

A gyermekkori alvászavarok háttértényezői: a szülők közötti konfliktusok, a szülő-gyermek kötődés, a nevelési stílus és a szülő-gyermek kapcsolat minősége

Balog Piroska dr. ■ Tesch Dóra ■ Poós Alexa

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A szakirodalmi adatok szerint az egészségesen fejlődő gyermekek 20–30%-a megtapasztal valamilyen alvászavart gyermekkorban. Csecsemőknél és kisebb gyermekeknél az alváshiány és a fiziológiai alvási ritmus felborulása a nappali nyűgösség mellett hosszú távon hatással van a fejlődés minden területére (a mozgás-, a kognitív, a nyelvi készségekre és az emocionális fejlődésre is). Nagyobb gyermekeknél és serdülőknél ez rövid távon nappali fáradtsághoz és figyelemzavarhoz vezet, idővel azonban súlyosabb hatások is lehetnek, a szellemi és a fizikai teljesítmény csökkenésén át a hangulatingadozásig, sőt depressziós és szorongásos tünetek megjelenéséig. Ezért különösen nagy jelentősége van minden olyan környezeti tényező ismeretének, amelyet összefüggésbe hozhatunk a gyermekkorban megjelenő alvászavarral kialakulásával. A jelen szakirodalmi összefoglaló célja átfogó képet adni azokról a kutatásokról, amelyek a gyermekek alvászavarait családi kontextusban vizsgálják, hiszen gyermekkorban a család funkcionális meghatározó tényező a gyermekek alvásának minőségét illetően. Az alvászavarral megjelenésében a szülők közötti kapcsolat minősége, a szülők konfliktusmegoldó stratégiái, a szülői szerepükben való funkcionális, a szülők mentális egészsége, a gyermekkel kialakult kötődés minősége, a szülők nevelési stílusa, az esti, elalvási rituálék mind fontos szerepet játszanak. Figyelembe véve az alvászavarral hosszú távú negatív következményeit, érdemes számba venni a hatékony intervenciók lehetőségeit. Elmondható, hogy amennyiben a szülő a gyermeke alvászavarral keresi fel orvosát, úgy érdemes nagyító alá venni a család funkcionális, a szülők párkapcsolati minőségét, a szülő-gyermek kapcsolat minőségét is. Ha ezeken a területeken derül fény problémára, akkor a szakorvosi kezelés mellett érdemes javasolni számukra a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt, szülőkonzultációt, esetleg párterápiás, családterápiás lehetőségeket, a probléma teljes körű és hosszú távú megoldása érdekében. *Orv Hetil.* 2024; 165(17): 652–663.

Kulcsszavak: gyermekkori alvászavarok, szülők közötti konfliktusok, szülő-gyermek kötődési minőség, nevelési stílus, szakirodalmi összefoglaló

Background factors of childhood sleep disorders: interparental conflicts, parent-child attachment, parenting style and the quality of parent-child relationship

According to the literature, 20–30% of healthy developing children experience some kind of sleep problem in childhood. In infants and young children, sleep deprivation and disruption of the physiological sleep rhythm, in addition to daytime fussiness, have long-term effects on all areas of development (motor, cognitive, language and emotional development). In older children and adolescents, they can lead to daytime fatigue and distraction in the short term, but over time they can have more severe effects, ranging from reduced mental and physical performance to mood swings and even depressive and anxiety symptoms. It is therefore particularly important to be aware of all environmental factors that may be associated with the development of sleep problems in childhood. The aim of this review is to provide a comprehensive overview of research on children's sleep problems in a family context, as family functioning in childhood is a key determinant of children's sleep quality. The quality of the relationship between parents, parents' conflict resolution strategies, functionality in their parenting role, parents' mental health, the quality of attachment with the child, parents' parenting style and bedtime rituals all play an important role in the emergence of sleep problems. Considering the long-term negative consequences of sleep problems, it is worth thinking about

effective interventional options. It can be said that when a parent consults their doctor about their child's sleep problems, it is worthwhile to look at the functionality of the family, the quality of the parents' relationship and the quality of the parent-child relationship. If problems are found in these areas, after a specialist treatment, it is worth suggesting child-parent consultation, parent consultation, and possibly couple therapy and family therapy options in order to find a comprehensive and long-term solution to the problem.

Keywords: childhood sleep disorders, interparental conflicts, parent-child attachment quality, parenting style, review

Balog P, Tesch D, Poós A. [Background factors of childhood sleep disorders: interparental conflicts, parent-child attachment, parenting style and the quality of parent-child relationship]. *Orv Hetil.* 2024; 165(17): 652–663.

(Beérkezett: 2024. január 23.; elfogadva: 2024. március 8.)

Rövidítések

ACE = (adverse childhood experiences) kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok; ADHD = (attention deficit hyperactivity disorder) figyelemhiányos hiperaktív rendellenesség; EEG = elektroencefalográfia; fMRI = (functional magnetic resonance imaging) funkcionális mágnesesrezonancia-képzés; NREM = (non-rapid eye movement) nem gyors szemmozgás; REM = (rapid eye movement) gyors szemmozgás

Az alvás minden életkorban alapvető létszükséglet. Az alvással foglalkozó kutatók azonban egyenesen alvásváltságról beszélnek, hiszen jóllehet a hatékony mindennapi működéshez, a jólléthez, a teljesítőképességhez a felnőtteknek 7–8 óra, az óvodás- és kisiskoláskorú gyermekeknek minimum 10 óra minőségi alváásra lenne szükségük, a felmérések gyakran azt igazolják, hogy mind a felnőttek, mind a gyermekek alváshiánnyal küzdenek [1]. Az alváshiány és a fiziológiás alvási ritmus felborulása rövid távon nappali fáradtsághoz és figyelemzavarhoz vezet, idővel azonban súlyosabb hatásai is lehetnek, a szellemi és a fizikai teljesítmény csökkenésén át a hangulatlansághoz, sőt depressziós és szorongásos tünetek megjelenéséig [2]. Bár tudjuk, hogy a gyermekkorban konszolidálódó alvási ritmusnak különösen jelentős egészségmegőrző szerepe van, fontos szakirodalmi adat, hogy az egészségesen fejlődő gyermekek 20–30%-a megtapasztal valamilyen alvásproblémát gyermekkorban [3]. Ezért különösen nagy jelentősége van minden olyan környezeti tényező ismeretének, amelyet összefüggésbe hozhatunk a gyermekkori alvásproblémák kialakulásával. A jelen szakirodalmi összefoglaló célja átfogó képet adni azokról a kutatásokról, amelyek a gyermekek alvászavarait családi kontextusban vizsgálták, ezzel felhívva a figyelmet a gyermekkori alvásproblémák esetén a megfelelő intervenciók alkalmazásának fontosságára.

