből egy nevelőanya), hatvannégy esetben az anya és az apa (köztük két nevelőapa), és egy esetben csak az apa töltötte ki. A történetmesélős feladat 66 gyerekkel valósult meg. A gyermekek kora 44-88 hónapig terjedt, átlag életkoruk 67,46 hónap volt ($SD = 10,63$). Az anyák átlagos életkora 36,82 év ($SD = 3,82$), az apáké pedig 39,22 ($SD = 5,96$) volt. A legmagasabb befejezett iskolai végzettség és szubjektív szocioökonómiai státusz eloszlását az 5. és 6. ábra tartalmazza. A minta túlnyomó része alsó-középosztálybelinek vallotta magát és az anyáknak közel kétharmada, az apáknak pedig valamivel több, mint a fele felsőfokú végzettségű volt. A résztvevők 43,1%-a megyeszékhelyen, 41,7%-a városban, 15,3%-a pedig egyéb településen élt.

A szülők többsége kétgyermekes volt. Az anyák 20,8%-ának egy, 62,5%-ának kettő, 12,5%-ának három és 4,2%-ának négy vagy több gyermeke volt, míg az apák 19,4%-ának volt egy, 62,9%-ának kettő, 12,9%-ának három és 4,8%-ának négy vagy több gyermeke. Összesen kilenc gyermek esetén számoltak be a szülők tartós betegségek fennállásáról; asztma, allergia, atópiás bőrgyulladás, epilepszia, szívprobléma, hiperaktivitás, ételallergia és kancsalság betegségek fordultak elő.



5. ábra. Szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettsége



6. ábra. Szülők szubjektív szocioökonómiai státusza

2.3. Vizsgálati eszközök

2.3.1. Történetek felvétele és kódolása

A gyerekekkel a vizsgálatvezetők az óvodában, kétszemélyes helyzetben vettek fel a *CAT* (Bellak & Bellak, 1949) képein alapuló történeteket (a történetmesélési protokollt a 4. melléklet tartalmazza). A vizsgálatvezető elkezdte a történeteket, amelyeket aztán a gyerek folytatott. A *CAT* alkalmazását annak széleskörű elérhetősége és ezáltal a kutatás replikálhatósága indokolta. Mindazonáltal ügyeltünk rá, hogy a képek felhívó jellege ne ütközzön a vizsgálatvezető által felvetett történettöredékekkel. Az alkalmazott *CAT* táblák számát, a felvezetett témát és a bevezető szövegeket a 2. táblázat tartalmazza. A gyermekek által elmesélt történetekről a vizsgálatvezetők hangfelvételeket, majd pedig ezek alapján szó szerinti átiratokat készítettek.

A gyermekek által elmesélt történetek kódolását a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskolájának három doktorandusza végezte. A kialakított kódrendszer első verziója mentén először mind a hárman kódoltak húsz történetet egymástól függetlenül. Az egyetértés mértékét és az egyéni tapasztalataikat figyelembe véve elkészült a revidiált kódrendszer, amelynek mentén szintén hárman elemezték a megadott húsz történetet. Tekintve, hogy ez a kódolási szakasz megfelelő mutatókat eredményezett, a kódrendszer véglegesítésre került, és a további 46 történetet már csupán egy-egy személy kódolta.

A véglegesített kódokat, ezek forrásait és a három kódoló közötti, húsz történeten elemzett egyetértés mértékét (ICC = Intraclass Correlation Coefficient) a 3. táblázat tartalmazza. A végleges kódok részletes definícióit és a kódoló lapot az 5-6. mellékletek tartalmazzák.

2. táblázat. Történetmesélés ingeranyaga és instrukciója

Tábla száma	Téma	Felvezetés
1	Bemelegítés	A három kiscsibe nemrég ért haza a játszótérről és nagyon éhesek. A mamájuk főzeléket készített és éppen most tette az asztalra. Sajnos a kiscsibék egyáltalán nem szeretik a főzeléket. Kérlek, meséld el, hogy mi fog most történni!
6	Egyedüllet	Ezen a képen a maci család egy barlangban pihen. A medvebocs viszont kezd nagyon unatkozni... Azon gondolkodik, hogy kirándul egyet egyedül az erdőben. Mi fog most történni?
9	Félelem	Késő éjszaka van. A kis nyuszinak már régen aludnia kellene, de sajnos nem tud. A szobájában sötét van és ő nagyon fél. Mi fog most történni?
5	Szomorúság	Este van, a maciszülők már mélyen alszanak. Ők itt a gyermekeik. Egyikük már alszik, a másik maci viszont még ébren van. Az oviban összeveszett ma a legjobb barátjával és még mindig nagyon szomorú. Mi fog most történni?
7	Veszély	A majom úr sétálni indult az erdőbe. Egyik fáról ugrott a másikra, amikor váratlanul megjelent ez a tigris. Mi fog most történni?
8	Lezárás	Ennek a kis majomnak ma van a hatodik születésnapja. A konyhában éppen most gyújtják meg a gyertyákat a tortáján, a nagyszülei pedig valamilyen meglepetésről beszélgetnek. Mi fog most történni?

Az alkalmazott kódrendszer kialakításakor nagymértékben támaszkodtunk a *MacArthur Story Stem Battery (MSSB)* empirikusan megalapozott kódolási módszertanára (Wolf, 2003). Az *MSSB* a játékterápiás módszerek és a projektív technikák hagyományaira építkezve került kialakításra, a gyermekek belső reprezentációs és érzelmi világának megértése céljából. Az *MSSB* felvételekor a gyerekek játékbaákkal felvezetett történetkezdeteket folytatnak játékos formában, és az eközben létrejövő narratívák elemzésére gazdag, pszichometriailag is elemzett kódrendszerek állnak rendelkezésünkre. Az *MSSB* történeteinek kódolási hagyománya kétféle jellegzetességre fókuszál: (1) a történetek tartalmára, a felmerülő témákra és (2) a válaszadás módjára és jellegzetességeire. Két, széles körben alkalmazott kódrendszer áll a kutatók rendelkezésére: a *MacArthur Narrative Coding System (MNCS)* (Robinson & Mantz-Simmons, 2003; Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, & the MacArthur Narrative Working Group, 1992) és a *Narrative Emotion Coding System (NEC)* (Warren, 2003; Warren, Mantz-Simmons, & Emde, 1993).

3. táblázat. Alkalmazott kódok, megbízhatóságuk és forrásaik

KÓD	ICC ¹	FORRÁS	
GLOBÁLIS KÓDOK			
Koherencia	0,841	Von Klitzing, Kelsay & Emde (2003)	
Érzelmi feldolgozás	0,814	Oppenheim (2003)	
Nehézség a történetmondással	0,863	Warren, Mantz-Simmons & Emde (1993)	
TARTALMI KÓDOK			
Sírás	0,816	saját	
Szomorúság	0,814		
Harag	0,943		
Félelem	0,872		
Boldogság, öröm	0,893		
Szülői jelenlét (0-2)	0,893	Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, and the MacArthur Narrative Working Group (1992)	
Protektív, védelmező	0,751		
Szeretetteli, meleg, támogató	0,451		
Segítő	0,711		
Büntető, kemény, agresszív	0,850		
Elutasító	0,798		
Nem-hatékony	0,668		
Kontrolláló-fegyelmező	0,773		
Szeretet megnyilvánulás	0,616		
Empátia, segítség, megnyugtató	0,679		
Agresszió (0-4)	0,867		
Veszély (0-3)	0,775		Warren, Mantz-Simmons & Emde (1993)
Sebesülés	0,879		Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, and the MacArthur Narrative Working Group (1992)
Destrukció, rombolás	0,741	Warren, Mantz-Simmons & Emde (1993)	
Halál	0,858	saját	
Pozitív befejezés	0,803	Warren, Mantz-Simmons & Emde (1993)	
Semleges befejezés	0,523		
Negatív befejezés	0,847		
Kilépés a mintha helyzetből	0,897	Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, and the MacArthur Narrative Working Group (1992)	
Ismétlés	0,753		

¹Összetartozási együttható (ICC) számítási modellje: two-way random, average measure; típusa: consistency; értékelése (Koo & Li, 2016): 0,5 alatt – gyenge, 0,5-0,75 – közepes, 0,75-0,9 – jó, 0,9 felett – kiváló. Rózsaszínnel kiemelve a gyenge, kékkkel a közepes összetartozási együttható értékeket.

Az *MNCS* és *NEC* hipotézisem szempontjából releváns kódjainak adaptálása mellett, a Von Klitzing, Kelsay és Emde (2003) által kialakított koherencia skálát és az Oppenheim (2003) által kialakított érzelmi feldolgozás skálát alkalmaztam.

A globális kódok a történetek egészére vonatkoztak, amelyekből a későbbi elemzések céljára átlagot számoltunk. A tartalmi kódok esetén azok előfordulása (néhány esetben fokozatuk) került történetenként megállapításra, amelyek pontszámait – a szakirodalomban fellelhető gyakorlatnak megfelelően – összeadtuk. Végül pedig, bizonyos kódok összesítve, mintegy faktorként is értelmezhetőek, így ezek összevont értékét is kiszámítottuk. Az összevont skálákat, az ezeket alkotó kódokat és az ezekre vonatkozó, három kódoló közötti, húsz történeten elemzett egyetértés mértékét a 4. táblázat tartalmazza. A kódolók közötti egyetértésre vonatkozó összetartozási együtthatókat figyelembe véve a későbbi elemzésekben a szülői reprezentációkat és a proszociális tartalmakat kizárólag összevont kódként elemeztük.

4. táblázat. Összevont kódok alkotóelemei és kódolók közötti megbízhatósága

ÖSSZEVONT KÓD	ALKOTÓ ELEMEEK	ICC¹
Negatív érzelmek	Szomorúság, harag, félelem	0,879
Pozitív szülői reprezentációk	Protéktív, szeretettel, segítő	0,674
Negatív szülői reprezentációk	Büntető, elutasító, nem hatékony	0,865
Proszociális tartalmak	Szeretet megnyilvánulás, empátia	0,788
Elkerülés	Kilépés, ismétlés	0,827

¹Összetartozási együttható (ICC) számítási modellje: two-way random, average measure; típusa: consistency; értékelése (Koo & Li, 2016): 0,5 alatt – gyenge, 0,5-0,75 – közepes, 0,75-0,9 – jó, 0,9 felett – kiváló. Kékkel kiemelve a közepes összetartozási együttható értékeket.

2.3.2. Kérdőívek

A tesztbatteria a demográfiai kérdéssorral indult (lásd 15. melléklet). A sötétől való félelem fóbiás tüneteinek felmérése a saját fejlesztésű *Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ)* segítségével történt, amelyet a DSM-V. (American Psychiatric Association, 2013) specifikus fóbia kritériumai mentén alakítottuk ki (lásd 16. melléklet). Az öt tételes skála a következő dimenziókat foglalja magában: esti lefekvést vagy sötétséget övező túlzott félelem, mindennapos gyakoriság, elkerülésre törekvés vagy annak megvalósíthatatlansága esetén szorongás, napi tevékenységre gyakorolt negatív hatás és tartósság. A szülők négyfokú skálán jelezték, hogy az adott állítás mennyire jellemző gyermekeikre (1: egyáltalán nem jellemző, 2: inkább nem jellemző, 3: inkább jellemző, 4: teljesen jellemző). A skálát egydimenziós

kérdőívként alkalmaztuk, amelyen összesen 5-20 pont volt elérhető, és a magasabb pontszám a sötétségfóbia magasabb mértékére utalt. A kérdőív jelen kutatásban megbízhatónak bizonyult¹ (apai adatok reliabilitása: Cronbach $\alpha = 0,836$; anyai adatok reliabilitása: Cronbach $\alpha = 0,800$).

Az éjszakai viselkedés adaptivitásának felmérésére az *Éjszakai Viselkedés Kérdőívet* (*What My Child Can Do At Night – Parent Form-R* [WICDAN]) alkalmaztuk, amelyet Coffman (1987) hozott létre azzal a céllal, hogy nyomon kövesse terápiás mesekönyvének hatékonyságát. A kérdőív 11 állítást tartalmaz (lásd 17. melléklet), és a gyermek által elmúlt hét során mutatott adaptív éjszakai viselkedésformák előfordulását hivatott felmérni, háromfokú skálán (2: igen, könnyedén, 1: igen, de nehezebbre esik vagy habozik, 0: nem). A skálán így 0 és 22 pont között pontszám érhető el, és a magasabb pontszám adaptívabb éjszakai viselkedésre utal. Nemzetközi vizsgálatban megfelelő belső konzisztenciáról (Cronbach $\alpha = 0,89$) és teszt-reteszt reliabilitásról (Cronbach $\alpha = 0,78$) számoltak be (Lewis et al., 2015). A skála átlagértéke Lewis et al. (2015) kutatásában sötétséget/egyedülletet illető specifikus félelemmel diagnosztizált gyerekek körében a kezelést megelőzően 7 (SD = 3,59), a négyhetes kezelési periódus végére és az egy hónapos utókövetéskor pedig 16,75 (SD = 3,69) valamint 16,25 (SD = 4,46) volt. A kérdőív felhasználása céljából elvégeztük adaptációját, beleértve magyarra fordítását és visszafordítását. A skála megbízhatósága jelen kutatásban is igazolást nyert, mind az apai (Cronbach $\alpha = 0,868$), mind az anyai válaszokon (Cronbach $\alpha = 0,841$). A kérdőív részét képezi továbbá egy tízfokú vizuális-analóg skála (ezt a továbbiakban az egyszerűség kedvéért *SVF-1-10*-ként hivatkozom), amely a sötétől való félelem mértékére vonatkozik (1: nem nagyon fél, 5: közepes mértékben fél, 10: rendkívüli mértékben fél).

A gyermekek externalizáló és internalizáló problémáit a *Gyermekviselkedési Kérdőív 1.5-5 – Szülői változatával* (*Child Behavior Checklist [CBCL]*, Achenbach, 1991; Rózsa, Gáboros, & Kő, 1999) mértük fel. Ez a kérdőív a népszerű *ASEBA* (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) mérőeszközcsalád részeként az óvodáskorú gyermekek érzelmi- és viselkedészavarainak feltérképezésére szolgáló multidimenzionális eszköz, amely egy 99 tételes problémalistát és a gyermekkel kapcsolatos egyéb nyitott kérdéseket tartalmaz. A problémalista esetén a szülőnek háromfokú skálán szükséges megítélnie, hogy az egyes problémák mennyiben jellemzik gyermekét (0: nem igaz, 1: néha vagy valamennyire igaz, 2: nagyon igaz vagy gyakran igaz). A tételek a következő skálákba rendeződnek: *Visszahúzóadás*,

¹ A Cronbach α értékek értelmezésekor George és Mallery (2003, 231. o.) interpretációjára támaszkodtam, amely szerint: “> 0,9 – Kiváló, > 0,8 – Jó, > 0,7 – Elfogadható, > 0,6 – Megkérdőjelezhető, > 0,5 – Gyenge, és < 0,5 – Elfogadhatatlan”.

Szorongás/depresszió, Szomatikus panaszok, Figyelemzavar, Agresszió, Emocionális reaktivitás, Alvási problémák. Ezekből a skálából további járulékos mutatók (*Internalizáló-, Externalizáló- és Összprobléma*) és DSM orientált skálák (*Affektív problémák, Szorongás problémák, Figyelemzavar/hiperaktivitás, Oppozíciós problémák, Pervazív fejlődési problémák*) képezhetők. A kérdőív hazai forgalmazója a Correct Kft., amely engedélyezte a kérdőív jelen kutatásban történő felhasználását, és kiszámította számunkra az egyes skálák nyerspontszámait. A teljes *CBCL* adatbázis így nem állt rendelkezésünkre, csak a kiszámított skála értékek, ezáltal reliabilitás értékeket a *CBCL* kérdőív esetén nem számoltunk. A kérdőív használatakor elfogadott módszer a különféle információs forrásokból (szülő, óvodai gondozó) származó pontszámok összesítése. Ezt a szempontot jelen esetben az apai és anyai kérdőív pontszámok átlagolása képviselte.

A gyerekek temperamentumának felmérésére a *Gyermek Viselkedés Kérdőív (Children's Behavior Questionnaire [CBQ]*, Rothbart et al., 2001) 36 tételes rövidített változatát (Putnam & Rothbart, 2006) alkalmaztuk. A kérdőív magyar adaptációját Birkás (2005) végezte. A szülők hétfokú Likert skálán jelezték, hogy az egyes állítások milyen mértékben jellemzik gyermeküket (1: egyáltalán nem jellemző, 7: nagyon jellemző), és „nem alkalmazható” válaszlehetőséget is jelölhettek. A tételek három faktorba rendeződnek: extravertió, erőfeszítést igénylő kontroll, és negatív affektivitás. Az *Extraverzió* faktor (*Surgency*) pozitív affektivitást, aktivitást, impulzivitást, megközelítést foglal magában. Az *Erőfeszítést igénylő kontroll (Effortful Control)* a gátló kontroll, a perceptuális szenzitivitás, a figyelem, a kis intenzitású játék és a megnyugtathatóság dimenzióit tartalmazza. A *Negatív affektivitás (Negative Affect)* pedig a neuroticizmus személyiségvonással analóg, magas pontszáma a féltékenység, szomorúság, félelem és harag/frusztráció magas szintjét jelzi. Az alskálák mindkét szülő esetén elfogadható reliabilitás értékeket mutattak (lásd 5. táblázat). Ez alól kivételt jelent az apai *Erőfeszítést igénylő kontroll*, amelynek belső megbízhatósága megkérdőjelezhető/gyenge volt.

5. táblázat. *Gyermek Viselkedés Kérdőív* alskáláinak reliabilitás értékei

Alskála	Tételek száma	Cronbach α	
		Anyai (n = 71)	Apai (n = 65)
<i>Extraverzió</i>	12	0,738	0,721
<i>Erőfeszítést igénylő kontroll</i>	12	0,617	0,549
<i>Negatív affektivitás</i>	12	0,707	0,639

Végül, a szülők érzelmszabályozási nehézségeit az *Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív* (*Difficulties in Emotion Regulation Scale [DERS]*, Gratz & Roemer, 2004) magyar változatával (Kököneyi, 2008) mértük. A teszt 36 állítása hat skálába rendeződik: *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága*, *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában*, *Impulzuskontroll nehézségek*, *Érzelmi tudatosság hiánya*, *Érzelmszabályozási stratégiákhoz való csökkent hozzáférés*, és *Érzelmi tisztaság hiánya*. A kitöltő ötfokú Likert skálán jelzi, hogy milyen gyakran jellemzik őt az adott állítások [1: szinte soha, 2: néha (az esetek 11-35%-ában), 3: kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában), 4: legtöbbször (az esetek 66-90%-ában), 5: szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)].

Az egyes alskálák Gratz és Roemer (2004) valamint Kököneyi (2008) alapján a következőket mérik. Az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* faktor tételei azt tükrözik, hogy a személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív, másodlagos negatív érzelmekkel reagál, vagy nem fogadja el saját distresszre adott válaszait. A *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában* faktor a koncentráció és a feladatok befejezésének nehézségét méri, negatív érzelmek fellépése esetén. Az *Impulzuskontroll nehézségek* faktoron magas pontszámot elérők negatív érzelmek fellépésekor nehézségeket tapasztalnak viselkedésük szabályozásában. Az *Érzelmi tudatosság hiánya* faktor tételei arra vonatkoznak, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, és mennyire van tudatában érzelmeinek. Az *Érzelmszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés* faktoron elért magas pontszám azt a vélekedést tükrözi, hogy a negatív érzelmi állapotok nem szabályozhatóak hatékonyan, ezáltal hosszú ideig fennállnak. Az *Érzelmi tisztaság hiánya* faktor azt méri, hogy mennyire tudja a személy azonosítani és értelmezni az éppen átélt érzelmet. Kököneyi (2008) a kérdőív hatfaktoros struktúráját magyar hozzáférési mintán megfelelőnek találta, és az alskálák, egy kivételével, a jelen vizsgálatban is megbízhatónak bizonyultak (lásd a 6. táblázatban, az anyai és apai értékeket összevonva).

6. táblázat. *Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív* alskáláinak reliabilitás értékei

Alskála	Tételek száma	Cronbach α (n = 136)
<i>Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága</i>	6	0,883
<i>Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában</i>	5	0,819
<i>Impulzuskontroll nehézségek</i>	6	0,817
<i>Érzelmi tudatosság hiánya</i>	6	0,680
<i>Érzelmszabályozási stratégiákhoz való csökkent hozzáférés</i>	8	0,839
<i>Érzelmi tisztaság hiánya</i>	5	0,751

3. Eredmények

3.1. Normalitásvizsgálat

A további statisztikai próbák megfelelő módjának kiválasztása érdekében teszteltük, hogy az alkalmazott skálákon kapott adatok normál eloszlást mutatnak-e. Ennek megállapítása érdekében Kolmogorov-Smirnov próbát végeztünk, majd elemeztük az adatsorok ferdeségét és meredekségét, amelyeknek 1 alatti abszolút értéke jelzi az adatok normál eloszlását (Sajtos & Mitev, 2007). Amint a 7. táblázatban feltüntetett értékekből látható, számos változó nem mutatott normál eloszlást, **ezért a továbbiakban nonparametrikus eljárásokat alkalmaztunk.**

7. táblázat. Normalitás vizsgálat eredménye¹

	Skála	Kolmogorov Smirnov <i>p</i> érték	Ferdeség	Meredekség
Anyai (n = 71) ²	CDPQ	0,000	1,466	1,524
	WICDAN	0,014	-0,393	-0,911
	SVF_1-10	0,001	0,243	-0,507
	CBCL_internalizáló	0,000	0,910	0,303
	CBCL_externalizáló	0,000	1,201	1,810
	CBQ_extraverzió	0,179	-0,008	0,412
	CBQ_negatív_affektivitás	0,200	0,114	-0,017
	CBQ_kontroll	0,200	-0,098	-0,615
	DERS_1	0,014	0,648	0,010
	DERS_2	0,199	0,685	0,768
	DERS_3	0,097	0,824	0,806
	DERS_4	0,002	1,276	3,789
	DERS_5	0,041	0,999	1,496
	DERS_6	0,000	3,00	18,465
Apai (n = 65) ³	CDPQ	0,000	1,812	2,839
	WICDAN	0,001	-0,591	-0,785
	SVF_1-10	0,000	0,376	-0,244
	CBCL_internalizáló	0,066	0,715	0,584
	CBCL_externalizáló	0,043	1,295	2,879
	CBQ_extraverzió	0,200	-0,068	0,095
	CBQ_negatív_affektivitás	0,007	-0,551	0,356
	CBQ_kontroll	0,079	0,254	-0,478
	DERS_1	0,012	0,900	0,713
	DERS_2	0,003	0,433	-0,411
	DERS_3	0,200	0,562	0,278
	DERS_4	0,200	0,065	-0,069
	DERS_5	0,064	0,983	1,277
	DERS_6	0,002	1,229	2,034

¹A kék háttérrel jelölt esetekben következtethetünk nem normális eloszlásra. ²SE_{ferdeség} = 0,285, SE_{meredekség} = 0,563,

³SE_{ferdeség} = 0,297, SE_{meredekség} = 0,586

3.2. Anyai és apai adatok együttjárása

A gyermekekre vonatkozó apai és anyai kérdőíves adatok együttjárásait Spearman-féle rangkorrelációval vizsgálva, azt találtuk, hogy az adatok gyenge-közepes, közepes vagy erős, pozitív korrelációt mutattak. A mért korrelációs együtthatók 0,392 és 0,833 között mozogtak, a legnagyobb mértékű egyetértést az éjszakai viselkedés adaptivitása (*WICDAN*) kapcsán tapasztaltuk (8. táblázat).

Az objektivitás növelése érdekében a későbbi elemzések céljából a két szülőtől nyert gyermekekre vonatkozó pontszámokat átlagoltuk, és a későbbi elemzésekben az átlagértéket alkalmaztuk, annak a néhány esetnek a kivételével, amikor csupán az egyik szülőtől volt elérhető adat.

8. táblázat. Apai és anyai pontszámok együttjárásai (n = 64)¹

Skála		r_s
Sötétből való félelem, éjszakai viselkedés	<i>WICDAN</i>	0,833
	<i>SVF_1-10</i>	0,784
	<i>CDPQ</i>	0,692
<i>CBCL</i> - Problémalista alskálák	<i>Érzelmi reaktivitás</i>	0,601
	<i>Szorongás/depresszió</i>	0,520
	<i>Szomatikus panaszok/ testi tünetek</i>	0,650
	<i>Visszahúzóds</i>	0,728
	<i>Alvási problémák</i>	0,672
	<i>Figyelemzavar</i>	0,764
	<i>Agresszió</i>	0,658
<i>CBCL</i> - DSM orientált alskálák	<i>Érzelmi problémák</i>	0,708
	<i>Szorongás problémák</i>	0,591
	<i>Pervazív fejlődési problémák</i>	0,773
	<i>Figyelemzavar/hiperaktivitás</i>	0,800
	<i>Oppozíciós problémák</i>	0,600
<i>CBCL</i> - Járulékos mutatók	<i>Internalizáció</i>	0,651
	<i>Externalizáció</i>	0,718
	<i>Összprobléma</i>	0,673
<i>CBQ</i> - Alskálák	<i>Extraverzió</i>	0,770
	<i>Negatív affektivitás</i>	0,392
	<i>Erőfeszítést igénylő kontroll</i>	0,690

¹ Minden esetben $p < 0,001$.

3.3. Adatredukció

Az *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív* alskálái, Spearman-féle rangkorrelációval vizsgálva, Kökönyei (2008) vizsgálatához hasonlóan egymással közepes, erős-közepes mértékben korreláltak (9. táblázat), kivéve az *Érzelmi tudatosság hiánya*, 4. alskálát, amelynek egyébként reliabilitás értéke (Cronbach $\alpha = 0,680$) is kevésbé bizonyult megfelelőnek. A kérdőív öt alskáláját – az *Érzelmi tudatosság hiánya* kivételével – adatredukció céljából főkomponens elemzésnek vetve alá azt találtuk, hogy a belőlük képzett összesített skála az alskálák varianciájának közel 64%-át fedi le (10. táblázat). A további elemzésekben ennek az öt alskálának az átlagpontszámát alkalmazom, *DERS_átlag* néven.

9. táblázat. Az *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív* alskáláinak korrelációs együtthatói

	<i>DERS_1</i>	<i>DERS_2</i>	<i>DERS_3</i>	<i>DERS_4</i>	<i>DERS_5</i>	<i>DERS_6</i>
<i>DERS_1</i>	1					
<i>DERS_2</i>	0,477**	1				
<i>DERS_3</i>	0,517**	0,659**	1			
<i>DERS_4</i>	0,141	0,131	0,208*	1		
<i>DERS_5</i>	0,675**	0,591**	0,615**	0,131	1	
<i>DERS_6</i>	0,453**	0,389**	0,415**	0,452*	0,445**	1

** = $p < 0,001$, * = $p < 0,05$

10. táblázat. Az *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív* öt alskálájának főkomponens-elemzése

Skálák	Faktorsúly
<i>DERS_1</i> <i>Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága</i>	0,800
<i>DERS_2</i> <i>Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában</i>	0,811
<i>DERS_3</i> <i>Impulzuskontroll nehézségek</i>	0,817
<i>DERS_5</i> <i>Érzelemszabályozási stratégiákhoz való csökkent hozzáférés</i>	0,877
<i>DERS_6</i> <i>Érzelmi tisztaság hiánya</i>	0,676
Magyarázott variancia	63,847%

3.4. Leíró adatok

3.4.1. Sötétől való félelem előfordulása és intenzitása

A kutatásban a sötétől való félelem három aspektusát ragadtuk meg: (1) adaptív éjszakai viselkedés, (2) sötétől való félelem mértéke és (3) a sötét helyzetben/éjszaka mutatott félelem fóbiás jellegzetességei. Az adaptív éjszakai viselkedést felmérő *WICDAN* pontszáma 2 és 22 pont között változott, átlaga 15,04, szórása 5,40, medián értéke 16 volt. A vizuális analóg skálán felmért intenzitás érték 1-10-ig terjedt, átlaga 4,26, szórása 2,05, medián értéke 4 volt. Látható tehát, hogy a jelen kutatásban résztvevő gyermekek átlagos sötétől való félelme a közepesnél valamelyest alacsonyabb mértékű volt, és éjszakai viselkedésük adaptivitása is átlagosnak tekinthető (vö. Lewis et al, 2015). Azt azonban, hogy gyermeke „nem nagyon fél” a sötétben (1-es válasz a 10-es skálán) mindössze hat szülő (8,3%) választotta, az első három értéket (1, 2, vagy 3) pedig a szülők 35%-a.

A fóbiás tüneteket felmérő *CDPQ* tételeinek és összpontszámának leíró jellemzőit a *11. táblázat* tartalmazza. Az értékekből kirajzolódik, hogy leggyakrabban az elkerülő viselkedés fordult elő, ám az összes válasz az „inkább nem jellemző” vagy „egyáltalán nem jellemző” válaszlehetőségek felé tendált.

11. táblázat. Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ) leíró adatai

Skála	Min.	Max. ¹	Átlag	Szórás	Medián
<i>CDPQ</i> összpontszám	5	18,5	7,24	2,93	6
<i>Túlzott félelem</i>	1	3,5	1,25	0,54	1
<i>Rendszeresség</i>	1	4	1,38	0,74	1
<i>Elkerülés</i>	1	4	2,03	1,05	2
<i>Negatív hatás</i>	1	4	1,17	0,48	1
<i>Tartósság</i>	1	4	1,42	0,87	1

¹ A törtszámok előfordulásának háttérben az anyai és apai értékek átlagolása áll.

A *CDPQ* tételeire adott 3-as és 4-es válaszok jelezték, hogyha az egyes fóbiás tünetek a gyermeknél inkább- vagy teljes mértékben fennálltak (az átlagolt szülői adatok miatt jelen esetben 2,5 vagy afölötti pontszámot vettünk figyelembe). Az éjszakai/ sötétől való félelem túlzott mértéke a gyerekek 5,6%-ánál, rendszeres előfordulása a gyerekek 12,5%-ánál, az ilyen helyzetek elkerülése a gyerekek 30,6%-ánál, a mindennapokra kifejtett negatív hatás a gyerekek 4,2%-ánál, a hónapok óta fennálló időtartam pedig a gyerekek 15,4%-ánál állt fenn. Mind a négy feltétel egyetlen gyereknél (1,4%) teljesült, vagyis a kérdőív eredménye az ő esetében valószínűsít sötétségfóbiát, amely előfordulás összhangban van a sötétségfóbia 2% körüli prevalenciájával (Fredrikson et al., 1996; Méndez & Garcia, 1996).

3.4.2. Temperamentum

A *CBQ* átlagolt pontszámai a következőképpen alakultak. Az *Extraverzió* átlag értéke 4,20 (SD = 0,72), medián értéke 4,17, az *Erőfeszítést igénylő kontroll* átlag értéke 5,11 (SD = 0,67), medián értéke 5,09, a *Negatív affektivitás* átlag értéke 3,51 (SD = 0,65), medián értéke 3,56 volt. Az átlagok értékei közelítenek a korábbi szakirodalomban (Birkás, 2005; de la Osa, Granero, Penelo, Domènech, & Ezpeleta, 2014) közölt értékekhez.

3.4.3. Gyermekviselkedés

A *CBCL* skála átlag és medián értékeit a 12. táblázat tartalmazza. Az értékek sokkal inkább közelítik a normál, semmint a klinikai tartományt (vö. Achenbach & Rescorla, 2000).

12. táblázat. *CBCL* nyerspontszámainak átlaga és szórása

		M (SD)	Medián
Problémalista alskálák	<i>Érzelmi reaktivitás</i>	2,56 (2,04)	2
	<i>Szorongás/depresszió</i>	3,05 (1,77)	3
	<i>Szomatikus panaszok/ testi tünetek</i>	1,92 (1,34)	2
	<i>Visszahúzódás</i>	1,30 (1,32)	1
	<i>Alvási problémák</i>	2,87 (2,17)	2,5
	<i>Figyelemzavar</i>	1,55 (1,35)	1
	<i>Agresszió</i>	6,83 (4,65)	6,25
DSM orientált alskálák	<i>Érzelmi problémák</i>	2,06 (1,78)	1,5
	<i>Szorongás problémák</i>	3,84 (2,25)	3,5
	<i>Pervazív fejlődési problémák</i>	2,60 (1,90)	2
	<i>Figyelemzavar/hiperaktivitás</i>	3,42 (2,28)	3
	<i>Oppozíciós problémák</i>	2,40 (2,00)	2
Járulékos mutatók	<i>Internalizáció</i>	8,83 (4,96)	8
	<i>Externalizáció</i>	8,38 (5,57)	7,5
	<i>Összprobléma</i>	26,60 (13,79)	26,5

3.4.4. Szülői érzelemszabályozás

Az *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív* alskáláinak pontszámai Kökönyei (2008) átlagaihoz képest, amelyek összesített átlaga 13,93 (nők) és 13,74 (férfiak) volt, valamelyest alacsonyabbak (13. táblázat), vagyis a kutatásban résztvevő szülők magyar viszonylatban legfeljebb átlagos mértékű érzelemszabályozási nehézségekkel küzdöttek.

13. táblázat. DERS összesített skála és alskálák átlagai (és szórása)

Alskála	M (SD)		Medián	
	Anyai	Apai	Anyai	Apai
<i>Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága</i>	13,62 (5,51)	12,68 (5,67)	13	12
<i>Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában</i>	11,25 (4,31)	11,40 (4,16)	11	11
<i>Impulzuskontroll nehézségek</i>	11,26 (4,04)	11,37 (3,96)	11	11
<i>Érzelmi tudatosság hiánya</i>	13,16 (4,12)	14,80 (3,45)	13	15
<i>Érzelemszabályozási stratégiákhoz való csökkent hozzáférés</i>	15,72 (5,80)	16,10 (5,75)	16	15
<i>Érzelmi tisztaság hiánya</i>	7,79 (3,01)	8,56 (2,93)	7	8
DERS_átlag	11,93 (3,75)	12,02 (3,58)	11,40	11,20

3.5. Sötétől való félelem kapcsolata a demográfiai változókkal

A gyermek nemének, a szülői szubjektív szocioökonómiai státusznak, és a szülők befejezett iskolai végzettségének gyermekkori sötétől való félelemre kifejtett hatását Mann-Whitney próbákkal ellenőriztük, amely során utóbbi két szempont esetén a minta eloszlását figyelembe véve, az alsó és alsó-középosztályt vetettük össze a felső-középosztállyal, valamint a felsőfokú végzettségűeket a nem felsőfokú végzettségűekkel. Sem a gyermek neme, sem az apai vagy az anyai iskolai végzettség, sem a szülők szubjektív szocioökonómiai státusza nem befolyásolták szignifikáns mértékben a gyerekek sötétől való félelmének mértékét, kapcsolódó fóbiás tünetek előfordulását, vagy éjszakai viselkedésük adaptivitását (Mann-Whitney $U \leq 597,500$; $p \geq 0,110$ minden esetben). Ez a három változó a gyerekek korával sem járt együtt szignifikánsan ($|r_s| \leq 0,159$; $p \geq 0,182$ minden esetben).

3.6. Sötétől való félelem kérdőíves adatokkal mutatott összefüggései

A sötétől való félelem mutatóinak összefüggését a gyermekek internalizáló és externalizáló problémáival (CBCL alskálák), temperamentumával (CBQ alskálák), és szüleik érzelemszabályozási nehézségeinek összességével (DERS_átlag) Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk, amelynek szignifikáns eredményeit a 14. táblázat tartalmazza. Az elemzés tanúsága szerint a gyerekek sötétől való félelme szignifikáns összefüggést mutatott alvási problémáikkal, szorongásukkal és bizonyos temperamentum vonásaikkal. A nagyobb mértékű szorongással, és a több alvási problémával küzdő gyerekek egyben kevésbé adaptív éjszakai viselkedéssel, több sötétségfóbiás tünettől és magasabb mértékű sötétől való félelemmel voltak jellemezhetőek.

Az intenzívebben félő és kevésbé adaptív éjszakai viselkedést mutató gyerekeket szüleik emellett szignifikánsan kevésbé extravertáltak, és magasabb negatív affektivitásúnak ítélték, utóbbi temperamentum dimenzió pedig a fóbiás tünetek előfordulásával is pozitív irányba, szignifikáns mértékben korrelált. Ugyanakkor a gyerekek sötétől való félelmének egyik mutatója sem járt szignifikánsan együtt egyéb internalizáló vagy externalizáló problémával vagy az ezekből képzett főskálákkal, sem az erőfeszítést igénylő kontrollal, sem a szülők érzelemszabályozási nehézségeivel ($|r_s| \leq 0,206$; $p \geq 0,083$ minden esetben). Az erőfeszítést igénylő kontrollt illető eredmények hiánya kapcsán mindazonáltal szem előtt kell tartani a skála jelen vizsgálatban mutatott gyengébb megbízhatóságát.

14. táblázat. Az óvodáskori sötétől való félelem korrelátumai

	Adaptív éjszakai viselkedés (WICDAN)	Sötétségfóbia (CDPQ)	Sötétől való félelem mértéke (SVF_1-10)
CBCL/ szorongás	-0,250*	0,471**	0,299*
CBCL/ alvási problémák	-0,240*	0,528**	0,251*
CBQ/ extraverzió	0,319**	-0,149	-0,235*
CBQ/ negatív affektivitás	-0,253*	0,245*	0,322**

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy a sötétől való félelemmel összefüggő extraverzió, negatív affektivitás, szorongás és alvási problémák összefüggésbe hozhatók-e a szülői érzelemszabályozási problémákkal. Azt találtuk (lásd 15. táblázat), hogy a gyermek magasabb mértékű szorongása az apai és az anyai érzelemszabályozási nehézségek magasabb előfordulásával egyaránt szignifikánsan együttjárt. Ugyanakkor az alvási problémák magasabb szintjével csak az apai, a negatív affektivitás magasabb szintjével pedig csak az anyai nehézségek magasabb mértéke korrelált. A gyerekek extraverziója nem járt együtt a szülői érzelemszabályozási nehézségekkel ($|r_s| \leq 0,029$; $p \geq 0,809$ mindkét esetben).

15. táblázat. A szülői érzelemszabályozási nehézségek korrelátumai

	Apai DERS_átlag	Anyai DERS_átlag
CBCL/ szorongás	0,340**	0,383**
CBCL/ alvási problémák	0,337**	0,132
CBQ/ extraverzió	-0,019	-0,029
CBQ/ negatív affektivitás	0,240	0,293*

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$

Tekintve, hogy a szakirodalom alapján a gyermekkori extraverzió és erőfeszítést igénylő kontroll (Else-Quest et al., 2006), és a *CBCL* átlagpontszámai (Rózsa et al., 1999) is mutatnak nemi eltéréseket, Mann Whitney próbákkal megvizsgáltam a *CBQ* és *CBCL* skálák esetleges nemi különbségeit. Ennek során jelen vizsgálatban csupán az *Erőfeszítést igénylő kontroll* (Mann Whitney $U = 266,500$; $p = 0,000$) és a *Visszahúzóadás* (Mann Whitney $U = 424,000$; $p = 0,017$) alskálákon találtam nemi eltérést (Mann-Whitney $U \leq 629,000$; $p \geq 0,275$ minden egyéb esetben): a kutatásban résztvevő lányok alacsonyabb fokú visszahúzóadással (medián = 0,5) és magasabb mértékű erőfeszítést igénylő kontrollal (medián = 5,46) bírtak, mint a fiúk (medián = 1,5 a visszahúzóadás; medián = 4,67 az erőfeszítést igénylő kontroll esetén). Tekintettel a sötétől való félelemmel összefüggő változók nemi különbségeinek hiányára, a rangkorrelációs elemzéseket nem végeztem el nemi bontásban.

3.7. Sötétől való félelem összefüggései a gyerekek által mesélt történetekkel

A sötétől való félelem mutatóinak történetjellemzőkkel fennálló összefüggéseit Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltam. Ennek során azt a szignifikáns eredményt kaptam, hogy a történetekben megjelenő szomorú tartalmak gyakorisága negatív irányba korrelált az adaptív éjszakai viselkedéssel ($r_s = -0,289$, $p = 0,019$), és pozitív irányba a fóbiás mértékű sötétől való félelem tünetek előfordulásával ($r_s = 0,270$, $p = 0,028$). Vagyis minél maladaptívabban viselkedtek a gyermekek az éjszakai sötétségben és minél inkább fóbiás mértékű volt a félelmük, annál több szomorú tartalom jelent meg a történeteikben.

A képet árnyalja azonban, hogy az adaptív éjszakai viselkedés a boldog tartalmak megjelenésével is szignifikáns mértékben, negatívan járt együtt ($r_s = -0,266$, $p = 0,031$), vagyis minél maladaptívabban viselkedtek a gyermekek az éjszakai sötétségben, annál több boldog tartalom jelent meg a történeteikben. (A boldog tartalmak előfordulása ráadásul a fóbiás tünetek mértékével is közel szignifikáns szinten, pozitívan korrelált; $r_s = 0,230$, $p = 0,050$). Mindezt segíthet értelmezni, hogy a boldog és szomorú tartalmak előfordulási gyakorisága egymással is együttjárt ($r_s = 0,282$, $p = 0,022$).

A gyerekek sötétségfóbiás tüneteinek mértéke emellett negatívan együttjárt a történeteikben megjelenő negatív szülői reprezentációk összességével ($r_s = -0,283$, $p = 0,021$), vagyis minél több fóbiás tünet jellemezte a gyermeket a szülő szerint, ő annál kevesebb negatív (büntető, elutasító, nem hatékony) szülői reprezentációt szőtt történeteibe. A történetmesélés egyéb aspektusaival nem találtam szignifikáns összefüggéseket ($|r_s| \leq 0,230$; $p \geq 0,063$ minden egyéb esetben).

3.8. Eredmények összegzése

A következőkben a kezdeti hipotézisek mentén foglalom össze az *Első vizsgálat* eredményeit.