Az alvás-ébredési ciklus

Az alvás és az ébredés egyensúlyát a cirkadián ritmus szabályozza. A cirkadián ritmus a szervezet aktivitását a nappali fényes és az éjszakai sötét órákhoz igazítja, elősegítve ezzel, hogy az éjszakai órákat alvással töltsük.

Az alvás két fázisra osztható: a REM- és a non-REM (NREM)-fázisra. A NREM során négy stádiumot különböztünk el a jellegzetes EEG-hullámok alapján. Az 1. stádiumot átmeneti vagy felszínes alvásnak nevezik, ezalatt reguláris agyi aktivitást figyelhetünk meg. A 2. stádium alvási orsókkal és k-komplexusokkal jellemezhető, alvászunk legnagyobb részét ebben a stádiumban töltjük. A 3. és a 4. stádiumot összefoglaló néven lassú hullámú, avagy delta-hullámú stádiumoknak hívják, ezek a mélyalvás fázisai. REM-fázis során álmodunk, ilyenkor az 'arousal' (aktivációs) szint nő, az izmok megfeszülnek, a szem rapid mozgást végez. Egy alvási ciklus egészséges fiatalnál NREM-mel kezdődik, és az utána következő REM-fázis végéig tart. Ez az alvási ciklus 90–110 percenként megismétlődik a 7–10 órás alvási periódus alatt. Az alvás kezdete során több időt töltünk a NREM 4. stádiumában, majd az alvási periódus második részében hosszabbodnak a REM-fázisok [4].

Az alvási ritmus változása, alvás és alvásproblémák gyermekkorban

Normál alvási mintázat, „normatív” éjszakai ébredések a csecsemőknél

Az alvási ritmus már a méhben, a 7–8. gestációs hónaptól elkezd kialakulni. Az újszülöttek alvási ritmusa jelentősen eltér a felnőttekétől, kezdetben három fő fázisra osztható: aktív alvás (REM), csendes alvás (NREM) és egy nem meghatározható alvásfázis, melynek struktúrája sem a REM-be, sem a NREM-be nem sorolható be, viszont nagyjából 1 éves korra végleg eltűnik. 6 hónapos korig még nem különíthetők el a csendes alvás (NREM-fázis) különböző stádiumai. A csecsemők REM és NREM alvási ciklusa rövidebb, mint a felnőttek alvási ciklusa (50 perc vs. 90 perc). Az első 3–6 hónapot követően a REM-fázisok hossza markánsan csökken. Egy 3 hónapos csecsemő az alvási periódusának 50%-át REM-fázisban tölti, míg egy felnőtt alvási periódusának már csak 20%-a REM-alvás. Az alvási időintervallum is a kezdeti átlagos 17 órától fokozatosan csökken, egy 5 éves gyermeknek már csak átlagosan 11 óra alváásra, egy

10 éves gyermeknek átlagosan 9–10 óra alvásra van szüksége. Az alvás fiziológiája és alvás-ébrenléti ritmusa erőteljesen változik az első hónapokban. A legtöbb csecsemőnél az alvás-ébrenléti fázisok 2–3 órás alvási, 1–2 órás ébrenléti ciklusból állnak, amelyek szabálytalanul változnak a nappali és az éjszakai órák során, 3 hónapos korukra azonban a nappal és az éjszaka megkülönböztethetővé válik számukra [5]. 3 hónapos kortól kezdve az ébrenléti ciklusok egyre hosszabbá válnak, 8 hónapos korban a gyermekek többségénél nappal már csak két alvási periódus jellemző. Itt még nincs egyértelmű „mintázat” a nappali alvások kezdeti időpontját illetően, e két alvási periódus hosszát és kezdetét tekintve nagy a variabilitás, mindenesetre ezek kezdetben hosszabbak, később egyre rövidebbek. 13–18 hónapos kortól kezdve a két nappali alvásból egy alvás lesz, amely későbbre tevődik, és hosszabb, átlagosan 1,5–2 óra [6]. Magyar adatok szerint a csecsemők az első félévben átlagosan 11–17 órát alszanak, majd 2,5–3 éves korban a kisgyermekek napi szintű alvásmennyisége átlagosan 9–13 óra, de nagy szórásokkal, tehát az alvási igények különbségei jelentősek [7]. Életkortól függetlenül a gyermekek ébredési idejét illetően nincsenek nagy különbségek (általában 06:30 és 08:00 óra között), viszont a lefekvés időt tekintve már szignifikánsak a különbségek (általában 18:00 és 07:00 óra között), és e különbségek kulturálisan is meghatározottak, például a kaukázusi országokban lényegesen korábban fekszenek a csecsemők és kisgyermekek, mint az ázsiai országokban. Az életkor előrehaladtával a lefekvés idő folyamatosan későbbre tolódik: csecsemőkorban átlagosan 20:00 óra körül van a lefekvés idő, de a 17 hónaposok már átlagosan 21:00 órakor fekszenek le. Tanulmányok hangsúlyozzák a gyermek első 3 életévében a korai fektetés szerepét, mivel a késői altatás rövidebb éjszakai alvási periódushoz és ennek gyakori előfordulása krónikus alváshiányhoz vezethet. Minden egyes 1 órával későbbi lefekvés csaknem 30 perccel csökkenti az alvásidő hosszát [6]. A kutatók általában 5–6 hónapos korra teszik az éjszakai alvás konszolidációját, amikor a fiziológiás alvási ritmus is konszolidálódik [6]. Meg kell azonban azt is említeni, hogy nincs teljes egyetértés a kutatók között a konszolidáció fogalmát illetően. Általánosan alváskonszolidáción a csecsemőknek azt a képességét értik, hogy képesek az éjszaka folyamán ébredések nélkül hosszú ideig aludni, vagy ha felébrednek is, képesek önállóan visszaaludni, képesek „átaludni az éjszakát” [6]. Az éjszakai ébredések viszont később is jelen vannak, számuk U alakú görbét mintáz; a leggyakrabban 6–18 hónapos, illetve 2 éves korban jelennek meg, magyar vizsgálatban is ezt a mintázatot találták [8]. A csecsemők alvását kutatók egy része tehát emellett érvel, hogy az egészséges csecsemő „normál” alvásában jelen vannak az éjszakai ébredések, a legtöbb egészséges csecsemő éjszakánként átlagosan 2–3 alkalommal ébred, függetlenül attól, hogy ezt a szülei észreveszik-e, vagy sem, és az alvás konszolidációja csak 1 és 2 éves kor között történik meg. Ezek az újabb kutatások hiányolják

az interdiszciplináris szemléletet a korábbi kutatásokból, és véleményük szerint azok a kutatások, azok az orvosi irányelvek, amelyek az alvás korai konszolidációját promotálják, többnyire az Egyesült Államokban zajlottak, az iparosodást követően, olyan csecsemőket vizsgálva, akiket tápszerrel tápláltak (nem szoptattak), és akiket hagytak egyedül aludni. Az antropológusok évtizedek óta érvelnek amellett, hogy az anya-csecsemő együtt alvás „fajtaspecifikus” viselkedés, és a világ népességének 70%-a csecsemőkorában ma sem egyedül alszik, tehát az anya-csecsemő diádot egységként kellene kezelni és bevonni azokba a kutatásokba, amelyeknél a csecsemők alvását vizsgálják. Érvelésük szerint a csecsemők éjszakai ébredése számos fontos ontogenetikai célt is szolgál, ezek funkciója lehet a kötődési szükséglet, az éjszakai táplálékkeresés (mely segíti az anyánál a tejelválasztást serkentő prolaktin szintjének emelkedését), az anya-csecsemő szinkronitás kialakítása és fenntartása vagy a csecsemő alvásának javítása az anyatejben lévő hormonok segítségével. Az éjszakai ébredések jelensége komplex, heterogén jelenség, melyet meghatároz az anya-csecsemő és az anya temperamentuma, fiziológiai, pszichológiai jellemzői és az a szociokulturális környezet, az az elvárásrendszer, amelybe a csecsemő beleszületett [9]. Így tehát annak ellenére, hogy ismétlődő bizonyítékok támasztják alá, hogy legalább 1 éves korig az éjszakai ébredések normatívak a csecsemőknél, hibaforrásnak tekinthető, hogy a csecsemők alvását vizsgáló kutatásokban a korai alvás konszolidációját az éjszakai ébredések hiányával vagy alacsony számával definiálják [6].

A serdülőkori érés során az alvás mintázata négy területen is megváltozik: a NREM- és a REM-fázis időtartama és mélysége is csökken, a felnőttekéhez hasonló REM-alvásmintázat alakul ki, a nappali álmoság gyakorrivá válik, és a cirkadián mintázat „bagolyszerű” lesz: később kezdenek el lefeküdni (késői programjaik miatt), és maguktól később kelnének fel a pubertáskor előtt lévő gyermekekhez képest. Egy tipikus és a serdülők körében kedvelt nyári alvásrend hajnali 03:00 órától délig aludni. Ősztől az iskolai tevékenységek miatt azonban általában korán kell kelniük, és ez azt okozhatja, hogy hétköznaponként csak 6–7 órát alszanak, pedig alvásigényük legalább 8 óra lenne. Ezért a nyári alvásrendről az ősziire való átállásnak fokozatosnak kellene lennie, a túl gyors átállás alvásmegvonással és jetlagszerű tünetekkel jár [10, 11]. Ezenfelül a hétköznap és a hétvégi alvási ritmusuk is megváltozik az idő előrehaladtával. 10 és 13 éves kor között az átlagos lefekvés idő hétféteken későbbre tolódik: a 10 évesek körében 1 órával, a 13 évesek körében 2 órával későbbre, az iskolai napok átlagos lefekvés idejéhez képest. Az ébredési idő az iskolai napokon stabil marad, de a lefekvés idő az életkor előrehaladtával fokozatosan egyre későbbre tolódik [10]. A pubertáskori hormonváltozásokon és szociális tényezőkön kívül az új alvási ritmus konszolidációjánál a gyermekek neve is fontos befolyásoló tényező. Jóllehet iskolai napokon nem volt nemi különbség sem a felkelési, sem

a lefekvés idejét illetően, hétvégként a lányok szignifikánsan (átlagosan fél órával) később kelnek fel, és több időt töltenek ágyban, mint a fiúk. A tanulmány szerzői szerint ebben az eltérésben az is szerepet játszhat, hogy a lányok pubertáskori fejlődése gyorsabb, mint a fiúké [12].

Amikor a normál alvási mintázatot és az életkoronkénti alvásszükségletet, valamint az attól eltérő gyermekkori alvászavarokat szeretnénk meghatározni, fontos tehát figyelembe venni a gyermek- és serdülőkorban bekövetkező idegrendszeri fejlődési és érési változások széles skáláját, valamint az alvási szokásokat meghatározó környezeti, társadalmi és kulturális hatásokat is. Például a kisbábák első életévében az alvásproblémák/éjszakai ébredések gyakran összefüggésbe hozhatók a mozgásfejlődésben megtett lépésekkel, a totyogók gyakori éjszakai ébredése pedig gyakran összefüggésbe hozható az abban az életkorban megtapasztalt erősebb szeparációs szorongással [8, 9]. Azt is fontos kiemelni, hogy nagyon szubjektív, mit tekint a szülő alvásproblémának az adott életkorban, és leginkább a szülők alvásában okozott zavarok határozzák meg. Az objektív mérőeszközök (például videoszomnográfia, aktivitásmérő) segítségével regisztrált éjszakai ébredések általában jóval gyakoribbak a gyermekek körében, mint ahogy azt a szülők megfigyelik. Több, rövidebb (1–5 perces) ébredés észrevétlen marad, ha a gyermekek nem jeleznek hangosan ébredéssükör, és maguktól vissza tudnak aludni [8]. Kulturálisan is meghatározott az, hogy a szülő mit tekint alvászavarnak, és nagy különbségek lehetnek e tekintetben [13].

A serdülők alvását vizsgálva a kutatók hangsúlyozzák, hogy a serdülők körében megjelenő alvásproblémák/éjszakai ébredések egy része ugyancsak „normatív”-nak tekinthető. A kutatók ezt az észlelt fenyegetettség/biztonság megváltozásával magyarázzák. Amikor alszunk, elveszítjük tudatosságunkat és válaszkészségünket a környezeti ingerekkel szemben. Alvás alatt a környezetből jövő információk nagy része (beleértve a fenyegető, potenciális veszélyt jelentő információkat is) csak a thalamusig jut, így nem érzékeljük őket, és ennek megfelelően nem is tudunk reagálni rájuk. Az emberiség történelme során a veszélyektől való megmenekülés csak úgy volt lehetséges, hogy összetartó csapatban éltünk, ahol mindig voltak „baglyok”, akik sokáig éberek voltak az éjszaka folyamán, és figyeltek a többiekre is, illetve „pacsirták”, akik korán keltek, és akkor vették át a figyelő, vigyázó szerepet; ami pedig az életkort illeti, természetesen a felnőtteknek jutott a vigyázó szerep. Agyunk tehát úgy fejlődött, hogy a biztonságérzet alapját a valahova tartozás, a kötődés, a kapcsolódás adja. Az éberség és a fenyegetettség észlelése, illetve az arra adott idegrendszeri válaszszerződés jelentős növekedésnek indul a pubertás idején (és ezzel összefüggésben jelennek meg az éjszakai ébredések). A kutatók ezt azzal magyarázzák, hogy a serdülő a hormonális változásokkal és a testi fejlődéssel fizikailag is felkészül a felnőtt szerepekre, amikor is nagyobb a felelőssége, szükség van tehát a nagyobb éberségi szintre [11].

A „normatív” éjszakai ébredéseken túl...