H1: Az óvodáskori sötétől való félelem enyhe formája gyakori, súlyos formája alacsony – legfeljebb néhány százalékos – előfordulása, és a sötétől való félelem ebben az életkori csoportban nem mutat nemi különbséget. **Teljesült: a gyerekek túlnyomó többsége (92%-a) félt valamilyen mértékben a sötétben, a félelem fóbiás mértékű fennállása azonban mindössze egy főnél (1,4%) volt valószínűsíthető. A sötétől való félelem mutatók és az éjszakai viselkedés adaptivitása esetén sem találtunk nemi különbségeket.**

H2: Az óvodáskori sötétől való félelem pozitív együttjárást mutat az internalizáló és externalizáló problémákkal, különösen az alvásproblémákkal és a szorongással. **Részben teljesült: az alvásproblémák és a szorongás nagyobb foka a nagyobb mértékű sötétől való félelemmel és a kevésbé adaptív éjszakai viselkedéssel szignifikánsan, gyenge mértékben, míg a sötétségfóbiával szignifikánsan, közepes mértékben járt együtt, azonban a sötétől való félelem mutatói nem függtek össze az externalizáló és internalizáló problémák összeségével.**

H3: Az óvodáskori sötétől való félelem pozitív együttjárást mutat a negatív affektivitással, és negatív együttjárást az erőfeszítést igénylő kontroll készséggel. **Részben teljesült: a nagyobb fokú sötétől való félelem a negatív affektivitás magasabb, és az extraverzió alacsonyabb mértékével szignifikánsan, gyenge mértékben együttjárt, azonban nem találtunk összefüggést a sötétől való félelem mutatói és az erőfeszítést igénylő kontroll között.**

H4: Az óvodáskori sötétől való félelem összefüggést mutat a gyermek érzelemszabályozási készségeivel és szülői reprezentációival. **Részben teljesült: nem találtunk szignifikáns összefüggéseket a történet érzelemszabályozással összefüggő jellegzetességei és a sötétől való félelem mutatói között, ám fordított irányú, gyenge mértékű összefüggést mutattunk ki a sötétségfóbiás tünetek mértéke és a negatív szülői reprezentációk előfordulása között.**

H5: A szülők érzelemszabályozási nehézségei bejósolják a gyerekek sötétől való félelmét, amit részben vagy egészben a gyerekek érzelemszabályozási nehézségei és szülőkről alkotott reprezentációi mediálnak. **Közvetlenül nem vizsgáltuk, mert a talált összefüggések a feltételezett modellt nem támogatták: a gyerekek sötétől való félelme nem járt együtt a szülők érzelemszabályozási nehézségeivel, sem a saját történeteikben vizsgált érzelemszabályozási mutatóikkal.**

A gyerekek történeteinek **feltáró elemzése** során mindemellett az a kép rajzolódott ki a sötétben nagyobb mértékben félő gyermekekről, hogy történeteik a sötétben kevésbé félő gyerekek történeteikhez viszonyítva egyszerre tartalmaznak szignifikánsan több szomorú, és több boldog tartalmat, valamint kevesebb negatív szülői reprezentációt, ám ezek az összefüggések gyenge mértékűek voltak.

4. Megvitatás

Az *Első vizsgálatban* középső és nagycsoportos óvodás gyerekek részvételével arra kerestem a választ, hogy a sötétből való félelem a gyermek és szülei mely jellegzetességeivel jár együtt. A hipotéziseim tesztelésére 72 3-7 éves gyermek szülői kérdőíves adatainak, valamint 66 gyermek történeteinek elemzésével került sor. A szülői kérdőíves felmérés különlegessége, hogy a gyerekek többsége esetén az anya és az apa is szolgáltatott adatot, és ezáltal objektívebb képet kaphattunk a gyermek viselkedéséről és problémáiról, mintha a szülői adatfelvétel kizárólag az anyával zajlott volna. Mivel az adatok túlnyomórészt nem mutattak normál eloszlást, a statisztikai elemzésekkor nem parametrikus eljárásokat választottam.

4.1. A sötétből való félelem előfordulása és intenzitása

A vizsgálatban résztvevő gyerekek túlnyomó többsége félt valamilyen mértékben a sötétben: csupán szülei 8,3%-a választotta tízfokú vizuális skálán a „nem nagyon fél” a sötétben válaszlehetőséget. Sötétből való félelmük intenzitásának átlaga mindazonáltal a közepesnél valamelyest alacsonyabb mértékű volt, amihez éjszakai viselkedésük átlagos mértékű adaptivitása társult. A félelem fóbiás mértékű fennállása mindössze egy főnél (1,4%) volt valószínűsíthető. A nemzetközi szakirodalom alapján háromfokú skálán a 4-6 éves gyerekek 59%-a jellemezhető valamilyen mértékű éjszakai félelmekkel (Muris et al., 2001), és a sötétségfóbia előfordulási gyakorisága 2% körüli (Fredrikson et al., 1996; Méndez & Garcia, 1996). Tekintve, hogy jelen vizsgálatban tízfokú skálát használtunk, amelyen háromfokú skálához viszonyítva még a 3-as érték is alacsony előfordulásnak tekinthető, és a szülők 35%-a választotta az 1-3 válaszlehetőségeket, adataink nagyrészt illeszkednek a szakirodalomba.

4.2. Sötétből való félelem kapcsolata a demográfiai változókkal

A sötétből való félelem mértékét, a tünetek fóbiás jellegét és az éjszakai viselkedés adaptivitását egyik vizsgált demográfiai változó sem befolyásolta, így a gyermek neme sem, bár a kutatásban egyenlőtlen arányban vettek részt fiúk és lányok. Ez megfelel azoknak a korábbi eredményeknek, miszerint a sötétből való félelem kisgyermekkorban még nem mutat nemi

különbséget, ahogy a szorongásos problémák (Chazan & Jackson, 1971; LaFreniere & Dumas, 1996; Spence et al., 2001) és a negatív affektivitás (Else-Quest et al., 2006) mértéke sem.

4.3. Sötétől való félelem pszichológiai korrelátumai

Jelen vizsgálatban a gyerekek nagyobb mértékű sötétől való féelme és kevésbé adaptív éjszakai viselkedése, különösen sötétségfóbiás tüneteik előfordulása az alvás- és szorongásproblémák nagyobb fokával járt együtt, ami megfelel a korábbi szakirodalomnak (El Rafihi-Ferreira et al., 2019; Jenni et al., 2005; Mooney, 1985; Muris et al., 2001; Kushnir & Sadeh, 2011; Kushnir et al., 2014; Zisenwine et al., 2013). A gyerekek egy csoportja tehát hajlamos jobban szorongani és nagyobb mértékben félni a sötétől, amely az éjszakai alvásukra is negatív hatást gyakorol (vö. Jenni et al., 2005; Kushnir & Sadeh, 2011). Ennek kapcsán érdemes szem előtt tartani, hogy az éjszakai sötétől való félelem és maladaptív viselkedés valamely átfogóbb pszichopatológia – így például szeparációs szorongás, generalizált szorongás – tünete is lehet. Spence és munkatársai (2001) eredményei szerint ráadásul a szeparációs- és generalizált szorongás 2-6 évesen nagyon szorosán összefügg. A kettő együttes fennállása pedig értelemszerűen hozzájárul az éjszakai félelem fóbiás tünetképéhez (nagy mértékű félelem és tiltakozás az egyedül alvással szemben).

Jelen vizsgálat nem mutatott ki összefüggést ugyanakkor a sötétől való/éjszakai félelem és az externalizáló és internalizáló problémák összessége között, vagyis a vizsgálatban résztvevő óvodás gyermekek éjszakai féelmei nem társultak átfogó érzelmi- vagy viselkedéses nehézségekkel. Ennek hátterében az a fontos tényező állhat, hogy a vizsgálat normál populáción zajlott, a sötétől átlagosan közepes mértékben féllő gyermekekkel, míg a fenti vizsgálatok nagyobb része (El Rafihi-Ferreira et al., 2019; Kushnir & Sadeh, 2011; Kushnir et al., 2014; Mooney, 1985; Zisenwine et al., 2013) a súlyos mértékű éjszakai félelem összefüggéseit tárta fel.

A temperamentum jellegzetességeket illetően vizsgálatunkban a gyerekek nagyobb fokú sötétől való féelme az extravertió alacsonyabb, és a negatív affektivitás magasabb pontszámával járt együtt, igaz csupán gyenge mértékben. A negatív affektivitás magasabb szintje esetükben összhangban áll a negatív affektivitás konstrukumával, mint az érzelmi reaktivitást meghatározó személyiségvonás (Rothbart et al., 2001), amely az idegesség, feszültség és aggodalmak gyakori megtapasztalását valószínűsíti (Watson & Clark, 1984), és magas gyermekkori szintje a későbbi szorongás és depresszió kialakulásának magasabb kockázatát vetíti előre (Lonigan et al., 2003). Az extravertió és a sötétől való félelem fordított

kapcsolata pedig összhangban áll azzal a korábbi eredménnyel, miszerint az extravertió alacsonyabb szintje az internalizáló problémák magasabb mértékéhez járult hozzá (Gartstein et al., 2012). Az eredmények arra utalnak tehát, hogy a gyermekkori sötétől való félelem variációját a gyermekek temperamentuma, azon belül negatív affektivitása és extravertiója, kismértékben magyarázza.

Bár a súlyos mértékű éjszakai félelmekkel küzdő gyerekek Kushnir et al. (2014) vizsgálatában a kontrollcsoportnál alacsonyabb erőfeszítést igénylő kontrollal voltak jellemezhetőek, jelen vizsgálatban nem találtunk összefüggést a sötétől való félelem mutatói és az erőfeszítést igénylő kontroll között, ugyanakkor a skála megbízhatósága, különösen az apai adatok esetén, gyenge volt, így a kapott eredményeket fenntartásokkal kell kezelni. Ezek az eredmények, a sötétől való félelem és szorongás között talált összefüggéssel párhuzamban mindenesetre afelé mutatnak, hogy az éjszakai félelem a magasabb negatív affektivitáshoz és szorongásszinthez társuló, a szülők által is könnyen észlelhető sajátosság, amely – legalábbis normál populáción – nem társul a kontroll- és figyelmi funkciók deficitjéhez.

Ezzel összhangban a gyerekek sötétől való félelme és szülei, valamint saját érzelemszabályozási készségeik között sem találtunk összefüggést, dacára annak, hogy a maladaptív érzelemszabályozás számos pszichopatológiai tünetegyüttest meghatároz (Aldao et al., 2016; Bóna et al., 2013), és a szorongásos zavarral küzdő gyerekek korábbi kutatásban egyben érzelemszabályozási nehézségekkel is bírtak (Suveg & Zeman, 2004). Az eredmények hiánya kapcsán, azon túlmenően, hogy jelen esetben nem klinikai populáció volt a vizsgálat tárgya, azt is fontos megemlíteni, hogy a gyermekkori szorongást és önszabályozást illető eredmények nem egyértelműen utalnak fordított irányú összefüggésre: egyes kutatásokban (Eisenberg et al., 2005; Volbrecht & Goldsmith, 2010) a magasabb fokú szorongás a kontroll magasabb mértékével járt együtt. Érdeemes volna tehát a jövőben a sötétől való félelem és az önszabályozás kapcsolatát nagyobb mintán, finomabb elemzési módokat használva vizsgálni. A gyerekek szorongás- és alvásproblémái, valamint negatív affektivitásuk ugyanakkor szignifikáns, gyenge mértékű összefüggésben álltak szülei érzelemszabályozási nehézségeivel, amely megfelel a korábbi szakirodalomnak (Crespo et al., 2017).

A kérdőíves adatokhoz izgalmas adalék, hogy azon gyerekek, akiknek sötétől való félelme több fóbiás jegyet mutatott és/vagy éjszakai viselkedésük kevésbé volt adaptív, elmesélt történeteikbe a többi gyerekénél valamelyest kevesebb negatív szülői reprezentációt és több boldog és szomorú tartalmat ágyaztak. Az érzelmekre utaló szavak gyakoribb használata

értelmezhető úgy, mint az általuk gyakrabban megtapasztalt érzelmek szabályozására irányuló törekvés (vö. Dunn & Brown, 1991), illetve háttérükben akár az érzelmeket illető vélekedéseknek a többiekétől kissé eltérő módja is állhat: a szorongó gyermekek az érzelmeket kevésbé elrejtethetőnek és modulálhatóknak tartják (Southam-Gerow & Kendall, 2000). Megjegyzendő azonban, hogy a sötétől féle gyermekek történetei ezzel együtt nem voltak kevésbé koherensek, vagy érzelmileg kevésbé feloldottak, tehát a felbukkanó érzések nem mentek a struktúra rovására. Ez inkább afelé mutat, hogy a sötétől jobban félő gyermekeknek jelen minta esetén – egy egészséges tartományon belül – gazdagabb az érzelmi világuk, amely összefüggésben állhat a sötétől való félelem és a mágikus gondolkodás, gyermeki realizmus kapcsolatával (vö. Bauer, 1976; Zisenwine et al., 2013). A negatív szülői reprezentációk alacsonyabb, és a fóbiás tünetek magasabb előfordulása közötti gyenge mértékű összefüggés fakadhat egyfajta gátoltságból, vagy abból, hogy a sötétől félő gyermek által gyakran – például éjszakai félelmekor – igényelt szülői figura mentális leképződésében kevésbé fér meg a negatív értékelés.

5. A vizsgálat korlátai

Jelen vizsgálat alapvető limitációja annak mintaválasztása: a mintaelemszám a kérdőíves elemzéshez viszonylag alacsonynak tekinthető, a nemek aránya nem volt egyenlő, és a szubjektív szocioökonómiai státusz vonatkozásában az alsó társadalmi osztály a mintában gyakorlatilag nem képviseltette magát. A sötétől való félelem prevalenciájának és prediktorainak feltérképezéséhez mindenképpen alkalmasabb elrendezést jelentene egy nagyobb mintás reprezentatív felmérés. A vizsgálat további hátránya, ám egyben előnye is, hogy az adatfelvétel normál óvodai populáción zajlott, és így nehezen vethető össze a külföldi eredményekkel, amelyek inkább a súlyos mértékű sötétől való félelem összefüggéseit írták le. A vizsgálat további korlátja, hogy nem alkalmazott diagnosztikus interjút a sötétől való félelem súlyosságának felmérésére, helyette szülői papír-ceruza tesztekre támaszkodott. Előnyére válik azonban az anyai és apai adatok együttes figyelembe vétele, és, hogy nem csupán szülői adatgyűjtés történt, hanem a gyerek reprezentációs világába is bepillantást nyerhettünk általa.

6. Összegzés

Az *Első vizsgálat* arra enged következtetni, hogy a 3-7 éves magyarországi óvodás gyermekek sötétől való félelme alapvetően normatív jellegű, és nem társul sem átfogó érzelmi-viselkedési problémákhoz, sem érzelemszabályozási nehézségekhez. Mindazonáltal a gyermekek sötétől való félelmének nagyobb mértéke általános szorongásuk és alvásproblémáik nagyobb fokával járt együtt. Emellett, bár a temperamentumot illető összefüggések mértéküket

tekintve gyengébbek voltak, az extraverzió alacsonyabb és a negatív affektivitás magasabb szintje meghatározni látszott a sötétől való félelem mértékét.

A gyerekek reprezentációs világát érintő összefüggések is alacsony erősségűek voltak: ezek azt körvonalazták, hogy a sötétől nagyobb mértékben félő gyerekek az érzelmekre utaló szavak használatát tekintve bátrabbak, a szülői figurák negatív értékelését tekintve azonban visszafogottabbak voltak, mint a sötétől kevésbé félő gyerekek.

A következőkben ismertetett *Második vizsgálat* célja a sötétől való félelem csökkentésére kifejlesztett *Uncle Lightfoot* biblioterápiás eszköz hatékonyságvizsgálata volt kisgyerekek körében. Az önsegítő mesekönyv gyakorlati alkalmazhatósága szempontjából fontos kiinduló pontot jelent, hogy a – legtöbbször közepes mértékű – sötétől való félelem a magyarországi gyerekek esetén is kimondottan gyakori jelenség, amely összefüggést mutat a gyerekek szorongásával és alvásproblémáival, különösen azokban az esetekben, amikor bizonyos mértékű fóbiás tüneteket (túlzott félelem, mindennapos gyakoriság, elkerülésre törekvés, napi tevékenységre gyakorolt negatív hatás, tartósság) is magán visel.

Mindemellett a normál populáción felmért sötétől való félelem jelen kutatásban nem társult sem átfogó viselkedéses zavarokhoz, sem a gyermek, sem szülei magasabb fokú érzelemszabályozási nehézségeihez, ami véleményem szerint egyben azt is jelenti, hogy a sötétől való félelem enyhítésére a célzott, biblioterápiás könyv otthoni alkalmazása általában véve adekvát intervenciós forma lehet. A könyv segítségével végzett szülő által irányított kognitív viselkedésterápiának ugyanis vélhetően rendkívül fontos eleme az elárasztás alkalmazása (vö. Comer et al., 2019), amely azonban mind a szülő, mind gyermeke számára nehéz feladatot jelenthet és heves ellenállás esetén szakember bevonását indokolhatja (Stewart & Gordon, 2014).

Összességében, a kisgyermekkorú sötétől való félelem az *Első vizsgálat* eredményei szerint is gyakori és normatív, a szülők által könnyedén észlelhető félelem típus. A jövőre nézve fontos, hogy a félelemnek e típusa ne bagatellizálódjon alapvető normativitása miatt, hiszen a szorongásos problémák (Beesdo et al., 2009; Cole et al., 1998; Goodwin et al., 2004; Lewinsohn et al., 2008; Nivard et al., 2015) és az éjszakai félelmek (Cornwall, 1996; Kopcsó, 2014; Pine et al., 2001) homotípusos és heterotípusos folytonossága számottevő mértékű, így a kisgyermekkorban szülők által könnyedén észlelhető éjszakai félelmek értékes intervenciós és prevenciós pontként szolgálhatnak.

V. Második vizsgálat

1. A vizsgálat célja

A *Második vizsgálat* célja az *Uncle Lightfoot, Flip That Switch: Overcoming Fear of the Dark* önszegítő könyv magyar változatának hatékonyságvizsgálata volt, 3-8 éves gyerekek körében. Az áttekintett elméleti háttérnek megfelelően alapvető hipotézisem az volt, hogy **a terápiás mesekönyv várólistás kontrollcsoporthoz viszonyítva szignifikáns mértékben csökkenti a gyerekek sötétől való félelmének mértékét és ahhoz kapcsolódó fóbiás tünetek előfordulását, valamint hozzájárul éjszakai viselkedésük adaptivitásának növekedéséhez.** Mindemellett feltételeztem, hogy az intervencióban való részvétel **generalizált hatásaként** javulnak a gyermekek érzelemszabályozási készségei és csökken érzelmi labilitásuk és szeparációs szorongásuk. Végezetül, a kutatás célja volt a hatékonyságot illető **moderátor és mediátor tényezők** azonosítása, vagyis annak elemzése, hogy *kik számára*, és *miért* lehet a könyv hatékony intervenciós eszköz.

A kutatási célok megvalósítása érdekében a sötétől való félelmet és az adaptív éjszakai viselkedést felmérő változókon, és releváns demográfiai jellegzetességeken túlmenően felmérésre került a szülői szorongás, sötétől való félelem és érzelemszabályozási nehézségek, a gyermek általános- és szeparációs szorongása, érzelemszabályozási sajátosságai, valamint az intervenció alkalmazásának mutatói. A hatékonyságvizsgálat intervenciós és várólistás csoportok összevetésén alapult, és egy-egy család esetében összesen húsz hetet ölelt fel.

2. Módszer

2.1. Vizsgálati eljárás

Az *Uncle Lightfoot, Flip That Switch: Overcoming Fear of the Dark* terápiás mesekönyvet (második kiadás, Coffman, 2014) és a hozzátartozó szülői útmutatót a szerző, Mary F. Coffmann és az illusztrátor, D. C. Dusevitch engedélyével (lásd 21-22. melléklet) Dorn Krisztina fordította magyarra, *Fényapó villanyt kapcsol, avagy hogyan győzte le Sam félelmét a sötétől* címmel. A fordítás és a kutatási példányok nyomdai kivitelezése az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából, az Emberi Erőforrás Támogatáskezelő által meghirdetett Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj (NTP-NFTÖ-16) finanszírozásában valósult meg. A kutatást az Egyesített Pszichológiai Kutatásért Bizottság (EPKEB) 2017/62 referenciaszámmal engedélyezte.

A kutatásban való részvételre több csatornán – interneten, óvodákban és háziorvosi rendelőkben – történt a toborzás 2017 márciusa és 2018 júniusa között. Az online felkérés közösségi oldalak tematikus csoportjaiban, és a www.sotetfelelem.eoldal.hu című weboldalon történt. Az óvodákban és háziorvosi rendelőkben plakátot helyeztem ki, az óvodavezetők, valamint a rendelők igazgatásáért felelős személyek jóváhagyásával (a vezetőknek írt felkérő leveleket, és a plakátokat lásd a 7. - 10. mellékletekben). Az óvodákból emellett pszichológus kollégák ajánlása mentén is érkeztek jelentkezők. A jelentkezés e-mailben történt.

Beválogatási kritériumként az alábbi négy feltétel együttes teljesülését határoztam meg:

1. a 3-8 éves életkort²,
2. a **szülő által jelentős mértékűnek ítélt**, és szülői kérdőíves adatok alapján az **átlagnál magasabb mértékű** (10 fokú skálán 4-es értéknél magasabb) sötétől való félelmet,
3. a magyar anyanyelvet, valamint hogy
4. a gyermek ne vegyen részt aktuálisan sötétől való félelmét, vagy egyéb internalizáló problémáját kezelő pszichológiai vagy pszichiátriai szakellátáson.

A bekerülés alapvető kritériuma tehát a szülő arra vonatkozó szubjektív megítélése volt, hogy gyermeke jelentős mértékben fél a sötétől, és arra vonatkozó motivációja, hogy ennek kapcsán bekapcsolódjon egy terápiás eszköz vizsgálatába. Szemben a korábbi hatékonyságvizsgálatokkal, a részvételnek nem volt feltétele, hogy a gyermek sötétől való félelme súlyos, klinikai diagnózist indokló mértékű legyen, mindazonáltal a felmérést megelőző szűrőkérdőív (lásd az V/ 2.3 fejezet végén) segítségével kizártuk a kutatásból azon jelentkezőket, akik gyermeke nem mutatott az átlagnál magasabb mértékű sötétől való félelmet. Ezt a döntésünket – a szülő által jelentősnek észlelt és az átlagnál magasabb mértékű, ám nem szükségszerűen súlyos sötétől való félelemmel küzdő gyermekek beválogatása – egyfelől indokolja az a tény, hogy a szülő által vezetett terápia a szakember által vezetett terápiához viszonyítva kevésbé hatékony (Monga et al., 2015; Rapee et al., 2006), ezáltal a kifejezetten súlyos félelmek és azokhoz potenciálisan társuló egyéb klinikai problémák esetén nem feltétlenül a legalkalmasabb intervenció forma. Másfelől pedig, a kisgyermekkorú sötétől való félelem legtöbbször normatív (lásd *Első vizsgálat*), még ha gyakori és intenzív is, így fontos kutatási kérdés, hogy vajon a célcsoport nagyobb részét alkotó, sötétől való félelmük jellemzői alapján a klinikai diagnózis kritériumait nem kimerítő gyermekek is profitálnak-e a

² Eredetileg 4-7 éves gyerekek toborzását tűztük ki célul (ez szerepel a toborzó anyagokon is), azonban a szülői igényeket és a nemzetközi gyakorlatot figyelembe véve a 3 és a 8 éves gyerekek szüleinek jelentkezését is elfogadtuk.

könyv használatából. A klinikai vagy szubklinikai szintű egyéb pszichológiai problémák fennállását mindazonáltal nem tekintettük kizáró kritériumnak, hiszen a – különösen a súlyosabb – sötétől való félelem további problémákkal való együttjárása gyakori (lásd I/ 6.7 fejezet), és az ilyen esetek kizárása is csökkentette volna az eredményeink általánosíthatóságát.

A résztvevőket hozzáférési alapon – lakhelyük függvényében – soroltam be intervenciós és várólistás csoportba, ennek megfelelően az intervenciós csoportban felülreprezentáltak a budapesti, a várólistás csoportban pedig a nem budapesti lakosok. A mintaelemszám kiegyenlítése érdekében ettől eltérő besorolás is történt.

A jelentkezők először kézhez kapták a vizsgálati feltételüknek megfelelő részletes tájékoztatót (11. és 12. melléklet), és egy online jelentkezési lap linkjét. Az ebben megadott adataik alapján állapítottam meg, hogy esetükben teljesülnek-e a beválogatási kritériumok, amelyet e-mailben jeleztem vissza (szükség esetén telefonon is elérhető voltam számukra). A résztvevők azonosítása és a kutatási adatok összekapcsolása egy hatjegyű azonosítószámmal történt.

Az adatfelvétel alappilléret mindkét csoportban három tesztbattéria kitöltése jelentette, a vizsgálat kezdetén (első kérdőívcsomag, t1), majd ezt követően öt (második kérdőívcsomag, t2), és húsz héttel (harmadik kérdőívcsomag, t3) később.

A várólistás csoportba tartozó személyekkel nem történt személyes találkozó, ők ezt a három kérdőívet e-mailben kapták meg és online töltötték ki. Az első online kérdőívcsomag kitöltése elektronikus beleegyező nyilatkozat (lásd 13. melléklet) elfogadásához volt kötve. A harmadik, 20. heti kérdőívcsomag kitöltését követően postai úton kapták kézhez a szülők a *Fényapó* könyvet. A könyvet a szülők a részvételért kifejezett köszönetemen túl azért is kapták, mert etikai elv, hogy a várólistás csoport intervencióhoz való hozzáférése nem sérülhet (Kendall & Suveg, 2008). A várólistás csoport esetén a könyv későbbi használatát és hatékonyságát nem monitoroztuk.

Az intervenciós csoportba tartozó szülőkkel személyes találkozót egyeztettem, a család otthonába. Az első találkozó alkalmával a szülők aláírták az informált beleegyező nyilatkozatot (lásd 14. melléklet), kitöltötték az első kérdőívcsomagot, és megbeszéltük a *Fényapó* könyv alkalmazásával és a *Vizsgálati napló* vezetésével kapcsolatos tudnivalókat. A gyermekekkel a szülői kérdőív kitöltésének ideje alatt, kétszemélyes helyzetben, körülbelül 15 percet igénybe vevő játékos interjút végeztem, amelyet hangfelvételen rögzítettem.

Az öthetes intervenció a mesekönyv használatából és a kapcsolódó játékok alkalmazásából állt. A szülőket arra kértem, hogy lehetőségeik szerint napi szinten használják a mesekönyvet, legalább egyszer olvassák azt végig, a gyermek igényei szerint alkalmazzák a kapcsolódó játékokat és naplózzák az intervenciós tevékenységüket. A javasolt játékok többsége az elárasztás és szisztematikus deszenzitizáció technikáján alapul, emellett relaxációs technika és rajzos átdolgozás is szerepelt közöttük (a *Fényapó* könyv leírását lásd bővebben a II/ 7.4 fejezetben).

A második kérdőívcsomagot öt héttel az első találkozót követően e-mailben küldtem el a szülők számára, valamint személyes találkozót is egyeztettünk ekkor, a gyermekkel való interjú ismétlése, és a szülői tapasztalatok megbeszélése céljából. Az első és második személyes találkozók egyenként átlagosan 40-70 percet vettek igénybe. Végül, húsz héttel az első kérdőívcsomagot követően, a harmadik, utókövető kérdőívcsomagot a szülők online töltötték ki.

Ugyan az intervenció idején vizsgálatvezetőként nem kezdeményeztem kapcsolatfelvételt a szülőkkel, az első kettő személyes találkozó, és az esetlegesen szülő által e-mailben vagy telefonon kezdeményezett egyeztetés terápiás hatása nem zárható ki.

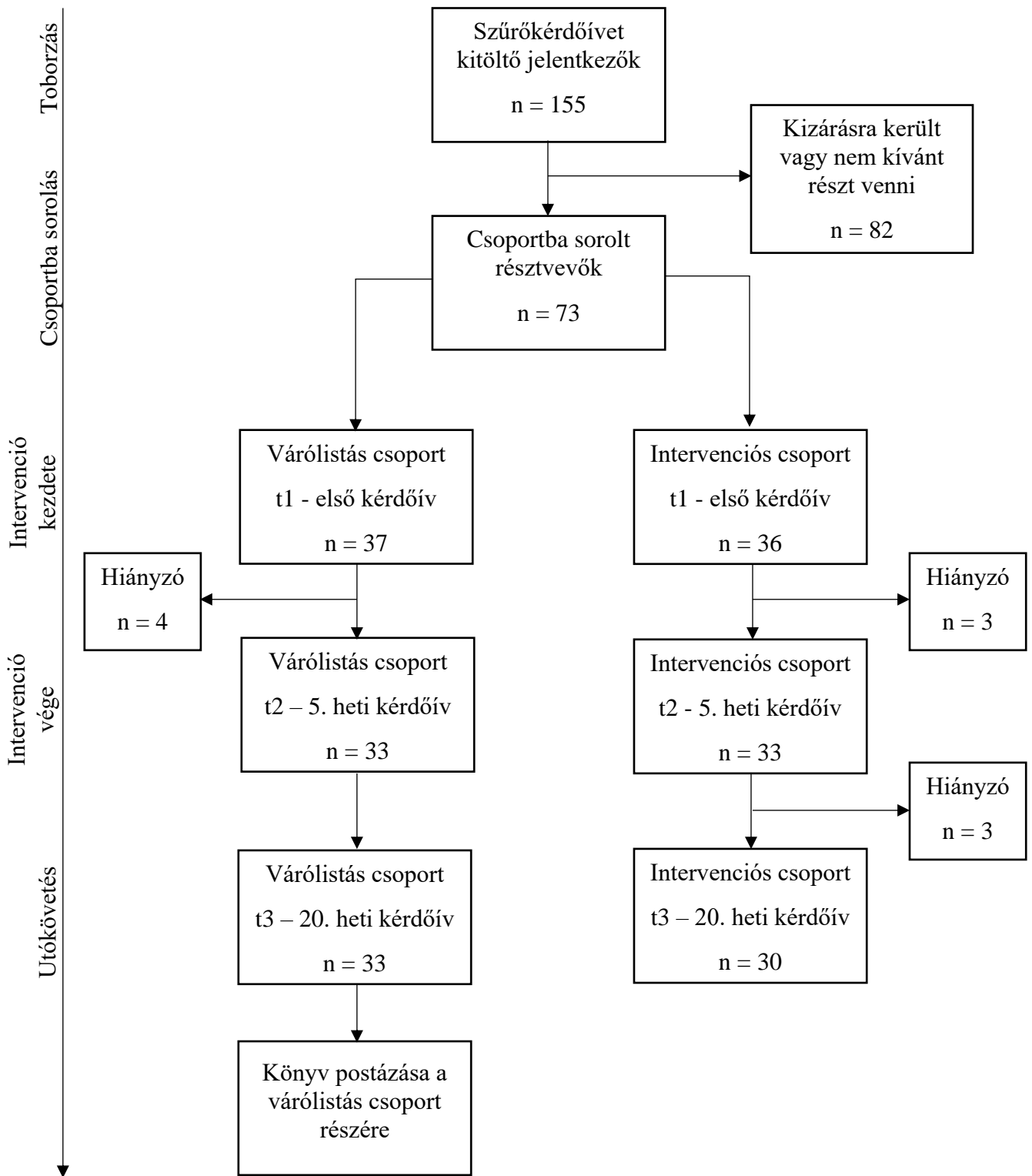
2.2. Minta

Az előzetes jelentkezési lapot összesen 155 szülő töltötte ki. Azon gyermekek száma, akik megfeleltek a beválogatási kritériumoknak, szüleik részt kívántak venni a kutatásban, és ki is töltötték az első kérdőívcsomagot, 73 fő volt. Mind a három (t1, t2, t3) kérdőívcsomagot hiánytalanul 63 fő töltötte ki. A vizsgálat menetének idővonalát a 7. ábra szemlélteti.

2.2.1. Az első kérdőívcsomagot kitöltő 73 fő bemutatása

A résztvevő gyermekek nemi eloszlását és az átlagéletkorát csoportos bontásban a 16. táblázat tartalmazza. A csoportok nemi eloszlása ($\chi^2_{(1)} = 2,361$, $p = 0,124$) és kora ($t_{(71)}$, $p = 0,927$) nem különbözött szignifikáns mértékben.

A kérdőívet megválaszoló személy minden esetben a szülő/nevelőszülő volt (71 nő, 2 férfi). A szülői átlag életkor 36,22 év volt (SD = 4,74).



7. ábra. A vizsgálati protokoll idővonala

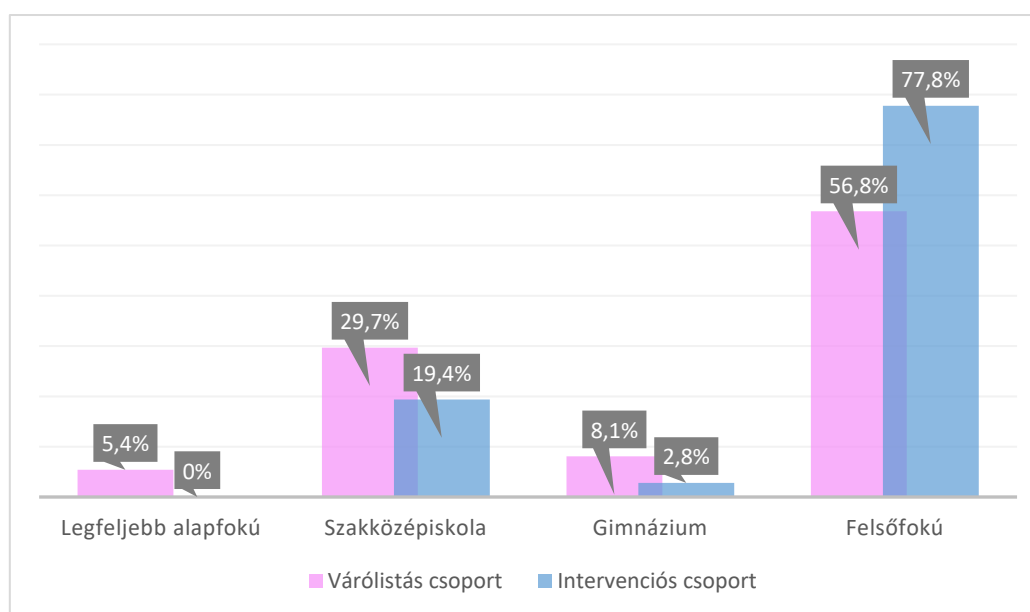
16. táblázat. Nemi eloszlás és átlagéletkor a várólistás és intervenciós csoportban (n = 73)

	Várólistás csoport	Intervenciós csoport	Összesített
n	37 (26 fiú, 11 lány)	36 (19 fiú, 17 lány)	73 (45 fiú és 28 lány)
Életkor ¹	65,19 (15,95)	64,86 (14,68)	65,03 (15,23)

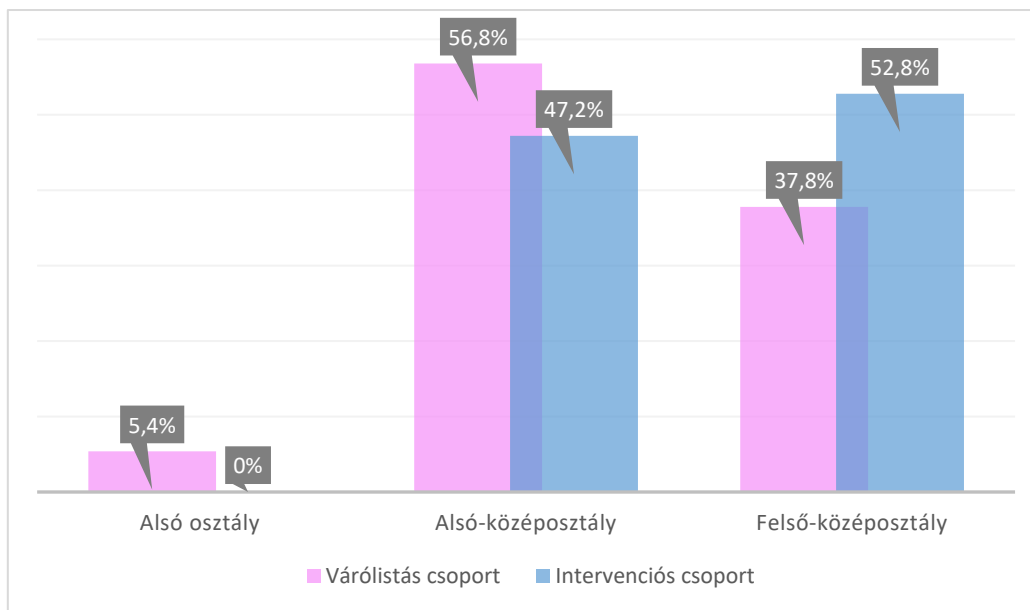
¹Átlag (és szórás), hónapban

A szülők többsége kétgyermekes volt. 19,2%-uknak volt egy, 52,1%-uknak kettő, 17,8%-uknak három, és 11%-uknak négy vagy több gyermeke. Az intervenciós csoport teljes egésze Pest megyei volt, 80,6%-uk Budapesten, 19,4%-uk pedig annak agglomerációjában, városban élt. Ezzel szemben a várólistás csoport csupán 35,1%-a volt Pest megyei, és 10,8%-a élt Budapesten. Az ide tartozó résztvevők 24,3%-a valamely megyeszékhelyen, 43,2%-a városban és 21,6%-a falun lakott.

A legmagasabb befejezett iskolai végzettség és szubjektív szocioökonómiai státusz eloszlása ennek megfelelően nem volt teljesen illesztett (lásd a 8. és 9. ábrát), ugyanakkor az eloszlásokban sem az iskolai végzettség ($\chi^2_{(3)} = 4,876$, $p = 0,181$), sem a szubjektív szocioökonómiai státusz esetén ($\chi^2_{(2)} = 3,166$, $p = 0,205$) nem találtunk szignifikáns különbségeket a csoportok között.



8. ábra. Szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettsége (n = 73)



9. ábra. Szülők szubjektív szocioökonómiai státusza (n = 73)

2.2.2. A hiánytalan részvételt nyújtó 63 fő bemutatása

A résztvevő gyermekek nemi eloszlását és az átlagéletkorát csoportos bontásban a 17. táblázat tartalmazza. A csoportok nemi eloszlása ($\chi^2_{(1)} = 3,439$, $p = 0,064$) és kora ($t_{(61)}$, $p = 0,885$) nem különbözött szignifikáns mértékben. A kérdőívet megválaszoló személy minden esetben a szülő/nevelőszülő volt (62 nő, 1 férfi). Tekintetbe véve, hogy a kérdőívet szinte kizárólag anyák/nevelőanyák töltötték ki, a későbbiekben, különösen a kapott összefüggések értelmezésénél, gyakran „anyai” változókra hivatkozom majd, dacára annak, hogy a kérdőívet megválaszoló szülő egy esetben az apa/nevelőapa volt. A szülői átlag életkor 35,89 év volt (SD = 4,72).

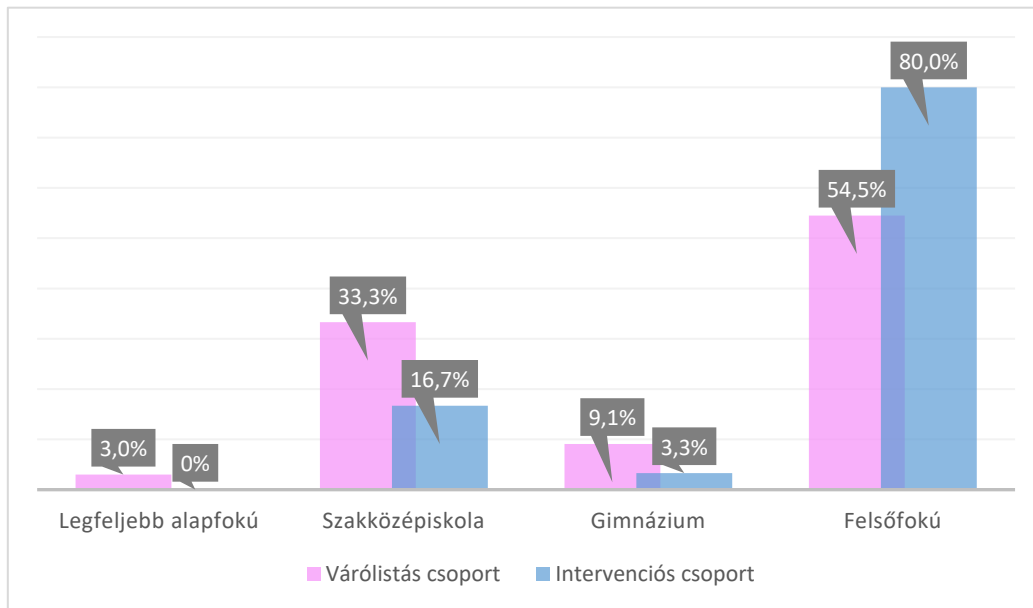
17. táblázat. Nemi eloszlás és átlagéletkor a várólistás és intervenció csoportban (n = 63)

	Várólistás csoport	Intervenció csoport	Összesített
n	33 (23 fiú, 10 lány)	30 (14 fiú, 16 lány)	63 (37 fiú és 26 lány)
Életkor ¹	65,12 (16,53)	64,53 (15,64)	64,84 (15,99)

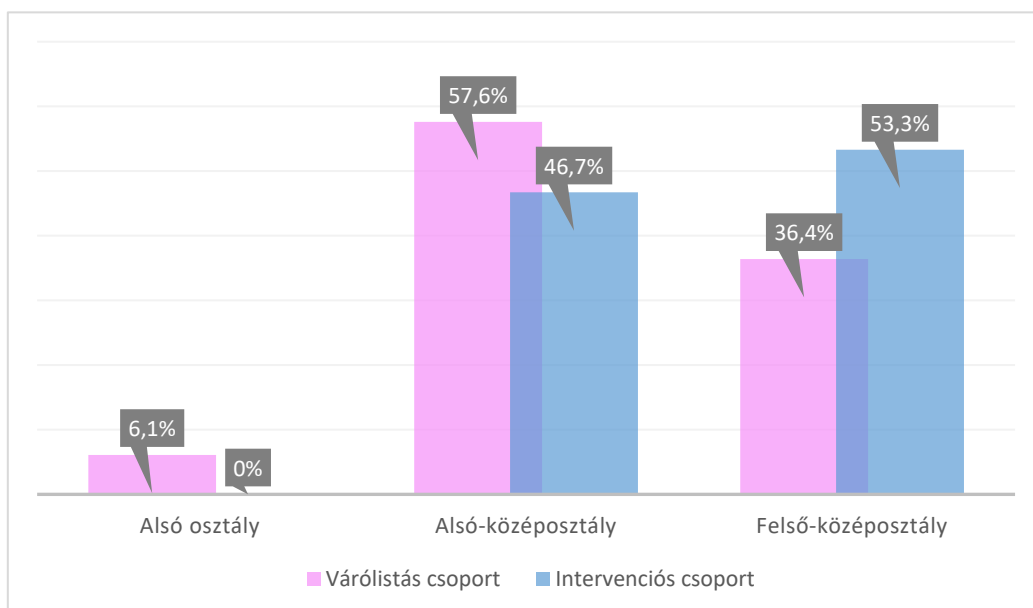
¹Átlag (és szórás), hónapban

A szülők többsége kétgyermekes volt. 19%-uknak volt egy, 52,4%-uknak kettő, 20,6%-uknak három, és 8%-uknak négy vagy több gyermeke. Az intervenció csoport teljes egésze Pest megyei volt, 80%-uk Budapesten, 20%-uk pedig annak agglomerációjában, városban élt. Ezzel szemben a várólistás csoport csupán 39,4%-a volt Pest megyei, és 12,1%-a élt Budapesten.