Egészségesen fejlődő gyermekek 20–30%-ánál a szülők beszámolnak olyan alvásproblémáról, amelyet a család szignifikánsnak gondol. Az alvásproblémák még gyakoribbak a krónikus egészségügyi problémákkal, idegrendszeri fejlődési rendellenességgel és/vagy pszichiátriai betegségekkel küzdő gyermekek, serdülők esetén [3, 10]. Ilyenek lehetnek: elalvási nehézség, éjszakai gyakori ébredések, rémálmok, pavor nocturnus, enuresis nocturna (éjszakai ágybavizelés), éjszakai ringatózás, éjszakai beszéd, bruxismus (fogcsikorgatás), nagyfokú horkolás, éjszakai apnoe stb. A gyermekkori alvászavarok tünetei tipikusan három kategóriába sorolhatók: 1) elalvás körüli problémák és éjszakai ébredések (felriadások, rémálmok stb.), 2) szokatlan vagy nem kívánt viselkedések alvás közben (lábmozgás, ringatózás, beszéd, bruxismus, alvajárás, enuresis), és 3) nappali fáradtság és aluszékonyosság [10], beleértve a gyermekkorban kezdődő narcolepsiát is [14].

Összességében elmondható, hogy a gyermekek alvása olyan összetett jelenség, amelyet egy sor gyermekkel kapcsolatos, egy sor szülővel kapcsolatos és egy sor környezeti változó is meghatároz. A gyermek részéről a temperamentuma, a kognitív és nyelvi készségei, a kronotípusa, az esetlegesen fennálló fejlődési rendellenesség, testi betegségek, pszichiátriai problémák stb. a meghatározó tényezők. A szülők részéről a gyermek alvására hat a szülők nevelési stílusa, fegyelmezési módszereik, a szülők mentális egészsége/betegsége, a családi stressz, a szülők iskolai végzettsége és a gyermek fejlődésével kapcsolatos tájékozottságuk, ismereteik, a szülők alvásának minősége és mennyisége és az is, ahogyan értékeli a gyermek alvásának minőségét. A környezeti változók közé tartozik a fizikai alvási környezet (tér, zsúfoltság a lakásban, zaj, észlelt környezeti veszélyek, alvásfelület, szoba- és ágymegosztás), a család összetétele (létszám, életkor, valamint a testvérek és a tágabb család egészségi állapota) és életmódbeli kérdések (a szülő munkahelye, mennyi időt tud a gyerekekkel tölteni, prioritások, szabályok a családban, napirend, esti rituálék, alvási-pihenési szokások), sőt a társadalmi-gazdasági státusz, a jövedelem is meghatározó [15].

A családi kontextus tehát meghatározó tényező a gyermekek alvásának minőségét illetően.

A szülők közötti konfliktusok és a gyermekek mentális egészsége

Egy gyermek rezilienciáját (a stresszhelyzetekkel szembeni rugalmas ellenálló képességét) az egyéni jellemzőkön kívül (legalább átlagos intelligencia, stabilan jó fejlődési ütem és a temperamentum) a családi környezet is erőteljesen meghatározza. A szülők részéről a pozitív nevelői attitűd, a gyermek életébe, gondjaiba való szentitív bevonódás, a rendszeres iránymutatás, a gyermek jövőjével kapcsolatos pozitív elvárások, az apa részvétele

a gyermeknevelésben, stabil, biztonságos szülői jelenlét, szenzitív, válaszkész gondozás és ennek következtében kialakuló biztonságos kötődés mutatott összefüggést a gyermekek rezilienciájával. A családi rendszer hatása a gyermek későbbi rezilienciájára a gyermek legkorábbi éveiben a legerősebb [16].

Amennyiben a családi rendszer harmóniája felborul, a gyermekek érzelmi biztonsága sérül, és ez negatív hatással van a gyermekek testi és pszichés jóllétére, egészségére. A szülők közötti konfliktusok és a gyermekek mentális egészsége közötti kapcsolatot már az 1930–1940-es években leírták, és azóta óriási szakirodalom hozott bizonyítékokat a témában [17]. Mivel a konfliktusok alapvető és elkerülhetetlen részét képezik minden emberi kapcsolatnak, a kutatók feltették a kérdést, hogy a szülők közötti konfliktusoknak mely tényezői (mely konfliktusjellemzők) vannak a leginkább negatív hatással a gyermekekre. A legfontosabb tényező, hogy a konfliktusok végén történik-e valamilyen „helyrehozatal”, van-e megoldása a konfliktusoknak [17]. De a konfliktusok gyakorisága, hevessége, intenzitása, az esetlegesen alkalmazott fizikai/verbális erőszak, illetve a konfliktusok témája ugyancsak nagyban befolyásolhatja azt, hogy a gyermek hogyan éli meg a konfliktusokat [18]. Az agresszióval, erőszakkal, távolságtartással/hűvösséggel járó, illetve a gyermekkel kapcsolatos konfliktusok destruktív konfliktusstratégiáknak minősülnek, és stresszorként hatnak a gyermekekre. *Grych és Fincham* (1990) kognitív kontextuális elmélete szerint [18] a legfontosabb tényező az, hogy hogyan dolgozza fel a gyermek a konfliktust, milyen értelmezést ad neki. Egy elsődleges szinten csak tudatosul benne, hogy stresszes esemény zajlik, és megjelenik benne egy elsődleges érzelmi reakció. Ahogy a szülők közötti konfliktus folytatódik, úgy az elsődleges feldolgozást követi egy részletesebb másodlagos feldolgozás, amelynél a gyermek megkísérli megérteni, hogy miért robbant ki a konfliktus, esetleg felelőst vagy hibást keres, és a lehetséges megküzdési válaszok hatékonyságára vonatkozó valószínűségeket fogalmaz meg [18]. Egy másik elmélet szerint ebben az összefüggésben nemcsak az mérvadó, hogy a gyermek milyen értelmezést ad a konfliktusnak, hogyan dolgozza fel kognitívan, hanem az is számít, hogy milyen a gyermek „érzelmi biztonsága” a családban. A gyermek érzelmi biztonságát [19] elsősorban a biztonságos szülő-gyermek kapcsolat alapozza meg (a biztonságos kötődés), ugyanakkor a szülők házastársi kapcsolatának minősége is mérvadó. Az érzelmi biztonsággal rendelkező gyermek jobban meg tud küzdeni a szülők közötti konfliktus hatására megjelenő negatív érzelmekkel, vagyis jobb az érzelmeregulációja. Az érzelmileg bizonytalan gyermekek gyakran valamilyen figyelemfelkeltő módon beavatkoznak a szülői konfliktusba, hogy azt valahogyan moderálják, csökkentsek vagy megállítsák. De ezek a kísérletek a legtöbbször rossz szülnek el, a feszültség eszkalálódhat, és a szülők közötti ellenségesség fókuszába a gyermek kerülhet. Azok a konfliktusok azonban, amelyek valamilyen megoldással

végződnek, nem csökkentik a gyermek érzelmi biztonságát, ellenkezőleg: a gyermek leckét kap arról, hogy hogyan kezelje a negatív érzelmeket és az élet elkerülhetetlen konfliktusait [19]. A „spillover” elmélet szerint a szülők közötti konfliktusok és negatív érzelmek „túlcserdulhatnak”, átvehetőnek a szülő-gyermek kapcsolatra, a szülő ellenségesebb lehet a gyermekével, és ez az ellenségesség vezet végül (genetikai tényezőktől függetlenül) a gyermeknél pszichopatológiai tünetekhez [20].

Összességében elmondható tehát, hogy a gyermekkori pszichopatológiai tünetek nagyon komplex etiológiájában fontos hatótényező a családi atmoszféra, a szülő-gyermek kapcsolat és a szülők közötti kapcsolat is. A gyakran előforduló, nagy intenzitású és nem megoldott házastársi konfliktusok a gyermekek minden korosztályánál (születéstől 18 éves korig) rosszabb mentális egészséggel járnak. A szülők közötti konfliktusok gyermekekre gyakorolt hatásait vizsgáló tanulmányok kiemelik a gyermekkori alvászavarokat, az addikcióra való hajlamot, a viselkedésbeli problémákat, a szorongásos és depressziós tüneteket, és a tanulási problémákat is hangsúlyozzák [17].

A szülői konfliktusok és a gyermekek alvászavarai közötti kapcsolat

Korábbi tanulmányok igazolták, hogy a gyermekek körében az alváshiány rövid távon (bár nem minden esetben panaszodik másnap álmoságra a gyermek) figyelemzavarral és emocionális labilitással (ingerlékenységgel, nyűgösséggel) jár. Jóllehet a gyermekek körében a krónikus alváshiány kognitív fejlődésre gyakorolt hosszú távú hatását illetően még sok kérdés maradt megválaszolatlan, a szakértők mégis fontosnak tartották a gyermekek alváshiánya, töredezett alvása és egyéb alvászavarmája mögötti okok feltárását [21]. Így terelődött a figyelem a családi stresszre, mégpedig a szülők közötti kapcsolatból, a szülők közötti konfliktusokból fakadó stressz és a gyermekek alvása közötti összefüggésre is. A kutatások azt mutatták, hogy a szülők közötti konfliktusok előre jelezték a gyermekek alvásának mennyiségét és minőségét is. A szülők közötti gyakoribb konfliktusok a gyermekeknél kevesebb alvással, rosszabb alvásminőséggel, töredezettebb alvással és másnap erősebb szubjektív álmosággal jártak [22].

A szülők közötti konfliktusok hosszú távú hatása

A szülők közötti gyakori, intenzív és megoldatlan konfliktusok nemcsak aktuálisan hatnak gyermekek alvására, hanem követéses vizsgálatban hosszú távú következményeket is leírtak. Ha a gyermek 7–15 éves korában a szülők között gyakoriak voltak a konfliktusok, ez összefüggést mutatott a gyermek 18 éves kori insomniájával, egyenesen dózis-hatás összefüggés volt kimutatható. Függetlenül a család szocioökonomiai státuszától,

a gyermek egészségi állapotától, korábbi alvászavaraitól, minél gyakrabban fordult elő konfliktus a szülők között a gyermek 7–15 éves kora között, annál súlyosabbak voltak a gyermek 18 éves korában az insomni (alvászavar) tünetei [23].

A gyermekkori alvászavarok és a szülők közötti házastársi konfliktusok kapcsolata kétirányú kapcsolat

A kutatások során az is igazolást nyert, hogy a gyermekkori alvászavarok (rövidebb alvási intervallum, alvás közben fokozottabb éberség, töredezettség, instabil lefekvés-ébredési idő, illetve gyakori nappali fáradtság-érzet) és a szülők közötti házastársi konfliktusok kapcsolata kétirányú kapcsolat. A szülők közötti gyakori és intenzív konfliktusok előrevetítik a gyermekek alvászavarait, ugyanakkor a gyermekek alvászavarai is hozzájárulnak a szülők közötti konfliktusok számának növekedéséhez, a házastársi kapcsolat minőségének romlásához. A gyermekek alváshiánya magas korrelációt mutat a szülői alváshiánnyal, a szülői alváshiánya gyakran összefügg a gyermekekkel való rossz bánásmóddal, a gyermekek alváshiánya pedig negatív hatással van a házastársi kapcsolat minőségére, így kialakul az öröki kör [24, 25].

Genetikai meghatározottságtól függetlenül, a szülők házastársi kapcsolata és szülői nevelői attitűdje meghatározó a gyermekek alvásminőségét illetően

A családi stressz és a gyermekek alvászavarai közötti összefüggéseket vizsgáló tanulmányok [17] egyik kritikája, hogy a genetikai tényezők meghatározóak az összefüggések tekintetében, tehát nem elsősorban a szülők közötti konfliktus okozta stressz a meghatározó a gyermekek alvászavarát illetően, hanem a szülők internalizáló problémái (depressziós tünetei, alvászavarai). Egy tanulmányban [26] viszont örökbe fogadott gyermekek nevelőszüleit és biológiai szüleit is bevonták a kutatásba, és az eredmények azt mutatták, hogy függetlenül a biológiai szülők internalizáló problémáitól (major depresszió, generalizált szorongás, pánikzavar, szociális fóbia vagy más, specifikus fóbia) és függetlenül a várandósság, a vajúdás és a szülés/születés körülményeitől, a gyermek nemétől és a családi jövedelemtől, a nevelőszülők közötti konfliktusok összefüggést mutattak a gyermekek alvászavaraihoz. A nevelőanyák által átélte házastársi ellenségeség direkt összefüggést mutatott a gyermekek alvászavaraihoz; az apákat illetően ez a hatás nem közvetlenül, hanem az ellenséges nevelői attitűdön keresztül érvényesült. Tehát genetikai meghatározottságtól függetlenül, a szülők házastársi kapcsolata és szülői nevelői attitűdje meghatározó a gyermekek alvásminőségét illetően [26].

Agyunk alvás közben is regisztrálja a konfliktusokat?