Az ide tartozó résztvevők 15,2%-a valamely megyeszékhelyen, 48,5%-a városban és 24,2%-a falun lakott. A legmagasabb befejezett iskolai végzettség és szubjektív szocioökonómiai státusz eloszlása ennek megfelelően nem volt teljesen illesztett (lásd a 10. és 11. ábrát), ugyanakkor az eloszlásokban sem az iskolai végzettség ($\chi^2_{(3)} = 4,976$, $p = 0,174$), sem a szubjektív szocioökonómiai státusz esetén ($\chi^2_{(2)} = 3,193$, $p = 0,203$) nem találtunk szignifikáns különbségeket a csoportok között.



10. ábra. Szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettsége (n = 63)



11. ábra. Szülők szubjektív szocioökonómiai státusza (n = 63)

2.3. Vizsgálati eszközök

2.3.1. Gyermekkel felvett interjú

Az első és második személyes találkozók alkalmával a gyerekekkel az *Első vizsgálat*hoz hasonló, ám rövidebb történetmesélős feladatot végeztem el. Ehhez vizuális ingeranyagként az 1. és 9. *CAT* táblákat használtam, amelyeket a vacsorához készülődő csibék, és az éjszaka egyedül lévő nyuszi történetkezdésekkel nyitottam (lásd a IV/ 2.3.1. fejezetet). A közös történetmesélés a sötétől való félelem felmérését megelőző, standard bemelegítésként szolgált, a kapott történeteket nem elemeztem. Ezt követően gyermekfejeket ábrázoló vizuális-analóg skálán kértem a gyerekeket saját sötétől való félelmük mértékének megítélésére (lásd *12. ábra*). A három fejet a következőképp értelmeztem számukra: a bal oldali „nem fél, jól érzi magát egyedül a sötétben”, a középső „kicsit fél egyedül a sötétben”, a harmadik „nagyon fél egyedül a sötétben”.



12. ábra. Gyermekek által megválaszolt vizuális-analóg skála

2.3.2. Kérdőívek

Az alkalmazott mérőeszközök áttekintését a *18. táblázat*, míg a többtétéles kérdőívek reliabilitás értékeit a *19. táblázat* tartalmazza. Az első kérdőívcsomag elejét a demográfiai változókra irányuló kérdések (kitöltő neme, kora, iskolai végzettsége, szubjektív szocioökonómiai státusza, gyermekeinek száma, kutatásban részt vevő gyermekével való kapcsolatának jellege, a gyermek neme, születési dátuma) alkották. A sötétől való félelem felmérésére az *Első vizsgálat*hoz hasonlóan alkalmaztuk a saját fejlesztésű, *Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőívet*, amely a specifikus fóbia DSM-V-ben meghatározott tüneteinek alapul, és a Coffman (1987) által kialakított *Éjszakai Viselkedés Kérdőívet* (lásd bővebben a IV/ 2.3.2 fejezetben), továbbá felvettük a Muris és munkatársai (2001) által kifejlesztett interjú kérdéssort valamint egy az éjszakai félelem okán történő éjszakai megnyugtató hét szükségességére vonatkozó kérdést.

18. táblázat. Alkalmazott mérőeszközök áttekintése¹

Mérőeszköz	Rövidítés	t1	t2	t3
<i>SÖTÉTTŐL VALÓ FÉLELEM</i>				
Gyermek által megválasztott vizuális analóg skála ²	SVF_VAS	X	X	
Éjszakai megnyugtató hét gyakorisága	SVF_heti_ej	X	X	X
Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív	CDPQ	X	X	X
Éjszakai Viselkedés Kérdőív	WICDAN	X	X	X
Sötéttől való félelem mértéke tízfokú skálán	SVF_1-10	X	X	X
Sötéttől való félelem gyakorisága háromfokú skálán	SVF_1-3	X	X	X
Sötéttől való félelemmel szemben alkalmazott megküzdés hatékonyságának mértéke háromfokú skálán	COP_1-3	X	X	X
<i>SZEPARÁCIÓS SZORONGÁS</i>				
Separation Anxiety Avoidance Inventory – Parent Version	SAAI-P	X	X	X
<i>INTERNALIZÁCIÓS PROBLÉMÁK</i>				
Képességek és Nehézségek Kérdőív/Érzelmi tünetek	SDQ_int	X		
<i>ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI KÉSZSÉGEK</i>				
Emotion Regulation Checklist	ERC	X	X	X
<i>SZÜLŐI VÁLTOZÓK</i>				
Aktuális sötéttől való félelem mértéke tízfokú skálán	SVF_1-10_SZ	X	X	X
Gyermekkori sötéttől való félelem mértéke tízfokú skálán	SVF_1-10_SZ_gy	X		
General Anxiety Disorder-7	GAD-7	X	X	X
Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív	DERS	X	X	

¹ Bizonyos skálák csak a vizsgálat kezdetén, bemeneti változóként, vagy a vizsgálat kezdetén és az 5. heti kérdőíven kerültek felmérésre. ² Csak az intervenciós csoportban került felvételre.

19. táblázat. Alkalmazott skálák reliabilitás értékei¹

Skála	Tételek száma	Cronbach alfa		
		t1 (N = 73)	t2 (N = 66)	t3 (N = 64)
<i>CDPQ</i>	5	0,553	0,716	0,779
<i>WICDAN</i>	11	0,860	0,810	0,884
<i>SAAI-P</i>	12	0,829	0,805	0,814
<i>SDQ_int</i>	5	0,575		
<i>ERC_labilitás</i>	16	0,738	0,789	0,767
<i>ERC_szabályozás</i>	8	0,701	0,602	0,677
<i>GAD-7</i>	7	0,805	0,841	0,866
<i>DERS_1</i>	6	0,881	0,881	
<i>DERS_2</i>	5	0,869	0,859	
<i>DERS_3</i>	6	0,860	0,835	
<i>DERS_5</i>	8	0,800	0,825	
<i>DERS_6</i>	5	0,818	0,762	
<i>DERS_átlag</i>	5 alskála	0,777	0,810	

¹ A Cronbach α értékek értelmezésekor George és Mallery (2003, 231. o.) interpretációjára támaszkodtam, amely szerint: “ > 0,9 – Kiváló, > 0,8 – Jó, > 0,7 – Elfogadható, > 0,6 – Megkérdőjelezhető, > 0,5 – Gyenge, és < 0,5 – Elfogadhatatlan”.

A *Gyermekkorai Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ)* egydimenziós kérdőívként az első időpontban gyenge, majd a második és harmadik felméréskor már elfogadható reliabilitás értéket mutatott. Az *Éjszakai Viselkedés Kérdőív (WICDAN)* reliabilitása mindhárom időpontban megfelelő volt. A *WICDAN* kérdőív tartalmaz egy tízfokú intenzitás skálát, amelyet jelen vizsgálatban nem csak a gyermekre vonatkozóan (*SVF_1-10*), hanem a szülő saját aktuális (*SVF_1-10_SZ*), és gyermekkorai félelmére (*SVF_1-10_SZ_gy*) vonatkozóan is felvettünk.

Az éjszakai megnyugtatóra Kushnir és Sadeh (2011) mentén megfogalmazott kérdés így hangzott: „Hetente hány éjszaka fordul elő, hogy lefekvést követően a gyermeknek félelme miatt valamely családtagja megnyugtatóra van szüksége?”. A válaszlehetőségek pedig a következők voltak: „Hetente egyszer vagy ritkábban”, „Hetente 2-4 éjszaka” vagy „Szinte minden nap”. A Muris és munkatársai (2001) által kidolgozott interjú módszer felvételekor, amely szintén írásos formában történt, a szülők háromfokú gyakoriság-skálán értékelték gyermekük éjszakai félelmeit, nyitott kérdéseken számoltak be az éjszakai félelem esetleges konkrét tartalmáról, és a vele szemben alkalmazott megküzdési módokról, háromfokú skálán értékelték a megküzdés vélt hatékonyságát, és eldöntendő kérdéseket válaszoltak meg a félelem

eredetére (kondicionálás, modellkövetés, negatív információ átvétel) vonatkozóan (lásd 18. melléklet).

A gyermekek szeparációs szorongását a *Separation Anxiety Avoidance Inventory - Parent Version (SAAI-P)* kérdőív (In-Albon, Meyer, & Schneider, 2013) saját fordításával mértük (lásd 19. melléklet). A skála 12 szeparációs szorongást kiváltó helyzet szorongás miatt történő elkerülésének gyakoriságát méri fel, ötfokú Likert skálán (0: soha, 4: mindig). A kérdőív létrehozásakor a szerzők öt tételt kizártak az további elemzésekből, a hiányzó válaszok nagy száma miatt (amelyet a kor-specifikus sajátosságoknak tulajdonítottak), és a faktorelemzés eredményeképpen. Az így létrejövő hét-tételes változat jó belső konzisztenciát és erős teszt-reteszt reliabilitást mutatott. A skála átlagpontszáma iskolás gyermekek körében 1,81 (SD = 0,72), szeparációs szorongással küzdő gyermekek esetén 3,52 (SD = 0,89), egyéb szorongásos zavarral diagnosztizált gyermekek körében pedig 2,91 (SD = 1,03) volt. Mivel mi is úgy ítéltük meg, hogy bizonyos helyzetek a magyar óvodások esetén többnyire irrelevánsak lehetnek, azonban szeretnénk volna minél nagyobb lehetőséget biztosítani az egyéni különbségek felmérésre, így jelen felmérésben egy „nem alkalmazható” válaszkategória bevezetése mellett döntöttünk (mind a 12 tételt alkalmazva). A kérdőív 12 tétele megfelelő belső konzisztenciáról árulkodott. A szülők a három felméréskor a tizenkettőből átlagosan 5-6 helyzet esetén választották a „nem alkalmazható” kategóriát, ezért a további elemzések során a megválaszolt kérdések átlagával számoltunk.

Az internalizáló problémák összességének felmérésére a *Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ], Goodman, 1997)* magyar változatának (Birkás, Lakatos, Tóth, & Gervai, 2008) *Érzelmi tünetek* alskálája szolgált. Az alskála öt-tételes, és háromfokú Likert skálát alkalmaz (0: nem igaz, 1: valamennyire igaz, 2: határozottan igaz). Az alskála pontszáma a <http://www.sdqinfo.org/> oldalon elérhető magyar nyelvű pontozási útmutató alapján 0-3 pont között normális, 4 pont esetén határeset, 5-10 pont között pedig rendellenes besorolást kap. Reliabilitása jelen kutatásban gyengének mutatkozott.

A gyerekek érzelemszabályozási készségeit az *Emotion Regulation Checklist (ERC, Shields & Cicchetti, 1997)* magyar változatával mértük fel (20. melléklet). A kérdőív 24, a gyermekekre vonatkozó állítást tartalmaz, amelyek gyakoriságát a szülő négyfokú Likert skálán jelzi (1: soha, 2: néha, 3: gyakran, 4: szinte mindig). Az állítások két faktorba rendeződnek: *Érzelemszabályozás* és *Érzelmi labilitás/negativitás*. A skála korábban egydimenziós (Cronbach $\alpha = 0,89$) és kétdimenziós kérdőívként is megbízhatónak mutatkozott (Cronbach α

= 0,83 az *Érzelemszabályozás* és 0,96 az *Érzelmi labilitás/negativitás* alskálák esetén). Jelen kutatásban az *Érzelmi labilitás/negativitás* alskála elfogadható, míg az *Érzelemszabályozás* alskála az első felméréskor elfogadható, a második és harmadik felméréskor pedig megkérdőjelezhető reliabilitást mutatott. Habár eredendően 6-12 éves gyermekek számára fejlesztették ki, már egészen 3 éves kortól sikerrel alkalmazták (Danışman, İman, Demircan, & Yaya, 2016; Morgan, Izard, & King, 2009; Reis et al., 2016; Shields et al., 2001). 600 4-5 éves törökországi óvodás esetén Danışman és munkatársai (2016) az *Érzelemszabályozás* alskálán 30,97 (SD = 10,16), míg az *Érzelmi labilitás/negativitás* alskálán 22,84 (SD = 5,77) pontos átlagot találtak.

A szülők általános szorongását a *General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)* kérdőívvel mértük fel (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), amely esetén a kitöltőnek négyfokú Likert skálán (0: egyszer sem, 1: néhány napig, 2: a napok több, mint felében, 3: majdnem minden nap) szükséges megjelölnie egyes szorongástünetek elmúlt két hét során tapasztalt gyakoriságát. A kérdőív a generalizált szorongás szűrésére alkalmas eszköz, amelyhez szerzői 10 pontos határértéket javasoltak (a szűrőteszt eredménye 5-9 pont közötti érték esetén enyhe, 10-14 pont esetén közepes, 15-21 pont esetén pedig súlyos szorongást valószínűsít). A kérdőív hivatalos magyar fordítása elérhető a <http://www.phqscreeners.com> oldalon. Magyar adaptációja és validációja tudomásunk szerint korábban nem történt, ám ezer fős reprezentatív mintán (Fülöp & Varga, 2017) és magyar várandósok körében (Kopcsó, Bornemisza, & Sz. Makó, 2018), valamint jelen vizsgálat keretei között is megbízhatónak bizonyult.

A szülők érzelemszabályozási nehézségeit az *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (Difficulties in Emotion Regulation Scale, [DERS], Gratz & Roemer, 2004)* magyar változatával (Kökönyei, 2008) mértük (bővebben lásd a IV/ 2.3.2. fejezetben), amelynek alskálái jelen vizsgálatban is megbízhatónak bizonyultak. Az *Első vizsgálat* adatredukciós megoldását alkalmazva jelen kutatásban is öt alskála átlagával (*DERS_átlag*) számoltunk (elhagyva az elemzésből a 4. alskálát), amely átlagérték az első időpontban a *DERS* varianciájának 53,4%-át, a második időpontban pedig 57,1%-át magyarázta. Az első tesztcsomagban felmérésre került még a szülői meseolvasás gyakorisága és átlagos időtartama.

A szülők által a jelentkezéskor kitöltött űrlap, amely alapján meghatároztuk a részvételi kritériumok teljesülését, a gyermek születési dátumát, nemét, a *CDPQ* és *WICDAN* kérdőíveket, az éjszakai megnyugtató szükségességének gyakoriságára vonatkozó kérdést, a sötétől való félelem esetleges negatív hatására vonatkozó kifejtős kérdést és az esetlegesen

igénybe vett pszichológiai, pszichiátriai vagy neurológiai ellátásra vonatkozó kérdést tartalmazott. A jelentkezést visszautasítottuk minden olyan esetben, amikor a szülő gyermeke sötétől való félelmének mértékére vonatkozóan a tízfokú skálán 5 alatti értéket jelzett.

A szülők által az intervenció idején vezetett *Vizsgálati napló* a mesekönyv használatára és az alkalmazott játékokra vonatkozó kérdésekből állt, napi bontásban. Segítségével pontos képet kaptunk a meséléssel és játékkal töltött napok és percek számáról, valamint arról, hogy az egyes családok milyen típusú játékokat játszottak, és ezek során milyen nehézségeket tapasztaltak.

A *Vizsgálati napló* első és utolsó hétre vonatkozó része alvásnaplót is tartalmazott, az alvás körülményeire és minőségére vonatkozó kérdésekkel (hol aludt a gyermek, milyen mértékű fényforrásra volt szüksége, hányszor ébredt fel éjszaka, szükség volt-e félelem okán a megnyugtatóra és, ha igen, hol történt a megnyugtató). Az első és ötödik heti alvásnaplót online formátumban a várólistás csoport részére is elkészítettük. Sajnos az alvásnaplót a várólistás csoport fele vezette csak pontosan, és az ötödik heti alvásnaplót az intervenció csoportba tartozó szülőknek is csupán egy része töltötte ki, mert sokan az előzetes instrukció ellenére a könyv használatának befejeztével nem vezették tovább a *Vizsgálati naplót*.

Az intervenció tevékenység értékelésére a második kérdőív részeként is sor került, ahol a szülők beszámoltak arról, hogy az öt hét alatt összesen hány alkalommal olvasták végig a *Fényapó* könyvet, mennyire elégedettek vele, mennyire tartják hatékónak, gyermekük mennyire élvezte más könyvekkel összevetve, elolvasták-e és hasznosnak tartják-e a szülői útmutatót, alkalmazták-e megerősítést, és végül ajánlanák-e ismerőseiknek a könyvet, amennyiben gyermekük fél a sötétől. A könyv intervenció időszakot követő esetleges további használata felől a harmadik kérdőívben is érdeklődtünk.

3. Eredmények

3.1. Hiányzó adatok

Az elemzés alapját képező három kérdőívcsomagot 63 szülő töltötte ki hiánytalanul (nem számolva a *Vizsgálati napló* adathiányával, amelyre a későbbiekben részletesen kitérek). Hat fő mulasztotta el a második és harmadik, egy fő csak a második, és három fő csak a harmadik kérdőív kitöltését. Összességében tehát 10 fő, a minta 13,7%-a morzsolódott le. Közülük négy fő tartozott a várólistás csoporthoz, és hat fő az intervenció csoporthoz, amely különbség nem volt szignifikáns ($\chi^2_{(1)} = 0,529$, $p = 0,467$).

Független mintás t-próbával vizsgálva a hiányos részvételt nyújtó tíz fő gyermeke az első időpontban vizsgált pszichológiai változók többségén, így a sötétből való félelem mutatóin, nem különbözött szignifikánsan a hiánytalan részvételt nyújtók gyermekeitől ($|t| \leq 1,223$; $p \geq 0,226$ minden esetben), eltérés volt tapasztalható azonban a gyermek internalizáló problémáit és a szülő érzelemszabályozási nehézségeit illetően, amelyeken a hiánytalan részvételt nyújtó szülők és gyermekeik érték el magasabb pontszámot (lásd 20. táblázat).

20. táblázat. Hiánytalan és hiányos részvételt nyújtók közötti szignifikáns eltérések a skála típusú változókon

	t	df	p	M (SD)	
				Hiányos (n = 10)	Hiánytalan (n = 63)
<i>SDQ_int</i>	-2,410	16,46	0,028	2,90 (1,45)	4,19 (2,20)
<i>DEERS_átlag</i>	-2,157	71	0,034	10,64 (3,20)	13,18 (3,50)

A hiánytalan részvételt nyújtók között arányaiban többen voltak emellett azok a szülők, akik a *GAD-7* skálán legalább öt pontot értek, vagyis legalább enyhe szorongással voltak jellemezhetőek, mint a hiányos részvételt nyújtók között ($\chi^2_{(1)} = 5,663$, $p = 0,017$). Azon családok voltak tehát hajlamosabbak lemorzsolódni a kutatásból, akik esetén a gyermek alacsonyabb mértékű internalizáló problémákkal, a szülő pedig alacsonyabb mértékű érzelemszabályozási nehézségekkel küzdött, és a lemorzsolódó szülők kisebb hányada esetén állt fenn – legalább enyhe mértékű – generalizált szorongás probléma valószínűsége.

Független mintás, kétszemponos varianciaanalízissel megvizsgálva a vizsgálati feltétel (várólistás csoport vs. intervenció csoport) és a részvétel hiányosságának (hiányos vs. hiánytalan részvétel) az első időpontban felmért pszichológiai változókra kifejtett hatását, nem találtunk szignifikáns interakciós hatást ($F_{(1)} \leq 3,123$; $p \geq 0,082$ minden esetben).

A hiányos és hiánytalan részvételt nyújtók továbbá sem a gyermekek átlagéletkora ($t_{(71)} = 0,260$, $p = 0,795$), sem a gyermekek neme ($\chi^2_{(1)} = 1,651$, $p = 0,199$), sem a szülők kora ($t_{(71)} = 1,508$, $p = 0,136$), gyermekszáma ($t_{(71)} = 0,792$, $p = 0,431$), iskolai végzettsége ($\chi^2_{(3)} = 2,981$, $p = 0,395$) és szubjektív szocioökonómiai státusza ($\chi^2_{(2)} = 0,386$, $p = 0,825$) vonatkozásában nem különböztek egymástól.

A második kérdőívet kitöltő, ám a harmadik kérdőív kitöltését elmulasztó, intervenció csoportba tartozó szülők (n = 3) a második kérdőívcsomag tanúsága szerint mindhárman ajánlanák ismerőseiknek a *Fényapó* könyvet, aránylag elégedettek voltak vele (M = 3,33, SD =

1,16), és úgy nyilatkoztak, hogy gyermekük élvezte a használatát ($M = 4,07$, $SD = 0,98$). A lemorzsolódást tehát valószínűleg nem indokolta a könyvvel való elégedetlenség, sem a demográfiai változók.

Ami a további adathiányt illeti, az intervenció tevékenységre vonatkozó *Vizsgálati naplót* a 30 érintett szülőből 27 töltötte ki és szolgáltatta vissza, míg a második személyes találkozó és gyermek interjú 25 családdal valósult meg.

Az első heti alvásnaplót összesen 43 szülő töltötte ki (16 fő a várólistás csoportban, 27 fő az intervenció csoportban) az ötödik hetit pedig 35 fő (16 fő a várólistás csoportban, 19 fő az intervenció csoportban). Ezeket a hiányzó adatokat sem pótoltuk: a *Vizsgálati napló* és a gyermek interjú elemzését a csökkent elemszámmal elvégeztük, az alvásnapló adatait azonban az alacsony válaszadási arány okán nem vizsgáltuk.

A további elemzéseket a mindhárom alapkérdőívcsomagot megválaszoló 63 főre korlátoztuk.

3.2. Normalitásvizsgálat

Kolmogorov Smirnov próbával elvégezve a skála típusú változók normalitásvizsgálatát, azt az eredményt kaptuk, hogy néhány kivételtől eltekintve, nem mutattak normál eloszlást (lásd 21. táblázat).

A normalitásvizsgálat következő lépéseként elemeztük a változók ferdeségét és meredekségét, a +1 és -1 közötti érték ugyanis arra utalhat, hogy az adatok eloszlása nem különbözik számottevő mértékben a normál eloszlástól (Sajtos & Mitev, 2007). A változók ferdesége és meredeksége (lásd 22. táblázat) alapján a következő megállapításokat tehetjük. A *Gyermekkorai Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ)*, az *Éjszakai Viselkedés Kérdőív (WICDAN)*, a tízfokú sötétől való félelem mutató (*SVF_1-10*), a *Separation Anxiety Avoidance Inventory - Parent Version (SAAI-P)*, a *Képességek és Nehézségek Kérdőív Érzelmi tünetek* skálája (*SDQ_int*), az *Emotion Regulation Checklist (ERC)* két alskálája, a szülőre vonatkozó gyermekkorai sötétől való félelem kérdés (*SVF_1-10_SZ_gy*), és az *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS_átlag)* egydimenziós eszközként, mind a három felmérési időpontban normál eloszlásúnak tekinthető. Ezzel szemben a gyermekek sötétől való félelmére és megküzdésének hatékonyságára vonatkozó háromfokú skálák (*SVF_1-3*, *COP_1-3*), valamint a szülői szorongásra (*GAD-7*) és aktuális sötétől való félelemre (*SVF_1-10_SZ*) vonatkozó skálák nem mutattak normál eloszlást, egy vagy több felmérési időpontban.

A gyerekek által megválasztott vizuális analóg skála értékei a ferdeség és meredekség értékek mentén csak a második időpontban tekinthetők normál eloszlásúnak (lásd 23. táblázat).

Figyelembe véve a kutatási elrendezést, elemzési terveinket, és a fenti normalitásvizsgálatok eredményét, úgy döntöttünk, hogy a ferdeség és meredekség értékek alapján normál eloszláshoz közelítő változók esetén alkalmazunk a továbbiakban parametrikus próbákat.

21. táblázat. Normalitás vizsgálat eredménye¹²

Skála	Kolmogorov Smirnov <i>p</i> érték		
	t1	t2	t3
<i>CDPQ</i>	0,003	0,064	0,068
<i>WICDAN</i>	0,200	0,200	0,200
<i>SVF_1-10</i>	0,000	0,000	0,001
<i>SVF_1-3</i>	0,000	0,000	0,000
<i>COP_1-3</i>	0,000	0,000	0,000
<i>SAAI-P</i>	0,200	0,200	0,200
<i>SDQ_int</i>	0,006		
<i>ERC_labilitás</i>	0,200	0,200	0,010
<i>ERC_szabályozás</i>	0,013	0,007	0,007
<i>SVF_1-10_SZ</i>	0,000	0,000	0,000
<i>SVF_1-10_SZ_gy</i>	0,000		
<i>GAD-7</i>	0,000	0,000	0,001
<i>DERS_átlag</i>	0,200	0,021	

¹n = 63 ²A kék háttérrel jelölt esetekben $p > 0,05$.

22. táblázat. Változók ferdesége és meredeksége¹²

Skála	t1		t2		t3	
	Ferdeség	Meredekség	Ferdeség	Meredekség	Ferdeség	Meredekség
<i>CDPQ</i>	-0,349	-0,496	0,051	-0,801	-0,287	-0,747
<i>WICDAN</i>	0,448	-0,293	0,207	-0,497	-0,193	-0,992
<i>SVF_1-10</i>	-0,412	-0,325	-0,408	-0,097	-0,262	-0,573
<i>SVF_1-3</i>	-1,369	-0,131	-0,852	-0,520	-0,016	-0,546
<i>COP_1-3</i>	-2,091	2,451	-1,914	1,716	-1,487	0,217
<i>SAAI-P</i>	-0,056	0,129	0,237	-0,479	0,382	-0,474
<i>SDQ_int</i>	0,079	-0,600				
<i>ERC_labilitás</i>	0,124	-0,239	0,393	-0,197	0,887	0,520
<i>ERC_szabályozás</i>	-0,506	-0,232	-0,541	-0,248	-0,633	0,203
<i>SVF_1-10_SZ</i>	0,845	-0,537	1,179	0,438	1,203	0,267
<i>SVF_1-10_SZ_gy</i>	-0,587	-0,761				
<i>GAD-7</i>	0,911	0,560	1,344	1,813	1,312	1,533
<i>DERS_átlag</i>	0,405	-0,379	0,747	0,459		

¹n = 63, SE_{ferdeség} = 0,302, SE_{meredekség} = 0,595, ²A kék háttérrel jelölt esetekben következtethetünk nem normális eloszlásra.

23. táblázat. Vizuális analóg skála (SVF_VAS) normalitás vizsgálata¹²

	Kolmogorov Smirnov <i>p</i> érték	Ferdeség	Meredekség
t1	0,003	0,000	-1,213
t2	0,000	0,592	-0,540

¹*n* = 25, SE_{ferdeség} = 0,464, SE_{meredekség} = 0,902, ²A kék háttérrel jelölt esetben következtethetünk nem normális eloszlásra.

3.3. Az első kérdőívcsomag leíró adatai és a minta jellemzése

Az adaptív éjszakai viselkedést felmérő *WICDAN* pontszáma a teljes mintán 0 és 16 pont között változott, átlaga 7,14 (SD = 3,92), medián értéke 7 volt. A szülői tízfokú vizuális analóg skálán felmért gyakoriság érték 5-10-ig terjedt, átlaga 7,87 (SD = 1,35), medián értéke 8 volt. A háromfokú gyakoriság skálára adott válaszok kettő és három között váltakoztak, átlaguk 2,78 (SD = 0,42), medián értékük 3 volt. A fóbiás tüneteket felmérő *Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív* tételeinek és összpontszámának leíró jellemzőit a 24. táblázat tartalmazza.

Az 24. táblázat értékeiből kirajzolódik, hogy a rendszeres és tartós sötétől való félelem, valamint az ehhez kapcsolódó elkerülő viselkedés a mintára „inkább jellemző” vagy „teljesen jellemző” volt, a sötétől való félelem túlzott mértéke és mindennapi életre kifejtett negatív hatása kapcsán a szülők viszont átlagosan az „inkább nem jellemző” válaszlehetőség felé tendáltak. Mind az öt tünet összesen 15 gyereknél, vagyis a minta 23,8%-ánál állt fenn („inkább jellemző” vagy „teljesen jellemző” válaszok), közülük nyolc gyerek a várólistás csoporthoz, hét gyerek pedig az intervenció csoporthoz tartozott, amely eloszlás nem különbözött szignifikánsan a véletlenszerűtől ($\chi^2_{(1)} = 0,007$, *p* = 0,933). A gyerekek többségének sötétől való félelme tehát valószínűleg nem merítette ki a specifikus fóbia kritériumait, 23,8%-uk félelme azonban vélhetően igen. Az intervenció csoportban a későbbiekben azt is vizsgáltuk, hogy az intervenció hatékonysága különbözőképp alakult-e a *CDPQ* alapján fóbiás és nem fóbiás mértékű sötétől való félelemmel küzdő alcsoportokban (lásd az V/ 3.7.7. fejezetben).

24. táblázat. *Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ)* leíró adatai

Skála	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Medián
<i>CDPQ</i>	10	20	15,40	2,45	16
Túlzott félelem	1	4	2,29	0,91	2
Rendszeresség	1	4	3,24	0,82	3
Elkerülés	2	4	3,70	0,59	4
Negatív hatás	1	4	2,32	1,08	2
Tartósság	2	4	3,86	0,40	4

A sötétől való félelemnek az esetek kicsit több mint felében nem volt konkrét tárgya: a szülők 41,3%-a számolt be specifikus tartalomról, 52,4%-uk úgy nyilatkozott, hogy gyermeke sötétől való félelmének nincs konkrét tárgya, és 6,3% bizonytalan volt ebben (pl.: „nem tudunk róla, nem tudja elmondani”). A szülő által elmondott tartalmakat és megküzdési módokat a szakirodalomnak megfelelően (Gordon et al., 2007a; Muris et al., 2001) kategóriákba soroltuk, és ezek előfordulását vizsgáltuk. (A tartalom és megküzdés kategóriák előfordulását a 25. táblázat tartalmazza részletesen.) A sötétől való félelem leggyakrabban előforduló tárgya valamiféle képzeleti kreáció volt (szellem, múmia, csontváz, szörny, sárkány stb.), amit a szülők 33,3%-a említett. Ami a megküzdési stratégiákat illeti, a leggyakoribb a társas támasz igénybevétele (szülőktől vagy testvérektől kért, kapott segítség, a családtagok közelsége) és a sötét helyzet elkerülése volt (villany kapcsolása, fénynél alvás). Az alkalmazott megküzdési stratégiákat a szülők hatékonyak ítélték, a hatékonyság átlagértéke 2,86 (SD = 0,35), medián értéke 3 volt, háromfokú skálán. A félelem forrásaként negatív információ átvételről a szülők 46%-a, kondicionálásról 14,3%-uk, modellkövetésről pedig 6,3%-uk számolt be.

25. táblázat. Sötétől való félelem tartalma és vele szemben alkalmazott megküzdési módok

Tartalom-kategória	Összesen ¹	Megküzdés-kategória	Összesen ¹
Nincs ismert konkrét tárgy	58,7% (37)	Társas támasz	87,3% (55)
Képzeleti kreáció	33,3% (21)	Elkerülés	23,8% (15)
Állatok	9,5% (6)	Figyelemelterelés	6,3% (4)
Környezeti fenyegetés	6,3% (4)	Takaró alá bújás	3,2% (2)
Ijesztő gondolatok	6,3% (4)	Átmeneti tárgy	3,2% (2)
Ijesztő álmok	4,8% (3)	Ima	1,6% (1)
Betörők, rossz emberek	4,8% (3)	Aktív kontroll	1,6% (1)
Napközbeni történések	3,2% (2)		

¹ A szülők többféle tartalomról és megküzdési módról számolhattak be, így a százalékok összege meghaladja a 100%-ot. Zárójelben az adott kategóriában válaszoló szülők száma látható.

Az intervenciós csoportba tartozó gyermekek saját félelmük mértékéről is beszámoltak háromfokú vizuális analóg skálán, amelynek átlaga 2,03 (SD = 0,77), medián értéke 2 volt. A személyes benyomásom ezzel kapcsolatban az volt, hogy néhány gyereknek nehézséget okozott saját félelmének leírása és értékelése, és annak ellenére válaszolták azt, hogy nem szoktak félni esténként egyedül, hogy a félelmük tartalmáról, és az alkalmazott megküzdési stratégiáikról sokszor mégis be tudtak számolni (amelyet azonban jelen kutatásban nem elemeztem).

Független mintás t-próbával összevetve a jelen vizsgálatban és az *Első vizsgálatban* résztvevő gyerekek adatait azt mondhatjuk, hogy a hatásvizsgálatban résztvevő minta az összes felmért sötétől való félelemmel kapcsolatos változó esetén szignifikánsan ($p < 0,001$) különbözött az általános óvodai populációtól: alacsonyabb adaptív éjszakai viselkedés ($t_{(128,44)} = -9,764$), gyakoribb sötétől való félelem ($t_{(121,25)} = -12,083$) és a fóbiás tünetek magasabb előfordulása ($t_{(133)} = -17,435$) jellemezte őket. Emellett a *Második vizsgálat* alanyai esetén az anyák szignifikánsan ($p < 0,05$) magasabb érzelemszabályozási nehézségekkel küzdöttek ($t_{(132)} = -1,995$) (az *Első vizsgálatban* résztvevő normál óvodai csoport átlagait a IV/ 3.4. fejezet, a jelen minta leíró adatait pedig az 32. táblázat tartalmazza).

A kiinduló időpontban felmért további gyermeki változók kapcsán (lásd 32. táblázat t1 oszlopa) elmondhatjuk, hogy (1) a hatásvizsgálatban résztvevő gyermekek szeparációs szorongásának mértéke az iskolai populáció átlagához (In-Albon et al., 2013) közelített, vagyis nem volt kiugróan magas (2) az *SDQ/ Érzelmi tünetek* átlagpontszámuk a www.sdqinfo.org oldalon elérhető hivatalos útmutató alapján határeseti kategóriába esett, és a minta 49,2%-a már a rendellenes kategóriába volt sorolandó, (3) az *ERC/ Érzelemszabályozás és Érzelmi labilitás/negativitás* átlagpontszámaik a törökországi átlaghoz viszonyítva (Danışman et al., 2016) némiképpen magasabbak voltak. Az intervenciós csoportban a későbbiekben azt is vizsgáltuk, hogy az intervenció hatékonysága különbözőképp alakult-e az *SDQ* alapján rendellenes és nem rendellenes mértékű érzelmi tünetekkel küzdő alcsoportokban (lásd az V/ 3.7.7. fejezetben).

A felmért szülői változók kapcsán emellett megállapíthatjuk, hogy (1) a kutatásban résztvevő szülők átlagosan enyhe mértékű generalizált szorongással voltak jellemezhetőek (pontjaik átlaga 5-9 közé esett, a 10 pontos határértéket pedig a szülők 15,9%-a érte el), (2) átlagos mértékű érzelemszabályozási nehézségekkel (vö. Kökönyei, 2008), és aktuálisan alacsony sötétől való félelemmel bírtak, (3) gyermekkorukra vonatkozóan azonban tízfokú skálán a középértéknél magasabb mértékű ($M = 6,48$, $SD = 2,82$) sötétől való félelemről számoltak be.

Ami a meseolvasás gyakoriságát illeti, mindössze egy szülő nyilatkozott úgy, hogy nem szokott mesélni gyermekének. A többi 62 szülő 72,6%-a minden nap, 14,5%-a heti 5-6 nap, 9,7%-a heti 2-4 nap és 3,2%-a ennél ritkábban szokott mesélni. A mesélés átlagos ideje 23 perc volt ($SD = 12,5$). Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a minta számára korántsem szokatlan tevékenység az esti meseolvasás.

3.4. A változók együttjárásai

A sötétől való félelmet felmérő tízfokú *SVF_1-10*, a fóbiás tüneteken alapuló *CDPQ* és az adaptív éjszakai viselkedést felmérő *WICDAN* szülői kérdőívek csupán közepes mértékben korreláltak egymással, rámutatva, hogy a jelenségnek kissé más-más aspektusait ragadják meg (a Pearson-féle korrelációs együtthatókat a 26. táblázat tartalmazza).

A gyerekek szülői kérdőíven felmért sötétől való félelmének mértéke szignifikáns, gyenge, pozitív együttjárást mutatott a gyerekek internalizáló problémáival. Fóbiás sötétől való félelem tüneteik pozitív irányba, szignifikánsan korreláltak az internalizáló problémáikkal, szeparációs szorongásukkal és érzelmi labilitásukkal, adaptív éjszakai viselkedésük pedig negatív irányba, szignifikánsan korrelált az internalizáló problémáikkal és szeparációs szorongásukkal. A gyerekek vizuális-analóg skálán történő önértékelése egyik szülői kérdőíves változóval sem járt együtt.

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a sötétől való félelem felmérésére alkalmazott három mutató, ugyan a jelenségnek kicsit más-más oldalát ragadta meg, mégis konzekvensen összefüggött a gyerekek internalizáló problémáival: a sötétől jobban félő gyerekek egyben fokozottabb érzelmi tünetekkel is küzdöttek, mint a sötétől kevésbé félő gyerekek. Emellett a háromból két mutató esetén a magasabb fokú sötétől való félelem a szeparációs szorongás nagyobb mértékével is összefüggött.

3.5. Nemi eltérések

A nem kimeneti változókra kifejtett önálló hatását és vizsgálati feltétellel mutatott interakcióit, mindhárom alapkérdőívcsomagra (t_1 , t_2 , t_3) vonatkozóan független mintás, kétszemponos varianciaanalízissel vizsgáltuk meg. Az első kérdőíven a lányok vizsgálati feltételtől függetlenül magasabb pontszámot értek el a fiúknál az *SDQ/Érzelmi tünetek* skálán (lásd 27. táblázat). Egyéb szignifikáns nemi eltérés ekkor nem mutatkozott ($F_{(1)} \leq 3,777$; $p \geq 0,057$ minden más esetben). Emellett az *SDQ_int* ($F_{(1)} = 6,257$; $p = 0,015$) és a *SAAI-P* ($F_{(1)} = 5,528$; $p = 0,022$) vonatkozásában is szignifikáns 'nem X vizsgálati feltétel' interakció volt kimutatható, ami független mintás t-próbákkal tovább vizsgálva annak volt köszönhető, hogy a lányok csak a várólistás csoport esetén mutattak magasabb értékeket a fiúknál (lásd 28. táblázat). Egyéb szignifikáns interakció nem állt fenn ($F_{(1)} \leq 1,485$; $p \geq 0,228$ minden más esetben).

26. táblázat. Gyermekre vonatkozó skála-típusú adatok együttjárásai¹

	SVF_VAS	SVF_1-10	CDPQ	WICDAN	SDQ_int	SAAI-P	ERC_ labilitás	ERC_ szabályozás
SVF_VAS	1							
SVF_1-10	0,102	1						
CDPQ	0,024	0,528**	1					
WICDAN	-0,054	-0,402**	-0,413**	1				
SDQ_int	0,035	0,323**	0,334**	-0,447**	1			
SAAI-P	0,031	0,175	0,266*	-0,305*	0,430**	1		
ERC_labilitás	0,040	0,100	0,363**	-0,152	0,305*	0,245	1	
ERC_szabályozás	0,123	0,052	0,008	-0,176	-0,081	-0,247	-0,054	1

¹A kék háttérrel jelölt esetekben $p < 0,05$; * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$

A második kérdőívcsomag esetén az *CDPQ* kérdőív pontszáma különbözött (lásd 27. táblázat) a nem függvényében, a lányok magasabb pontszámával. Egyéb nemi eltérés ($F_{(1)} \leq 2,071$; $p \geq 0,155$ minden más esetben) vagy 'nem X vizsgálati feltétel' interakció ($F_{(1)} \leq 3,120$; $p \geq 0,083$ minden esetben) nem volt kimutatható. Végül a harmadik kérdőívcsomag esetén nem találtunk szignifikáns nemi eltérést ($F_{(1)} \leq 1,205$; $p \geq 0,277$ minden esetben), sem 'nem X vizsgálati feltétel' interakciót ($F_{(1)} \leq 1,452$; $p \geq 0,233$ minden esetben).

27. táblázat. Szignifikáns nemi különbségek a kimeneti változókon

Időpont	Skála	F	df	p	M (SD)	
					Fiúk (n = 37)	Lányok (n = 26)
t1	<i>SDQ_int</i>	4,317	1	0,042	3,76 (2,19)	4,81 (2,10)
t2	<i>CDPQ</i>	6,069	1	0,017	12,51 (2,99)	14,12 (3,05)

28. táblázat. *SDQ_int* és *SAAI-P* első kérdőíves (t1) pontszámainak nemi összevetése

Várólistás csoport	t	df	p	M (SD)	
				Fiúk (n = 23)	Lányok (n = 10)
<i>SDQ_int</i>	-3,542	31	0,001	3,39 (1,97)	5,90 (1,60)
<i>SAAI-P</i>	-3,079	31	0,004	1,85 (0,79)	2,74 (0,70)
Intervenciós csoport	t	df	p	M (SD)	
				Fiúk (n = 14)	Lányok (n = 16)
<i>SDQ_int</i>	0,277	28	0,784	4,36 (2,47)	4,13 (2,13)
<i>SAAI-P</i>	0,285	28	0,778	2,01 (1,00)	1,93 (0,61)

Mann-Whitney próbával és független mintás t-próbával megvizsgálva az intervenciós csoportba tartozó gyerekek vizuális-analóg skálán saját maguk által nyilatkozott sötétől való félelmének mértékét, nem találtunk nemi eltérést sem az első (Mann-Whitney $U = 107,00$, $p = 0,824$), sem a második ($t_{(23)} = 0,511$, $p = 0,614$) kérdőívcsomag esetén.

Khí négyzet próbával vizsgálva, a sötétől való félelemmel szemben alkalmazott megküzdési mód hatékonyságának vonatkozásában nem különböztek egymástól a fiúk és a lányok egyik időpontban sem ($\chi^2_{(1)} \leq 1,720$; $p \geq 0,190$ minden esetben), azonban az éjszakai megnyugtató vonatkozásában, az első kérdőívcsomagon nemi eltérés volt kimutatható. Az első kérdőívcsomag eredményei szerint a fiúk 35,1%-át hetente egyszer vagy ritkábban, 32,4%-át hetente 2-4 éjszaka, 32,4%-át pedig szinte minden nap meg kell éjjel nyugtatni félelme okán, míg a lányoknak mindössze 15,4%-át kell hetente egyszer vagy ritkábban megnyugtani; 15,4%-ukat hetente 2-4 éjszaka, 69,2%-ukat pedig szinte minden nap ($\chi^2_{(2)} = 8,297$, $p = 0,016$).

Ez a különbség a második ($\chi^2_{(2)} = 0,486$, $p = 0,784$), és harmadik ($\chi^2_{(2)} = 0,163$, $p = 0,922$) felmérésre eltűnt.