Korábban úgy gondoltuk, hogy ha a szülők közötti konfliktusok nem a gyermek jelenlétében zajlanak, hanem főként akkor, amikor a gyermek alszik, az megoldás lehet arra, hogy a gyermek „ne vegye észre” ezeket a konfliktusokat. Mára kiderült, hogy agyunk alvás közben is regisztrálja a hanghatások érzelmi színezetét, és annak megfelelően erősebb vagy gyengébb egy-egy agyterület idegi aktivitása. Egy vizsgálatban képkalkotó eljárással (fMRI-vel) elemezték 6–12 hónapos csecsemők alvás közbeni agyi aktivitását a különböző érzelmi színezetű hangfelvételekre adott stresszreakciónak, illetve stresszszabályozásnak megfelelően. A hangfelvételeken jelentés nélküli/értelmetlen szöveg volt hallható négy különböző érzelmi színezettel: nagyon dühös, mérsékelten dühös, vidám és neutrális. A képkalkotó vizsgálat előtt a családokban előforduló szülői konfliktusok intenzitását az édesanyák beszámolója alapján kérdőívvel mérték fel. Azoknál a csecsemőknél, akiknek a szülői közötti gyakoriak és intenzívek voltak a konfliktusok, az alvás közben hallott nagyon dühös hangszín erősebb aktivációt váltott ki a cingularis kéreg elülső részében és a subcorticalis magokban, így a hypothalamusban is. Mivel ezek az agyi struktúrák fontos szerepet játszanak az érzelmelek feldolgozásában, szabályozásában és a stresszválaszban, e vizsgálat egyik elgondolkoztató konklúziója tehát az, hogy a destruktív szülői konfliktusok már csecsemőkorban felerősíthetik a stresszválasz mértékét. Másfelől arra is figyelmeztet, hogy a stresszorrelatív ingerek (mint például a dühös hangszín) feldolgozása alvás közben is zajlik [27].

A szülő-gyermek kapcsolat stabilitásának, a kötődés minőségének szerepe: a biztonságos kötődés védőtényezőként, pufferként működhet a gyermek stresszreaktivitásával szemben

Az első hónapokban az anya-csecsemő kommunikáció és interakció minősége – amely megmutatkozik abban, hogy az anya mennyire érhető el, hogyan reagál a csecsemő distresszjelzéseire, milyen az arckifejezése, a hangszíne, ahogyan hozzá szól, a figyelme, a testtartása, ahogy a csecsemő felé fordul, az érintése, a szinkronicitás a csecsemő mozdulataival, stb. – nagyon fontos szerepet játszik a kötődés minőségének kialakulásában. A kutatók szerint az anya csecsemőre hangolódásának függvényében a csecsemő első évének végére kialakul a kötődési mintázat, amely a legjobb esetben biztonságos kötődés. A bizonytalan kötődésnek három, jól elkülöníthető változatát írták le a kutatók: a bizonytalan elkerülő, a bizonytalan rezisztens és a bizonytalan dezorganizált kötődés. A dezorganizált kötődés a leggyakrabban olyan anyák csecsemőinél fordult elő, akiknek az élettörténetében fel nem dolgozott gyász, veszteségek, bántalmazás fordult

elő, és ezek miatt nem tudtak csecsemőik jelzéseire érzékenyek lenni, a legrosszabb esetben ők maguk bántalmazták csecsemőiket [28].

A szülő-gyermek kapcsolat stabilitása, a kötődés minősége is kihat a gyermek neuroendokrin rendszerének működésére, illetve paraszimpatikus/szimpatikus idegrendszeri szabályozásaira. Egy gondoskodó anyai hozzáállás és ennek következményeként a biztonságos kötődés védőtényezőként, pufferként működhet a gyermek stresszreaktivitásával szemben, vagyis a biztonságos kötődésű csecsemőknél stressz hatására kisebb mértékben emelkedik meg a kortizol (stresszhormon) szintje [29]. Ez az összefüggés az örökbe fogadott gyermek és a nevelőszülő kapcsolatára is igaz. Amennyiben a nevelőszülő és az örökbe fogadott gyermek között biztonságos kötődés tud kialakulni, az jobb autonóm idegrendszeri szabályozással, a környezeti stresszre adott kisebb stresszreakcióval járt [30]. Mivel a gyermekeknél az alvás részben neuroendokrin szabályozás alatt áll, a stabil szülő-gyermek kapcsolat a neuroendokrin rendszerre kifejtett hatásán keresztül is pozitívan befolyásolhatja a gyermek alvását. Egy keresztmetszeti vizsgálatban (amely persze nem ad választ az összefüggések ok-okozati irányára vonatkozóan) a délutáni magasabb kortizolszint rosszabb alvásminőséggel, töredezettség alvással járt [31]. Egy követéses vizsgálatban, amelynél több hullámban mérték a 8–10 éves gyermekek alvásminőségét, azt találták, hogy háromirányú interakció – a szülők közötti kapcsolati konfliktusok, a gyermek korábbi töredezett alvása és a légzési sinuszrhythmia hiánya vagy kisebb foka között – határozta meg a gyermekek későbbi alvászavarát [32].

Az anya kötődési reprezentációja is meghatározó

A gyermekek alvásproblémái és a kötődés összefüggéseit illetően az is kiderült, hogy az anya kötődési reprezentációja is meghatározó. Egy kutatásban azt találták, hogy minden édesanya, akinek gyermeke alvási problémákkal küzdött, a Felnőtt Kötődési Interjú szerint bizonytalan kötődésű, míg a kontrollcsoportban részt vevő, jól alvó gyermekek édesanyjai körében a bizonytalan kötődés aránya csak 57% volt. Ez az összefüggés független volt a gyermekek és a szülők életkorától, a családtagok számától, az édesanyák önértékelésétől és társadalmi támogatottságától [33]. Nagyobb gyermekeknél az anyához való biztonságos kötődés összefüggést mutatott a gyermek jobb iskolai teljesítményével, ugyanakkor az alvás minősége fontos közvetítő szerepet játszott a gyermek érzelmi biztonsága vagy bizonytalansága (ahogyan értékeli a szülők közötti konfliktusokat és reagál rájuk) és iskolai teljesítménye között [34]. Egy 2023-ban megjelent tanulmányban 10–12 éves gyermekek alvását és általános jóllétét vizsgálták kötődési mintázatuk függvényében. A kutatás eredményei alapján egyrészt elmondható, hogy a gyermekek anyai, illetve apai kötődése magas korrelációt mutat, tehát ebben az életkorban a kötődési reprezentáció – mint belső munkamodell – konzisztenssé

válk, másfelől az is igazolást nyert, hogy az alvás minősége mediátori szerepet játszik a kötődési minőség és a gyermek általános jólléte között. Mind az anyához, mind az apához való biztonságos kötődés szorosan együtt járt a minőségi alvással, kevesebb alvásproblémával és ennek következményeként a gyermek általános jóllétével [35].

Az alvás és a kötődés között fennálló komplex kapcsolatot magyarázatára *El-Sheikh és mtsai* [36] négy lehetséges mechanizmust feltételeznek: (1) az alvási problémák/éjszakai ébredések a kötődési viselkedés részét képezik, (2) az alvászavarok a nem biztonságos kötődés miatt alakulnak ki, (3) az alvászavarok játszanak szerepet a nem biztonságos kötődési minőség kialakulásában, (4) mind az alvási problémákat, mind a nem biztonságos kötődést a nevelés váltja ki.