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a gyerekek neme nem határozta meg konzekvensen a sötétől való félelmüknek, internalizáló problémáinknak, szeparációs szorongásuknak mértékét, sem érzelemszabályozási készségeiket, éjszakai viselkedésük adaptivitását vagy megküzdési módjaik hatékonyságát. Ugyanakkor az első (lásd éjszakai megnyugtató gyakorisága) és a második időpontban (lásd fóbiás tünetek) a lányok sötétől való félelme bizonyos szempontból súlyosabbnak mutatkozott, mint a fiúké. Ez a nemi különbség a harmadik felméréskor már nem volt kimutatható.

3.6. Korral mutatott összefüggések

A gyerekek korának normál eloszlású skála-típusú változókkal való együttjárásait Pearson-féle korrelációval, nem normál eloszlású és ordinális változókkal való együttjárásait pedig Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk. Ennek során mindössze a következő szignifikáns összefüggéseket tártuk fel. A gyerekek kora pozitívan járt együtt a második időpontban felmért adaptív éjszakai viselkedésükkel ($r_s = 0,252$, $p = 0,047$) és a második ($r_s = -0,275$, $p = 0,029$) valamint harmadik időpontban felmért érzelmi labilitásukkal ($r_s = -0,254$, $p = 0,045$).

Vagyis minél idősebbek voltak a gyerekek a vizsgálat kezdetén, annál magasabb pontszámot értek el az 5. heti adaptív éjszakai viselkedés kérdőíven, és annál alacsonyabb pontszámot értek el az 5. és 20. heti érzelmi labilitás alskálán.

A sötétől való félelem egyéb mutatói, az internalizáló problémák és a szeparációs szorongás mértéke, az éjszakai félelemmel szemben alkalmazott megküzdési mód hatékonysága, és az érzelemszabályozási készség nem függött össze a gyermek korával ($|r| \leq 0,393$; $p \geq 0,052$ és $|r_s| \leq 0,207$; $p \geq 0,103$ minden esetben).

3.7. Hatékonyságvizsgálat

3.7.1. Adherencia

Az intervenciós csoportba tartozó szülőktől azt kértük, hogy öt hétig lehetőleg napi szinten foglalkozzanak a könyvvel és legalább egyszer olvassák azt végig. A *Vizsgálati napló* tanúságai szerint a szülők a rendelkezésükre álló 35 napon átlagosan 17 napon meséltek, és 11 napon játszottak a *Fényapóból*. A meséléssel átlagosan összesen 211, a játékkal pedig 138 percet töltöttek, azonban nagyok voltak az egyéni különbségek (lásd a 29. táblázatban).

29. táblázat. Mesével és játékkal töltött idő a *Vizsgálati napló* alapján (n = 27)

	Min.	Max.	M	SD
Mesével töltött napok száma	5	30	17,19	6,58
Mesével töltött percek száma	75	585	207,52	110,09
Játékkal töltött napok száma	0	29	10,30	8,11
Játékkal töltött percek száma	0	470	131,33	120,57
Deszenzitizációs játék	0	350	101,67	90,70
Relaxációs játék	0	110	23,93	30,78
Elaborációs játék	0	45	5,37	10,91

Ami a játékok típusait illeti, a szülők a legtöbb időt deszenzitizációs játékokkal töltötték, amelyek lényege az volt, hogy a gyermek minél több időt töltsön el a sötétben, izgalmas és élvezetes játékokba vonódva. Ilyen típusú játékokkal a családok összesen átlagosan 102 percet töltöttek el. Ennél lényegesen kevesebbet, átlagosan összesen 24 percet töltöttek izomrelaxációs gyakorlattal, és átlagosan mintegy 5 percet töltöttek rajzos elaborációval (félelem tárgyának lerajzolása és átalakítása vagy megsemmisítése).

Független mintás t-próbával összevetve a magukat alsó és felső-középosztálybelinek értékelő szülőket ($t \leq |1,875|$; $p \geq 0,073$ minden esetben), és a fiú és lány gyermekeket ($t \leq |1,413|$; $p \geq 0,170$ minden esetben), nem találtunk szignifikáns eltéréseket a könyvhasználati adatokban. Pearson-féle korrelációval vizsgálva a könyvhasználati mutatók nem jártak együtt a gyermek vagy a szülő korával, sem a szülő gyermekeinek számával ($|r| \leq 0,303$; $p \geq 0,124$ minden esetben). Ami az iskolai végzettséget illeti, a legfeljebb középfokú végzettségű szülők (mindössze 6 fő) könyvhasználatát független mintás t-próbával vizsgálva nem különbözött a felsőfokú végzettségű szülőkétől ($t \leq |0,691|$; $p \geq 0,496$ minden esetben).

A pszichológiai változók és a könyvhasználati adatok összefüggéseit Pearson-féle korrelációval vizsgálva azonban megállapítottuk, hogy a szülők érzelemszabályozási nehézségeinek összessége az első időpontban együttjárt a játékkal töltött napok ($r = 0,604$, $p = 0,001$) és percek ($r = 0,426$, $p = 0,027$) számával, azon belül pedig a deszenzitizációs percek számával ($r = 0,427$, $p = 0,026$): minél több érzelemszabályozási nehézséggel küzdött a szülő a vizsgálat kezdetén, annál több deszenzitizációs játékot játszott gyermekével. Egyéb összefüggés nem rajzolódott ki ($|r| \leq 0,299$; $p \geq 0,130$ minden más esetben).

A második kérdőívcsomagon megadott válaszok alapján a legtöbb szülő, 20 fő egyszer olvasta végig gyermekével a könyvet, 3 fő kétszer, 2 fő háromszor, 3 fő négyszer vagy többször, 2 fő pedig egyszer sem. A szülői útmutatót részben (14 fő) vagy egészben (15 fő) egy fő kivételével

mindenki elolvasta. Megerősítést a szülők az esetek közel felében alkalmaztak (14 szülő alkalmazott, 16 pedig nem).

A harmadik kérdőívcsomag tanúsága szerint a második és a harmadik kérdőívcsomag felvétele közötti időben a 30-ból 14 család használta a mesekönyvet, átlagosan körülbelül további 4 hétig, mely idő alatt olvastak és játszottak is belőle.

3.7.2. A gyerekek által megválasztott vizuális-analóg skála idői változása

Az intervenció csoportba tartozó gyerekekkel t1 és t2 időpontokban felvett vizuális-analóg skála pontszámát Wilcoxon próbával hasonlítottuk össze. A mindkét időpontban válaszoló gyerekek (n = 25) sötétől való félelmének általuk nyilatkozott mértékének átlaga az első időpontban 2,00 (SD = 0,76), míg a második időpontban 1,52 (SD = 0,59) volt; az eltérés szignifikáns mértékű (Z = -2,676, p = 0,007).

3.7.3. Megküzdés módjának idői változása

A két csoport sötétől való félelemmel szemben alkalmazott megküzdési stratégiáinak előfordulása között a második kérdőívben találtunk szignifikáns mértékű különbséget (lásd 30. táblázat): ekkor az intervenció csoport nagyobb arányban alkalmazott figyelemelterelést ($\chi^2_{(1)} = 5,843$, p = 0,016), amely két gyermek esetében a *Fényapó* könyvvel megtanult relaxációs technika (*Rongykutya* játék) alkalmazását jelentette. A többi esetben a két csoport nem különbözött egymástól ($\chi^2_{(1)} \leq 2,272$; p \geq 0,132 minden más esetben). Bár az egyes stratégiák alkalmazásának gyakorisága az idővel kissé változik, a három időpontban tapasztalt alkalmazási eloszlás egyik stratégia esetén sem mutat szignifikáns eltérést, egyik csoport esetén sem ($\chi^2_{(2)} \leq 5,035$; p \geq 0,081 minden esetben).

30. táblázat. Megküzdés-típusok előfordulása az eltelt idő függvényében a várólistás (V) és intervenció (I) csoportokban ¹

Időpont Csoport	t1		t2		t3	
	V	I	V	I	V	I
Társas támasz	84,8% (28)	90% (27)	75,8% (25)	80% (24)	75,8% (25)	70% (21)
Elkerülés	27,3% (9)	20% (6)	39,4% (13)	20% (6)	33,3% (11)	30% (9)
Figyelemelterelés ²	9,1% (3)	3,3% (1)	3% (1)	23,3% (7)	12,1% (4)	16,7% (5)
Takaró alá bújás	0% (0)	6,7% (2)	9,1% (3)	6,7% (2)	6,1% (2)	6,7% (2)
Átmeneti tárgy	6,1% (2)	0% (0)	6,1% (2)	3,3% (1)	6,1% (2)	3,3% (1)
Ima	3% (1)	0% (0)	3% (1)	3,3% (1)	0% (0)	0% (0)
Aktív kontroll	0% (0)	3,3% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

¹ A szülők többféle tartalomról és megküzdési módról számolhattak be, így a százalékok összege meghaladja a 100%-ot. ²A kék háttérrel kiemelt esetben találtunk szignifikáns (p < 0,05) eltérést a két csoport között.

3.7.4. Szülői éjszakai megnyugtató heti rendszerességének idői változása

A szülők mindhárom kérdőívcsomag esetén ordinális skálán számoltak be arról, hogy gyermeküket hetente hány éjszaka kell megnyugtaniuk, annak éjszakai félelme okán. χ^2 próbákkal megvizsgálva a két csoport eloszlását ezen a kérdésen, egyik időpontban sem találtunk szignifikáns eltérést (az adatokat lásd a 31. táblázatban, $\chi^2_{(2)} \leq 3,520$; $p \geq 0,172$ minden esetben). Az idői változó hatását vizsgálva azonban megállapítottuk, hogy míg az intervenció csoport eloszlása a három válaszkategórián a különböző időpontokban eltérő ($\chi^2_{(4)} = 11,714$, $p = 0,020$), addig a várólistás csoport esetén nincs szignifikáns különbség az egyes időpontokban kapott megoszlásokban ($\chi^2_{(4)} = 4,971$, $p = 0,290$). Vagyis, az éjszakai megnyugtató gyakorisága az intervenció csoportban az idő előrehaladtával csökkent, míg a várólistás csoportban nem változott.

31. táblázat. Éjszakai megnyugtató gyakorisága az eltelt idő függvényében a várólistás (V) és intervenció (I) csoportokban

	t1		t2		t3	
	V	I	V	I	V	I
Heti egyszer vagy ritkábban	30,3% (10)	23,3% (7)	30,3% (10)	50% (15)	36,4% (12)	60% (18)
Heti 2-4 éjszaka	24,2% (8)	26,7% (8)	30,3% (10)	20% (6)	42,4% (14)	26,7% (8)
Szinte minden nap	45,5% (15)	50% (15)	39,4% (13)	30% (9)	21,2% (7)	13,3% (4)

Kushnir és Sadeh (2011) hatékonyságvizsgálatukban a heti legalább két éjszakai szülői megnyugtató szükségességét beválogatási kritériumként, a súlyos éjszakai félelem feltételeként határozták meg.

E kritériumot tekintve azt mondhatjuk, hogy ez alapján a kérdés alapján az első felméréskor a várólistás csoport 69,7%-a és az intervenció csoport 76,7%, a második felméréskor a várólistás csoport 69,7%-a és az intervenció csoport 50%-a, míg a harmadik felméréskor a várólistás csoport 63,6%-a, és az intervenció csoport 40%-a küzdött súlyos mértékű éjszakai félelemmel.

3.7.5. Várólistás és intervenció csoport összevetése

A várólistás és intervenció csoportok különféle skálákon mutatott átlagpontszámait, szórását és medián értékeit a 32. táblázat tartalmazza. A csoportok normál eloszlású változókon (mindhárom időpontban: *CDPQ*, *WICDAN*, *SVF_1-10*, *SAAI-P*, *SDQ-int*, *ERC_labilitás*, *ERC_szabályozás*, *SVF_1-10_SZ_gy*; második és harmadik időpontban: *SVF_1-3*; első időpontban: *GAD-7*, *SVF_1-10_Sz*) mutatott különbségeit független mintás t-próbával, nem normál eloszlású változókon (mindhárom időpontban: *COP_1-3*; első időpontban: *SVF_1-3*; második és harmadik időpontban: *SVF_1-10_SZ*, *GAD-7*) mutatott különbségeit pedig Mann-Whitney próbával vizsgáltuk meg.

Az első időpontban a két csoport egyik változó vonatkozásában sem különbözött egymástól ($t \leq |1,892|$; $p \geq 0,063$ minden normál eloszlású változó esetén; Mann-Whitney $U \leq 474,000$; $p \geq 0,102$ minden nem normál eloszlású változó esetén).

A második időpontban az intervenció csoport a várólistás csoportnál adaptívabb éjszakai viselkedéssel ($t_{(61)} = -2,822$, $p = 0,006$), és alacsonyabb sötétől való félelemmel bírt, mind a tízfokú ($t_{(61)} = 3,709$, $p < 0,001$), mind a háromfokú skálán ($t_{(54,04)} = 2,257$, $p = 0,028$), és az intervencióban résztvevő szülők ekkor a többiekénél alacsonyabb mértékű érzelmszabályozási nehézségekről számoltak be ($t_{(61)} = 2,080$, $p = 0,042$). Egyéb különbség nem állt fenn ($t \leq |1,722|$; $p \geq 0,090$ minden más normál eloszlású változó esetén; Mann-Whitney $U \leq 482,500$; $p \geq 0,117$ minden nem normál eloszlású változó esetén).

Végül, a harmadik felméréskor a két csoport szignifikánsan különbözött a sötétől való félelmet illető fóbiás tünetek ($t_{(54,397)} = 3,714$, $p < 0,001$), az adaptív éjszakai viselkedés ($t_{(61)} = -3,409$, $p = 0,001$), és a sötétől való félelem mértékében, mind a tízfokú ($t_{(61)} = 2,785$, $p = 0,007$) mind a háromfokú ($t_{(61)} = 2,379$, $p = 0,020$) skálán, az intervenció csoport javára. Egyéb különbség nem állt fenn ($t \leq |1,520|$; $p \geq 0,134$ minden más normál eloszlású változó esetén; Mann-Whitney $U \leq 426,000$; $p \geq 0,107$ minden nem normál eloszlású változó esetén).

A két csoport között tehát az idő múlásával a sötétől való félelmet és éjszakai viselkedést illető különbség alakult ki: az intervenció csoport tagjai a vizsgálat végére a várólistás csoport tagjainál kisebb mértékű sötétől való félelemmel és adaptívabb éjszakai viselkedéssel bírtak.

32. táblázat. A változók átlagpontszámai, szórása és medián értékei a várólistás és intervenció csoportokban¹

Skála	t1				t2				t3			
	Várólistás		Intervenció		Várólistás		Intervenció		Várólistás		Intervenció	
	M (SD)	Med	M (SD)	Med	M (SD)	Med	M (SD)	Med	M (SD)	Med	M (SD)	Med
<i>CDPQ</i>	15,18 (2,37)	15	15,63 (2,55)	16	13,64 (3,32)	14	12,67 (2,80)	12	13,64 (2,90)	14	10,47 (3,77)	10
<i>WICDAN</i>	7,18 (3,66)	7	7,10 (4,25)	7,5	8,39 (4,34)	8	11,77 (5,14)	12	9,39 (4,89)	10	13,97 (5,76)	16
<i>SVF_I-10</i>	7,97 (1,29)	8	7,77 (1,43)	8	7,46 (1,60)	8	5,87 (1,80)	6	6,61 (1,98)	7	5,17 (2,12)	5
<i>SVF_I-3</i>	2,76 (0,44)	3	2,80 (0,41)	3	2,76 (0,44)	3	2,47 (0,57)	2,5	2,46 (0,56)	2	2,13 (0,51)	2
<i>COP_I-3</i>	2,79 (0,42)	3	2,93 (0,25)	3	2,88 (0,33)	3	2,80 (0,41)	3	2,73 (0,45)	3	2,87 (0,35)	3
<i>SAAI-P</i>	2,12 (0,86)	2,17	1,97 (0,80)	1,92	2,14 (0,81)	2,33	1,77 (0,92)	1,6	1,72 (0,84)	2	1,44 (1,08)	1,2
<i>SDQ_int</i>	4,15 (2,18)	5	4,23 (2,25)	4								
<i>ERC_labilitás</i>	36,88 (5,67)	37	36,20 (6,47)	35,5	35,27 (5,81)	35	34,87 (7,67)	33,5	35,33 (6,24)	34	32,93 (6,29)	31
<i>ERC_szabályozás</i>	27,39 (3,46)	28	27,50 (2,74)	27,5	27,27 (3,28)	29	27,63 (2,41)	27,5	27,82 (3,57)	29	27,97 (2,59)	28
<i>SVF_I-10_SZ</i>	3,61 (2,77)	2	3,23 (2,34)	2	3,18 (2,49)	2	3,27 (2,53)	2,5	3,27 (2,44)	2	2,73 (2,36)	2
<i>SVF_I-10_SZ_gy</i>	6,49 (2,87)	8	6,47 (2,80)	7								
<i>GAD-7</i>	6,88 (4,03)	6	5,20 (2,85)	5	6,61 (4,33)	5	4,53 (2,57)	5	6,49 (5,00)	5	4,30 (3,15)	3,5
<i>DERS_átlag</i>	13,75 (3,65)	13,6	12,56 (3,28)	12,2	14,13 (3,74)	14	12,23 (3,52)	11,9				

¹A csoportok között a kék háttérrel kiemelt esetekben találtunk szignifikáns ($p < 0,05$) eltéréseket.

3.7.6. Skála-típusú adatok idői változása

A skála-típusú adatok esetében első lépésben kevert mintás variancia-analízissel vizsgáltuk meg az eltelt idő (t1, t2, t3) változókra kifejtett önálló hatását és vizsgálati feltétellel (várólistás csoport vs. intervenció csoport) mutatott interakcióját.

Az eltelt idő függvényében a gyerekek sötétől való félelmének mértéke és kapcsolódó fóbiás tünetek jelentős mértékben, lineárisan csökkentek, miközben éjszakai viselkedésük adaptivitása lineárisan nőtt, szeparációs szorongásuk és érzelmi labilitásuk/negativitásuk pedig közepes mértékű, lineáris csökkenést mutatott (lásd 33. táblázat).

A vizsgálati feltétel és az eltelt idő szignifikáns, alacsony-közepes hatáserősségű interakciója a sötétől való félelem mutatói és az adaptív éjszakai viselkedés esetén állt fenn (lásd 34. táblázat). A szignifikáns idői változásokat a két csoportban a 13. - 17. ábrák szemléltetik, a vonatkozó leíró adatokat (átlag, szórás, medián) a 32. táblázat tartalmazza.

33. táblázat. Eltelt idő hatásának vizsgálata¹

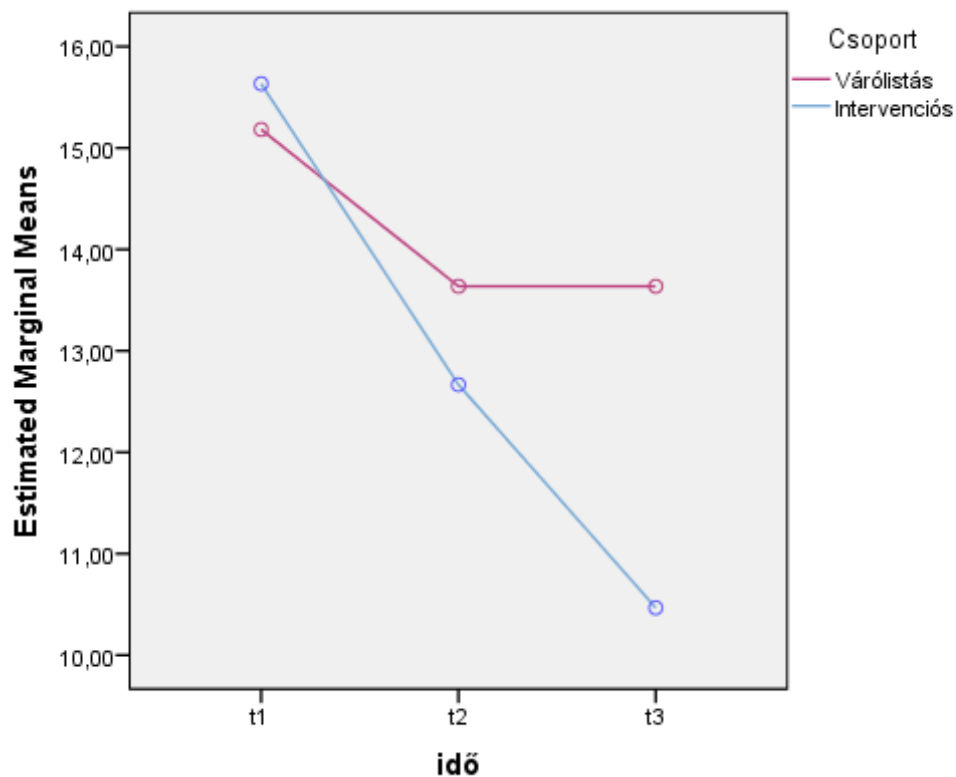
Változó	Trend	F	df	p	Parciális η^2
CDPQ	lineáris	72,661	1	< 0,001	0,544
	kvadratikus	3,200	1	0,079	0,050
WICDAN	lineáris	57,883	1	< 0,001	0,487
	kvadratikus	2,326	1	0,132	0,037
SVF_1-10	lineáris	42,681	1	< 0,001	0,412
	kvadratikus	2,104	1	0,152	0,033
SAAI-P	lineáris	12,425	1	0,001	0,169
	kvadratikus	3,556	1	0,064	0,055
ERC_labilitás	lineáris	11,256	1	0,001	0,156
	kvadratikus	0,309	1	0,580	0,005
ERC_szabályozás	lineáris	2,592	1	0,113	0,041
	kvadratikus	0,855	1	0,359	0,014

¹A szignifikáns hatások kerültek kiemelésre: kékkel a közepes ($0,13 \leq \eta_p^2 < 0,26$) és rózsaszínnel a magas ($0,26 \leq \eta_p^2$) hatáserősségűek.

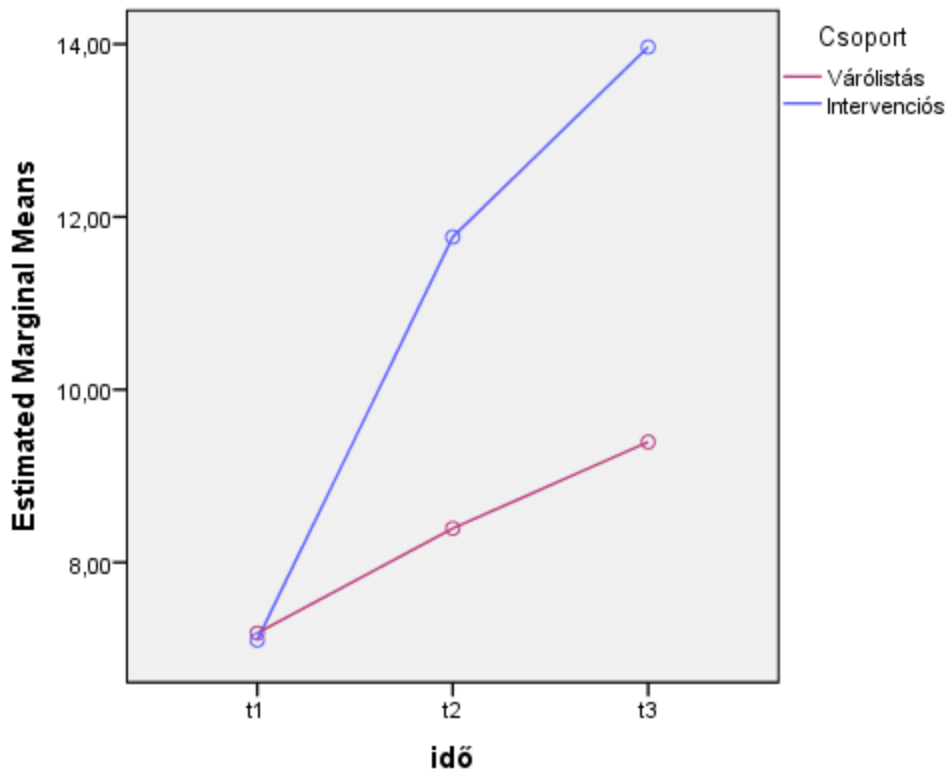
34. táblázat. Vizsgálati feltétel X eltelt idő interakció vizsgálat¹

	trend	F	df	p	Parciális η^2
CDPQ	lineáris	21,149	1	< 0,001	0,257
	kvadrátikus	0,363	1	0,549	0,006
WICDAN	lineáris	15,214	1	< 0,001	0,200
	kvadrátikus	1,648	1	0,204	0,026
SVF_I-10	lineáris	4,153	1	0,046	0,064
	kvadrátikus	6,587	1	0,013	0,097
SAAI-P	lineáris	0,262	1	0,611	0,004
	kvadrátikus	1,029	1	0,314	0,017
ERC_labilitás	lineáris	1,440	1	0,235	0,023
	kvadrátikus	1,397	1	0,242	0,022
ERC_szabályozás	lineáris	0,006	1	0,939	0,000
	kvadrátikus	0,248	1	0,620	0,004

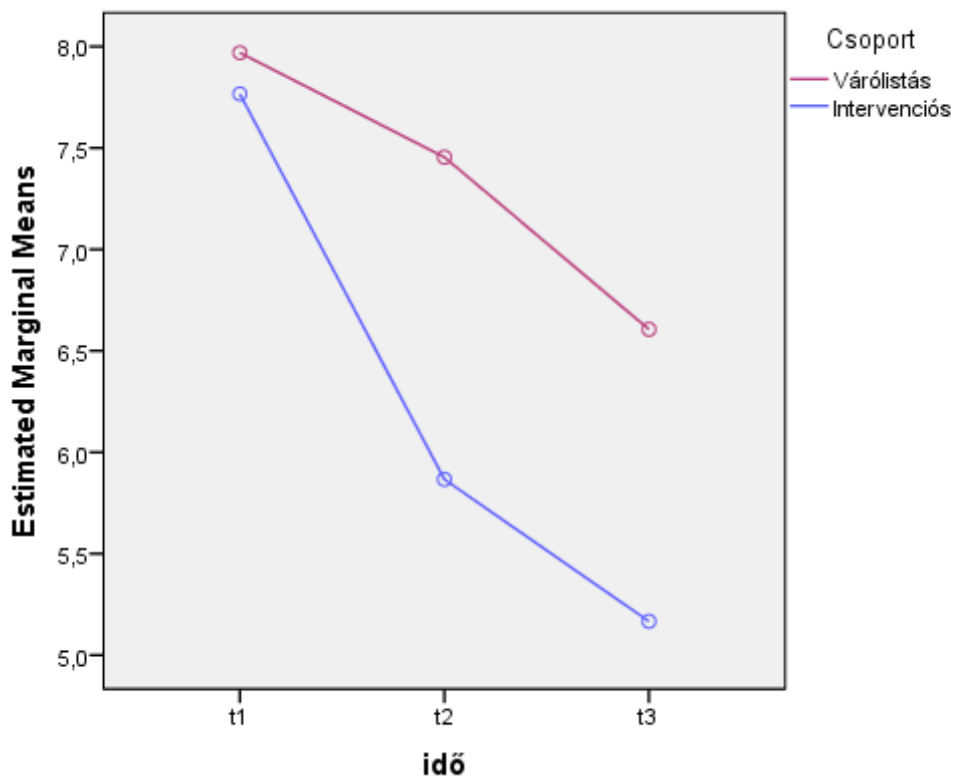
¹A szignifikáns hatások kerültek kiemelésre: szürkével az alacsony ($0,02 \leq \eta_p^2 < 0,13$) és kékkel a közepes ($0,13 \leq \eta_p^2 < 0,26$) hatáserősségűek.



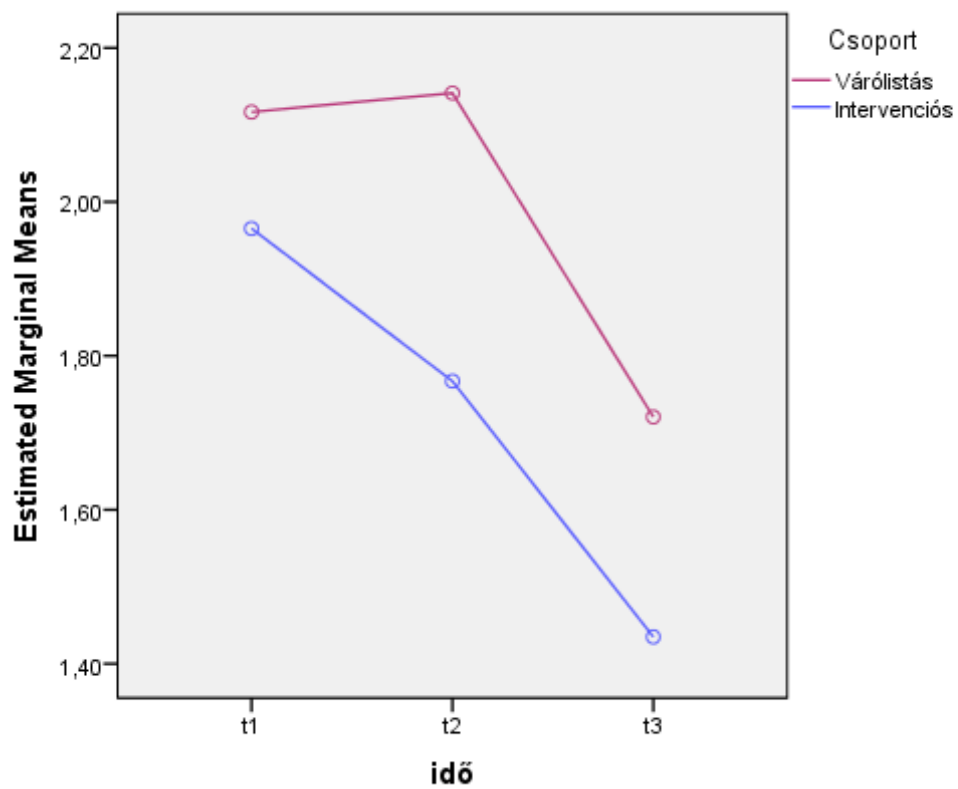
13. ábra. CDPQ idői változása



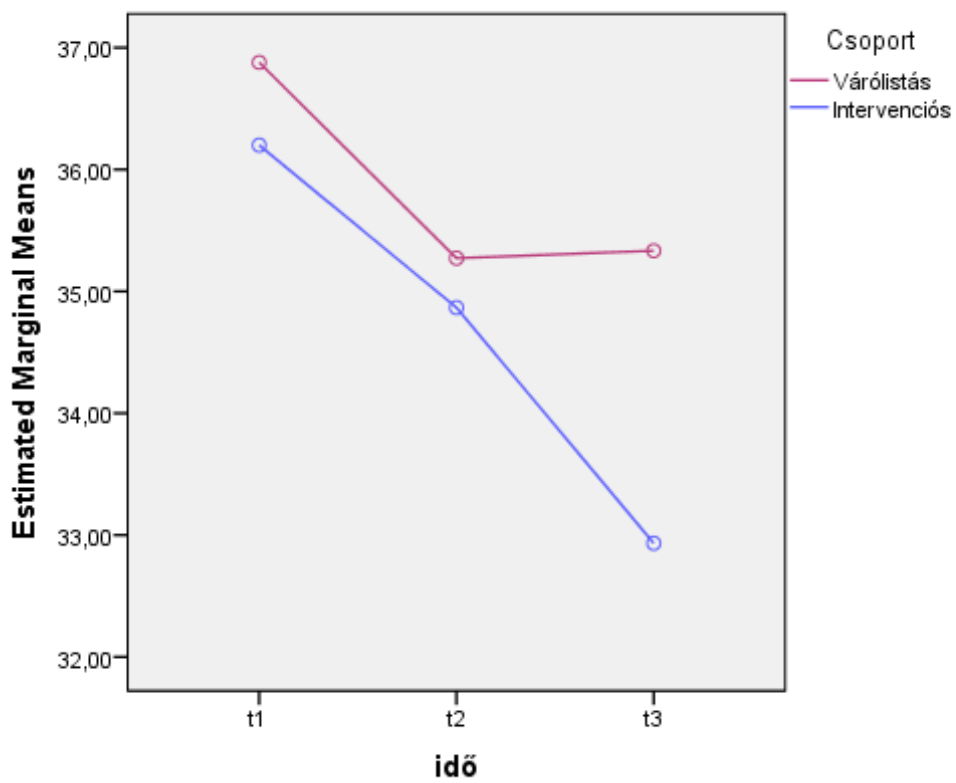
14. ábra. WICDAN idői változása



15. ábra. SVF_1-10 idői változása



16. ábra. SAAI-P idői változása



17. ábra. ERC_labilitás idői változása

Második lépésben vizsgálati feltétel szerinti csoportbontásban vizsgáltuk meg, összetartozó mintás variancia-analízisekkel, hogy azokban az esetekben, ahol az eltelt idő vagy az 'eltelt idő X vizsgálati feltétel' interakció szignifikáns összefüggésben állt a változókkal, milyen hatáserőséggel befolyásolta az egyes változók módosulásait (lásd 35. táblázat). Az elemzés eredményeiből és a kapott hatáserőségekből kirajzolódik, hogy a sötétől való félelem mutatóin és az éjszakai viselkedés adaptivitásán a várólistás és az intervenciós csoport egyaránt javult az idő elteltével, azonban az intervenciós csoport jelentősebb mértékben. A szeparációs szorongás közel azonos fokban változott a két csoportban, míg az érzelmi labilitás kizárólag az intervenciós csoportban csökkent az idővel, közepes hatáserőséggel.

35. táblázat. Eltelt idő hatása vizsgálati feltétel szerinti csoportbontásban¹

Változó	Csoport	Trend	F	df	p	Parciális η^2
CDPQ	Várólistás	lineáris	8,938	1	0,005	0,218
		kvadratikus	2,578	1	0,118	0,075
	Intervenciós	lineáris	74,397	1	< 0,001	0,720
		kvadratikus	0,820	1	0,373	0,028
WICDAN	Várólistás	lineáris	7,907	1	0,008	0,198
		kvadratikus	0,028	1	0,868	0,001
	Intervenciós	lineáris	57,658	1	< 0,001	0,665
		kvadratikus	4,163	1	0,051	0,126
SVF_I-10	Várólistás	lineáris	12,781	1	0,001	0,285
		kvadratikus	0,685	1	0,414	0,021
	Intervenciós	lineáris	29,524	1	< 0,001	0,504
		kvadratikus	7,335	1	0,011	0,202
SAAI-P	Várólistás	lineáris	4,883	1	0,034	0,132
		kvadratikus	3,832	1	0,059	0,107
	Intervenciós	lineáris	7,578	1	0,010	0,207
		kvadratikus	0,435	1	0,515	0,015
ERC_labilitás	Várólistás	lineáris	2,415	1	0,130	0,070
		kvadratikus	2,575	1	0,118	0,074
	Intervenciós	lineáris	10,006	1	0,004	0,257
		kvadratikus	0,131	1	0,720	0,005

¹A szignifikáns hatások kerültek kiemelésre: kézzel a közepes ($0,13 \leq \eta_p^2 < 0,26$) és rózsaszínnel a magas ($0,26 \leq \eta_p^2$) hatáserőségek.

3.7.7. Az intervenció sikerességét befolyásoló változók

Annak érdekében, hogy megállapíthassuk, hogy *kik voltak azok* a személyek, akik nagyobb mértékben tudtak profitálni az intervenciós beavatkozásból, valamint, hogy *melyek voltak azok a terápiás tényezők*, amelyek az intervenció hatékonyságát befolyásolták, kevert lineáris modelleket alkalmaztunk. Az alacsony mintaelemszám okán a feltételezett rögzített hatásokat, az idői változóval (0, 5, 20 hét) közösen, egy-egy különálló modellben vizsgáltuk meg, és a modellek random hatásként tartalmazták a résztvevők kutatási sorszámát is.

A rögzített hatások egyik csoportját az intervenció kimenetét potenciálisan befolyásoló, beavatkozást megelőzően felmért bemeneti változók alkották. A gyermekkori szorongásos zavarok kognitív viselkedésterápiájának sikerét a korábbi kutatások egy részében befolyásolni látszott a szorongásos diagnózis típusa, a tünetek súlyossága, a komorbid zavarok megléte és a szülők pszichopatológiája, míg a demográfiai változók jelentősége többnyire inkább cáfolatot nyert (Knight et al., 2014). Ugyanakkor, mivel a sötétől való félelem szülő által támogatott terápiája, különösen biblioterápiája esetén a terápia hatékonyságát befolyásoló bemeneti változókról nincsenek információink, így jelen vizsgálatban elemeztük a gyermek nemének, a szülő általános szorongásának és érzelemszabályozási nehézségeinek, valamint szubjektív szocioökonómiai státuszának a kimeneti változókra az eltelt idő függvényében kifejtett hatását. Azt is elemeztük továbbá, hogy a *Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív* alapján fennálló kezdeti sötétségfóbia (a fóbia hiányával összevetve), és a *Képességek és Nehézségek Kérdőív* alapján fennálló kezdeti rendellenes mértékű érzelmi tünetek (az érzelmi tünetek hiányával összevetve) befolyásolták-e a kimeneti változók idői módosulásait.

A rögzített hatások másik csoportját az intervenciós időszak bizonyos mutatói alkották. Az elárasztás és a szisztematikus deszenzitizáció a specifikus fóbiák (Wolitzky-Taylor et al., 2008) és a sötétől való félelem (Santacruz et al., 2006; Sheslow et al., 1983) kognitív viselkedésterápiájának fontos eleme, a hatásának vizsgálata azonban sok esetben nem különült el megbízhatóan az egyéb terápiás elemek hatékonyságának vizsgálatától (Mikulas et al., 1986; Rafihi-Ferreira et al., 2018; Santacruz et al., 2006; Stewart & Gordon, 2014). Ezért jelen vizsgálatban a következő tényezők hatékonyságra kifejtett hatását elemeztük: megerősítés alkalmazása (igen/nem), deszenzitizációs játékokkal töltött percek száma, relaxációs játékkal töltött percek száma, és hogy a gyermek milyen mértékben élvezte a könyv használatát más könyvekkel összevetve.

A kimeneti változók körét azok a sötétől való félelmet felmérő, valamint sötétől való félelemhez kapcsolódó változók alkották, amelyek a korábbi elemzések alapján az intervenciók során idői változást mutattak, vagyis: (1) a sötétől való félelem fóbiás tünetei (*CDPQ*), (2) a sötétől való félelem vizuális analóg skálán megítélt intenzitása (*SVF-1-10*), (3) az éjszakai viselkedés adaptivitása (*WICDAN*), (4) az érzelmi labilitás (*ERC_labilitás*) és (5) a szeparációs szorongás (*SAAI-P*).

Bemeneti változók hatása a hatékonyságra

Amint az a 36. és 37. táblázatokból látható, a nem a sötétől való félelem intenzitásának csökkenése esetén bizonyult jelentősnek: a lányok sötétől való félelmének intenzitása nagyobb mértékben csökkent a 20 hetes időtartam alatt. Az, hogy a gyermek a vizsgálat kezdetén küzdött-e jelentős mértékű érzelmi tünetekkel vagy sötétségfóbiával, nem befolyásolta egyik vizsgált kimeneti változó idői változását sem, ahogy a szülő szubjektív szocioökonómiai státusza és általános szorongásának szintje sem (lásd 38. – 41. táblázat).

A szülő érzelemszabályozási nehézségeinek összessége ugyanakkor hozzájárult a gyermek érzelmi labilitásának és szeparációs szorongásának idői változásához (lásd 42. táblázat), mégis eltérő irányban (lásd 43. táblázat). A Pearson-féle korrelációk tanúsága szerint, minél magasabb volt a szülő érzelemszabályozási nehézségeinek átlaga a vizsgálat kezdetén, gyermeke annál nagyobb mértékű javulást mutatott a szeparációs szorongás vonatkozásában az 5. és a 20. hétre egyaránt. Ezzel szemben minél magasabb volt a szülő érzelemszabályozási nehézségeinek átlaga a vizsgálat kezdetén, gyermeke annál kisebb mértékű javulást mutatott az érzelmi labilitás vonatkozásában az 5. hétre.

Intervenciók időszak mutatóinak hatása a hatékonyságra

A megerősítés alkalmazása nem befolyásolta a kimeneti változók idői változásait (lásd 44. táblázat). A deszenzitizációs és relaxációs játékokkal töltött idő ugyanakkor hozzájárult a szeparációs szorongás és az éjszakai viselkedés adaptivitásának idői módosulásaihoz (lásd 45. és 46. táblázat). Az idői változást Pearson-féle korrelációval megvizsgálva (lásd 47. táblázat) azt mondhatjuk, hogy minél több időt töltött a gyermek deszenzitizációs játékokkal, annál nagyobb mértékben csökkent szeparációs szorongása és nőtt éjszakai viselkedésének adaptivitása az 5. és a 20. hétre egyaránt. Továbbá minél több időt töltött a gyermek relaxációs játékokkal, annál nagyobb mértékben csökkent szeparációs szorongása az 5. hétre, és nőtt éjszakai viselkedésének adaptivitása az 5. és a 20. hétre. Az, hogy a gyermek mennyire élvezte a könyv használatát más könyvekkel összevetve nem befolyásolta a kimeneti változók idői változásait (lásd 48. táblázat).

36. táblázat. Nem és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							NEM x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	65,27	< 0,001	-5,87	67,84	-0,22	-0,30	-0,15	0,28	0,598	-0,53	81,67	-0,03	-0,13	0,08
SVF_1-10	30,09	< 0,001	-5,75	72,54	-0,14	-0,19	-0,09	4,60	0,035	2,15	86,94	0,07	0,01	0,14
WICDAN	45,55	< 0,001	5,56	58	0,33	0,21	0,45	0,72	0,399	-0,85	58	-0,08	-0,25	0,10
ERC_labilitás	10,42	0,002	-2,54	64,12	-0,16	-0,29	-0,04	0,03	0,876	0,16	71,76	0,01	-0,17	0,19
SAAI-P	11,29	0,001	-2,25	66,37	-0,02	-0,04	> -0,01	0,20	0,660	-0,44	77,03	-0,01	-0,03	0,02

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

37. táblázat. Idő hatása az SVF_1-10 változóra nemi bontásban¹

Függő változó	FIÚK							LÁNYOK						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
SVF_1-10	7,11	0,013	-2,67	27,00	-0,07	-0,13	-0,02	25,33	< 0,001	-5,03	31	-0,15	-0,21	-0,09

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

38. táblázat. Érzelmi tünetek és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							ÉRZELMI TÜNETEK x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	65,53	< 0,001	-5,71	58	-0,23	-0,30	-0,15	0,09	0,766	-0,30	58	-0,02	-0,13	0,10
SVF_1-10	31,31	< 0,001	-3,10	58,00	-0,09	-0,14	-0,03	1,87	0,177	-1,37	58,00	-0,06	-0,14	0,03
WICDAN	46,57	< 0,001	4,56	58	0,27	0,15	0,39	0,35	0,554	0,60	58	0,05	-0,12	0,23
ERC_labilitás	11,06	0,002	-1,72	58,00	-0,11	-0,24	0,02	0,95	0,334	-0,98	58,00	-0,09	-0,28	0,10
SAAI-P	11,24	0,001	-2,13	58	-0,02	-0,04	> -0,01	0,20	0,661	-0,44	58	-0,01	-0,04	0,02

¹A szignifikáns összefüggések késsel kerültek kiemelésre.

39. táblázat. Sötétségfóbia és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							SÖTÉTSÉGFOBIA x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	42,64	< 0,001	-7,41	58	-0,24	-0,31	-0,18	0,39	0,533	0,63	58	0,04	-0,09	0,18
SVF_1-10	23,95	< 0,001	-4,50	58,00	-0,11	-0,15	-0,06	0,29	0,590	-0,54	58,00	-0,03	-0,12	0,07
WICDAN	30,33	< 0,001	6,16	58	0,31	0,21	0,41	0,20	0,659	-0,44	58	-0,05	-0,25	0,16
ERC_labilitás	7,21	0,009	-2,89	58,00	-0,16	-0,27	-0,05	0,01	0,916	0,11	58,00	0,01	-0,22	0,24
SAAI-P	8,37	0,005	-2,84	58	-0,03	-0,04	-0,01	0,02	0,880	-0,15	58	> -0,01	-0,04	0,03

¹A szignifikáns összefüggések késsel kerültek kiemelésre.

40. táblázat. Szocioökonómiai státusz (SES) és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							SES x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	64,53	< 0,001	-6,61	68,32	-0,25	-0,32	-0,17	0,38	0,539	0,62	81,68	0,03	-0,07	0,13
SVF_1-10	28,57	< 0,001	-4,91	72,55	-0,13	-0,18	-0,08	0,99	0,324	0,99	86,95	0,03	-0,03	0,10
WICDAN	45,54	< 0,001	5,18	58,00	0,31	0,19	0,43	0,11	0,742	-0,33	58,00	-0,03	-0,21	0,15
ERC_labilitás	10,22	0,002	-2,90	64,09	-0,19	-0,31	-0,06	0,50	0,484	0,70	71,82	0,06	-0,12	0,24
SAAI-P	11,24	0,001	-2,34	65,97	-0,02	-0,04	> -0,01	0,09	0,764	-0,30	76,73	> -0,01	-0,03	0,02

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

41. táblázat. Általános szülői szorongás (GAD-7) és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							GAD-7 x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	15,50	< 0,001	-3,94	58	-0,24	-0,36	-0,12	0,01	0,906	0,12	58	< 0,01	-0,02	0,02
SVF_1-10	7,21	0,009	-2,69	58	-0,12	-0,20	-0,03	0,02	0,899	0,13	58	< 0,01	-0,01	0,02
WICDAN	12,75	0,001	3,57	58,00	0,33	0,15	0,52	0,16	0,689	-0,40	58	-0,01	-0,04	0,03
ERC_labilitás	3,73	0,058	-1,93	58,00	-0,20	-0,40	0,01	0,20	0,657	0,45	58,00	0,01	-0,03	0,04
SAAI-P	1,58	0,215	-1,26	58,00	-0,02	-0,05	0,01	0,13	0,716	-0,37	58,00	> -0,01	-0,01	0,01

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

42. táblázat. Szülői érzelmszabályozási nehézségek (*DERS_átlag*) és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							DERS_átlag x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	0,36	0,551	-0,60	58,00	-0,07	-0,30	0,16	2,24	0,140	-1,50	58,00	-0,01	-0,03	< 0,01
SVF_1-10	0,60	0,444	-0,77	58,00	-0,06	-0,23	0,10	0,36	0,550	0,60	58,00	> -0,01	-0,02	0,01
WICDAN	1,59	0,212	1,26	58,00	0,22	-0,13	0,58	0,19	0,662	0,44	58,00	0,01	-0,02	0,03
ERC_labilitás	1,33	0,254	1,15	58,00	0,22	-0,16	0,59	4,20	0,045	-2,05	58,00	-0,03	-0,06	> -0,01
SAAI-P	2,24	0,140	1,50	58,00	0,04	-0,02	0,10	5,95	0,018	-2,44	58,00	-0,01	-0,01	> -0,01

¹A szignifikáns összefüggések késsel kerültek kiemelésre.

43. táblázat. Szülői érzelmszabályozási nehézségek (*DERS_átlag*) összefüggései *ERC_labilitás* és *SAAI-P* idői változásával¹²

	DERS_átlag	
	r _s	p
t2 Δ SAAI-P	0,481	0,007
t3 Δ SAAI-P	0,410	0,024
t2 Δ ERC_labilitás	-0,394	0,031
t3 Δ ERC_labilitás	0,236	0,208

¹A nagyobb delta érték nagyobb javulást mutat (t2 delta esetén a második, t3 delta esetén pedig a harmadik kérdőívcsomagon kapott érték került kivonásra az első kérdőívcsomagon kapott értékből). ²A szignifikáns összefüggések késsel kerültek kiemelésre.

44. táblázat. Megerősítés (alkalmaztak/nem alkalmaztak) és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							MEGERŐSÍTÉS x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becslült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becslült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	64,92	< 0,001	-6,07	58	-0,24	-0,32	-0,16	0,06	0,813	0,24	58	0,01	-0,10	0,13
SVF_1-10	29,48	< 0,001	-3,86	58	-0,11	-0,16	-0,05	0,03	0,872	-0,16	58	-0,01	-0,09	0,08
WICDAN	45,71	< 0,001	4,99	58,00	0,30	0,18	0,42	< 0,01	0,960	-0,05	58,00	> -0,01	-0,18	0,17
ERC_labilitás	10,43	0,002	-2,42	58,00	-0,16	-0,29	-0,03	0,01	0,942	0,07	58,00	0,01	-0,19	0,20
SAAI-P	11,15	0,001	-2,23	58,00	-0,02	-0,04	> -0,01	0,09	0,771	-0,29	58,00	-0,01	-0,04	0,03

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

45. táblázat. Deszenzitizációs játékokkal töltött percek száma és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							DESZENZITIZÁCIÓ x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becslült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becslült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	14,76	< 0,001	-3,84	52	-0,17	-0,27	-0,08	2,79	0,101	-1,67	52	> -0,01	> -0,01	> -0,01
SVF_1-10	9,29	0,004	-3,05	52	-0,10	-0,16	-0,03	0,59	0,447	-0,77	52	> -0,01	> -0,01	< 0,01
WICDAN	7,83	0,007	2,80	52,00	0,18	0,05	0,31	4,01	0,050	2,00	52,00	< 0,01	-1,72	< 0,01
ERC_labilitás	0,54	0,464	-0,74	52,00	-0,06	-0,21	0,10	2,05	0,159	-1,43	52,00	> -0,01	> -0,01	< 0,01
SAAI-P	0,09	0,766	0,30	52	< 0,01	-0,02	0,03	12,25	0,001	-3,50	52	> -0,01	> -0,01	> -0,01

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

46. táblázat. Relaxációs játékkal töltött percek és idő hatása a függő változókra¹

Függő változó	IDŐ							RELAXÁCIÓ x IDŐ						
	Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becslült értéke (estimate)					Rögzített hatás III-as típusú tesztje		Rögzített hatás becslült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	33,13	< 0,001	-5,76	52	-0,23	-0,30	-0,15	0,07	0,798	-0,26	52,00	> -0,01	> -0,01	< 0,01
SVF_1-10	18,37	< 0,001	-4,29	52,00	-0,12	-0,17	-0,06	< 0,01	0,997	> -0,01	52,00	-2,35	> -0,01	< 0,01
WICDAN	14,98	< 0,001	3,87	52	0,21	0,10	0,31	4,10	0,048	2,03	52	< 0,01	2,64	0,01
ERC_labilitás	4,34	0,042	-2,08	52	-0,14	-0,27	-0,01	< 0,01	0,957	-0,06	52	-9,49	> -0,01	< 0,01
SAAI-P	1,73	0,194	-1,32	52	-0,01	-0,03	0,01	4,27	0,044	-2,07	52	> -0,01	> -0,01	-1,58

¹A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

47. táblázat. A deszenzitizációs és relaxációs játékokkal töltött percek számának összefüggései a SAAI-P és a WICDAN idői változásával¹²

	Deszenzitizáció (percek)		Relaxáció (percek)	
	r _s	p	r _s	p
t2 Δ SAAI-P	0,525	0,005	0,384	0,048
t3 Δ SAAI-P	0,549	0,003	0,356	0,069
t2 Δ WICDAN	0,610	0,001	0,389	0,045
t3 Δ WICDAN	0,519	0,006	0,462	0,015

¹A nagyobb delta érték nagyobb javulást mutat (SAAI-P esetén a második két kérdőívcsomagon kapott érték került kivonásra az első kérdőívcsomagon kapott értékből, a WICDAN esetén pedig fordítva). ²A szignifikáns összefüggések kékkel kerültek kiemelésre.

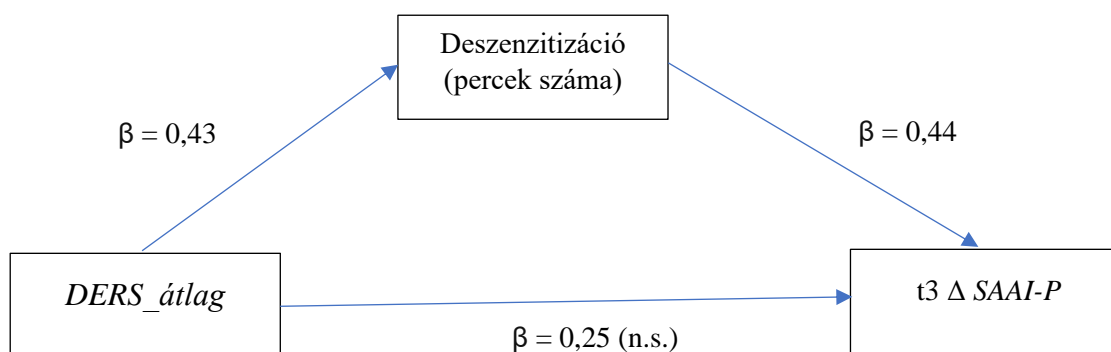
48. táblázat. Könyv élvezetessége a gyerek számára és idő hatása a függő változókra

Függő változó	IDŐ							ÉLVEZETESSÉG x IDŐ						
	Rögzített hatás III- as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)					Rögzített hatás III- as típusú tesztje		Rögzített hatás becsült értéke (estimate)				
	F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI		F	p	t	df	Becsült érték (estimate)	95% CI	
						LL	UL						LL	UL
CDPQ	2,58	0,114	-1,61	58	-0,15	-0,34	0,04	0,88	0,353	-0,94	58	-0,02	-0,07	0,02
SVF_1-10	0,06	0,809	-0,24	58	-0,02	-0,15	0,12	2,34	0,132	-1,53	58,00	-0,02	-0,06	0,01
WICDAN	2,40	0,127	1,55	58,00	0,22	-,07	0,51	0,32	0,576	0,56	58,00	0,02	-0,05	0,09
ERC_labilitás	0,17	0,679	-0,42	58,00	-0,07	-0,38	0,25	0,37	0,544	-0,61	58,00	-0,02	-0,10	0,05
SAAI-P	0,42	0,519	-0,65	58	-0,02	-0,07	0,03	0,15	0,697	-0,39	58,00	> -0,01	-0,01	0,01

Tekintve, hogy mind a kezdeti szülői érzelmszabályozási nehézségek, mind a deszenzitizációs játékokkal töltött percek száma hozzájárult a gyermekek szeparációs szorongásának csökkenéséhez, és a korábbi elemzésekben a kezdeti szülői érzelmszabályozási nehézségek mértéke a deszenzitizációs játékokkal töltött percek számával is pozitív együttjárást mutatott, mediációs modellek tesztelését láttuk szükségesnek. Azt feltételeztük, hogy a szülői érzelmszabályozási nehézségek a deszenzitizációs játékok fokozott alkalmazása által vezetnek a szeparációs szorongás nagyobb ütemű csökkenéséhez. Hipotézisünk tesztelésére az IBM SPSS AMOS 24.0 programot alkalmaztuk, amelyben egy-egy 2000 mintás bootstrap elemzéssel készült útvonal modellben vizsgáltuk meg a kiinduló *DEERS* átlagpontszám és a deszenzitizációval töltött percek számának hatását a *SAAI-P* ötödik és huszadik hétre bekövetkező változására.

Az útvonal-elemzések tanúsága szerint a szeparációs szorongás ötödik hétre történő csökkenését (lásd 18. ábra) a kezdeti szülői érzelmszabályozási nehézségek magasabb szintje közvetlenül is befolyásolni látszott, még hozzá pozitív irányban, akár csak a deszenzitizációs játékokkal töltött percek száma. Az elemzésben mindhárom útvonal szignifikáns ($p < 0,05$), és a teljes indirekt útvonal is szignifikánsnak bizonyult ($b = 0,030$; 95% CI = 0,002 – 0,078; $p = 0,026$), tehát egy részleges mediációs modellről beszélhetünk.

Ugyanakkor a huszadik heti utókövetésre vonatkozó útvonal-elemzésben (lásd 19. ábra) a direkt útvonal már nem volt szignifikáns, míg a másik két útvonal igen ($p < 0,05$), akár csak a teljes indirekt útvonal ($b = 0,059$; 95% CI = 0,016 – 0,112; $p = 0,010$). A szeparációs szorongás huszadik hétre történő csökkenése esetén tehát a kezdeti szülői érzelmszabályozási nehézségek közvetlen hatása már nem állt fenn, hatását ekkor a deszenzitizációs játékokkal töltött idő teljes mértékben mediálta.



18. ábra. Kezdeti *DEERS* és deszenzitizációs játékokkal töltött percek számának hatása a *SAAI-P* huszadik hétre történő változására

3.8. Szubjektív szülői elégedettség az intervenciós csoportban

Az intervenciót elvégző 30 szülő közül 17 vélte úgy, hogy a könyv segített csökkenteni gyermeke sötétől való félelmét, 4-en azt gondolták, hogy a könyv nem segített és 9-en bizonytalanok voltak ebben. A csökkenés mértékét 12 szülő kicsinek, 10 fő közepes mértékűnek, 4 fő nagymértékűnek ítélte, és egy szülő úgy nyilatkozott, hogy gyermeke sötétől való félelme teljesen megszűnt. A szülő által észlelt csökkenés mértéke Spearman-féle rangkorrelációval vizsgálva közepes mértékben korrelált a fóbiás tünetek (*CDPQ*) elsőről második felmérésre való csökkenésével ($r_s = 0,542$, $p = 0,003$), valamint együttjárt a szülői szubjektív elégedettséggel ($r_s = 0,674$, $p < 0,001$) és azzal, hogy a gyermek a szülő szerint mennyire élvezte a könyv használatát ($r_s = 0,417$, $p = 0,022$).

27 fő ajánlana a könyvet ismerőseinek, amennyiben gyermekük fél a sötétben, míg hárman nem ajánlanák. Ötfokú skálákon a *Fényapó* könyv egészével való szülői elégedettség átlagértéke 4,07 (SD = 0,98), annak az átlagos mértéke, hogy a gyermek mennyire élvezte a könyv olvasását és a hozzá kapcsolódó játékokat más könyvekkel összevetve 3,97 (SD = 1,30) és a szülői útmutató ítélt hasznossága 4,54 (SD = 0,64) volt.

Egymintás t-próbát alkalmazva megállapíthatjuk, hogy mindhárom érték szignifikánsan magasabb, mint a skálák középértéke (3), vagyis a szülők elégedettek voltak a könyvvel ($t_{(29)} = 5,960$, $p < 0,001$), úgy ítélték meg, hogy gyermekük élvezte annak használatát ($t_{(29)} = 4,075$, $p < 0,001$), és akik legalább részben elolvasták, ők hasznosnak ítélték a szülői útmutatót ($t_{(27)} = 12,752$, $p < 0,001$).

Az ötletes intervenciós periódus végén felmért szülői elégedettség együttjárt a gyermek kezdeti sötétől való félelmének intenzitásával ($r_s = 0,370$, $p = 0,044$) és éjszakai viselkedésének adaptivitásának mértékével ($r_s = -0,364$, $p = 0,048$), a sötétől való félelem intenzitásának elsőről második időpontra való csökkenésével ($r_s = 0,334$, $p < 0,001$), és azzal, hogy a gyermek mennyire élvezte a könyv használatát ($r_s = 0,722$, $p < 0,001$).

3.9. Szubjektív szülői megjegyzések a Fényapó könyvvel kapcsolatban

A *Vizsgálati napló*ban kifejtős kérdésként helyet kaptak a játékok alkalmazásakor tapasztalt nehézségek, emellett a szülőknek a második kérdőívben is helyet biztosítottunk „egyéb megjegyzéseik” írásos kifejtésére.

A deszenzitizációs játékok kapcsán a szülők által gyakran megfogalmazott nehézség volt a kiváltott félelem, és a gyermek részéről tapasztalt ellenállás pl.: „Nem akarta, hogy teljes sötétség legyen a lakásban, aztán nem akart játszani sem.”, vagy „Túl sötét volt, a szoba középig

OK volt, utána lefagyott”, vagy „Egyáltalán nem volt hajlandó elindulni keresni.”. Ez különböző esetekben különböző kimenetekhez vezetett, hol sikerélményhez [“Szorongott, de a végére bátor lett és nagyon büszke volt ahogy én is. :) Este elaludt egyedül és végig aludta az éjjelt.”; “Váratlan és erős félelem a villanykapcsolós játék alatt. Pár perc alatt enyhült és folytattuk a játékot. (Felajánlottuk a befejezés lehetőségét, a gyermekem kérte a folytatást).”], hol pedig a feladat befejezéséhez (“Egy idő után félni kezdett, akkor abbahagytuk.”). Összességében, a 27 fő esetén, akiktől rendelkezésre állnak a *Vizsgálati napló* adatai 12 szülő említette nehézségként a játékok során fellépő félelmet, szorongást (amelyen hét esetben felül tudtak kerekedni, három esetben azonban kudarchoz/ a játék felfüggesztéséhez vezetett, két eset kimenete pedig nem ismert). Ketten említették a gyermek ellenállását, a félelem, mint ok megnevezése nélkül.

A *Rongykutya* relaxációs játékot is többen találták nehéznek, összesen heten, arról számolva be például, hogy a gyerekek nehézséget okozott az ellazulás, a levegő lassú kifújása, vagy a feladat komolyan vétele.

A félelem tárgyát átrajzoló játék kapcsán három meglátás érkezett, mindhárom inkább pozitív volt: „Még nem nagyon tud rajzolni, így együtt rajzoltuk le és ő tépte szét, ami nagyon tetszett neki.”, “Elsőre nem tudta hogyan rajzolja át, kellett segíteni, de aztán sokáig lelkesen csinálta egyedül.”, “Túl izgatott lett, de tetszett neki, többször is lerajzolta.”.

A *Vizsgálati napló*ban ketten jegyezték meg, hogy a könyv túlságosan unalmas volt, egy szülő említette nehézségként a szabályok megértését, és azt, hogy nehéz volt időt szakítani a játékokra. Ketten találták problémának, hogy gyermekük túlságosan felgyorsult, vagy nem akarta abbahagyni a játékokat.

A második kérdőívcsomag egyéb megjegyzései közül a legtöbbször említett probléma az volt, hogy a könyv „önmagáért” való, mesekönyvként olvasása unalmas (ezt hatan említették), a történet túlságosan amerikai és erőltetett, amivel a magyar gyerekek nehezen azonosulnak.

A megjegyzések összessége mégis inkább pozitív képet festett, a történet unalmassága mellett rendszerint kifejezésre került a játékok élvezhetősége is. „A játékok az erősségei a módszernek, a történet nekünk túl "amerikai" volt, célszerű lenne egy európaibb verzió megírása.” - írta egy szülő. Azt mindössze egy édesanya emelte ki, hogy a könyv feladatai túlságosan nehezek voltak gyermekének, és nehezményezte, hogy olyan, mintha a főhős nem is igazán félne a sötétben (mert minden feladat könnyedén sikerül neki). A grafikát ketten kifogásolták, mint amely túlságosan nyers.

4. Megvitatás

A *Második vizsgálat* célja a *Fényapó villanyt kapcsol, avagy hogyan győzte le Sam félelmét a sötétől* című önségítő könyv hatékonyságának vizsgálata volt, olyan 3-8 éves gyerekek körében, akik a vizsgálat kezdetén az átlagosnál nagyobb mértékben féltek a sötétől. A kutatásban tehát a külföldi hatékonyságvizsgálatok többségével (Kushnir & Sadeh, 2012; Lewis et al., 2015; Santacruz et al., 2006) szemben enyhébb fokú sötétől való félelemmel bíró gyermekek is részt vettek. Az aktuális sötétől való félelemmel vagy egyéb internalizáló problémával összefüggő pszichológiai vagy pszichiátriai szakellátáson való részvétel kizáró tényező volt. A kezeletlen klinikai vagy szubklinikai szintű pszichés problémák fennállása ugyanakkor nem volt kizáró tényező, hiszen ezek éjszakai félelemmel való társulása gyakori (Kushnir et al., 2014; Muris et al., 2001; Zisenwine et al., 2013), így vélhetően a mesekönyv jövőbeni célcsoportját alkotó gyermekek sem kizárólag sötétől való félelemmel küzdenek majd.

A kutatás tervezésekor szem előtt tartottam a Gordon és munkatársai (2007b) tanulmányában megfogalmazott ajánlásokat, így a kontrollcsoport alkalmazásának szükségességét, a minta alapvető demográfiai jellegzetességeinek felmérését és ismertetését, a sötétől való félelem többféle eszközzel való felmérését, a probléma súlyosságának tisztázását és a lehetséges hatásmechanizmusok feltárását. Szerzők ajánlásai közül nem sikerült azonban megvalósítani az intervenció nem-specifikus elemeinek hatásvizsgálatát és a figyelem-placebo kontrollcsoport alkalmazását. Az ezekből fakadó kérdéseket későbbi vizsgálatok tisztázhatják.

A vizsgálat alapvető hipotézise az volt, hogy a *Fényapó* önségítő könyv **várólistás kontrollcsoport**hoz viszonyítva **szignifikáns mértékben csökkenti a gyerekek sötétől való félelmének mértékét és ahhoz kapcsolódó fóbiás tünetek előfordulását, valamint hozzájárul éjszakai viselkedésük adaptívitásának növekedéséhez.**

Feltételeztem továbbá, hogy az intervencióban való részvétel **a gyerekek érzelemszabályozására és szeparációs szorongására** is kedvező hatást gyakorol. Végezetül, a kutatás célja volt a hatékonyságot illető **moderátor és mediátor tényezők** feltárása.

A vizsgálatban való részvétel egy-egy család esetén összesen húsz hetet ölelt fel, amely során három szülői kérdőíves felmérés történt, a vizsgálat kezdetén, majd pedig azt öt- és húsz héttel követően. A várólistás csoport a kérdőíveket online töltötte ki, és a harmadik kérdőívcsomag kitöltését követően kapta meg az önségítő könyvet, amelynek használatát esetükben már nem monitoroztam.

Az intervenciós csoport ezzel szemben az önsegítő könyvet a vizsgálat kezdetén megkapta és öt hétig alkalmazta, amelyről vizsgálati naplót is vezetett. Emellett a szülőkkel az első két adatgyűjtéskor személyes találkozó is megvalósult, és ekkor a gyermekkel is felvételre került egy éjszakai félelemre vonatkozó vizuális-analóg skála.

A csoportokba történő besorolás a résztvevők lakhelyének függvényében történt, így az intervenciós csoportban felülreprezentáltak voltak a budapesti lakosok. A két csoport ugyanakkor nem különbözött egymástól sem a szülők iskolai végzettsége, sem szubjektív szocioökonómiai státusza vonatkozásában. A vizsgálat kezdetén a várólistás és az intervenciós csoport egyik szülői kérdőíves mérőeszköz tekintetében sem különbözött egymástól, tehát a gyermekek sötétől való félelme, éjszakai viselkedésének adaptivitása, szeparációs szorongása, internalizáló problémái, érzelemszabályozási készsége és érzelmi labilitása, és szülei érzelemszabályozási nehézségei és szorongása is azonos mértékű volt a két csoportban.

Az első kérdőívcsomagot összesen 73 szülő töltötte ki, mind a három felmérésben pedig 63 szülő vett részt, vagyis a lemorzsolódás aránya 13,7% volt, amely alacsonynak tekinthető (vö. Kendall & Sugarman, 1997). A lemorzsolódás nem függött a vizsgálati feltételtől: a várólistás csoport ugyanakkora arányban teljesítette a részvételt, mint az intervenciós csoport.

A lemorzsolódó 10 család esetén ugyanakkor a gyermekek a vizsgálat kezdetén alacsonyabb mértékű internalizáló problémákkal, szülei pedig alacsonyabb mértékű általános szorongással és érzelemszabályozási nehézségekkel bírtak. Ez összhangban van korábbi kutatások eredményeivel, melyekben a tünetek enyhébb foka szorongásos zavarral küzdő felnőttek (Issakidis & Andrews, 2004) és gyerekek (Kendall & Sugarman, 1997) esetén is a kezelés nagyobb arányú megszakításához vezetett. Ennek oka vélhetően a szenvedésnyomásból fakadó motiváció relatív hiánya.

4.1. Az első kérdőívcsomag leíró adatai és a minta jellemzése

4.1.1. A probléma súlyossága

Az adaptív éjszakai viselkedést felmérő *WICDAN* pontszámának átlaga a teljes mintán 7,14, a sötétől való félelem mértékének átlaga tízfokú skálán 7,87, gyakoriságának átlaga háromfokú skálán pedig 2,78 volt. A háromfokú gyakoriság skálán az 1-es választ (soha) értelemszerűen egyetlen szülő sem választotta, tehát Muris és munkatársai (2001) kategorizációját tekintve a gyerekek 100%-a félt éjszaka.

A *WICDAN* átlagértéke Lewis és munkatársai (2015) kutatásában sötétséget/egyedülletet illető specifikus félelemmel diagnosztizált gyerekek körében a kezelést megelőzően 7, a négyhetes

kezelési periódus végére 16,75 és az egy hónapos utókövetéskor 16,25 volt, a hatékonyságvizsgálatunkban résztvevő gyerekek éjszakai viselkedésének kezdeti adaptivitása 7,14-es átlagértékkel tehát a sötétségfóbiás gyerekek értékével egyezett meg.

Az intervenciós csoportba tartozó gyermekek saját félelmük mértékéről is beszámoltak, háromfokú vizuális analóg skálán, amelynek átlaga 2,03 volt. 26,7%-uk válaszolta azt, hogy nem szokott félni éjszaka, vagyis a gyerekek saját beszámolói alapján csupán 73,3%-uk félt éjszaka. Sokuk azonban annak ellenére válaszolta azt, hogy jól érzi magát éjszaka egyedül a sötétben, hogy éjszakai félelme tartalmáról, és az alkalmazott megküzdési stratégiáiról mégis beszámolt, ami arra enged következtetni, hogy számukra saját félelmük mértékének értékelése nehézséget jelentett. Elképzelhető, hogy a résztvevő kisgyermekek még nem rendelkeztek a vizuális-analóg skála megválaszolásához szükséges verbális készségekkel (vö. Eder, 1989, 1990; Muris et al., 2002), és/vagy az érzelmi fejlettségük még nem tette lehetővé számukra érzelmeik tudatos megértését és kifinomult nyelvi kifejezését (vö. Saarni et al, 2006).

Jelen résztvevők emellett az *Első vizsgálat* kvázi-egészséges óvodai mintájához képest alacsonyabb adaptív éjszakai viselkedéssel, nagyobb mértékű sötétől való félelemmel és a *CDPQ* skálán felmért sötétől való félelemmel összefüggő fóbiás tünetek és az anyai érzelemszabályozási nehézségek nagyobb mértékével voltak jellemezhetőek. A *CDPQ* skála alapján 15 gyerek (23,8%) sötétől való félelme valószínűsíthetően kimerítette a specifikus fóbia kritériumait (szemben az *Első vizsgálatban* résztvevő egy – 1,4% – ilyen gyermekkel). Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a hatékonyságvizsgálatban résztvevő gyerekek az átlagnál nagyobb mértékben féltek a sötétől, ugyanakkor félelmük csak az esetek kisebb részében volt a DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) kritériumai szerint szorongásos zavar mértékű.

A vizsgálatban résztvevő gyerekek szeparációs szorongásának mértéke nem volt kiugróan magas (vö In-Albon et al., 2013), internalizáló problémáik alapján azonban közel felük az „rendellenes” csoportba volt sorolandó és a csoportok átlagpontszámai (4,15 a várólistás, 4,23 az intervenciós csoport esetén) is a határeseti kategóriába estek. A résztvevők átlagpontszámai az 5-7 éves magyarországi óvodások (Birkás, Lakatos, Tóth, & Gervai, 2008) átlagpontszámánál (2,9) lényegesen magasabb volt, vagyis a hatékonyságvizsgálatban résztvevő gyerekek normál óvodás populációhoz viszonyítva nagyobb mértékű depresszív hangulati és szorongásos tünetekkel voltak jellemezhetőek.

4.1.2. Tartalom, megküzdés és eredet

Korábbi kutatásokhoz (Gordon et al., 2007a; Kopcsó & Láng, 2014; Muris et al., 2001) hasonlóan elemeztük a sötétől való félelem esetleges konkrét tárgyát, eredetét és a vele szemben alkalmazott megküzdési módokat. Jelen vizsgálatban, szemben a külföldi kutatásokkal (Gordon et al., 2007a; Muris et al., 2001) és hasonlóan a korábbi saját vizsgálatunkhoz (Kopcsó & Láng, 2014), a gyerekek éjszaka jelentkező félelmének az esetek kicsit több mint felében nem volt a szülő által ismert konkrét tárgya. Ezen esetekben joggal feltételezhetjük, hogy a gyerekek sötétől való félelme sokkal inkább egy bizonytalan kimenetelűnek észlelt szituációban fennálló szorongás (vö. Faludi, 1988; Kállai, 2008; Magnusson & Oláh, 2005), semmint a sötétől való konkrét félelem.

Az esetek egyharmadában a félelem tárgya valamilyen képzeleti kreáció volt (pl.: szellem, múmia, csontváz, szörny, sárkány stb.), a többi tartalom (állatok, környezeti fenyegetés, ijesztő gondolatok, ijesztő álmok, betörők, napközbeni történések) előfordulása egyenként nem érte el a 10%-ot. Eredményeink abban a tekintetben hasonlóak Muris és munkatársai (2001) eredményeihez, hogy a leggyakrabban előforduló konkrét tartalom az általuk vizsgált 4-6 évesek, és a jelen vizsgálatban résztvevő 3-8 évesek esetén is a képzeleti kreáció kategória volt, amely összhangban van az óvodás gyermekekre jellemző mágikus gondolkodással, és a külső és belső valóság-, a fantázia és a realitás megkülönböztetési nehézségével (Bauer, 1976; Zisenwine et al., 2013).

Az éjszakai félelemmel szemben említett megküzdési stratégiák között elsöprő többségben volt a társas támogatás igénybevétele, amivel a gyerekek 87,3%-a élt, és amely legtöbbször a szülő, esetenként a testvér segítségének vagy társaságának igénybevételét jelentette. Gyakori, a gyerekek 23,8%-a által alkalmazott stratégia volt továbbá a helyzet elkerülése, a villanykapcsolás vagy fénynél alvás. Mindez megfelel Muris és munkatársai (2001) eredményeinek, ahol a szülői segítségkéréssel saját bevallásuk szerint a gyerekek 44,2%-a, szüleik véleménye szerint pedig a gyerekek 38,2%-a élt, és az elkerülés a szülők által említett második leggyakoribb stratégia volt. Az, hogy vizsgálatomban a szülői segítségkérés aránya lényegesen magasabb volt, mint Muris és munkatársai (2001) kutatásában, értelemeszerűen következik abból a tényből, hogy a szülők jelen esetben egy intervenció hatékonyságvizsgálatra jelentkeztek, és a gyermek által történő szülői segítségkérés a gyermek félelmének szülő által legkönnyebben észlelhető jele. Ugyanakkor azt is érdemes megjegyezni, hogy Muris és munkatársai (2001) kutatásában a gyerekek jelentősen több egyéni érzelemszabályozási stratégiáról (pl. figyelemelterelés, aktív kontroll) számoltak be, mint

szüleik, így elképzelhető, hogy az ilyen típusú megküzdési módokat a szülők vizsgálatomban is alábecsülték. Az alkalmazott megküzdési stratégiákat a szülők Muris et al. (2001) kutatásához hasonlóan jelen vizsgálatban is hatékonynak ítélték.

A félelem forrásaként a legtöbb szülő (46%) a negatív információ átvételét jelölte meg, amely újfent megfelel a korábbi (Muris et al., 2001) eredményeknek, azzal a különbséggel, hogy kutatásomban lényegesen többször fordult elő, hogy a szülők sem a negatív információ átvételt, sem a modellkövetést, sem a kondicionálást nem tartották a gyermek félelmének forrásának. Ez egybecseng korábbi eredményeinkkel ahol a legtöbb serdülő és fiatal felnőtt azt nyilatkozta, hogy nem tudja miből fakad sötétől való félelme (Kopcsó & Láng, 2014). Modellkövetésről csupán a szülők 6,3%-a számolt be, ami összhangban állt azzal, hogy a válaszadó szülők aktuális sötétől való félelme alacsony volt, vagyis ők maguk aktuálisan nem is jelenthetnek modellt gyermekük sötétől való félelme vonatkozásában (a másik szülő félelméről sajnos nincs adatunk). A válaszadó szülők gyermekkori sötétől való félelme ugyanakkor már az átlagnál magasabb mértékű volt (tízfokú skálán 6,48), ami felveti annak a lehetőségét, hogy a sötétől való félelem generációs átadását nem a modellnyújtás, hanem egyéb mechanizmus, például a sötétől való félelem genetikai, biológiai meghatározottsága (vö. Muris, 2007) közvetíti.

4.2. A változók együttjárásai

A gyerekek sötétől való félelmének tízfokú skálán felmért mértéke gyenge, pozitív együttjárást mutatott a gyerekek internalizáló problémáival, fóbiás sötétől való félelem tüneteik pozitív irányba korreláltak internalizáló problémáikkal, szeparációs szorongásukkal és érzelmi labilitásukkal, adaptív éjszakai viselkedésük pedig negatív irányba korrelált internalizáló problémáikkal és szeparációs szorongásukkal. A három mutató tehát konzekvensen összefüggött az internalizáló problémákkal: a sötétől jobban félő gyerekek egyben fokozottabb érzelmi tünetekkel is küzdöttek, mint a sötétől kevésbé félő gyerekek. Emellett a háromból két mutató esetén a magasabb fokú sötétől való félelem a szeparációs szorongás nagyobb mértékével is összefüggött. Mindez összhangban van azon korábbi eredményekkel, melyek szerint az éjszakai félelmek együttjárnak egyéb internalizáló- és szorongásos problémákkal (Gordon et al., 2007a; Jenni et al., 2005; Kushnir et al., 2014; Zisenwine et al., 2013). Az együttjárások kapcsán ugyanakkor fontos szem előtt tartani, hogy jelen mintát a sötétől átlagosnál nagyobb mértékben félő gyerekek alkották, a sötétől való félelemmel kapcsolatos változók szórása tehát értelemszerűen alacsony volt. Az egyéb pszichológiai problémákkal való összefüggések leírását ennél fogva inkább egy sötétől kevésbé félő kontrollcsoporttal történő összevetés tette volna lehetővé.

4.3. Nemi eltérések

Az első időpontban a lányok a fiúknál magasabb pontszámot értek el internalizáló problémáik összessége és a szeparációs szorongásuk vonatkozásában, azonban ez a nemi különbség csak a várólistás csoport esetén állt fenn, az intervenciós csoport esetén nem. Emellett a lányoknak, kísérleti feltételtől függetlenül, a fiúknál jelentősen nagyobb hányadát kellett szüleiknek éjszakai félelem okán szinte minden nap megnyugtathatniuk. A második kérdőívcsomag esetén a lányok a sötétől való félelemmel összefüggő fóbiás tünetek magasabb szintjét mutatták, mindkét vizsgálati csoportban. A harmadik időpontban nem találtunk nemi különbségeket.

A gyerekek neme tehát nem határozta meg konzekvensen a sötétől való félelmüknek, internalizáló problémáiknak, vagy szeparációs szorongásuknak mértékét, sem érzelemszabályozási készségeiket, éjszakai viselkedésük adaptivitását vagy megküzdési módjaik hatékonyságát. Ugyanakkor az első (lásd éjszakai megnyugtathatás gyakorisága) és a második időpontban (lásd fóbiás tünetek) sötétől való félelmük bizonyos szempontból súlyosabbnak mutatkozott, mint a fiúknak, és ez a nemi különbség a harmadik felméréskor már nem volt kimutatható. Ez összhangban áll azon kutatási eredményekkel, miszerint a szorongásos problémák kisgyermekes esetén még nem mutatnak nemi különbségeket (Chazan & Jackson, 1971; LaFreniere & Dumas, 1996; Spence et al., 2001) és ebben a fiatal életkorban az éjszakai félelmek nemi különbsége sem egyértelmű (Muris et al., 2001), azonban a lányok nagyobb arányban küzdenek meg éjszakai félelmeikkel oly módon, hogy szüleiktől kérnek segítséget (Muris et al., 2001). A sötétől való félelem nemi különbségeinek mintázata és a fenti magyarázatok összhangban állnak azon eredményünkkel, miszerint az intervenció ugyan mindkét nem esetén hatékony, ugyanakkor lányoknál bizonyos szempontból hatékonyabb, mint fiúk esetében (lásd 4.5.3. rész).

4.4. Korral mutatott összefüggések

A gyerekek kora mindössze a második időpontban felmért adaptív éjszakai viselkedésükkel, valamint második és harmadik időpontban felmért érzelmi labilitásukkal járt együtt: minél idősebbek voltak a gyerekek a vizsgálat kezdetén, annál magasabb pontszámot értek el az 5. heti adaptív éjszakai viselkedés kérdőívén, és annál alacsonyabb pontszámot értek el az 5. és 20. heti érzelmi labilitás alszáján. A sötétől való félelem egyéb mutatói, az internalizáló problémák és a szeparációs szorongás mértéke, az éjszakai félelemmel szemben alkalmazott megküzdési mód hatékonysága, és az érzelemszabályozási készség nem függött össze a gyermek korával.

A korral mutatott összefüggések hiánya korántsem meglepő, hiszen a gyerekek túlnyomó többsége (81%-a) 4-6 éves volt, tehát fejlődéslélektanilag homogén csoportot alkotott. A kirajzolódó két összefüggés pedig abba az irányba mutatott, hogy az idősebb gyerekek adaptívabban szabályozták viselkedésüket és érzelmeiket, amely megfelel a szakirodalomnak (Saarni et al., 2006).

4.5. Hatékonyságvizsgálat

4.5.1. Adherencia

Az intervenciós csoportba tartozó szülőktől azt kértük, hogy gyermekükkel öt hétig lehetőleg napi szinten foglalkozzanak a könyvvel és legalább egyszer olvassák azt végig. A *Vizsgálati naplók* tanúsága szerint a szülők az öt hét alatt rendelkezésükre álló 35 naphoz átlagosan 17 napon meséltek a *Fényapó*-ból és 11 napon játszottak belőle, vagyis hetente átlagosan 3,4 napon alkalmazták és jellemzően nem tartották be a napi használatra vonatkozó intervenciós instrukciót. Ugyanakkor a többségük (30-ból 28 fő) legalább egy alkalommal végig olvasta a könyvet gyermekével, 20 fő pedig összesen egyszer tette ezt meg. Kettő vagy több alkalommal 8 fő, a résztvevők 26%-a olvasta el.

Vizsgálatunkban a családok tehát kevesebbet használták a könyvet, mint Lewis és munkatársai (2015) kutatásában, ahol a résztvevő kilenc gyermekkel hetente átlagosan 4,6 napon alkalmazták a könyvet a négyhetes intervenciós időszak alatt, és a kilenc szülőből hat (66%) legalább kétszer végig olvasta azt gyermekével. Jelen esetben a könyv igény szerinti használata inkább csak egyszeri elolvasást jelentett az öthetes időszak során, az utókövetés adatai szerint azonban a szülőknek közel fele átlagosan további négy hétig foglalkozott még vele, amely idő alatt olvastak és játszottak is belőle. Feltehetőleg a *Fényapó* intervenciós alkalmazása kapcsán is érvényes Rapee és munkatársai (2006) korábbi eredménye, miszerint a szülő által otthon végzett viselkedésterápia, annak nem teljeskörű elvégzése okán, a terapeuta által vezetett viselkedésterápiához viszonyítva kevésbé hatékony.

A könyvhasználati adatok és a demográfiai változók között semmiféle összefüggést nem tártunk fel, és a pszichológiai változók tekintetében is mindössze egy korreláció mutatkozott meg: a vizsgálat kezdetén nagyobb mértékű érzelemszabályozási nehézségekkel küzdő anyák a többiekénél több deszenzitizációs játékot játszottak gyermekükkel. Feltételezhetjük, hogy az érzelemszabályozási nehézségek nagyobb fokáról beszámoló anyák számára a korábbiakban jelentősebb nehézséget okozott, hogy „ösztönös” módon segítsék gyermekük sötétben tapasztalt szorongásának szabályozását (vö. Crespo et al, 2017), így szívesen folyamodtak a

játékos feladatok tudományosan összeállított és részletesen ismertetett rendszerének alkalmazásához. Emellett akár az is elképzelhető, hogy kevésbé voltak érzékenyek a gyermek feladatok közben fellépő szorongására vagy annak finomabb jelzéseire, amelyek a deszenzitizációs feladatok alkalmazását leállíthatták volna.

4.5.2. Az éjszakai félelem különböző mutatóinak időbeli változása

Az első és a második felmérési időpont között különbséget mutattunk ki az éjszakai félelem gyermek által megjelölt mértékének vonatkozásában. Ugyan az éjszakai félelem mértékére vonatkozó, gyermekek által megválaszolt vizuális analóg skála átlagértéke az első felméréskor a vártnál némiképpen alacsonyabb volt, a mindkét időpontban válaszoló 25 gyerek esetén értéke az első időpontról a másodikra szignifikánsan csökkent.

Megvizsgáltuk, hogy a megküzdési stratégiák különbözőképpen alakultak-e a várólistás és az intervenciós csoportban az idő elteltével. A második időpontban az intervenciós csoport a várólistás csoportnál nagyobb arányban alkalmazott figyelemelterelést, amely két gyermek esetében a *Fényapó* könyvvel megtanult relaxációs technika (*Rongykutya* játék) alkalmazását jelentette, azonban a harmadik felméréskor ez a különbség már nem állt fenn. Úgy tűnik tehát, hogy a csoportok közötti különbség nem a sötétől való félelemmel szemben alkalmazott megküzdési módok tekintetében, hanem a félelem fellépésének különbségében realizálódott.