A szülők szülői szerepükkel kapcsolatos stressz-szintje, illetve a szülők szociális hálójának, társas támogatottsága is meghatározó

Egy longitudinális vizsgálatban kisebb (15 hónapos – 2 éves) gyermekek alvása és a szülők házastársi kapcsolatának minősége mellett a szülők szülői szerepükkel kapcsolatos stressz-szintjét, szocioökonómiai státuszát, illetve észlelt társas támogatását is mérték, vagyis azt, hogy mennyire érzik azt a szülők, hogy van kihez fordulniuk a bajban, van segítségük. Az apák házastársi kapcsolattal való elégedettsége, illetve a szülői szereppel kapcsolatos stressz-szintje és az anyák észlelt társas támogatottsága mutatott minden elmezésben összefüggést a gyermekek alvásminőségével. Ezek az összefüggések az alacsony szocioökonómiai státuszú családokban voltak a legerősebbek. A szerzők szerint itt vélhetően az a magyarázat, hogy a szülői szerepében jól funkcionáló szülő gyakrabban kerül gyermekével minőségi szülő-gyermek interakcióba, elérhetőbb a gyermeke számára, és a gyermek negatív érzelmeinek hatására kialakult szimpatikus idegrendszeri aktivációt el tudja csendesíteni, konszolidáltabb alvást eredményezve ezzel [37].

A szülők mentális egészsége is meghatározó

A szülők mentális egészsége is meghatározó a gyermekek alvását illetően. Egy tanulmányban 7–9 hónapos csecsemők alvását vizsgálták, és az édesanyák körében rákérdeztek a szülés utáni depresszióra is. Az eredmények azt mutatták, hogy az elalvási idő, az éjszakai ébredések száma és hossza, valamint az elaltatásra való igény is nagyobb volt azoknál a csecsemőknél, akiknek az édesanyja depressziós tüneteket mutatott [38]. Az anyák depressziós tünetek következtében érzelmileg elérhetetlenek csecsemőik számára altatáskor, ezenfelül párkapcsolati, családi diszfunkció és negatív szülői attitűd is megjelenhet a depressziós tünetekkel összefüggésben, és ez indirekt módon hozzájárulhat a gyermekkori alvászavarok kialakulásához [36].

A családi élet egyéb dimenzióinak szerepe a gyermekek alvásminőségében

Rendezettség, kiszámíthatóság

Fontos megemlíteni, hogy a szülők közötti konfliktusok mellett a családi élet egyéb dimenziói (rendezettség, kiszámíthatóság) is szerepet játszhatnak a gyermekkori alvászavarok patomechanizmusában. Egy 2023-ban megjelent metaanalízisben 23 olyan longitudinális kutatás eredményeit hasonlították össze, amelyek serdülők alvászavarait vizsgálták pozitív és negatív családi tényezők függvényében. A pozitív családi tényezők – mint a válaszkész szülői jelenlét, a pozitív szülő-gyermek kapcsolat, a támogató családi légkör és a megfelelő szintű szülői kontroll – a tinédzserek jobb alvásminőségével jártak. Ezzel szemben a negatív családi tényezők – mint a gyakori konfliktusok, a magas stressz-szint a családban és a kaotikus családi működés – összefüggést mutattak a serdülők alvászavaraival. Bár nem találtak szignifikáns összefüggést e tekintetben, a szerzők lehetségesnek tartanak egy reciprok kapcsolatot, vagyis a serdülők kialvatlansága növeli a szülő-gyermek konfliktusok valószínűségét, potenciálisan növelve ezzel a családi stresszt [39]. Kisgyermeknél is megfigyelték, hogy az emocionális/viselkedési problémákkal küzdő gyermekek a lefekvéssel kapcsolatban nagyobb ellenállást mutattak, és nagyobb valószínűséggel dokumentáltak náluk alvással kapcsolatos szorongást és alvási problémákat abban az esetben, ha kaotikus családi működés, vagyis strukturálatlan, zajos, kiszámíthatatlan családi környezet volt jellemző [40]. Egy másik tanulmányban az alacsonyabb családi szocioökonómiai státusz és a serdülőkori alvászavarok összefüggésében is a mediátor tényező a kaotikus családi működés volt [41].

A szülők által alkalmazott nevelési stratégiák

A család funkcionalitását meghatározzák a szülők által alkalmazott nevelési stratégiák is. Egy követéses vizsgálatban, amelynél a gyermekeket 1, 2, 3 és 4 éves korukban is felmérték, azokban a családokban, ahol gyakori volt a szülők között a nyílt konfliktus vagy az egyet nem értés a gyermeknevelést, a fegyelmezési kérdéseket illetően, valamint ahol a szülők megpróbálták aláásni a partnerük gyermekükkel kialakított kapcsolatát, nagyobb valószínűséggel alakultak ki gyermekkori alvászavarok. A mindent megengedő laza nevelési stílus és a gyermekek 2 éves korában felmért szülői konfliktusok előre jelezték a gyermekek 3 éves kori alvászavarát, a 3 éves kori alvászavarok meglepte pedig (függetlenül az anya depressziós tüneteitől) előre jelezte a gyermekek 4 éves kori agresszív viselkedését [42].

Kimutatták, hogy a permisszív nevelési stratégia gyakran játszik szerepet a kaotikus családi működés létrejöttében. Permisszív nevelési stratégiának nevezzük, amikor a

szülők kerülnek a konfliktusokat, ritkán szabnak határokat, és nincsenek eszközeik a gyermek fegyelmezésére. Pszichológiai distressz hatására a szülők hajlamosabbak lehetnek permisszíven nevelni gyermeküket, mivel nem marad erejük szorosan figyelemmel tartani gyermekük viselkedését. A permisszív nevelés részeként előfordulhat, hogy nem tartanak lefekvési és alvási fegyelmet, és ennek következményeként megjelenhetnek alvási problémák a gyermeknél (kevés alvás, gyakori ébredés stb.) [43]. Az alvási fegyelem fontosságát mutatja az a kutatási eredmény is, amely szerint az asztmás gyermekek hajlamosak gyakrabban felébredni éjszakánként akkor, amikor a családi klímát a szülő negatív hangulata, gyakori konfliktusok, felborult vagy hiányzó esti rutin jellemzi [44]. Ezzel szemben az autoritatív (reflektáló, illetve követelő) nevelési stílus protektív tényező a gyermekek testi és lelki egészségét illetően. Eszerint a szülő egyfelől érzelmileg válaszkész, gondoskodó, elfogadó magatartást tanúsít gyermeke felé, de másfelől észszerű határokat szab, amelyeket a gyermeknek be kell tartania [45]. Az autoritatív nevelési stílusra az is jellemző, hogy a szülők gyakrabban alakítanak ki alvási fegyelmet, esti/lefekvési rutint, megalapozva ezzel gyermekük számára az egészséges alvási szokásokat. Az esti/lefekvési rutin azt jelenti, hogy ugyanazok a lépések követik egymást (például vacsora, fürdés/fogmosás, olvasás), tartalmaz pozitív szülő-gyermek interakciókat (beszélgetés, éneklés, simogatás), általában nem hosszabb, mint 30–40 perc, és a technikai eszközök (televízió, telefon, iPad stb.) teljesen mellőzve vannak az esti órákban, de figyelembe veszi a gyermek és a család egyedi jellemzőit és szükségleteit. Keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatok sora igazolta, hogy a lefekvési rutin kialakítása és betartása a gyermekek körében jobb alvásminőséggel jár, korábban el tudnak aludni, ritkábban riadnak fel éjszakánként, és hosszabban is alszanak [46].