Az éjszakai megnyugtatóságára vonatkozó szülői válaszok idői módosulását is elemeztük az eltelt idő függvényében. Ennek kapcsán megállapítottuk, hogy az éjszakai megnyugtatóság gyakorisága az intervenciós csoportban az idő előrehaladtával csökkent, míg a várólistás csoportban nem változott. Kushnir és Sadeh (2011) egyik kritériumát tekintve azt mondhatjuk, hogy ez alapján a kérdés alapján az első felméréskor a várólistás csoport 69,7%-a és az intervenciós csoport 76,7%, a második felméréskor a várólistás csoport 69,7%-a és az intervenciós csoport 50%-a, míg a harmadik felméréskor a várólistás csoport 63,6%-a, és az intervenciós csoport 40%-a küzdött súlyos mértékű éjszakai félelmekkel.

Az intervenció hatékonyságát jelzi az is, hogy míg az első időpontban a két csoport egyik változó vonatkozásában sem különbözött egymástól, addig az idő múlásával a sötétől való félelmet és az éjszakai viselkedést illető különbség alakult ki közöttük. A második időpontban az intervenciós csoport a várólistás csoportnál adaptívabb éjszakai viselkedéssel, és alacsonyabb sötétől való félelemmel bírt, mind a tízfokú, mind a háromfokú skálán, és az intervencióban résztvevő szülők ekkor a többiekénél alacsonyabb mértékű érzelmszabályozási nehézségekről számoltak be. A harmadik felméréskor pedig a két csoport szignifikánsan

különbözött a sötétől való félelemmel és a félelemmel kapcsolatos tünetek, az adaptív éjszakai viselkedés, és a sötétől való félelem mértékében, mind a tízfokú, mind a háromfokú skálán, az intervenció csoport javára.

Ami a skála típusú változók idői módosulását illeti, a részvétel husz hete alatt mindkét csoport esetén csökkent a gyerekek sötétől való félelmének, kapcsolódó félelem tüneteinek, szeparációs szorongásuknak, és érzelmi labilitásuknak/negativitásuknak mértéke, miközben éjszakai viselkedésük adaptivitása nőtt. A vizsgálati feltétel és az eltelt idő szignifikáns interakciója a sötétől való félelem mutatói és az adaptív éjszakai viselkedés esetén állt fenn. A csoportbontásban végzett elemzésekből nyilvánvalóan kirajzolódott, hogy bár minden gyermek mutatott javulást a sötétől való félelem és az éjszakai viselkedés tekintetében, azonban **a változás mértéke az intervenció csoportban lényegesen nagyobb volt**, mint a várólistás csoportban. A szeparációs szorongás közel azonos mértékben változott a két csoportban az idő múlásával, az érzelmi labilitás viszont kizárólag az intervenció csoportban csökkent az idővel.

Az intervenció csoport javulását tehát a gyermek által nyilatkozott vizuális-analóg skálán, várólistás csoporthoz viszonyított nagyobb fokú javulását pedig a sötétől való félelemmel kapcsolatos szülői kérdőíveken (így a gyermek éjszakai megnyugtatójának gyakorisága, sötétől való félelmével összefüggő félelem tüneteinek előfordulása, sötétől való félelmének intenzitása és éjszakai viselkedésének adaptivitása), és a szülő által kitöltött érzelmi labilitás skálán egyaránt kimutattuk. Az intervenció sikere összhangban áll a korábbi, külföldi hatékonyságvizsgálatok sikerével (Lewis et al., 2015; Mikulas et al., 1986; Santacruz et al., 2006).

Ugyan az intervencióban résztvevő gyerekek szeparációs szorongása Lewis és munkatársai (2015) kutatásában és a jelen vizsgálatban egyaránt szignifikánsan csökkent, jelen vizsgálat esetén ennek mértéke nem haladta meg jelentősen a várólistás csoport esetén tapasztalt csökkenést [Lewis et al. (2015) kutatásában pedig nem szerepelt kontrollcsoport]. Ez némiképp ellentmond Rafihi-Ferreira és munkatársai (2018) biblioterápiát és plüsssterápiát ötvöző kutatási eredményeinek, ahol a gyerekek szeparációs szorongása csak az intervenció csoportban csökkent, a várólistás csoportban azonban változatlan maradt. A szeparációs szorongást illető inkonzisztens eredmények hátterében az ahhoz való eltérő viszonyulás és a vizsgálatokban résztvevő gyerekek kezdeti szeparációs szorongásszintjének különbözősége is állhat: míg Rafihi-Ferreira et al. (2018) esetén a szeparációs szorongás fennállása a hatékonyságvizsgálatba való beválogatási kritérium volt, addig Santacruz et al. (2006) esetén épp a részvételt illető

kizáró tényező volt (amelynek így idői változását sem vizsgálták), Lewis et al. (2015) esetén pedig a részvételi lehetőséget nem befolyásoló, dimenzionális változóként felmért korrelátum. Jelen vizsgálat szemléletében utóbbi kutatáshoz állt közel, ráadásul a vizsgálatunkban résztvevő gyerekek szeparációs szorongása, szemben Rafihi-Ferreira és munkatársai (2018) kutatásával, nem volt kiugróan magas.

4.5.3. Az intervenció sikerességét befolyásoló változók

Egyfelől megvizsgáltuk, hogy bizonyos bemeneti változók moderálták-e a *Fényapó* könyv intervenció csoport körében megfigyelt hatékonyságát. A sötétől való félelem intenzitásának – és csakis annak – csökkenése szempontjából jelentősnek bizonyult a gyerekek neme: a lányok sötétől való félelmének intenzitása nagyobb mértékben csökkent a 20 hetes időtartam alatt. Ez meglepő, hiszen a szorongásos zavarok terápiájának hatékonyságát nem befolyásolta korábbi kutatásokban a gyerekek neme (Knight et al., 2014), és a könyvhasználati adatok alapján a fiú és a lány gyerekek ugyanannyit foglalkoztak a mesekönyvvel és statisztikailag azonos időt fordítottak a játékokra. Tekintettel arra, hogy a vizsgálat kezdetén csupán egyetlen éjszakai félelmekkel kapcsolatos változón különböztek a fiúk és a lányok [az éjszakai megnyugtató iránti igény heti gyakoriságában (ami az első felméréskor a lányoknál gyakoribb volt, mint a fiúknál)] és a lányok egyébként is hajlamosabbak szülői segítséget igénybe venni, hogyha félnek éjszaka (Muris et al., 2001), elképzelhető, hogy a szülők a segítségkérő magatartás csökkenése miatt észlelték nagyobb fokúnak a lány gyermekek javulását ezen a – nagymértékben szubjektív – skálán.

Az egyéb felmért változók – vizsgálat kezdetén fennálló érzelmi tünetek és sötétségfóbia, anya általános szorongása és szubjektív szocioökonómiai státusza – nem befolyásolták a mesekönyv hatékonyságát. A sötétől való félelmet illető változók esetén az anya érzelemszabályozási nehézségeinek összessége sem volt releváns, ugyanakkor hozzájárult a gyermek érzelmi labilitásának és szeparációs szorongásának idői változásához, még hozzá eltérő irányban. Minél magasabb volt az anya érzelemszabályozási nehézségeinek összpontszáma a vizsgálat kezdetén, gyermeke annál nagyobb mértékű javulást mutatott a szeparációs szorongás vonatkozásában (az 5. és a 20. hétre), és annál kisebb mértékű javulást mutatott az érzelmi labilitás vonatkozásában (az 5. hétre).

Ezek az eredmények alapvetően összhangban vannak a gyermekkori szorongásos zavarok terápiájának hatékonyságát illető korábbi kutatásokkal, amelyek egyetlen moderátor változó konzekvens és jelentős hatását sem mutatták ki, és a komorbid zavarok és a szülői

pszichopatológia vonatkozásában is vegyes eredményeket hoztak (Knight et al., 2014; Nilsen et al., 2013; Ollendick et al., 2008). A kezdeti anyai érzelemszabályozási nehézségek pozitív hatása mindazonáltal meglepő eredménynek tűnhet. Ennek kapcsán, mivel az anyai érzelemszabályozási nehézségek mellett a deszenzitizációs játékokkal töltött percek száma is hozzájárult a gyermekek szeparációs szorongásának csökkenéséhez, és az anyai kezdeti érzelemszabályozási nehézségeinek mértéke együttjárt a deszenzitizációs játékokkal töltött percek számával, megvizsgáltuk, hogy az anya érzelemszabályozási nehézségei és a gyermek javulása közötti kapcsolatot a deszenzitizációs játékokkal töltött idő mediálta-e. A vizsgálat tanúsága szerint a szeparációs szorongás ötödik hétre történő csökkenését a kezdeti anyai érzelemszabályozási nehézségek magasabb szintje közvetlenül is pozitív irányba látszott befolyásolni (vagyis a deszenzitizációs játékokkal töltött idő mediációs hatását ebben az esetben nem sikerült kimutatnunk), ugyanakkor a szeparációs szorongás huszadik hétre történő csökkenése esetén az anyai érzelemszabályozás közvetlen hatása már nem állt fenn, hatását ekkor a deszenzitizációs játékokkal töltött idő mediálta. Vagyis az anyák magasabb fokú érzelemszabályozási nehézsége hosszú távon azáltal vezetett a szeparációs szorongás nagyobb mértékű csökkenéséhez, hogy ezek az anyák több időt fordítottak gyermekükkel a szisztematikus deszenzitizáción alapuló feladatok gyakorlására. Feltehetően az érzelemszabályozási nehézségek nagyobb fokáról beszámoló anyák számára a korábbiakban jelentősebb nehézséget okozott, hogy segítsék gyermekük sötétben tapasztalt szorongásának szabályozását (vö. Crespo et al, 2017), és elképzelhető, hogy ők az intervenció időszak során egyben kevésbé is voltak érzékenyek a gyermek feladatok közben fellépő szorongására, amelyek a deszenzitizációs feladatok alkalmazását leállíthatták volna. Mindebből kifolyólag a többi szülőnél több időt töltöttek el deszenzitizációs játékokkal, amelyből gyermekük a szeparációs szorongását illetően hosszú távon is tudott profitálni, vélhetően azért, mert aránylag sokat gyakorolta a sötétben történő egyedülletet (vö Rapee & Heimberg, 1997).

Másfelől megvizsgáltuk, hogy a beavatkozás egyes mutatói befolyásolták-e a *Fényapó* könyv intervenció csoport körében megfigyelt hatékonyságát. A deszenzitizációs és a relaxációs játékokkal töltött idő hozzájárult a szeparációs szorongás és az éjszakai viselkedés adaptívitásának idői módosulásaihoz: minél több időt töltött a gyermek deszenzitizációs játékokkal, annál nagyobb mértékben csökkent szeparációs szorongása és nőtt éjszakai viselkedésének adaptívitása (az 5. és a 20. hétre), továbbá minél több időt töltött a gyermek relaxációs játékokkal, annál nagyobb mértékben csökkent szeparációs szorongása (az 5. hétre), és nőtt éjszakai viselkedésének adaptívitása (az 5. és a 20. hétre). A megerősítés alkalmazása,

és az, hogy a gyermek mennyire élvezte a könyv használatát más könyvekkel összevetve, nem befolyásolták a kimeneti változók idői változásait.

A gyerekkori szorongásos problémák csökkentésében a szülővel és gyermekkel végzett kognitív viselkedésterápia (Comer et al., 2019) és a szülő által, ám sok esetben szakember segítségével, irányított kognitív viselkedésterápia egyaránt hatékonyak bizonyult a korábbiakban (Creswell et al., 2010; Lyneham & Rapee, 2006; Rapee et al., 2006; Thirlwall et al., 2013). A kognitív viselkedésterápiák fontos eleme az elárasztás, amely a szituáció gyakorlása, a helyzetben végbemenő fiziológiai habituáció, és a diszfunkcionális vélekedések cáfolata által segítenek megszüntetni a fóbiát fenntartó elkerülő viselkedést (Rapee & Heimberg, 1997). Egy a specifikus fóbia kezelésének módjait vizsgáló áttekintő tanulmány (Wolitzky-Taylor et al., 2008) eredményei szerint a fóbiás tünetek csökkentésére, függetlenül azok típusától, az elárasztás a leghatékonyabb módszer (felülmúlva a relaxáció és kognitív terápia hatékonyságát), és hatékonyságát tovább növeli az alkalmazásának a hossza. Jelen vizsgálatban mind a relaxációs *Rongykytya* játékkal, mind az in vivo elárasztással és szisztematikus deszenzitizációs játékokkal töltött hosszabb idő növelte a könyv hatékonyságát, a szeparációs szorongás és az éjszakai viselkedés adaptivitásának nagyobb fokú változása szempontjából.

Már önmagában a *Fényapó* könyv elolvasására tekinthetünk úgy, mint képzeletbeli elárasztásra, ám ami ennél is fontosabb, hogy a javasolt játékok fokozatos in vivo elárasztás, és a játékok közben sötétben generált pozitív érzések és hatékonyságérzés által szisztematikus deszenzitizációt tesznek lehetővé. Emellett a relaxációs gyakorlat hozzájárul az elárasztás során keletkező negatív érzések hatékonyabb kezeléséhez, és újabb, a sötétben fellépő szorongásával szemben alkalmazható megküzdési módot ad a gyermek kezébe, amely az éjszakai alváskor is segítségére válhat. Vizsgálatunkban maguk a szülők is megjegyezték, hogy a játékokban rejlik a könyv erőssége, a *Fényapó*ról tehát nem beszélhetünk szűken vett biblioterápiás eszközként, sokkal inkább szülő által végzett kognitív viselkedésterápiaként, ahol a terapeuta szakértelmét részletes szülői útmutató hivatott kiváltani.

4.6. Szubjektív szülői elégedettség és szülői megjegyzések az intervenciós csoportban

Az intervenciót elvégző szülők döntő többsége maga is úgy vélekedett, hogy a könyv segített csökkenteni gyermeke sötétből való félelmét, vagy pedig bizonytalan volt ebben; mindössze négyen gondolták úgy, hogy a könyv nem segített gyermeküknek. A félelem csökkenését a

szülők többsége kis- vagy közepes mértékűnek ítélte. A szülő által szubjektíven nyilatkozott javulási mérték együtt mozgott a fóbiás tünetek általuk nyilatkozott csökkenésével.

Ezzel összhangban három fő kivételével a szülők ajánlanák a könyvet saját ismerőseinek. A szülők átlagban elégedettek voltak a könyvvel, úgy ítélték meg, hogy gyermekük élvezte annak használatát, és hasznosnak ítélték a szülői útmutatót. A szülői elégedettséget nagymértékben az határozta meg, hogy a gyerekek mennyire élvezték a mesekönyv használatát, kisebb mértékben pedig a sötétből való félelem második időpontra való csökkenésével, és a gyermek kezdeti félelmének mértékével is együttjárt; a vizsgálat kezdetén súlyosabb félelmekkel küzdő gyerekek szülei némiképpen elégedettebbek voltak a *Fényapóval*.

A kutatás lefolytatásakor hangsúlyt fektettünk a szülői szubjektív vélemények és a könyv alkalmazásakor tapasztalt nehézségek megismerésére. Az intervenció idején vezetett vizsgálati naplóban a szülőknek közel fele említette nehézségként a gyermek ellenállását, amely gyakran a sötétben tapasztalt szorongásnak volt köszönhető, azonban nem ritkán mégis sikerélménnyel végződött. A szülők egy része nehézséget tapasztalt emellett a relaxációs játék alkalmazásával kapcsolatban is (amely a könyvben egyébként lényegesen kisebb hangsúlyt kap). A második kérdőívcsomag egyéb megjegyzései alapján összességében az a kép körvonalazódott, hogy a könyv valamelyest unalmas, és önmagáért való olvasása nem köti le eléggé a gyerekeket, azonban a játékokkal együtt összességében mégis elégedettek voltak vele a családok. (A szülők többsége mindazonáltal nem nyilatkozott szövegesen.)

Jelen vizsgálatban egy anya jelezte, hogy a *Fényapó* feladatai túlságosan nehezek voltak gyermekének, és nehezményezte, hogy olyan, mintha a könyv főhőse nem is igazán félne a sötétben. Az eset párhuzamba hozható Stewart és Gordon (2014) kutatásával, ahol az egyik résztvevő gyermek édesanyja csak szakember segítségével tudta alkalmazni az intervenció eljárását, mert gyermeke ellenállása és heves érzelmi reakciói érzelmileg túlságosan megterhelőek voltak a számára. Egyben felhívja a figyelmet arra a *Fényapó*ban is hangsúlyozott tényre, hogy a mesekönyv alkalmazása nem helyettesíti a professzionális terápiás ellátást, amelyre súlyosabb esetekben különösen nagy szükség lehet.

A szülői megjegyzéseket figyelembevéve, a *Fényapó* könyv szélesebb körben történő elérhetővé tétele előtt megfontolandó annak nagyobb fokú kulturális adaptációja, és a játékokat magába foglaló történet bizonyos mértékű átalakítása, hogy jobban illeszkedjen a jelen generáció és a magyarországi gyerekek igényeihez. A vizsgálat tapasztalatai alapján emellett

érdeemes esetleg a szülői útmutatót oly módon átstrukturálni, hogy a játékok leírásai mintegy „feladatfüzetként”, a meseolvasástól függetlenül is használhatóak legyenek.

4.7. A vizsgálat korlátai

A kutatás alapvető módszertani korlátja, hogy nem alkalmazott placebo-kontroll csoportot és részben ebből kifolyólag alkalmatlan az intervenció nem specifikus elemeinek hatásvizsgálatára (vö. Gordon et al., 2007b). Ezzel részben összefüggő hátránya, hogy az intervenció csoporttal, és csakis azzal, kétszeri személyes találkozás történt, amelynek terápiás hatása nem kizárható (vö. Lyneham & Rapee, 2006).

A korábbi hatékonyságvizsgálatokkal történő összevetést is nehezítő limitáció, hogy nem készült a gyermekekkel és/vagy szüleikkel diagnosztikus interjú. A minta oly módon történő toborzása, hogy az első felmérés mindenkivel személyes interjú formáját öltse, nem volt megvalósítható, így a mintaelemszám maximalizálása érdekében amellettt döntöttünk, hogy a tünetek súlyosságát mindkét csoportban egységesen, önkitöltős szülői kérdőív (*CDPQ*) révén mérjük fel. Terveztük továbbá az alvásminőség napló általi felmérését, ebben a kutatási modulban azonban túl nagy adathiány állt fenn, így elemzésre alkalmatlannak bizonyult. Ezzel összefüggésben, a kutatás jelentős korlátja, hogy szinte kizárólag szülői beszámolón alapult, amelyet azonban torzíthat például a szülő mentális egészsége (Najman et al., 2000), emellett az *SDQ* szülői kérdőív *Érzelmi tünetek* alskálájával nyert eredményeket fenntartásokkal szükséges kezelni, mert megbízhatósága gyengének mutatkozott.

A mintavételt illető limitáció, hogy a kutatásban nem, vagy alig vettek részt az alsó társadalmi osztályt, és az alacsony- és közepes iskolai végzettségű szülők gyerekeit képviselő résztvevők, ráadásul a várólistás és az intervenció csoportba történő besorolás nem randomizált eljárással, hanem a családok lakhelyének függvényében történt. A hozzáférési alapon történő besorolás ugyanakkor vélhetően nem okozott az eredményeket illető torzítást, hiszen a két csoport sem a demográfiai változók, sem a pszichológiai változók vonatkozásában nem különbözött egymástól az első tesztesomag felvételekor.

A kutatásban mindemellett szinte kivétel nélkül olyan szülők vettek részt, akik legalább heti rendszerességgel szoktak mesélni gyermeküknek (73%-uk pedig minden nap), nem tudhatjuk tehát, hogy eredményeink fennállnának-e olyan szülők esetén is, akik számára a gyermeknek történő meseolvasás szokatlan tevékenység, bár feltételezhető, hogy ezen szülők nem is folyamodnának biblioterápiás intervenció eszközöz.

4.8. Összegzés

Összességében azt mondhatjuk, hogy a *Fényapó* könyv várólistás kontrollcsoporthoz viszonyítva hatékonyan csökkentette a gyerekek sötétől való félelmét, sötétségfóbiás tüneteit és növelte éjszakai viselkedésük adaptivitását. Az intervenciós csoporthoz tartozó gyerekek éjszakai félelmének enyhülése az általuk megválaszolt vizuális-analóg skálán, és a szülei által számukra nyújtott éjszakai megnyugtató gyakoriságának csökkenésében is megnyilvánult. A mesekönyv használata az érzelmi labilitás csökkenéséhez is hozzájárult.

A beavatkozás hatékonyabban csökkentette a gyerekek szeparációs szorongását és növelte éjszakai viselkedésük adaptivitását, amennyiben a családok több időt töltöttek deszenzitizációs és relaxációs játékokkal. A hatékonyságot nem befolyásolták konzekvensen demográfiai és klinikai tényezők, úgy, mint a gyerekek neme, sötétségfóbiája és érzelmi tüneteinek mértéke, szülei szubjektív szocioökonómiai státusza vagy általános szorongásszintje. A kezdeti anyai érzelemszabályozási nehézségek magasabb szintje ugyanakkor aláásta az érzelmi labilitásra, és felerősítette a szeparációs szorongásra kifejtett pozitív hatást. Utóbbi összefüggés nagyrészt azzal volt magyarázható, hogy az érzelmeik szabályozását illetően nehézségekkel küzdő anyák több deszenzitizációs játékot játszottak gyermekükkel.

Mindezek alapján az önsegítő mesekönyv alkalmazása Magyarországon is hatékony „első-vonalbeli”, alacsony intenzitású kezelési lehetőséget jelent a sötétől való félelemmel küzdő gyermekek számára, amely aránylag alacsony eszköz-, szakember- és költségigényű (vö Thirlwall et al., 2013). A magyarországi kiadást megelőzően érdemes lehet kulturális adaptáció céljával valamelyest módosítani a történeten és/vagy olyan módon átalakítani a szülői útmutatót, hogy a benne foglalt játékok leírásai mintegy „feladatfüzetként”, a mese végigolvasása nélkül is értelmezhetőek legyenek.

A *Fényapó* könyv előnye, hogy alkalmazása időben és térben rugalmas, a gyermek és családja igényeihez illeszthető. A játékok akár több családtag által, felváltva is gyakorolhatóak, és a testvérek is bevonhatóak azokba. Természetesen a rugalmasságnak ára van: a szülők számára nehéz lehet a játékok napirendbe illesztése, és ezáltal végeredményben előfordulhat, hogy a szülő által vezetett intervenció kisebb intenzitással és hatásfokkal valósul meg, mint, hogyha terapeuta segítené a folyamatot. Mindazonáltal véleményem szerint az önsegítő mesekönyv különösen hasznos lehet olyan családok számára, akiknek valamely okból kifolyólag problémát jelent a területileg illetékes pszichológiai ellátás igénybevétele, ám a magán ellátórendszer igénybevitelét nem engedhetik meg maguknak.

Emellett jelen kutatás igazolta, hogy a könyv nem fóbiás mértékű sötétől való félelem esetén is hatékony, vagyis alapvetően jól funkcionál, szakember segítségét nem igénylő gyerekeknek is segítségére válhat.

VI. Konklúzió

Doktori disszertációmban arra kerestem a választ, hogy miként jellemezhető a magyarországi kisgyerekek sötétől való félelme, és hogy az átlagnál magasabb mértékű sötétől való félelmüket képes-e hatékonyan csökkenteni a *Fényapó* biblioterápiás eszköz.

Első vizsgálatom arra enged következtetni, hogy a sötétől való félelem a magyarországi óvodás fiúk és lányok esetén egyaránt gyakori és normatív jelenség, amelynek leggyakoribb jellegzetessége a sötétben egyedül alvás elkerülése. A félelemnek ez a típusa alapvetően nem társul sem átfogó érzelmi-viselkedési problémákhoz, sem érzelemszabályozási nehézségekhez, azonban jelentősen összefügg a szorongás- és alvásproblémákkal, kisebb mértékben pedig a temperamentummal és a reprezentációs világ egyes sajátosságaival is.

Mivel a szorongásos problémák és az éjszakai félelmek esetenként hosszú távon is fennállnak és/vagy egyéb pszichológiai zavarokat jeleznek előre, a kisgyermekkorban gyakori és mindkét szülő által észlelt éjszakai félelmek értékes intervenciós és prevenciós pontként szolgálhatnak.

A *Második vizsgálat* tanúságai szerint a *Fényapó* könyv éjszakai félelmek esetén sikerrel alkalmazható „első-vonalbeli”, alacsony költségű terápiás eszköz. Eredményeink alapján a mesekönyv a gyermek főbb demográfiai és klinikai jellemvonásaitól függetlenül hatékonyan bizonyulhat: így fiúk és lányok, enyhébb és súlyosabb mértékű éjszakai félelem, valamint kis- és nagymértékű érzelmi-hangulati problémák egyidejű fennállása esetén is sikerre vezethet. Kutatásunkban az önsegítő könyv terápiás hatását fokozta a benne javasolt deszenzitizációs és relaxációs játékokra fordított idő nagyobb mennyisége.

Az elemzésekkor megkíséreltük leválogatni azon gyerekeket, akiknek sötétől való félelme fóbiás jellegű (túlzott mértékű, tartósan fennálló, rendszeres, elkerülő viselkedést vált ki és a napi tevékenységre negatív hatást gyakorol), és összevetve őket a többiekkel, az intervenció hatékonyságában nem találtunk szignifikáns különbséget. Tudomásom szerint jelen hatásvizsgálat az első olyan kutatás, amely nem kimondottan klinikai szintű sötétől való félelem esetén vizsgálta a *Fényapó* könyv hatékonyságát, rámutatva ezáltal arra, hogy az önsegítő könyv a fejlődési szakasznak megfelelő, normatívnak tekinthető (ám ettől még nagy

egyéni különbségeket mutató) sötétől való félelemmel jellemezhető gyerekeknek is segítségére válhat.

A szülők szubjektív beszámolóik alapján is túlnyomórészt elégedettek voltak a *Fényapó* könyvvel. Vizsgálatunk további fontos tanúsága, hogy bár az intervenció hatékonyságát nem befolyásolta az, hogy a gyermek mennyire élvezte a mesekönyv használatát más könyvek olvasásával összevetve, a szülők elégedettségét viszont annál inkább. Ezért is érdemes megfontolni, miként lehet a könyv jelenlegi fordítását oly módon átalakítani, hogy méginkább lekösse a magyar gyermekek és szüleik figyelmét, és önmagában a mese olvasása is élvezetes legyen a számukra, vagy épp úgy strukturálni a szülői útmutatót, hogy a javasolt játékok a meseolvasástól függetlenül is játszhatóak legyenek.

Ábrajegyzék

ELMÉLETI HÁTTÉR

1. ábra. A differenciált érzékenység modellje, megfelelően a kockázati modell fogalmainak	10
2. ábra. Az érzelemszabályozás folyamatmodellje (Gross, 1998).....	18
3. ábra. A gyerekek sötétől való félelméről beszámoló gyerekek és szülők aránya Muris és munkatársai (2001) vizsgálatában	39
4. ábra. Gyermekkori fóbiák és szorongásos zavarok dinamikus, multifaktoriális modellje (Muris, 2007, 173. o.).....	42

ELSŐ VIZSGÁLAT

5. ábra. Szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettsége	60
6. ábra. Szülők szubjektív szocioökonómiai státusza.....	61

MÁSODIK VIZSGÁLAT

7. ábra. A vizsgálati protokoll idővonala.....	86
8. ábra. Szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettsége (n = 73).....	87
9. ábra. Szülők szubjektív szocioökonómiai státusza (n = 73).....	88
10. ábra. Szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettsége (n = 63).....	89
11. ábra. Szülők szubjektív szocioökonómiai státusza (n = 63).....	89
12. ábra. Gyermek által megválasztott vizuális-analóg skála	90
13. ábra. CDPQ idői változása	112
14. ábra. WICDAN idői változása.....	113
15. ábra. SVF_1-10 idői változása	113
16. ábra. SAAI-P idői változása	114
17. ábra. ERC_labilitás idői változása.....	114
18. ábra. Kezdeti DERS és deszenzitizációs játékokkal töltött percek számának hatása a SAAI-P huszadik hétre történő változására	125

Táblázatjegyzék

ELMÉLETI HÁTTÉR

1. táblázat. Az érzelemszabályozás egyéni különbségeinek forrásai (Calkins, 1994, 56. o.).....	22
--	----

ELSŐ VIZSGÁLAT

2. táblázat. Történetmesélés ingeranyaga és instrukciója.....	62
3. táblázat. Alkalmazott kódok, megbízhatóságuk és forrásaik	63
4. táblázat. Összevont kódok alkotóelemei és kódolók közötti megbízhatósága	64
5. táblázat. Gyermek Viselkedés Kérdőív alskáláinak reliabilitás értékei.....	66
6. táblázat. Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív alskáláinak reliabilitás értékei	67
7. táblázat. Normalitás vizsgálat eredménye	68
8. táblázat. Apai és anyai pontszámok együttjárásai (n = 64)	69
9. táblázat. Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív alskáláinak korrelációs együtthatói.....	70
10. táblázat. Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív öt alskálájának főkomponens-elemzése..	70
11. táblázat. Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ) leíró adatai	71
12. táblázat. CBCL nyerspontszámainak átlaga és szórása	72
13. táblázat. DERS összesített skála és alskálák átlagai (és szórása).....	73
14. táblázat. Az óvodáskori sötétől való félelem korrelátumai	74
15. táblázat. A szülői érzelemszabályozási nehézségek korrelátumai.....	74

MÁSODIK VIZSGÁLAT

16. táblázat. Nemi eloszlás és átlagéletkor a várólistás és intervenció csoportban (n = 73).....	87
17. táblázat. Nemi eloszlás és átlagéletkor a várólistás és intervenció csoportban (n = 63).....	88
18. táblázat. Alkalmazott mérőeszközök áttekintése.....	91
19. táblázat. Alkalmazott skálák reliabilitás értékei.....	92
20. táblázat. Hiánytalan és hiányos részvételt nyújtók közötti szignifikáns eltérések a skála típusú változókon.....	96
21. táblázat. Normalitás vizsgálat eredménye.....	98
22. táblázat. Változók ferdesége és meredeksége.....	98
23. táblázat. Vizuális analóg skála (SVF_VAS) normalitás vizsgálata.....	99
24. táblázat. Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ) leíró adatai.....	99
25. táblázat. Sötétől való félelem tartalma és vele szemben alkalmazott megküzdési módok.....	100
26. táblázat. Gyermekre vonatkozó skála-típusú adatok együttjárásai.....	103
27. táblázat. Szignifikáns nemi különbségek a kimeneti változókon.....	104
28. táblázat. SDQ_int és SAAI-P első kérdőíves (t1) pontszámainak nemi összevetése.....	104
29. táblázat. Mesével és játékkal töltött idő a Vizsgálati napló alapján (n = 27).....	106
30. táblázat. Megküzdés-típusok előfordulása az eltelt idő függvényében a várólistás (V) és intervenció (I) csoportokban.....	107
31. táblázat. Éjszakai megnyugtató gyakorisága az eltelt idő függvényében a várólistás (V) és intervenció (I) csoportokban.....	108
32. táblázat. A változók átlagpontszámok, szórása és medián értékei a várólistás és intervenció csoportokban.....	110
33. táblázat. Eltelt idő hatásának vizsgálata.....	111
34. táblázat. Vizsgálati feltétel X eltelt idő interakció vizsgálat.....	112
35. táblázat. Eltelt idő hatása vizsgálati feltétel szerinti csoportbontásban.....	115
36. táblázat. Nem és idő hatása a függő változókra.....	118
37. táblázat. Idő hatása az SVF_1-10 változóra nemi bontásban.....	118
38. táblázat. Érzelmis tünetek és idő hatása a függő változókra.....	119
39. táblázat. Sötétségfóbia és idő hatása a függő változókra.....	119
40. táblázat. Szocioökonómiai státusz (SES) és idő hatása a függő változókra.....	120
41. táblázat. Általános szülői szorongás (GAD-7) és idő hatása a függő változókra.....	120
42. táblázat. Szülői érzelmszabályozási nehézségek (DERS_átlag) és idő hatása a függő változókra.....	121
43. táblázat. Szülői érzelmszabályozási nehézségek (DERS_átlag) összefüggései ERC_labilitás és SAAI-P idői változásával.....	121
44. táblázat. Megerősítés (alkalmaztak/nem alkalmaztak) és idő hatása a függő változókra.....	122
45. táblázat. Deszenzitizációs játékokkal töltött percek száma és idő hatása a függő változókra.....	122
46. táblázat. Relaxációs játékokkal töltött percek és idő hatása a függő változókra.....	123
47. táblázat. A deszenzitizációs és relaxációs játékokkal töltött percek számának összefüggései a SAAI-P és a WICDAN idői változásával.....	123
48. táblázat. Könyv élvezetessége a gyerek számára és idő hatása a függő változókra.....	124

Irodalomjegyzék

- Acebo, C., Sadeh, A., Seifer, R., Tzischinsky, O., Hafer, A., & Carskadon, M. A. (2005). Sleep/wake patterns derived from activity monitoring and maternal report for healthy 1- to 5-year-old children. *Sleep*, 28(12), 1568–1577. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.12.1568>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1985). Assessment of anxiety in children. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 707–734). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Adair, R., Bauchner, H., Philipp, B., Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Night waking during infancy: Role of parental presence at bedtime. *Pediatrics*, 87(4), 500–504.
- ÁEEK. (2018). Állami Egészségügyi Ellátó Központ. Elérhető: <https://merce.hu/2018/11/13/akkor-ennyit-a-vilagszinvonalu-egeszsegugyrol-ot-megyeben-nincs-egyetlen-gyermekpszichiater-sem/> Letöltés dátuma: 2019.04.08.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. In *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927–946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Alfano, C. A., Ginsburg, G. S., & Kingery, J. N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 224–232. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242233.06011.8e>
- Alfano, C. A., Zakem, A. H., Costa, N. M., Taylor, L. K., & Weems, C. F. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 26(6), 503–512. <https://doi.org/10.1002/da.20443>

Amato, P. R., & Fowler, F. (2002). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 703–716. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00703.x>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Anderson, J. C., Williams, S. M., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44(1), 69–76. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800130081010>

Arranz, E., Artamendi, J., Olabarrieta, F., & Martín, J. (2002). Family context and theory of mind development. *Early Child Development and Care*, 172(1), 9–22. <https://doi.org/10.1080/03004430210880>

Bates, J. E., Viken, R. J., Alexander, D. B., Beyers, J., & Stockton, L. (2002). Sleep and adjustment in preschool children: sleep diary reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Development*, 73(1), 62–74.

Bauer, D. H. (1976). An exploratory study of developmental changes in children's fears. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 69–74. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00375.x>

Beck, A. T., & Emery, G. (1999). *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest: Animula Kiadó.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>

Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47–57. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.177>

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1949). *Children's Apperception Test*. Oxford, England: C.P.S. Co., P.O. Box 42, Gracie Sta.

Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to environmental influence: an evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8(3), 182–186. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0803_3

- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C., & Minde, K. K. (1992). Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(1), 86–93. <https://doi.org/10.1097/00004583-199201000-00013>
- Berger, R. H., Miller, A. L., Seifer, R., Cares, S. R., & LeBourgeois, M. K. (2012). Acute sleep restriction effects on emotion responses in 30- to 36-month-old children. *Journal of Sleep Research*, *21*(3), 235–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00962.x>
- Birkás, E. (2005). *A D4 dopamin receptor és a katekol-O-metiltranszferáz gének polimorfizmusának hatása a figyelmi rendszerek működésére gyermekkorban* (doktori disszertáció). Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., & Gervai, J. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívvel I: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, *23*(5), 358–365.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(5), 618–626. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0505>
- Blader, J. C., Koplewicz, H. S., Abikoff, H., & Foley, C. (1997). Sleep problems of elementary school children. A community survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *151*(5), 473–480. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170420043007>
- Blair, K. A., Denham, S. A., Kochanoff, A., & Whipple, B. (2004). Playing it cool: Temperament, emotion regulation, and social behavior in preschoolers. *Journal of School Psychology*, *42*(6), 419–443. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2004.10.002>
- Bocknek, E. L., Brophy-Herb, H. E., & Banerjee, M. (2009). Effects of parental supportiveness on toddlers' emotion regulation over the first three years of life in a low-income African American sample. *Infant Mental Health Journal*, *30*(5), 452–476. <https://doi.org/10.1002/imhj.20224>
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, *26*(7), 834–856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>

- Bóna, A., Kun, B., Kökönyei, G., & Demetrovics, Z. (2013). Az affektív szabályozás zavarai és következményei. Evészavarok és addiktív betegségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 71–88. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.68.2013.1.6>
- Bourchier, A., & Davis, A. (2000). Individual and developmental differences in children's understanding of the fantasy-reality distinction. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(3), 353–368. <https://doi.org/10.1348/026151000165742>
- Bowie, B. H. (2010). Emotion Regulation Related to Children's Future Externalizing and Internalizing Behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 74–83. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00226.x>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17(2), 271–301.
- Bretherton, I. (1984). Representing the Social World in Symbolic Play: Reality and Fantasy. In I. Bretherton (Ed.), *Symbolic Play* (pp. 3–41). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-132680-7.50005-3>
- Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationships. In R. A. Thompson (Ed.), *Current Theory and Research in Motivation, Vol. 36. Nebraska Symposium on Motivation, 1988: Socioemotional development*. (pp. 57–113). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bretherton, I. (1993). From dialogue to internal working models: The co-construction of self in relationships. In C. A. Nelson (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology, Vol. 26. Memory and affect in development* (pp. 237–263). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bretherton, I., & Beeghly, M. (1982). Talking about internal states: The acquisition of an explicit theory of mind. *Developmental Psychology*, 18(6), 906–921. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.18.6.906>

- Bretherton, I., McNew, S., & Beeghly-Smith, M. (1981). Early person knowledge as expressed in gestural and verbal communication: When do infants acquire a “theory of mind.” In M. E. Lamb & L. R. Sherrod, *Infant Social Cognition: Empirical and Theoretical Considerations* (pp. 333–373). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, *101*(4), 568–586. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(2), 179–192.
- Brückl, T. M., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(1), 47–56. <https://doi.org/10.1159/000096364>
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2–3), 53–72.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment, and behavioral inhibition at twenty-four months. *Child Development*, *63*(6), 1456–1472. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01707.x>
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). New York, NY: Guilford Press.
- Carlson, S. M., Moses, L. J., & Breton, C. (2002). How specific is the relation between executive function and theory of mind? Contributions of inhibitory control and working memory. *Infant and Child Development*, *11*(2), 73–92. <https://doi.org/10.1002/icd.298>
- Carney, C. E., Moss, T. G., Atwood, M. E., Crowe, B. M., & Andrews, A. J. (2014). Are poor sleepers afraid of the dark? A preliminary investigation. *Journal of Experimental Psychopathology*, *5*(1), 2–13. <https://doi.org/10.5127/jep.032312>

- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *The British Journal of Clinical Psychology*, *43*(Pt 4), 421–436. <https://doi.org/10.1348/0144665042388928>
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *53*(11), 1033–1039.
- Chazan, M., & Jackson, S. (1971). Behaviour problems in the infant school. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *12*(3), 191–210. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1971.tb01081.x>
- Chess, S., & Thomas, A. (1989). Issues in the clinical application of temperament. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 377–386). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Coffman, M. F. (1987). *What My Child Can Do At Night – Parent Form-R*. Kiadatlan kézirat.
- Coffman, M. F. (2014). *Uncle Lightfoot, Flip That Switch: Overcoming Fear of the Dark* (2nd Edition). St. Petersburg, FL: Footpath Press LLC.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(3), 451–460. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.451>
- Cole, M., & Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinical Perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2–3), 73–100. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x>
- Cole, P. M. (1986). Children's spontaneous control of facial expression. *Child Development*, *57*(6), 1309–1321. <https://doi.org/10.2307/1130411>
- Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei: pszichopatológia*. Budapest: Osiris.

- Comer, J. S., Hong, N., Poznanski, B., Silva, K., & Wilson, M. (2019). Evidence Base Update on the Treatment of Early Childhood Anxiety and Related Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534208>
- Cornwall, E., Spence, S. H., & Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behaviour Change*, 13(4), 223–229. <https://doi.org/10.1017/S0813483900004824>
- Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T., Vagnoni, C., & Marioni, P. (2008). Cosleeping versus solitary sleeping in children with bedtime problems: child emotional problems and parental distress. *Behavioral Sleep Medicine*, 6(2), 89–105. <https://doi.org/10.1080/15402000801952922>
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Crespo, L. M., Trentacosta, C. J., Aikins, D., & Wargo-Aikins, J. (2017). Maternal emotion regulation and children's behavior problems: the mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2797–2809. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0791-8>
- Creswell, C., Hentges, F., Parkinson, M., Sheffield, P., Willetts, L., & Cooper, P. (2010). Feasibility of guided cognitive behaviour therapy (CBT) self-help for childhood anxiety disorders in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 7(1), 49–57.
- Dahl, R. E. (1996). The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Seminars in Pediatric Neurology*, 3(1), 44–50. [https://doi.org/10.1016/S1071-9091\(96\)80028-3](https://doi.org/10.1016/S1071-9091(96)80028-3)
- Daniel, C., Lovatt, A., & Mason, O. J. (2014). Psychotic-like experiences and their cognitive appraisal under short-term sensory deprivation. *Frontiers in Psychiatry*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00106>
- Danis, I., & Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, & L. Szilvási (Eds.), *A génektől a társadalomig. A koragyermekkori fejlődés színterei* (pp. 76–125). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

- Danişman, Ş., İman, E. D., Demircan, Z. A., & Yaya, D. (2016). Examining the psychometric properties of the Emotional Regulation Checklist in 4- and 5-year-old preschoolers. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 14*(3), 534–556.
- de la Osa, N., Granero, R., Penelo, E., Domènech, J. M., & Ezpeleta, L. (2014). The short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire in a community sample of preschoolers. *Assessment, 21*(4), 463–476. <https://doi.org/10.1177/1073191113508809>
- de Rosnay, M., & Harris, P. L. (2002). Individual differences in children's understanding of emotion: The roles of attachment and language. *Attachment & Human Development, 4*(1), 39–54. <https://doi.org/10.1080/14616730210123139>
- de Rosnay, M., & Hughes, C. (2006). Conversation and theory of mind: Do children talk their way to socio-cognitive understanding? *British Journal of Developmental Psychology, 24*(1), 7–37. <https://doi.org/10.1348/026151005X82901>
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. (2007). The socialization of emotional competence. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research*. (pp. 614–637). New York, NY: Guilford Press.
- Dichter, E. (1960). *The strategy of desire*. London, England: TV Boardman.
- Dichter, E. (1964). *Handbook of Consumer Motivations: The Psychology of the World of Objects*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Dunn, J., Bretherton, I., & Munn, P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Developmental Psychology, 23*(1), 132–139. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.1.132>
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 89–108). New York, NY: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511663963.006>
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development, 62*(6), 1352–1366. <https://doi.org/10.2307/1130811>

- Eder, R. A. (1989). The emergent personologist: The structure and content of 3 1/2 -, 5 1/2 -, and 7 1/2 -year-olds' concepts of themselves and other persons. *Child Development*, *60*(5), 1218-1228. <https://doi.org/10.2307/1130795>
- Eder, R. A. (1990). Uncovering young children's psychological selves: Individual and developmental differences. *Child Development*, *61*(3), 849-863. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02827.x>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2002). The role of emotionality and regulation in children's social competence and adjustment. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp. 46-70). New York, NY: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, *9*(4), 241-273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., ... Murphy, B. C. (2001). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental Psychology*, *37*(4), 475-490. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.4.475>
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., ... Shepard, S. A. (2005). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology*, *41*(1), 193-211. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.1.193>
- Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., ... Losoya, S. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, *39*(1), 3-19. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.1.3>
- El Rafihi-Ferreira, R., Lewis, K. M., McFayden, T., & Ollendick, T. H. (2019). Predictors of Nighttime Fears and Sleep Problems in Young Children. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(4), 941-949. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01332-9>
- Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: an evolutionary-neurodevelopmental

theory. *Development and Psychopathology*, 23(1), 7–28.
<https://doi.org/10.1017/S0954579410000611>

Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 33–72.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.33>

Emde, R. N., Wolf, D., & Oppenheim, D. (Eds.). (2003). *Revealing the inner worlds of young children: the MacArthur story stem battery and parent-child narratives*. New York, NY: Oxford University Press.

Ermisch, J., Jäntti, M., & Smeeding, T. (2012). *From Parents to Children: The Intergenerational Transmission of Advantage*. New York, NY: Russell Sage Foundation.

Eysenck, H. J. (1953). *The structure of human personality*. New York, NY: Methuen.

Fallone, G., Owens, J. A., & Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Medicine Reviews*, 6(4), 287–306.

Faludi, G. (1988). *A szorongás mai szemmel*. Budapest: Artunion.

Ferenczi, Sz. Gy. (2011). A szülő és a gyermek adottságai: Temperamentum, személyiség – az egymásra hangolódás lehetőségei. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, & L. Szilvási (Eds.), *A génektől a társadalomig. A koragyermekkorai fejlődés színterei* (pp. 282–319). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Field, A. P., Hadwin, J. A., & Lester, K. J. (2011). Informationprocessing biases in child and adolescent anxiety: a developmental perspective. In W. K. Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2nd ed, pp. 103–128). Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511994920.007>

Fitzsimons, E., & Villadsen, A. (2019). Father departure and children's mental health: How does timing matter? *Social Science & Medicine*, 222, 349–358.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.008>

Fivush, R. (1991). The social construction of personal narratives. *Merrill-Palmer Quarterly*, 37(1), 59–81.

Fivush, R. (1998). Gendered narratives: Elaboration, structure, and emotion in parent-child reminiscing across the preschool years. In C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D.

Read, D. G. Payne, & M. P. Toglia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 79–103). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Fivush, R., Haden, C., & Adam, S. (1995). Structure and coherence of preschoolers' personal narratives over time: Implications for childhood amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology*, *60*(1), 32–56. <https://doi.org/10.1006/jecp.1995.1030>

Flavell, J. H., Flavell, E. R., & Green, F. L. (1987). Young children's knowledge about the apparent-real and pretend-real distinctions. *Developmental Psychology*, *23*(6), 816–822. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.6.816>

Flouri, E., & Malmberg, L.-E. (2012). Father involvement, family poverty and adversity, and young children's behaviour in intact two-parent families. *Longitudinal and Life Course Studies*, *3*(2), 254–267. <https://doi.org/10.14301/llcs.v3i2.170>

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 679–700.

Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H., & Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(1), 33–39. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00048-3](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(95)00048-3)

Fülöp, M., & Varga, B. (2017). *A versengési attitűdök összefüggése a pszichés és szomatikus egészség néhány mutatójával*. Presented at the Magyar Pszichológiai Társaság XXVI. Országos Tudományos Nagygyűlése, Szeged.

Garner, P. W. (2006). Prediction of prosocial and emotional competence from maternal behavior in African American preschoolers. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *12*(2), 179–198. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.12.2.179>

Gartstein, M. A., Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, *33*(2), 197–211. <https://doi.org/10.1002/imhj.21312>

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gerő, Zs. (2002). *Érzelem, fantázia, gondolkodás óvodáskorban*. Budapest: Flaccus kiadó.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 874–883. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00279.x>
- Gordon, J., King, N., Gullone, E., Muris, P., & Ollendick, T. H. (2007a). Nighttime fears of children and adolescents: Frequency, content, severity, harm expectations, disclosure, and coping behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2464–2472. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.013>
- Gordon, J., King, N., Gullone, E., Muris, P., & Ollendick, T. H. (2007b). Treatment of children's nighttime fears: The need for a modern randomised controlled trial. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 98–113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.002>
- Gósy, M. (2005). *Pszicholingvisztika*. Budapest: Osiris.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13(2), 169–186. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90039-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90039-O)
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Graziano, A. M., Mooney, K. C., Huber, C., & Ignasiak, D. (1979). Self-control instruction for children's fear-reduction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10(3), 221–227. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(79\)90067-3](https://doi.org/10.1016/0005-7916(79)90067-3)
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2005). Sleep problems, anxiety and cognitive style in school-aged children. *Infant and Child Development*, 14(5), 435–444. <https://doi.org/10.1002/icd.409>
- Gregory, A. M., Eley, T. C., O'Connor, T. G., & Plomin, R. (2004). Etiologies of associations between childhood sleep and behavioral problems in a large twin sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 744–751. <https://doi.org/10.1097/01.chi/0000122798.47863.a5>

Gregory, A. M., & O'Connor, T. G. (2002). Sleep problems in childhood: a longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 964–971. <https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00015>

Grillon, C., Pellowski, M., Merikangas, K. R., & Davis, M. (1997). Darkness facilitates the acoustic startle reflex in humans. *Biological Psychiatry*, 42(6), 453–460. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00466-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00466-0)

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation, 2nd ed* (pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford Press.

Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429–451. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00034-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00034-3)

Gutman, L. M., & Feinstein, L. (2010). Parenting behaviours and children's development from infancy to early childhood: changes, continuities and contributions. *Early Child Development and Care*, 180(4), 535–556. <https://doi.org/10.1080/03004430802113042>

Halberstadt, A. G., Crisp, V. W., & Eaton, K. L. (1999). Family expressiveness: A retrospective and new directions for research. In P. Philippot, R. S. Feldman, & E. J. Coats (Eds.), *Studies in Emotion and Social Interaction. The social context of nonverbal behavior* (pp. 109–155). Paris, France: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai: pszichoanalízis, kötődésemélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest: Oriold és társai.

Han, Z. R., & Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: the moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(5), 591–601. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0353-7>

- Han, Z. R., & Shaffer, A. (2014). Maternal expressed emotion in relation to child behavior problems: Differential and mediating effects. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(8), 1491–1500. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9923-6>
- Harris, P. L., Brown, E., Marriott, C., Whittall, S., & Harmer, S. (1991). Monsters, ghosts and witches: Testing the limits of the fantasy—reality distinction in young children. *British Journal of Developmental Psychology*, *9*(1), 105–123. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1991.tb00865.x>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(5), 857–864. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.857>
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *45*(2), 91–113. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1994). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *22*(4), 441–455.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1995). The significance of self-reported anxious symptoms in first grade children: prediction to anxious symptoms and adaptive functioning in fifth grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *36*(3), 427–437.
- In-Albon, T., Meyer, A. H., & Schneider, S. (2013). Separation Anxiety Avoidance Inventory-Child and Parent Version: Psychometric properties and clinical utility in a clinical and school sample. *Child Psychiatry & Human Development*, *44*(6), 689–697. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0364-z>

- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15–24. <https://doi.org/10.1159/000096361>
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 426–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00264.x>
- James, A. A. C. J., Soler, A., & Weatherall, R. R. W. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004690. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub2>
- Jenni, O. G., Fuhrer, H. Z., Iglowstein, I., Molinari, L., & Largo, R. H. (2005). A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics*, 115(Supplement 1), 233–240. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0815E>
- Jersild, A. T., & Holmes, F. B. (1935). Children's fears. *Child Development*, 20, ix + 358.
- Johnson, E. O., Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (2000). Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood. *Psychiatry Research*, 94(2), 93–102. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00145-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00145-1)
- Johnson, S. L., Turner, R. J., & Iwata, N. (2003). BIS/BAS levels and psychiatric disorder: an epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(1), 25–36. <https://doi.org/10.1023/A:1022247919288>
- Kállai, J. (2008). A szorongás és a védekező magatartás kognitív neuropszichológiai mechanizmusai II. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(2), 291–310. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.63.2008.2.2>
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 147(3), 313–318. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.3.313>
- Kendall, P. C., & Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 883–888. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.883>

- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2008). Treatment outcome studies with children: Principles of proper practice. *Ethics & Behavior*, *18*(2–3), 215–233. <https://doi.org/10.1080/10508420802064309>
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *27*(5), 1101–1119. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005588>
- King, N. J., Ollendick, T. H., & Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: Relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *11*(4), 441–459. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90117-D](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90117-D)
- King, N. J., Hamilton, D. I., & Ollendick, T. H. (1988). *Children's fears and phobias: a behavioral perspective*. Chichester, England: Wiley.
- Klingman, A. (1988). Biblioguidance with kindergartners: Evaluation of a primary prevention program to reduce fear of the dark. *Journal of Clinical Child Psychology*, *17*(3), 237–241. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1703_7
- Knight, A., McLellan, L., Jones, M., & Hudson, J. (2014). Pre-treatment predictors of outcome in childhood anxiety disorders: a systematic review. *Psychopathology Review*, *a1*(1), 77–129. <https://doi.org/10.5127/pr.034613>
- Kochanska, G., Coy, K. C., Tjebkes, T. L., & Husarek, S. J. (1998). Individual differences in emotionality in infancy. *Child Development*, *69*(2), 375–390. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06196.x>
- Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, *36*(2), 220–232. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.220>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>.
- Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban* (doktori disszertáció). Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Kopcsó, K. (2014). *A sötétől való félelem feltérképezése serdülők és fiatal felnőttek körében* (szakdolgozat). Pécs: Pécsi Tudományegyetem.

Kopcsó, K. (2016). *The relationship between fear of death and fear of darkness among adolescents*. Presented at the 12th Alps-Adria Psychology Conference.

Kopcsó, K., Bornemisza, Á., & Sz. Makó, H. (2018). A várandóssággal kapcsolatos szorongást mérő Pregnancy Related Thoughts kérdőív hazai adaptálása. *Orvosi Hetilap*, 159(43), 1754–1760. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31166>

Kopcsó, K., & Láng, A. (2014). A sötétől való félelem serdülő- és fiatal felnőttkorban: általános modell, nemi és életkori különbségek. *Psychiatria Hungarica*, 29(2), 138–151.

Kopcsó, K., & Láng, A. (2018). Uncontrolled thoughts in the dark? Effects of lighting conditions and fear of the dark on thinking processes. *Imagination, Cognition and Personality*. <https://doi.org/10.1177/0276236618816035>

Krakowiak, P., Goodlin-Jones, B., Hertz-Picciotto, I., Croen, L. A., & Hansen, R. L. (2008). Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a population-based study. *Journal of Sleep Research*, 17(2), 197–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00650.x>

Kushnir, J., Gothelf, D., & Sadeh, A. (2014). Nighttime fears of preschool children: A potential disposition marker for anxiety? *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.019>

Kushnir, J., & Sadeh, A. (2011). Sleep of preschool children with night-time fears. *Sleep Medicine*, 12(9), 870–874. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.022>

Kushnir, J., & Sadeh, A. (2012). Assessment of brief interventions for nighttime fears in preschool children. *European Journal of Pediatrics*, 171(1), 67–75. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1488-4>

Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1–4), 3–38. <https://doi.org/10.1075/jnlh.7.1-4.02nar>

LaFreniere, P. J., & Dumas, J. E. (1996). Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8(4), 369–377. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.369>

- Leslie, A. M., Friedman, O., & German, T. P. (2004). Core mechanisms in 'theory of mind.' *Trends in Cognitive Sciences*, 8(12), 528–533. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.10.001>
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., & Joiner, T. E. (2008). Separation Anxiety Disorder in Childhood as a Risk Factor for Future Mental Illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 548–555. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765e7>
- Lewis, K. M., Amatya, K., Coffman, M. F., & Ollendick, T. H. (2015). Treating nighttime fears in young children with bibliotherapy: Evaluating anxiety symptoms and monitoring behavior change. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.004>
- Lo, M. J. (2016). Relationship between Sleep Habits and Nighttime Sleep among Healthy Preschool Children in Taiwan. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 45(12), 549–556.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 465–481. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.465>
- Lonigan, C. J., & Vasey, M. W. (2009). Negative affectivity, effortful control, and attention to threat-relevant stimuli. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 387–399. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9284-y>
- Lucas, N., Nicholson, J. M., & Maguire, B. (2010). Parenting practices and behaviours. In B. Maguire (Ed.), *The Longitudinal Study of Australian Children Annual statistical report 2010*. Australian Institute of Family Studies. Elérhető: <https://growingupinaustralia.gov.au/sites/default/files/asr2010.pdf>, Letöltés dátuma: 2019.04.08.
- Lukács, Á. & Kas, B. (2011). Érts és értesd meg magad! – A nyelvi fejlődés folyamata és elmaradásai. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, & L. Szilvási (Eds.), *A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások* (pp. 180–224). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1287–1300. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.009>
- Magnusson, D., & Oláh, A. (2005). Situation-outcome contingencies: a study of anxiety provoking situations in a developmental perspective In A. Oláh (Ed.), *Anxiety, Coping and Flow* (pp. 43–64) Budapest: Trefort Kiadó.
- Magnusson, D., & Stattin, H. (1981). *Situation-outcome contingencies: A conceptual and empirical analysis of threatening situations*. Reports from the Department of Psychology, No. 571. University of Stockholm.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- McClure, E. B., Monk, C. S., Nelson, E. E., Parrish, J. M., Adler, A., Blair, R. J. R., ... Pine, D. S. (2007). Abnormal attention modulation of fear circuit function in pediatric generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 97–106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.97>
- McElwain, N. L., & Volling, B. L. (2004). Attachment security and parental sensitivity during infancy: Associations with friendship quality and false-belief understanding at age 4. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(5), 639–667. <https://doi.org/10.1177/0265407504045892>
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(5), 637–648.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00047>

- Méndez Carrillo, F. X., Espada Sánchez, J. P., & Orgilés Amorós, M. (2006). *Terapia psicológica con niños y adolescentes: estudio de casos clínicos*. Madrid, Spain: Ediciones Pirámide.
- Méndez, F. J., & Garcia, M. J. (1996). Emotive Performances: A Treatment Package for Children's Phobias. *Child & Family Behavior Therapy*, 18(3), 19–34. https://doi.org/10.1300/J019v18n03_02
- Méndez, F. X., & Santacruz, I. (1996). *Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad [Dark Fear Scale]* Kiadatlan kézirát, Murcia: University of Murcia.
- Merabet, L. B., Maguire, D., Warde, A., Alterescu, K., Stickgold, R., & Pascual-Leone, A. (2004). Visual hallucinations during prolonged blindfolding in sighted subjects. *Journal of Neuro-Ophthalmology: The Official Journal of the North American Neuro-Ophthalmology Society*, 24(2), 109–113.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523–1535.
- Mikulas, W. L., Coffman, M. G., Dayton, D., Frayne, C., & Maier, P. L. (1986). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy*, 7(3), 1–8. https://doi.org/10.1300/J019v07n03_01
- Mileva-Seitz, V. R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Battaini, C., & Luijk, M. P. C. M. (2017). Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 4–27. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.03.003>
- Mills-Koonce, W. R., Propper, C. B., Garipey, J.-L., Blair, C., Garrett-Peters, P., & Cox, M. J. (2007). Bidirectional genetic and environmental influences on mother and child behavior: The family system as the unit of analyses. *Development and Psychopathology*, 19(4), 1073–1087. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000545>
- Mindell, J. A., & Barrett, K. M. (2002). Nightmares and anxiety in elementary-aged children: is there a relationship? *Child: Care, Health and Development*, 28(4), 317–322. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00274.x>

- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. *Sleep Medicine, 11*(4), 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.11.011>
- Monga, S., Rosenbloom, B. N., Tanha, A., Owens, M., & Young, A. (2015). Comparison of Child–Parent and Parent-Only Cognitive-Behavioral Therapy Programs for Anxious Children Aged 5 to 7 Years: Short- and Long-Term Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(2), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.008>
- Mooney, K. C. (1985). Children’s nighttime fears: Ratings of content and coping behaviors. *Cognitive Therapy and Research, 9*(3), 309–319. <https://doi.org/10.1007/BF01183850>
- Morelen, D., & Suveg, C. (2012). A real-time analysis of parent-child emotion discussions: The interaction is reciprocal. *Journal of Family Psychology, 26*(6), 998–1003. <https://doi.org/10.1037/a0030148>
- Morgan, J. K., Izard, C. E., & King, K. A. (2009). Construct validity of the Emotion Matching Task: preliminary evidence for convergent and criterion validity of a new emotion knowledge measure for young children. *Social Development (Oxford, England), 19*(1), 52–70. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00529.x>
- Moyes, H., Rigoli, L., Huette, S., Montello, D. R., Matlock, T., & Spivey, M. J. (2017). Darkness and the Imagination: The Role of Environment in the Development of Spiritual Beliefs. In C. Papadopoulos & H. Moyes (Eds.), *The Oxford Handbook of Light in Archaeology*. Elérhető: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780198788218.001.0001/oxfordhb-9780198788218-e-4> Letöltés dátuma: 2019.04.08
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J., Meesters, C., & van Kessel, C. (2002). What is the Revised Fear Survey Schedule for Children measuring? *Behaviour Research and Therapy, 40*(11), 1317–1326. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00007-4)
- Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Burlington, MA: Elsevier Inc.
- Muris, P., & Field, A. P. (2011). The “normal” development of fear. In W. K. Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2nd ed., pp. 76–89). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511994920.005>

- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A., & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(7), 703–710. <https://doi.org/10.1097/00004583-199807000-00009>
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 575–578. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00190-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00190-6)
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J., & Bogie, N. (2001). Children's nighttime fears: parent–child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(1), 13–28. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00155-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00155-2)
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., & Schouten, E. (2001). The structure of negative emotions in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4), 331–337. <https://doi.org/10.1023/A:1010361913186>
- Murstein, B. I. (1959). A conceptual model of projective techniques applied to stimulus variations with thematic techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 23(1), 3–14. <https://doi.org/10.1037/h0045257>
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'callaghan, M., ... Andersen, M. J. (2000). Mothers' Mental Illness and Child Behavior Problems: Cause-Effect Association or Observation Bias? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 592–602. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00013>
- Nilsen, T. S., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2), 69–87. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0316-3>
- Nivard, M. G., Dolan, C. V., Kendler, K. S., Kan, K.-J., Willemsen, G., van Beijsterveldt, C. E. M., ... Boomsma, D. I. (2015). Stability in symptoms of anxiety and depression as a function of genotype and environment: a longitudinal twin study from ages 3 to 63 years. *Psychological Medicine*, 45(5), 1039–1049. <https://doi.org/10.1017/S003329171400213X>
- NSF. (2004). *2004 Sleep in America poll - Children and Sleep, Summary of findings*. Washington, DC: National Sleep Foundation.

- Öhman, A., Dimberg, U., & Öst, L. G. (1985). Animal and social phobias: biological constraints on learned fear responses. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–133). Orlando, FL: Academic Press.
- Ollendick, T. H., Yule, W., & Oilier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(2), 321–331. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00310.x>
- Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, *28*(8), 1447–1471. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.003>
- Ontai, L. L., & Thompson, R. A. (2008). Attachment, Parent-Child Discourse and Theory-of-Mind Development: Attachment and Theory of Mind. *Social Development*, *17*(1), 47–60. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00414.x>
- Oppenheim, D. (2003). Children’s Emotional Resolution of MSSB Narratives: Relations With Child Behavior Problems and Parental Psychological Distress. In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children: The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives* (pp. 147–162). New York, NY: Oxford University Press.
- Orgilés, M., Espada, J. P., & Méndez, X. (2008). Assessment instruments of darkness phobia in children and adolescents: a descriptive review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *8*(1), 315–333.
- Owens, J. A., Fernando, S., & Mc Guinn, M. (2005). Sleep disturbance and injury risk in young children. *Behavioral Sleep Medicine*, *3*(1), 18–31. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0301_4
- Page, R. A., & Moss, M. K. (1976). Environmental influences on aggression: the effects of darkness and proximity of victim. *Journal of Applied Social Psychology*, *6*(2), 126–133. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1976.tb01318.x>
- Pavuluri, M. N., Henry, D., & Allen, K. (2002). Anxiety and fear. Discriminant validity in the child and adolescent practitioner’s perspective. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *11*(6), 273–280. <https://doi.org/10.1007/s00787-002-0293-z>

- Piaget, J. & Inhelder, B. (1999). *Gyermeklélektan*. Budapest: Osiris.
- Pierce, K. A., & Kirkpatrick, D. R. (1992). Do men lie on fear surveys? *Behaviour Research and Therapy*, *30*(4), 415–418. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90055-L](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90055-L)
- Pincus, D. B., Weiner, C. L., & Friedman, A. G. (2012). Differential efficacy of home monitoring and cognitive-behavioral treatment for decreasing children’s maladaptive nighttime fears. *Child & Family Behavior Therapy*, *34*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/07317107.2012.654426>
- Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. (2001). Adolescent fears as predictors of depression. *Biological Psychiatry*, *50*(9), 721–724. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01238-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01238-0)
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(4), 461–468. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00015>
- Puliafico, A. C., Comer, J. S., & Pincus, D. B. (2012). Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *21*(3), 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.005>
- Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2006). Development of short and very short forms of the Children’s Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *87*(1), 102–112. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_09
- Rafihi-Ferreira, R. E., Silvaes, E. F. M., Asbahr, F. R., & Ollendick, T. H. (2018). Brief treatment for nighttime fears and co-sleeping problems: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *58*, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.008>
- Ramchandani, P. G., O’Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>
- Ranschburg, J. (1973). *Félelem, harag, agresszió*. Budapest: Tankönyvkiadó Vállalat.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*(1), 47–67.

- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 436–444. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.436>
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 741–756. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Reid, G. J., Hong, R. Y., & Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of Sleep Research, 18*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x>
- Reis, A. H., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Andrade, N. C., Abreu, N., & Sperb, T. M. (2016). Emotion Regulation Checklist (ERC): Preliminary studies of cross-cultural adaptation and validation for use in Brazil. *Temas Em Psicologia, 24*(1), 97–116. <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-07>
- Reynaud, E., Forhan, A., Heude, B., de Lauzon-Guillain, B., Charles, M.-A., & Plancoulaine, S. (2016). Night-waking trajectories and associated factors in French preschoolers from the EDEN birth-cohort. *Sleep Medicine, 27–28*, 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.09.008>
- Reynaud, E., Vecchierini, M.-F., Heude, B., Charles, M.-A., & Plancoulaine, S. (2017). Sleep and its relation to cognition and behaviour in preschool-aged children of the general population: a systematic review. *Journal of Sleep Research, 27*(3). <https://doi.org/10.1111/jsr.12636>
- Richman, N., Stevenson, J. E., & Graham, P. J. (1975). Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London Borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16*(4), 277–287. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1975.tb00362.x>
- Robinson, J. L., & Mantz-Simmons, L. (2003). The MacArthur Narrative Coding System: One Approach to Highlighting Affective Meaning Making in the MacArthur Story Stem Battery. In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children: The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives* (pp. 55–80). Oxford, England: Oxford University Press.

- Robinson, J., Mantz-Simmons, L., Macfie, J., & the MacArthur Narrative Working Group. (1992). *The MacArthur Narrative Coding System*. Kiadatlan kézirat, Denver: University of Colorado Health Sciences Center.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: the Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72(5), 1394–1408.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 105–176). New York, NY: Wiley.
- Rózsa, S., Gádoros, J., & Kő, N. (1999). A gyermekpszichiátriai zavarok kérdőíves mérése: A gyermekviselkedési kérdőív diagnosztikai megbízhatósága és a több információforráson alapuló jellemzések egyezése. *Psychiatria Hungarica*, 4(14), 375–392.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (226–299). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0305>
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 612–628. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.006>
- Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2002). Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. *Child Development*, 73(2), 405–417. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00414>
- Sadeh, A., Hen-Gal, S., & Tikotzky, L. (2008). Young children's reactions to war-related stress: a survey and assessment of an innovative intervention. *Pediatrics*, 121(1), 46–53. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1348>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Sajtos, L., & Mitev, M. (2007). *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Budapest: Alinea Kiadó.

- Sameroff, A. J., & Fiese, B. (2000). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 3–19). New York, NY: Guilford Press.
- Santacruz, I., Méndez, F. J., & Sánchez-Meca, J. (2006). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia: comparison of two programmes. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 19–35. https://doi.org/10.1300/J019v28n01_02
- Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., & Szabó, L. (2015a). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat*, 66(3), 149–153.
- Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., & Szabó, L. (2015b). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat*, 66(4), 208–214.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23–47. <https://doi.org/10.1080/146167300361309>
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59–87. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006970>
- Schwarz, L., & Huapaya, L. (1964). Distortions of human perception in semi-darkness a phenomenological study. *Comprehensive Psychiatry*, 5(2), 113–121. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(64\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(64)80021-3)
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Sheslow, D. V., Bondy, A. S., & Nelson, R. O. (1983). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy*, 4(2–3), 33–45. https://doi.org/10.1300/J019v04n02_03
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33(6), 906–916. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.906>

- Shields, A., Dickstein, S., Seifer, R., Giusti, L., Magee, K. D., & Spritz, B. (2001). Emotional competence and early school adjustment: a study of preschoolers at risk. *Early Education and Development, 12*(1), 73–96. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1201_5
- Sidiki, S. S., Hamilton, R., & Dutton, G. N. (2003). Fear of the dark in children: is stationary night blindness the cause? *BMJ: British Medical Journal, 326*(7382), 211–212.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development, 66*(3), 671–686. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00897.x>
- Silverman, W. K., & Nelles, W. B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(6), 772–778. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00019>
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 105–130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(3), 319–327. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_3
- Southam-Gerow, M. A., & Prinstein, M. J. (2014). Evidence Base Updates: The Evolution of the Evaluation of Psychological Treatments for Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.855128>
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy, 39*(11), 1293–1316.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*(1), 17. <https://doi.org/10.2307/1129832>

- Steidle, A., & Werth, L. (2014). In the spotlight: Brightness increases self-awareness and reflective self-regulation. *Light, Lighting, and Human Behaviour*, 39(Supplement C), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.12.007>
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251–256. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.251>
- Stewart, S. E., & Gordon, J. E. (2014). Parent-assisted cognitive-behavioural therapy for children's nighttime fear. *Behaviour Change*, 31(4), 243–257. <https://doi.org/10.1017/bec.2014.19>
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 750–759. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10
- Suveg, C., Zeman, J., Flannery-Schroeder, E., & Cassano, M. (2005). Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 145–155. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-1823-1>
- Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., & LaPrairie, J. L. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 122–137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.004>
- Teti, D. M., & Crosby, B. (2012). Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: the role of maternal nighttime behavior. *Child Development*, 83(3), 939–953. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01760.x>
- Thirlwall, K., Cooper, P. J., Karalus, J., Voysey, M., Willetts, L., & Creswell, C. (2013). Treatment of child anxiety disorders via guided parent-delivered cognitive-behavioural therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203(6), 436–444. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126698>
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 38–58). New York, NY: Guilford Press.

Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot: Emotion regulation in toddlers. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations* (pp. 320–341). New York, NY: Guilford Press.

Thompson, R. A., & Lagattuta, K. H. (2006). Feeling and understanding: early emotional development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell Handbooks of Developmental Psychology. Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 317–337). Malden, MA: Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470757703.ch16>

Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of Emotion Regulation in the Family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249–268). New York, NY: Guilford Press.

Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2010). The role of cognitive–behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine*, *11*(7), 686–691. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.11.017>

Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, & L. Szilvási (Eds.), *A génektől a társadalomig. A koragyermekkorai fejlődés színterei* (pp. 320–372). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Vaughn, B. E., Stevenson-Hinde, J., Waters, E., Kotsaftis, A., Lefever, G. B., Shouldice, A., ... Belsky, J. (1992). Attachment security and temperament in infancy and early childhood: Some conceptual clarifications. *Developmental Psychology*, *28*(3), 463–473. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.3.463>

Vetró, Á., & Kapornai, K. (2008). A pszichopatológia fejlődése. In Z. Bánk & Á. Vetró, *Gyermek- és ifjúságpszichiátria* (pp. 21–63). Budapest: Medicina.

Volbrecht, M. M., & Goldsmith, H. H. (2010). Early temperamental and family predictors of shyness and anxiety. *Developmental Psychology*, *46*(5), 1192–1205. <https://doi.org/10.1037/a0020616>

Von Klitzing, K., Kelsay, K., & Emde, R. N. (2003). The Structure of 5-Year-Old Children's Play Narratives Within the MacArthur Story Stem Methodology. In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children: The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives* (pp. 106–128). New York, NY: Oxford University Press.

Warren, S. L. (2003). Narrative Emotion Coding System (NEC). In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children: The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives* (pp. 92–105). New York, NY: Oxford University Press.

Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(5), 637–644. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00014>

Warren, S. L., Mantz-Simmons, L., & Emde, R. N. (1993). *Narrative Emotion Coding Manual*. Kiadatlan kézirat.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96*(3), 465–490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>

Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child Development*, *72*(3), 655–684. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00304>

Wellman, H. M., & Estes, D. (1986). Early understanding of mental entities: a reexamination of childhood realism. *Child Development*, *57*(4), 910–923. <https://doi.org/10.2307/1130367>

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology - A Conceptual Framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13–37). New York, NY: Guilford Press.

Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Barch, D. M., Luby, J. L., & Belden, A. C. (2017). Variation in common preschool sleep problems as an early predictor for depression and anxiety symptom severity across time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(2), 151–159. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12639>

Wilmshurst, L. (2017). *Abnormal child and adolescent psychology: a developmental perspective (2nd edition)*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, *13*(1), 103–128. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(83\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5)
- Winnicott, D. W. (1999). *Játzás és valóság*. Budapest: Animula Kiadó.
- Winnicott, D. W. (2004). Az egyedüllet képessége. In B. Péley (Ed.), *A kapcsolatban bontakozó lélek* (pp. 114–119). Budapest: Új Mandátum Kiadó. (Eredeti megjelenés 1958.)
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, *28*(1), 109–126.
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(s406), 14–23. <https://doi.org/10.1111/j.0065-1591.2000.acp29-03.x>
- Wolf, D. P. (2003). Making Meaning From Emotional Experience in Early Narratives. In R. N. Emde, D. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: the MacArthur story stem battery and parent-child narratives* (pp. 27–54). New York, NY: Oxford University Press.
- Wolf, D. P., Rygh, J., & Altshuler, J. (1984). Agency and Experience: Actions and States in Play Narratives. In I. Bretherton (Ed.), *Symbolic Play* (pp. 195–217). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-132680-7.50011-9>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 1021–1037. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(1), 134–151. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- Zhong, C.-B., Bohns, V. K., & Gino, F. (2010). Good lamps are the best police: darkness increases dishonesty and self-interested behavior. *Psychological Science*, *21*(3), 311–314. <https://doi.org/10.1177/0956797609360754>

Zimmermann, P., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, *33*(7), 1211–1222. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008158>

Zisenwine, T., Kaplan, M., Kushnir, J., & Sadeh, A. (2013). Nighttime fears and fantasy–reality differentiation in preschool children. *Child Psychiatry & Human Development*, *44*(1), 186–199. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0318-x>

Mellékletek

AZ ELSŐ VIZSGÁLAT KUTATÁSI SEGÉDANYAGAI	181
1. melléklet. Óvodavezetőknek írt tájékoztató levél.....	181
2. melléklet. Szülői tájékoztatás	182
3. melléklet. Szülői beleegyező nyilatkozat	183
4. melléklet. Történetmesélési protokoll	185
5. melléklet. Kódok definíciói	186
6. melléklet. Kódlap	188
A MÁSODIK VIZSGÁLAT KUTATÁSI SEGÉDANYAGAI	189
7. melléklet. Óvodavezetőknek írt tájékoztató levél (várólistás csoport).....	189
8. melléklet. Óvodavezetőknek írt tájékoztató levél (intervenciós csoport).....	190
9. melléklet. Plakát (várólistás csoport).....	191
10. melléklet. Plakát (intervenciós csoport)	192
11. melléklet. Szülői tájékoztató (várólistás csoport).....	193
12. melléklet. Szülői tájékoztatás (intervenciós csoport)	194
13. melléklet. Szülői beleegyező nyilatkozat (várólistás csoport).....	196
14. melléklet. Szülői beleegyező nyilatkozat (intervenciós csoport)	197
MAGYARRA NEM STANDARDIZÁLT KÉRDŐÍVEK	199
15. melléklet. Demográfiai kérdéssor.....	199
16. melléklet. <i>Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ)</i>	200
17. melléklet. <i>What My Child Can Do At Night – Parent Form-R (WICDAN)</i>	200
18. melléklet. Éjszakai félelem jellemzőire vonatkozó kérdések	202
19. melléklet. <i>Separation Anxiety Avoidance Inventory - Parent Version (SAAI-P)</i>	203
20. melléklet. <i>Emotion Regulation Checklist (ERC)</i>	204
ENGEDÉLYEK	206
21. melléklet. Mary F. Coffman engedélye	206
22. melléklet. Dianne Dusevitch engedélye	207

AZ ELSŐ VIZSGÁLAT KUTATÁSI SEGÉDANYAGAI

1. melléklet. Óvodavezetőknek írt tájékoztató levél

Tisztelt Óvodavezető!

A Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézetének hallgatójaként szeretnék vizsgálatot végezni az óvodájába járó középső- és/vagy nagycsoportos gyermekek körében.

A kutatás célja annak feltárása, hogy a 4-6 éves gyermekek viselkedésbeli és érzelmi-hangulati problémái, milyen érzelemszabályozási és temperamentumbeli jellegzetességekkel járnak együtt. A gyermek szabályozási készségei mellett az apa/nevelőapa és az anya/nevelőanya érzelemszabályozási jellegzetességeit is vizsgálom. A kutatás eredményei segítenek jobban megérteni az óvodás gyermekek viselkedési sajátosságait és azok pszichológiai hátterét, így később a gyakorlatban is hasznosíthatóak lehetnek.

A vizsgálat rövid összefoglalása:

A kutatásban résztvevő gyermekekkel – szülői beleegyezést követően – egy játékos vizsgálat történne az óvodában, kétszemélyes helyzetben. Ennek menete, hogy a vizsgálatvezető állatokat ábrázoló képeket mutat a gyermeknek, és megkéri őt, hogy meséljen róluk egy-egy történetet. Mindez legfeljebb 30 percet vesz igénybe.

A gyermekek szüleit kérdőívek kitöltésére kérném, amelyek egy része önmagukra, egy része pedig gyermekükre vonatkozik. Ezek a tesztek a következők:

- Gyermekviselkedési Kérdőív, amely a gyermek viselkedésbeli és érzelmi-hangulati problémáit méri
- Éjszakai Viselkedés Kérdőív és Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív, amelyek a gyermek lefekvéssel és sötéttel kapcsolatos félelmét mérik fel
- Gyermek Viselkedési Kérdőív, amely a gyermek temperamentum jellemzőit méri
- Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív, amelyek a szülő érzelemszabályozással kapcsolatos jellemzőit és szokásait méri.

Szíves hozzájárulása esetén a gyermekek szüleit szülői értekezleten illetve az óvónókkal együttműködve tájékoztatnám a kutatásról. Ennek során kézhez kapják a vizsgálatról szóló írásos tájékoztatót és a beleegyező nyilatkozatot. Amennyiben a vizsgálatához hozzájárulnak, a fent említett tesztek papír alapon egy borítékban kapják meg, amelyeknek lezárt borítékban történő visszavételét az óvónók segítségével valósítanám meg. A kutatás anonim és az adatokat kizárólag csoportos szinten elemezzük.

Amennyiben bármiféle kérdése vagy aggodalma merül fel a vizsgálattal kapcsolatban, keresse bizalommal kutatócsoportunk vezetőjét:

Kopcsó Krisztina

PTE BTK Doktorandusz Hallgató

kopcsokrisztina@pte.hu

2. melléklet. Szülői tájékoztatás

TÁJÉKOZTATÁS

az óvodás gyermekek belső világának és viselkedési sajátosságainak feltérképezésére irányuló egyetemi kutatásról

A Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének keretében végzett kutatásunk célja annak feltárása, hogy a 4-6 éves gyermekek viselkedésbeli és érzelmi-hangulati problémái (kitüntetett figyelemmel a sötétől való félelemre), milyen érzelemszabályozási és temperamentumbeli jellegzetességekkel járnak együtt. A gyermek sajátosságaival összefüggésben szülei/nevelőszülei érzelemszabályozási jellegzetességeit is vizsgáljuk.

A kutatás rövid összefoglalása:

A kutatásban résztvevő gyermekkel egy játékos vizsgálat történik az óvodában. Ennek menete, hogy a vizsgálatvezető különféle állatokat ábrázoló képeket mutat a gyermeknek, és megkéri őt, hogy meséljen a képen lévő szereplőkről egy történetet. Az így kapott történeteket szerkezetileg (pl. szószám, bevezetés-tárgy-befejezés egysége) és tartalmilag (pl. pozitív és negatív érzések, pozitív/negatív kimenetel) is elemezzük. Annak érdekében, hogy a történeteket a lehető legpontosabban rögzítsük, a vizsgálatvezető hangfelvételt készít róluk.

A szülői tesztcsomag általános demográfiai kérdésekkel veszi kezdetét. Ezt követik a következő, gyermekükre vonatkozó kérdőívek.

<i>Kérdőív neve</i>	<i>Felmért változó</i>
Gyermekviselkedési Kérdőív	Viselkedésbeli és érzelmi-hangulati jellegzetességek
Éjszakai Viselkedés Kérdőív	Lefekvéskor és éjszaka mutatott viselkedési sajátosságok
Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív	Lefekvéssel és sötétrel kapcsolatos félelem
Gyermek Viselkedési Kérdőív	Temperamentum jellemzők

A tesztcsomagot az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív zárja. Ez az Ön saját érzelemszabályozási jellegzetességeit méri fel. A kérdőívek kitöltésekor nincsenek jó és rossz válaszok! **Fontos, hogy a gyermekre és a szülőre vonatkozó teszteket is, lehetőség szerint mindkét szülő - egymástól függetlenül - kitöltse**, mert kutatási tapasztalatok szerint jelentős eltérések lehetnek a két gondozó véleménye között.

A vizsgálat során kapott adatokat általános összefüggések után kutatva, **csoportosítva** elemezzük. Az eredményekről készített összefoglalót szívesen megosztjuk Önökkel, akár személyesen, akár e-mailben.

Amennyiben bármiféle kérdése vagy aggodalma merül fel a vizsgálatnál kapcsolatban, kérjük lépjen kapcsolatba a kutatást vezető személlyel.

Kutatásvezető: Kopcsó Krisztina doktorandusz
Elérhetősége: kopcsokrisztina@pte.hu

3. melléklet. Szülői beleegyező nyilatkozat

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

az óvodás gyermekek belső világának és viselkedési sajátosságainak feltérképezésére irányuló egyetemi kutatáshoz

Kutatási téma: Óvodás gyermekek viselkedésbeli és érzelmi-hangulati jellegzetességeinek szülői- és gyermeki érzelemszabályozással, valamint gyermeki temperamentummal mutatott összefüggései.

Tájékoztatás: A vizsgálati adatokat tudományos kutatás céljára használjuk fel. A kutatás anonim, az Ön vagy gyermeke nevét a későbbiekben (a tesztcsomagon) nem kell megadnia. Az adatokat bizalmasan, titkos adatként kezeljük és semmilyen adatot nem adunk át harmadik félnek. A kutatás eredményeinek publikálásakor csak csoportszintű eredményeket teszünk közzé, egyedi adatokat nem. Az Önnek átadott kérdőívek kitöltése körülbelül 30 percet vesz igénybe, ezek egy része gyermekére, egy része Önre vonatkozó kérdéseket tartalmaz. A gyermekével történő játékos vizsgálat hossza legfeljebb 30 perc, amely az óvodában valósul meg és engedélyével a pontos rögzítés érdekében hangfelvételt készítünk róla. Az adatkezelésre jogosult személyek a kutatásvezető és a tudományos munkáját felügyelő egyetemi oktató (Dr. Láng András; Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézet). A vizsgálat során Ön és gyermeke is bármikor visszaléphet, vagyis az adatszolgáltatás önkéntes. A vizsgálatot megelőzően gyermeke szóbeli beleegyezését is kérni fogjuk (mind a vizsgálatához, mind a hangfelvétel készítéséhez). Tudomásunk szerint a vizsgálatban való részvételnek káros következménye nincs.

ÉDESANYA/ NEVELŐANYA BELEEGYEZÉSE

Nyilatkozat: Tájékoztattak a kutatás céljáról és folyamatáról és arról, hogy a részvételért nem jár pénzbeli juttatás. Megértettem, hogy az adatok név nélkül kerülnek feldolgozásra és az adatokat a kutatásban résztvevők harmadik személynek nem szolgáltatják ki. A kutatás adatkezelési eljárása teljes mértékben megfelel a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről szóló 1995. évi CXIX. törvény előírásainak. A kutatásban részt kívánok venni.

Aláírás:

Név:

ÉDESAPA/NEVELŐAPA BELEEGYZÉSE

Nyilatkozat: Tájékoztattak a kutatás céljáról és folyamatáról és arról, hogy a részvételért nem jár pénzbeli juttatás. Megértettem, hogy az adatok név nélkül kerülnek feldolgozásra és az adatokat a kutatásban résztvevők harmadik személynek nem szolgáltatják ki. A kutatás adatkezelési eljárása teljes mértékben megfelel a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről szóló 1995. évi CXIX. törvény előírásainak. A kutatásban részt kívánok venni.

Aláírás:

Név:

A GYERMEK RÉSZVÉTELÉHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁS

Kérjük, gyermekük részvételét illető beleegyezésüket a megfelelő sor kitöltésével jelezzék:

- Igen, hozzájárulok ahhoz, hogy _____ nevű gyermekem részt vegyen a kutatási programban és a vizsgálatvezető az általa elmesélt történeteket hangfelvételen rögzítse.
- Nem járulok hozzá ahhoz, hogy _____ nevű gyermekem részt vegyen a kutatási programban.

.....

szülő/gondozó aláírása

Kelt:

4. melléklet. Történetmesélési protokoll

A történetek felvételének menete

A kísérletvezető a gyermekkel privát térben, kétszemélyes helyzetben végzi a vizsgálatot, CAT táblák segítségével.

Először bemutatkozik és megkérdezi a gyermektől a nevét és az óvodai jelét. Ezt követően a következőket mondja.

„Hoztam egy izgalmas játékot, amiben történeteket kell kitalálni állatos képek alapján. Játszanál velem ilyet? Hogyha megengeded, ezzel itt (mutatja a hangrögzítőt) felveszem majd amiket mondasz, azért, hogy később is emlékezni tudjak rá. Jó? Kipróbáljuk, hogy működik?”

Ezután megkéri a gyereket, hogy mondja el még egyszer az óvodai jelét, ezt felveszi és visszajátssza neki. Amikor napirendre térnek efelett, kezdetét veheti a vizsgálat.

Instrukció és felvezetés

„A játéknak az a lényege, hogy mutatok egy képet és elkezdek mesélni róla egy történetet. Ezután téged kérlek, hogy folytasd a történetet, amilyen részletesen csak tudod. Onnantól kezdve ez a te saját történeted, azt mesélsz, amit csak szeretnél.”

A képek bemutatásakor a kísérletvezető első kérdése a szereplőkre vonatkozik (pl.: *„Ez itt az első kép. Kik vannak rajta?”*). A cél, hogy a gyermek minden szereplőt azonosítson (akár segítséggel). Azonosítás után az első képnél ezt mondja: Tehát ők a szereplők. Akkor elkezdek velük egy történetet, utána pedig a te feladatod az lesz, hogy folytasd, ahogyan csak szeretnéd.

Ezt követi a történet felvezetése és a tovább mesélésre való felkérés.

Kiegészítő, lezáró kérdések

Hogyha a gyermek szűkszavúan válaszol, akkor további kérdésekkel bátorítható: *„Történik még valami más is?”*, *„Mit fog csinálni Xy?”*, *„Hogyan végződik Xy története?”*

5. melléklet. Kódok definíciói

GLOBÁLIS KÓDOK	
Koherencia (1-4)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Teljesen inkohereus (töredékek, nem kapcsolódó részletek, érthetetlen váltások, annak ismételtetése, hogy nem tudja mi történik) • 2 = Nincs világos történetvezetés, elég inkohereus (némi koherencia azért van, de nagy váltásokkal, összekötés nélkül, hirtelen befejezéssel stb.) • 3 = Összefüggő történet, kissé inkohereus (nincs jelentős törés, kicsi inkohereus fordul elő, de nem nagyon zavarja meg a történet menetét) • 4 = Koherens történet
Érzelmi feldolgozás (1-4)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Feloldatlan (téma kerülése/ téma egyáltalán nem oldódik meg/ inkohereus-dezorganizált, kizárólag klisés befejezés) • 2 = A felvezetett konfliktus kis mértékben/ részben oldódik meg • 3 = A felvezetett konfliktus többnyire megoldódik • 4 = A gyermek a felvezetett konfliktust/ negatív érzelmeket azonosítja, megérti és kidolgozottan, érzelmileg bevonódva oldja fel
Nehézség a történetmondással (0-3)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Nincs nehézség • 1 = Kis nehézség (egyszer jelzi, hogy nem tudja mi történik/ kicsit biztatni, kérdezgetni kell) • 2 = Közepes nehézség (többször jelzi, hogy nem tudja mi történik / sokat kell biztatni, kérdezgetni) • 3 = Nagy nehézség (nagyon nehezen mondja el a történetet, hosszú szüneteket tart, lefagy)
TARTALMI KÓDOK	
Negatív érzelmek	
Sírás	Külön kódolandó, ha egy szereplő sír. Ez állhat önmagában (amikor nem kerül kimondásra, hogy azért sír, mert szomorú/fél), de kódolható egyszerre az érzellemmel is egy történeten belül.
Szomorúság, harag, félelem	Ha egyértelműen megfogalmazásra kerülnek ezek az érzelmi állapotok.
Boldogság, öröm	Ezek konkrét kifejezése.
Szülői reprezentációk	
Szülői jelenlét (0-2)	0 = Nincs 1 = Anya VAGY apa VAGY szülők többes számban, de a szerepek nem válnak szét 2 = Anya és apa külön megnevezve, külön szereppel
Protektív, védelmező	A szülő védelmezi a gyermeket valamilyen fenyegetéstől (pl. megtámadja a tigrist, hogy megvédje).
Szeretettel, meleg, támogató	Pozitív, megerősítő, szerető viselkedés. Ez egy tág kategória, bármilyen megerősítő pozitív szülői viszonyulás beleférhet.
Segítő	Konkrét, praktikus segítség, ami nem feltétlenül jár együtt pozitív érzelmi színezettel. (Ha mégis, akkor itt is kódolni kell, meg ott is.)
Büntető, kemény, agresszív	Verbális vagy fizikai agresszió, vagy túlzó fegyelmezés (pl. világgá küld).

Elutasító	Hideg, elutasító, elhanyagoló viselkedés.
Nem-hatékony	Nem tud a gyerek segítségére lenni, amikor szüksége lenne rá (pl. nem kel fel, mikor hívják).
Kontrolláló-fegyelmező	Reális büntetés, fegyelmezés, nevelés, leszidás, olyan aminek érthető célja van. (Se nem pozitív, se nem negatív kategória.)
Proszociális tartalmak	
Szeretet megnyilvánulás	Ölelés, puszti, dicséret, törődés stb.
Empátia, segítség, megnyugtatás	Egyik szereplő azonosul a másikkal, megéri őt, megnyugtatja vagy segítséget nyújt. (szülői támogatás itt is kódolandó)
Negatív tartalmak	
Agresszió (0-4)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Nincs agresszió • 1 = Verbális agresszió (fenyegetés, sértegetés, csúfolás) • 2 = Fizikai agresszió (provokált, valamelyest regulált) – valamennyire érthető miért történik, pl. kölcsönös verekedés, tigris bekapja a majmot • 3 = Nem provokált, szabályozatlan, érthetetlen, kaotikus vagy kimondottan brutális fizikai agresszió - az agresszióknak nincs nyilvánvaló oka, vagy nem indokolt mértékű (pl. tigris mindenkit levadász) • 5 = Ölés (kifejezetten ölés)
Veszély (0-3)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Nincs veszély • 1 = Enyhe veszély (a történetkezdet folytatása, enyhe fokozása) • 2 = Súlyosabb veszély, ami a történetkezdetben nem szerepel • 3 = Nem tud szabadulni egy veszélyes helyzetből (pl. örökre eltéved)
Sebesülés	Szereplő megsérül, vérzik, fájdalmat érez.
Destrukció, rombolás	Tárgyak rombolása, tönkre tétele.
Halál	Egyértelmű halál („neki annyi” stb. is lehet)
Befejezés – záró tartalom	
Pozitív, Semleges, Negatív	Az utolsó tartalom, a sablonos lezárás (pl.: „boldogan éltek míg meg nem haltak”) előtt.
ELKERÜLÉS	
Kilépés a mintha helyzetből	A gyerek eltereli a témát, akár a történethez kapcsolódva, akár nem (kivétel ha történetbe ágyazott a kitérő, pl. „felkapcsolja a villanyt, mert én is ezt szoktam”).
Ismétlés (0-2)	<p>0 = A történetben nincs ismétlődés</p> <p>1 = Cselekmény, cselekménysor, történet történeten belüli ismétlése, ami nem ad újabb tartalmat a történethez. (Történhet ugyanazzal vagy másik szereplővel.)</p> <p>2 = Megismétel egy előző történetet vagy ismétel egy korábbi történetben szereplő témát, cselekménysort.</p>

Az elkerülés és a tartalmi kódok többsége történetenként 0/1 kódolandók (VAN/NINCS), míg néhány kód skála típusú. Egy egyszerű cselekmény több kódot is kaphat, pl. a szülői reprezentációk tipikusan együttjárnak más kódokkal (pl. szülői szeretet megnyilvánulás megjelenik a szülői és a proszociális kódnál is).

6. melléklet. Kódlap

Tábla:	1	6	9	5	7	8
GLOBALIS KÓDOK						
Koherencia (1-4)						
Érzelmi feldolgozás (1-4)						
Nehézség a történetmondással (0-3)						
TEMATIKUS ELEMZÉS						
Érzelmek						
Sírás						
Szomorúság						
Harag						
Félelem						
Boldogság, öröm						
Szülői reprezentációk megléte						
Szülői jelenlét (0-2)						
Szülői reprezentációk						
Protektív, védelmező						
Szeretettel, meleg, támogató						
Segítő						
Büntető, kemény, agresszív						
Elutasító						
Nem-hatékony						
Kontrolláló-fegyelmező						
Proszociális tartalmak						
Szeretet megnyilvánulás						
Empátia, segítség, megnyugtató						
Negatív tartalmak						
Agresszió (0-4)						
Veszély (0-3)						
Sebesülés						
Destrukció, rombolás						
Halál						
Befejezés – záró tartalom						
Pozitív						
Semleges						
Negatív						
Elkerülés						
Kilépés a mintha helyzetből						
Ismétlés						

A MÁSODIK VIZSGÁLAT KUTATÁSI SEGÉDANYAGAI

7. melléklet. Óvodavezetőknek írt tájékoztató levél (várólistás csoport)

Tisztelt Óvodavezető!

A Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézetének doktoranduszaként szeretném meghirdetni kutatásomat az óvodájába járó középső- és/vagy nagycsoportos (legalább 4 éves) gyermekek szüleinek részére. **A kutatás célja annak vizsgálata, hogy hogyan változik a sötétől féló gyerekek félelme egy 5 hónapos időszak során.** A résztvevőknek sötétől való félelem csökkentésére kifejlesztett terápiás mesekönyvet adunk ajándékba, az 5. hónap végén.

A kutatás rövid összefoglalása:

A kutatás során szülői kérdőívek segítségével szeretnénk feltérképezni a gyermekek sötétől való félelmét és az ezzel összefüggésben álló pszichológiai és viselkedési jellegzetességeiket (pl. általános szorongás, érzelemszabályozási nehézség, alvásproblémák), három időpontban (vizsgálatba lépés, 5 héttel később, 5 hónappal később). A teszteket a szülők interneten töltik ki, részletes tájékoztatást követően. A kutatás a Magyar Pszichológiai Társaság etikai elveit maximálisan szem előtt tartja, etikai bizottság által engedélyezett, a szülők részvétele beleegyező nyilatkozat aláírásához kötött.

A vizsgálatban résztvevők egy a mesekönyv hatásvizsgálatát célzó kutatás kontroll csoportját alkotják majd. Bár nincsenek erre vonatkozó magyar adatok, külföldi kutatások alapján a sötétől való félelem beavatkozás nélkül jellemzően csak enyhe mértékben csökken. Az ajándékba adott mesekönyv a Mary Coffman által írt „Uncle Lightfoot Flip that switch” című amerikai mesekönyv (<http://afraidofthedark.org/>) magyar fordítása, „Fényapó villanyt kapcsol, avagy, hogyan győzte le Sam félelmét a sötétől” címmel. A könyv egy sötétől féló kisfiú történetét meséli el, emellett számtalan játékleírást tartalmaz. Külföldi vizsgálatokban számottevő mértékben csökkentette óvodás gyermekek éjszakai félelmeit.

A kutatásban való részvétel lehetőségének ismertetésében kérném az Ön segítségét. Mellékelek egy plakátot, amely falíújságra helyezhető, vagy körlevélben is kiküldhető, ezt szeretném eljuttatni a szülőkhöz. Hogyha szívesen kifüggesztenék, de a nyomtatása problémát jelent, akkor szívesen küldök postai úton kinyomtatott példányt.

Segítségét előre is hálásan köszönöm,


Kopcsó Krisztina

PTE BTK Doktorandusz Hallgató

kopcsokrisztina@pte.hu

8. melléklet. Óvodavezetőknek írt tájékoztató levél (intervenciós csoport)

Tisztelt Óvodavezető!

A Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézetének doktoranduszaként szeretném meghirdetni kutatásomat az óvodájába járó középső- és/vagy nagycsoportos gyermekek szüleinek részére. A kutatás célja egy a sötétől való félelem csökkentésére kifejlesztett mesekönyv hatékonyságának vizsgálata.

A kutatás rövid összefoglalása:

A kutatási projekt során elkészítettük a Mary Coffman által írt „Uncle Lightfoot Flip that switch” című amerikai mesekönyv (<http://afraidofthedark.org/>) magyar fordítását. A könyv egy sötétől féltő kisfiú történetét meséli el, emellett számtalan játékleírást tartalmaz. Külföldi vizsgálatokban számottevő mértékben csökkentette óvodás gyermekek éjszakai félelmeit.

A vizsgálat lényege, hogy a szülők kapnak egy példányt ebből a könyvből és arra kérjük őket, hogy 5 héten keresztül napi szinten olvassanak belőle a gyermeknek. A hatékonyság megállapítása érdekében az 5 hetet megelőzően, aközben és azt követően is történnek felmérések a gyermek félelme kapcsán. Ez a gyermek otthonában illetve elektronikus módon valósul meg, az óvodától tehát semmiféle ráfordítást nem igényel.

A kutatás a Magyar Pszichológiai Társaság etikai elveit maximálisan szem előtt tartja, etikai bizottság által engedélyezett, a szülők részvétele informált beleegyező nyilatkozat aláírásához kötött.

A kutatásban való részvétel lehetőségének ismertetésében kérném az Ön segítségét. Mellékelek egy plakátot, amely falújságra helyezhető, vagy körlevélben is kiküldhető, ezt szeretném eljuttatni a szülőkhöz. Hogyha szívesen kifüggesztenék, de a nyomtatása problémát jelent, akkor szívesen küldök postai úton kinyomtatott példányt.

Amennyiben bármiféle kérdése vagy aggodalma merül fel a vizsgálattal kapcsolatban, keressen bizalommal!

Segítségét előre is hálásan köszönöm,



Kopcsó Krisztina

PTE BTK Doktorandusz Hallgató

kopcsokrisztina@pte.hu

SÖTÉTTŐL VALÓ FÉLELEM KUTATÁS

A vizsgálat célja annak felmérése, hogy az óvodás gyermekek sötéttől való félelme hogyan változik egy 5 hónapos időszak során. A kutatásra olyan gyermekek szüleinek jelentkezését várjuk, akik

- ❖ **nagy mértékben félnek a sötéttől**
- ❖ **4 -7 évesek**
- ❖ **nem részesülnek rendszeres pszichológiai, pszichiátriai vagy neurológiai ellátásban.**

A részvétel internetes tesztek kitöltéséből áll. Az 5. hónap végén a résztvevők ajándékba kapják a **„Fényapó villanyt kapcsol, avagy hogyan győzte le Sam félelmét a sötéttől”** című terápiás mesekönyvet. Az eredeti könyv (Mary Coffman: Uncle Lightfoot, Flip that switch) nemzetközi kutatásokban hatékonyan csökkentette kisgyermekek éjszakai félelmeit.

Kérjük, a következő elérhetőségen érdeklődjön a részletek felől:

A vizsgálatot végző személy:
Kopcsó Krisztina, doktorandusz
(PTE Pszichológia Intézet)
fenyapo@gmail.com



Designed by Macrovector / Freepik

SÖTÉTTŐL VALÓ FÉLELEM KUTATÁS

A vizsgálat célja egy önsegítő mesekönyv magyar változatának tesztelése. Kutatásunk szuper lehetőséget jelenthet Ön és óvodás gyermeke számára, hogyha gyermeke:

- ❖ **nagy mértékben fél a sötétől,**
- ❖ **elmúlt már 4 éves és**
- ❖ **nem részesül rendszeres pszichológiai, pszichiátriai vagy neurológiai ellátásban.**

A vizsgálat a mesekönyv használatából és pszichológiai felmérésekből áll, amelyek a gyermek otthonában és interneten valósulnak meg. A résztvevők ajándékba kapják a **„Fényapó villanyt kapcsol, avagy hogyan győzte le Sam félelmét a sötétől”** című mesekönyvet. Az eredeti könyv (Mary Coffman: Uncle Lightfoot, Flip that switch) nemzetközi kutatásokban hatékonyan csökkentette kisgyermekek éjszakai félelmeit.

Kérjük, a következő elérhetőségen érdeklődjön a részletek felől:

A vizsgálatot végző személy:

Kopcsó Krisztina, doktorandusz

(PTE Pszichológia Intézet)

fenyapo@gmail.com



Designed by Macrovector / Freepik

11. melléklet. Szülői tájékoztató (várólistás csoport)

TÁJÉKOZTATÁS

A Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének keretében végzett jelen kutatás célja óvodás gyermekek sötétől való félelmének vizsgálata és annak megállapítása, hogy ez a típusú félelem milyen mértékű időbeni állandóságot mutat. Az adatszolgáltatás interneten zajlik.

A kutatás rövid összefoglalása:

A kutatásba sötétől jelentős mértékben féltő, legalább 4 éves gyermekek és szüleik jelentkezését várjuk. (A kutatásban olyan gyermekek vehetnek részt, akik jelenleg nem részesülnek rendszeres pszichológiai, pszichiátriai vagy neurológiai ellátásban.) A vizsgálat első lépéseként az itt következő rövid online kérdőív kitöltésére kérjük meg a szülőt. Ez alapján tudjuk mérlegelni, hogy a részvételi feltételek valóban fennállnak-e.

A kutatás összesen 20 hetet ölel fel, aminek során a következő felmérések zajlanak majd:

- Online kérdőívcsomagok kitöltése, amely egyenként 20-40 percet vesz igénybe (3 alkalommal, 0., 5. és 20. héten)
- Alvási napló vezetése (1. és 5. héten)

A kutatásban résztvevőknek, a felmérést követően, felajánlunk egy példányt a "Fényapó villanyt kapcsol" mesekönyvből (<http://afraidofthedark.org/> magyar változata), amely speciálisan a sötétől való félelem csökkentésére kifejlesztett mesekönyv. Tesszük ezt azért, mert a jelen kutatásban kapott eredmények, az említett mesekönyv hatékonyság vizsgálatának is részét képezik (annak megállapításában, hogy az óvodás gyermekek sötétől való félelme beavatkozás nélkül változik-e valamilyen irányba). A mesekönyv átvehető Budapesten személyesen, és postai úton is. Fontos hangsúlyoznunk, hogy a könyv nem helyettesíthet pszichoterápiás kezelést. Bár külföldi kutatásokban hatékonyak bizonyult, minden gyermek félelme más és más, így nem tudhatjuk biztosan, hogy adott gyermek félelmét képes-e hatékonyan enyhíteni.

Amennyiben bármiféle kérdése vagy aggodalma merül fel a vizsgálattal kapcsolatban, kérjük lépjen kapcsolatba a kutatást vezető személlyel.

Kutatásvezető: Kopcsó Krisztina

Elérhetősége: fenyapo@gmail.com, www.sotetfelelem.eoldal.hu

12. melléklet. Szülői tájékoztatás (intervenciós csoport)

TÁJÉKOZTATÁS

A Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének keretében végzett kutatásunk célja egy sötétől való félelem csökkentésére kifejlesztett amerikai mesekönyv magyar változatának tesztelése (*Fényapó villanyt kapcsol, avagy hogyan győzte le Sam félelmét a sötétől*), 4-7 éves gyermekek körében.

A kutatás rövid összefoglalása:

A kutatásba **sötétől jelentős mértékben félő 4-7 éves gyermekek** és szüleik jelentkezését várjuk³. Ez alatt a következőket értjük. A gyermek sötétől való félelme/éjszakai szorongása:

- **Rendszeres**
- Tartós (legalább **2 hónapja** fennáll)
- Jelentős, **negatív hatással** van a gyermekre és családjára

A kutatásba a fenti feltételeket felmérő kérdőív kitöltésével jelentkezhetnek. (Részvételi szándékukat később, a Beleegyező nyilatkozat aláírásával véglegesítik.)

A vizsgálat **kettő**, egyenként legfeljebb **40 perces személyes találkozót** igényel.

Az első találkozó során a szülőt gyermekére és önmagára vonatkozó kérdőívek kitöltésére kérjük, amelyek felmérik: a gyermek viselkedési és érzelmi-hangulati nehézségeit, érzelemszabályozását, sötétől való félelmét és éjszakai viselkedését, szeparációs szorongását, temperamentumát. A szülő oldaláról az érzelemszabályozási jellegzetességeket, sötétől való félelmet és szorongást, valamint a meseolvasási szokásokat mérjük fel.

A tesztek kitöltése közben gyermekével egy **játékos interjút** vennék fel, amely során történetmesélésre kérem, illetve megkérdezem tőle sötétől való félelmének mértékét egy hangulatfejeket ábrázoló három fokozatú skálán. Annak érdekében, hogy a gyermek válaszait a lehető legpontosabban rögzítem, **hangfelvételt** készítenék róluk.

A szülői kérdőívek kitöltése körülbelül 40 percet, a gyermekkel végzett játékos vizsgálat pedig körülbelül 15 percet vesz igénybe. Ezek felvétele az Önök otthonában, egymással párhuzamosan történne (amíg Ön kitölti a teszteket, addig kétszemélyes foglalkozás keretein belül venném fel gyermekével az interjút).

Ezt követően megbeszéljük a mesekönyv alkalmazásával kapcsolatos gyakorlati tudnivalókat. A szülőket arra kérjük, hogy **öt héten keresztül** lehetőleg **minden este olvassanak** a könyvből, **játsszák** a gyermekkel a javasolt játékokat és napi rendszerességgel vezessenek egy rövid, tesztel elrendezésű **vizsgálati naplót**.

³ A vizsgálatban nincs lehetőség olyan gyermekek részvételére, akik jelenleg rendszeres pszichiátriai/pszichológiai/neurológiai kezelésen vesznek részt.

A második találkozóra az első felmérést **5 héttel** követően kerítenénk sort. Ekkor az első alkalommal felvett tesztek ismételnék meg (vagyis, Önt kérdőívek kitöltésére kérjük, gyermekével pedig rövid, játékos interjút készítünk).

Végezetül, az első felmérést **20 héttel követően egy online kérdőív** kitöltésére kérjük.

A kutatás tárgyát képező könyvet a szülők **ajándékba kapják**, azt a vizsgálat lezajlását követően is megtarthatják. Fontos hangsúlyoznunk, hogy ez a könyv nem helyettesíthet pszichoterápiás kezelést. Bár külföldi kutatásokban hatékonyak bizonyult, minden gyermek félelme más és más, így nem tudhatjuk biztosan, hogy adott gyermek félelmét képes-e hatékonyan enyhíteni.

Amennyiben bármiféle kérdése vagy aggodalma merül fel a vizsgálattal kapcsolatban, kérjük lépjen kapcsolatba a kutatást vezető személlyel.

Kutatásvezető: Kopcsó Krisztina

Elérhetősége: + 36 XX/XXX-XX-XX
fenyapo@gmail.com
www.sotetfelelem.eoldal.hu

13. melléklet. Szülői beleegyező nyilatkozat (várólistás csoport)

Beleegyező nyilatkozat

Kutatási téma: Kisgyermek sötétől való félelmének felmérése és időbeni jellegzetességeinek vizsgálata

Tájékoztatás: A vizsgálati adatokat tudományos kutatás céljára használjuk föl. A kutatás anonim, az Ön vagy gyermeke nevét a későbbiekben sehol sem kell megadnia. A különböző időpontokban kapott adatok összekapcsolása a szülő személyes adataiból létrehozott egyedi azonosító mentén történik. Semmilyen adatot nem adunk át harmadik félnek; a kutatás eredményeinek publikálásakor csak csoportszintű eredményeket teszünk közzé, egyedi adatokat nem. A kutatásban való részvétel 20 hetet ölel fel, amely során 3 átfogó kérdőíves felmérés történik (0., 5., 20. héten). Ekkor online tesztek kitöltésére kérjük majd, amely alkalmanként 20-40 percet vesz igénybe. Ezek egy része gyermekére, egy része Önre vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

Az adatkezelés során közreműködőt (megbízottat) nem veszünk igénybe. Az adatkezelésre jogosult személyek a kutatásvezető és a tudományos munkáját felügyelő egyetemi oktató (Dr. Láng András; Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézet). A vizsgálat során bármikor visszaléphet, vagyis az adatszolgáltatás önkéntes. Tudomásunk szerint a vizsgálatban való részvételnek káros következménye nincs.

A kutatásban résztvevők számára felajánlunk egy példányt a "Fényapó villanyt kapcsol, avagy hogyan győzte le Sam félelmét a sötétől" című mesekönyvből, a 20 hetes felmérést követően. Ezt a mesekönyvet kifejezetten a sötétől való félelem csökkentésére hozták létre. A jelen kutatásban kapott eredmények a mesekönyv hatékonyság vizsgálatának is részét képezik.

Nyilatkozat

A „Tovább” gombra kattintással igazolom beleegyezésemet. Tájékoztattak a kutatás céljáról és folyamatáról és arról, hogy a részvételért nem jár pénzübeli juttatás. Megértettem, hogy az adatok név nélkül kerülnek feldolgozásra és az adatokat a kutatásban résztvevők harmadik személynek nem szolgáltatják ki. A kutatás adatkezelési eljárása teljes mértékben megfelel a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről szóló 1995. évi CXIX. törvény előírásainak.

14. melléklet. Szülői beleegyező nyilatkozat (intervenciós csoport)

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Kutatási téma: A gyermekkori sötétől való félelem csökkentésének lehetősége egy önsegítő mesekönyv segítségével

Tájékoztatás: A vizsgálati adatokat tudományos kutatás céljára használjuk föl. A kutatás anonim, az Ön vagy gyermeke nevét a későbbiekben sehol sem kell megadnia. Semmilyen adatot nem adunk át harmadik félnek; a kutatás eredményeinek publikálásakor csak csoportszintű eredményeket teszünk közzé, egyedi adatokat nem. A kutatásban való részvétel első fázisa 5 hetet ölel fel, ez alatt a mesekönyv napi szintű használata és kutatási napló vezetése szükséges. A részvétel két személyes találkozót igényel, az ötletes időszak kezdetén és a végén. Ekkor Önt kérdőívek kitöltésére kérjük, amely körülbelül 40 percet vesz igénybe. Ezek egy része gyermekére, egy része Önre vonatkozó kérdéseket tartalmaz. Eközben gyermekével egy játékos, történetmesélős vizsgálat és egy rövid félelem interjú felvétele történik, amelyről engedélyével a pontos rögzítés érdekében hangfelvételt készítünk. A részvétel az első találkozót 20 héttel követően egy online utókövető kérdőív kitöltésével zárul. Az adatkezelés során közreműködőt (megbízottat) nem veszünk igénybe. Az adatkezelésre jogosult személyek a kutatásvezető és a tudományos munkáját felügyelő egyetemi oktató (Dr. Láng András; Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézet). A vizsgálat során Ön és gyermeke is bármikor visszaléphet, vagyis az adatszolgáltatás önkéntes. A vizsgálatot megelőzően gyermeke szóbeli beleegyezését is kérni fogjuk (mind a vizsgálatához, mind a hangfelvétel készítéséhez). Tudomásunk szerint a vizsgálatban való részvételnek káros következménye nincs. A kutatás tárgyát képező mesekönyvet a résztvevők ajándékba kapják, azt a vizsgálat lezajlását követően is megtarthatják.

SZÜLŐ/GONDOZÓ BELEEGYEZÉSE

Nyilatkozat: Tájékoztattak a kutatás céljáról és folyamatáról és arról, hogy a részvételért nem jár pénzbeli juttatás. Megértettem, hogy az adatok név nélkül kerülnek feldolgozásra és az adatokat a kutatásban résztvevők harmadik személynek nem szolgáltatják ki. A kutatás adatkezelési eljárása teljes mértékben megfelel a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről szóló 1995. évi CXIX. törvény előírásainak. A kutatásban részt kívánok venni.

Aláírás:

Név:

A GYERMEK RÉSZVÉTELÉHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁS

Kérjük, gyermeke részvételét illető beleegyezését a megfelelő sor kitöltésével jelezze:

- Igen, hozzájárulok ahhoz, hogy _____ nevű gyermekem részt vegyen a kutatási programban és a vizsgálatvezető az általa elmesélt történeteket és interjú válaszait hangfelvételen rögzítse.

- Nem járulok hozzá ahhoz, hogy _____ nevű gyermekem részt vegyen a kutatási programban.

.....

szülő/gondozó aláírása

Kelt:

MAGYARRA NEM STANDARDIZÁLT KÉRDŐÍVEK

15. melléklet. Demográfiai kérdéssor

Demográfiai Kérdőív

1. Az Ön neme: nő / férfi
2. Az Ön életkora: _____
3. Iskolai oktatásban töltött éveinek száma: _____
4. Lakhelye:
5. Iskolai végzettsége:
 - Általános iskola vagy annál alacsonyabb végzettség
 - Szakiskola, szakközépiskola
 - Gimnázium
 - Főiskola vagy egyetem
6. Családját anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolná?
 - Alsó osztály
 - Alsó-középosztály
 - Felső-középosztály
 - Felső osztály
7. Hány gyermeke van? _____

Kérjük, hogy adja meg a kutatásban részt vevő gyermeke következő adatait:

8. Születési dátum: _____
9. Óvodai csoport: kis / középső / nagy / vegyes
10. Nem: lány / fiú
11. Milyen viszonyban van Ön a gyermekkel?
 - Szülő, nevelőszülő
 - Nagyszülő
 - Egyéb: _____

16. melléklet. Gyermekkori Sötétségfóbia Kérdőív (CDPQ)

Az alábbiakban az esti lefekvéssel és a sötétséggel kapcsolatos félelemre vonatkozó állításokat olvashat. Kérjük, minden kijelentés esetén jelölje a megadott 4-fokú skálán, hogy milyen mértékben jellemzi az Ön gyermekét.

A skála fokozatai a következők:

1	2	3	4
Egyáltalán nem jellemző	Inkább nem jellemző	Inkább jellemző	Teljesen jellemző

		Mennyire jellemző?			
1.	Az esti lefekvés/sötétség és annak közelgő időpontja gyermekemben észrevehető, túlzott félelmet vált ki.	1	2	3	4
2.	Gyermekek esti lefekvés/sötétség okozta félelme szinte minden nap megjelenik.	1	2	3	4
3.	Gyermekek az önálló, sötétben történő elalvást igyekeznek elkerülni (pl. felkapcsolt villanynál / testvér, szülő ágában alszik el). Hogyha mégis kénytelen egyedül elaludni a sötétben, szorongani kezd.	1	2	3	4
4.	Gyermekek lefekvéssel/sötétséggel kapcsolatos félelme jelentősen kihat mindennapi teljesítményére, a társas aktivitására és kapcsolataira (pl. fáradt és figyelmetlen, nyugós a szülőkkel, társaival).	1	2	3	4
5.	Gyermekek éjszakai félelme hónapok óta tartóan fennáll.	1	2	3	4

17. melléklet. What My Child Can Do At Night – Parent Form-R (WICDAN)

Éjszakai Viselkedés Kérdőív – Szülői változat ©1987 by Mary Coffman

A. Mennyire fél az Ön gyermeke a sötétől? Egy 1-10-ig terjedő skálán, kérjük karikázza be azt a számot, ami leginkább kifejezi gyermeke sötétől való félelmének mértékét.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem nagyon fél				Közepes mértékben fél					Rendkívüli mértékben fél

B. Éjszakai viselkedés

<i>Útmutató: Kérjük, a következő kérdésekre válaszait azon megfigyelései alapján adja meg, hogy gyermeke hogyan viselkedett éjszakánként az elmúlt egy hét során. Karikázza be azt a számot, amelyhez tartozó leírás Ön szerint jelenleg leginkább ráillik gyermekére.</i>	Igen, könnyedén	Igen, de nehezebbre esik vagy habozik	Nem
1. Ha felkapcsolva marad gyermekem hálósobájában a villany (mennyezeti vagy kislámpa), a gyermekem képes egész éjszaka egyedül aludni a szobájában.	2	1	0
2. Ha a gyermekem sötét hálósobájának bejáratánál állok, akkor gyermekem képes bemenni a szobába és kihozni egy tárgyat, ami a szoba közepén található.	2	1	0
3. Ha a hálósobája ajtajában állok és lekapcsolom a hálósobai villanyt, gyermekem képes az ágyában feküdni a sötétben legalább 10 másodpercen keresztül.	2	1	0
4. Ha én egy másik szobában vagyok, és elejtek egy "célzást" egy tárgy hollétéről, gyermekem képes rá, hogy bemerjen a sötét szobájába és kihozza a könnyen megtalálható tárgyat, anélkül, hogy felkapcsolná a villanyt.	2	1	0
5. Lefekvéskor gyermekem képes lekapcsolni a villanyt a szobájában, lefeküdni az ágyába és legalább 30 másodpercig ágyban maradni, anélkül, hogy bárki vele lenne a szobában.	2	1	0
6. Amikor én a háznak egy másik részében vagyok, például a nappaliban, gyermekem képes egyedül elsétálni a hálósobájáig a félhomályban majd bemenni oda és kihozni egy nem szem előtt lévő tárgyat, amit 1-2 percig kell keresgélnie szerte a szobájában, ahhoz, hogy megtalálja.	2	1	0
7. Lefekvéskor gyermekem képes egyedül feküdni az ágyban a hálósobájában a sötétben legalább 2 percig.	2	1	0
8. Ha csak a biztonságához elegendő fény van (pl.: egy kicsi jelzőfény a folyosón vagy a hálósobában) gyermekem képes a sötét szobájában egyedül átaludni az éjszakát.	2	1	0
9. Éjszaka, miután mindenki más lefeküdt, gyermekem képes egyedül kimenni a fürdőszobába (felkapcsolva a szükséges világítást).	2	1	0
10. Gyermelem képes elegendő ideig egyedül feküdni az ágyában a sötét hálósobájában ahhoz, hogy elaludjon.	2	1	0
11. Éjszaka, ha a nyitott bejáratú ajtóban állok, gyermekem képes egyedül kimenni, hogy megszerezzen egy tárgyat, ami körülbelül 3 méterre van az ajtótól.	2	1	0

18. melléklet. Éjszakai félelem jellemzőire vonatkozó kérdések

1. Hetente hány éjszaka fordul elő, hogy lefekvést követően a gyermeknek félelme miatt valamely családtagja megnyugtatóására van szüksége?

- Hetente egyszer vagy ritkábban
- Hetente 2-4 éjszaka
- Szinte minden nap

2. Milyen gyakran fél gyermeke éjszaka, amikor egyedül fekszik az ágyában?

- soha
- néha
- gyakran

3. Van gyermeke éjszakai félelmének valami konkrét tárgya? Ha igen, mi az?

4. Mit szokott csinálni gyermeke annak érdekében, hogy elmúljon a félelme?

5. Ön szerint ez mennyire nyugtatja meg?

- egyáltalán nem
- kicsit
- nagyon

6. Volt valaha gyermekének rossz élménye, negatív tapasztalata a félelme tárgyával?

- Igen
- Nem

7. Láthatta valaha gyermeke, hogy Ön vagy más családtagja fél ettől a dologtól?

- Igen
- Nem

8. Láthatott vagy hallhatott gyermeke olyan információkat a félelme tárgyáról, ami miatt veszélyesnek tartja?

- Igen
- Nem

9. Mennyire **fél Ön a sötétől**? Egy 1-10-ig terjedő skálán, kérjük válassza ki azt a számot, ami leginkább kifejezi saját sötétől való félelmének mértékét.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem nagyon fél				Közepes mértékben fél			Rendkívüli mértékben fél		

10. Mennyire **félt Ön gyermekkorában a sötétől**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem nagyon félt				Közepes mértékben félt			Rendkívüli mértékben félt		

Szeparációs Szorongás Elkerülés Leltár – Szülői változat

A következő táblázatban olyan helyzetek felsorolását olvashatja, amelyek szorongást válthatnak ki az Ön gyermekében. Kérjük jelölje, hogy **gyermeké milyen gyakran kerül el az egyes helyzeteket, a szorongása miatt**. Nincsenek rossz válaszok!

Lehetséges, hogy egyes helyzetek esetén úgy véli, az elkerülő viselkedés előfordulásának megítélése az Ön gyermeke esetén nem értelmezhető, nem releváns (például, mert az adott körülmény gyermeke korából kifolyólag soha nem is fordulhat elő). Ebben az esetben jelölje az NA (= nem alkalmazható) válaszlehetőséget.

A skála fokozatai a következők:

	1	2	3	4	5	NA
Előfordulás	Soha	Ritkán	Az esetek felében	Az esetek többségében	Mindig	nem alkalmazható

„A szorongás miatt, gyermekem elkerüli, hogy”

1.	Egyedül legyen otthon	1	2	3	4	5	NA
2.	Este egyedül legyen otthon	1	2	3	4	5	NA
3.	Egyedül menjen iskolába/óvodába	1	2	3	4	5	NA
4.	Meglátogassa a barátait	1	2	3	4	5	NA
5.	Iskolai/óvodai kirándulásra menjen	1	2	3	4	5	NA
6.	Máshol töltsse az éjszakát	1	2	3	4	5	NA
7.	Egyedül feküdjön le aludni	1	2	3	4	5	NA
8.	A saját ágyába feküdjön le aludni	1	2	3	4	5	NA
9.	A sötétben aludjon	1	2	3	4	5	NA
10.	Otthon maradjon egyedül egy babysitterrel	1	2	3	4	5	NA
11.	Egyedül menjen haza	1	2	3	4	5	NA
12.	Hazamenjen, amikor senki nincs otthon	1	2	3	4	5	NA

20. melléklet. *Emotion Regulation Checklist (ERC)*

Érzelem Szabályozás Kérdőív

Kérem, a megfelelő szám bekarikázásával jelölje meg, hogy a lent felsorolt állítások milyen gyakran jellemzik saját gyermekének viselkedését és érzelmeit!

1 **2** **3** **4**
Soha **Néha** **Gyakran** **Szinte mindig**

Gyermelem...:

1. Vidám gyermek.	1	2	3	4
2. Jelentős hangulatingadozást mutat. (Érzelmi állapotát nehéz előre látni, mert gyorsan átvált pozitívból negatív hangulatba).	1	2	3	4
3. Pozitívan reagál a felnőttek semleges vagy barátságos közeledésére.	1	2	3	4
4. Könnyen átvált egyik tevékenységből a másikba; nem aggódik, nem lesz dühös, szomorú vagy túl izgatott, amikor egyik tevékenységből a másikba vált.	1	2	3	4
5. Nyugtalanító vagy szomorú eseményeket követően hamar helyre jön (pl: nem duzzog, nem sértődik meg, nem marad nyugtalan vagy szomorú egy érzelmileg megterhelő helyzet után).	1	2	3	4
6. Könnyen csalódik (pl.: ha akadályba ütközik).	1	2	3	4
7. Pozitívan reagál a kortársai semleges vagy barátságos közeledésére.	1	2	3	4
8. Hajlamos a dühkitörésre / könnyen hisztizik.	1	2	3	4
9. Ügyesen kivárja a későbbi jutalmat.	1	2	3	4
10. Örömet leli mások kárában szenvedésében (pl.: nevet, amikor a másik megsérül vagy büntetésbe kerül; szeret ugratni másokat).	1	2	3	4
11. Képes izgatottságát szabályozni érzelmileg felkavaró helyzetekben (pl.: nem lesz elragadtatott, felpörgetős játék helyzetben, vagy túlzottan izgatott oda nem illő helyzetben).	1	2	3	4
12. Felnőttekkel szemben nyafogó, csimpaszkodó.	1	2	3	4
13. Hajlamos a zavaró, heves kitörésekre és a túlzásokra.	1	2	3	4
14. Mérgesen reagál a felnőttek szabályaira.	1	2	3	4
15. Képes kifejezni, amikor szomorú, mérges vagy dühös, fél vagy megijed valamitől.	1	2	3	4
16. Szomorúnak vagy kedvetlennek látszik.	1	2	3	4

1	2	3	4
Soha	Néha	Gyakran	Szinte mindig

17. Kitörő lelkesedéssel fogadja, mikor megpróbálnak mások bekapcsolódni a játékába.	1	2	3	4
18. Érzelmileg sivár (pl.: a kifejezései üresek és semmitmondóak; a gyermek érzelmileg tartózkodó)	1	2	3	4
19. Negatívan reagál a kortársai semleges vagy barátságos közeledésére (pl: gyakran mérgesen beszél, vagy félelmi reakciót mutat).	1	2	3	4
20. Lobbanékony.	1	2	3	4
21. Másokkal szemben együtt érző; aggódik, ha a másik zaklatott vagy szomorú.	1	2	3	4
22. Kitörő lelkesedése mások számára tolakodó vagy zavaró.	1	2	3	4
23. Amikor a kortársai ellenséges, agresszív vagy tolakodó módon játszanak, válaszképpen a helyzethez illőmegfelelő negatív érzést fejez ki (harag, félelem, csalódottság, szorongás).	1	2	3	4
24. Negatív érzést fejez ki, mikor megpróbálnak mások bekapcsolódni a játékába.	1	2	3	4

ENGEDÉLYEK

21. melléklet. Mary F. Coffman engedélye

Mary F. Coffman
P.O. Box 676
West Union, SC 29696

To Whom It May Concern:

I, Mary F. Coffman, give my permission to Krisztina Kopcsó to translate the published version of *Uncle Lightfoot, Flip That Switch* (Second Edition, 2014) into Hungarian for the sole purpose of research. I give permission for Krisztina Kopcsó to reproduce up to 125 copies for use in research for her doctoral dissertation.

May 20, 2016
Date


Signature

22. melléklet. Dianne Dusevitch engedélye



5624 Dunbar Circle . Milton . FL 32583 / 85 Revette Drive . #194 . Breckenridge . CO 80424

I, **Dianne Dusevitch**, give my permission for **Krisztina Kopcsó** to use the images I created for the published version of *Uncle Lightfoot, Flip That Switch*, written by **Mary F. Coffman**, to be inserted into a Hungarian translation, which will be used for the sole purpose of psychological research. I also agree for her to have the printer reduce the pictures in size for the study. If any other changes need to be made to the images, I will need to be contacted for further permission.

20 May 2016

Date

Signature

Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről

Alulírott

név: Kopcsó Krisztina

születési név: Kopcsó Krisztina

anyja neve: Kocsis Edit

születési hely, idő: Szeged, 1991. 08. 17

A gyermekkori sötétől való félelem jellemzői és szülő által vezetett terápiája című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a Pszichológia Doktori Iskola Fejlődés- és Klinikai Pszichológiai Doktori Programjához.

Témavezető(k) neve: Dr. habil. Láng András

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum:

.....

doktorjelölt aláírása