Ártalmas gyermekkori élmények

A család funkcionalitásával és a szülők nevelési stratégiával összefüggésben szót kell ejtenünk az ártalmas gyermekkori élményekről, angol nyelven 'adverse childhood experiences' (ACE) [47]. Idetartoznak a gyermeket érő direkt ártalmak (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, valamint elhanyagolás) mellett a diszfunkcionális családi körülmények, vagyis az olyan indirekt ártalmak is, mint a szülők különélése/válása, az anya elleni erőszak, szerhasználó családtag, mentálisan beteg vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, börtönviselt családtag – noha ezek nem direkt módon irányulnak a gyermek ellen, a WHO ezeket is a gyermek életére kedvezőtlenül ható ártalomnak tekinti [47]. Az ártalmas gyermekkori élményeknek a mentális és szomatikus egészségre gyakorolt kedvezőtlen hatását az elmúlt két évtizedben számos tanulmány igazolta, többek között a gyermekkori és a serdülőkori alvászavarokkal és a rövidebb alvásmennyiséggel is összefüggésbe hozhatók [48].

Az alvászavarok negatív hatásai a gyermekek testi és lelki egészségére

A család funkcionalitása és a gyermekek alvásproblémái közötti kapcsolat elemzésekor érdemes megemlítenünk azt a szempontot, hogy a gyermekek körében a nem megfelelő minőségű alvás milyen további következményekkel jár hosszú távon.

Csecsemőknél és kisebb gyermekeknél az alváshiány és a fiziológiás alvási ritmus felborulása a nappali nyűgösség mellett hosszú távon negatív hatással van a fejlődés minden területére (a mozgás-, a kognitív, a nyelvi készségekre és az emocionális fejlődésre is) [49]. Egy vizsgálatban a gyermekek 3 éves korában mért alvászavar (az anya depressziós tüneteitől függetlenül) előre jelezte a gyermekek 4 éves kori agresszív viselkedését [42]. Nagyobb gyermekeknél az alváshiány következtében alkalmazkodási zavarok, a kognitív funkciók romlása, figyelemzavar, internalizációs és externalizációs problémák, elhízás jelenhet meg. Egy kutatásban iskoláskorúak alvászavaraikat vizsgálták, egyrészt a szülők által vezetett alvásnapló alapján (elalvással kapcsolatos ellenállás, az elalvási idő kitolása, az alvási idő hossza, az alvással kapcsolatos szorongás, éjszakai ébredések, parasomniák, alvás közbeni légzészavar – a horkolástól a légzési elégtelenségig [apnoe] – és nappali aluszékonyság), másrészt a gyermek szubjektív élményei alapján, harmadrészt aktigráffal történő objektív mérések alapján. Az alvászavarok szignifikáns összefüggést mutattak a későbbi alkalmazkodási problémákkal a serdülők körében. Minél több alvászavar volt a vizsgálat első időpontjában, annál több externalizáló és internalizáló tünet volt kimutatható a gyermekek körében a vizsgálat második időpontjában, és az alacsony szocioökonómiai státuszú családokban élő gyermekek körében ez a hatás jobban érvényesült. Konklúziójuk szerint a gyermekek megfelelő fejlődését és adaptációs képességét jelentősen rontják az alvászavarok [50].

Az alvászavarok és a depressziós tünetek közötti kétirányú kapcsolat felnőttek körében evidenciának számít. *Sivertsen és mtsai* 2020-ban 1,5–8 éves kisgyerekeket vizsgálva is igazolták a kétirányú kapcsolatot: a korai alvászavarok ebben az életkorban is előre jelezték a későbbi depressziós tüneteket, és fordítva, a korai depressziós tünetek előre jelezték a későbbi alvászavarokat [51]. Az alvászavarok gyakran mediátori szerepet játszanak a családon belüli konfliktusok és a serdülők későbbi depressziós és szorongásos tünetei között [52]. Egy longitudinális vizsgálatban igazolták a kapcsolatot a korai (12 és 24 hónapos korban) kimutatható alvászavarok (nehezen alszik el, rémálmok, nem pihentető az alvása) és a későbbi (11 éves korban jelentkező) ADHD között [53]. Az alvási problémák ezenfelül az elhízás rizikóját is növelik. Kialvatlanság hatására a szervezetben megnő a ghrelin hormon szintje, míg a leptin szintje csökken. Az így kialakult hormonkoncentrációk megnövekedett étvágyhoz vezetnek [54]. Gyermekek alvászavaraival és obesitásával foglalkozó 112 tanulmányt összegzett egy

2020-ban megjelent metaanalízis. Jóllehet a szerzők konklúziójukban hangsúlyozzák, hogy az alvási dimenziók és az obesitas közti pontos összefüggések, lehetséges mechanizmusok még további vizsgálatra szorulnak, figyelemre méltó, hogy a 112-ből 98 tanulmány szignifikáns kapcsolatot talált az alvászavarok jelenléte és a gyermekek későbbi testsúlygyarapodása között [55].

A gyermekek alvászavaraival hosszú távon a szülők alvását is rontják

A gyermekek alvászavaraival hosszú távon nemcsak a saját egészségüket veszélyeztetik, hanem a szülők testi-lelki egészségét is befolyásolják. Minél gyakoribbak a gyermekek alvászavaraival, annál gyakoribb a szülők körében az insomniák és a depressziós tünetek. Ez az összefüggés az egészséges, tipikusan fejlődő gyermekek szülei esetében is igaz. Korábbi tanulmányokban leírták, hogy az alváshiány felnőtteknél is együtt jár a rosszabb hangulattal, a magasabb stressz-szinttel, ingerlékenységgel, s ez a továbbiakban kihat a nevelési módszerekre, a szülő-gyermek kapcsolatra, az pedig visszahat a gyermek alvására, így kialakul az ördögi kör. Ezért a kutatók javaslata szerint a szülők alvását mindig a gyermek alvásának kontextusában ajánlott vizsgálni és kezelni, a szülők alvásmiőségének javítását célzó intervencióknak tehát család-központúnak kellene lenniük [56].

Összefoglalva tehát, a gyermekkori alvászavaraival megjelenésében a családi funkcionalitás, a szülők közötti kapcsolat minősége, a konfliktusok gyakorisága, intenzitása, a szülők konfliktusmegoldó stratégiái, a szülői szerepükben való funkcionalitás, a gyermekkel kialakult kötődési kapcsolat minősége, a szülők nevelési stílusa, az esti, elalvási rituálék mind jelentős szerepet játszanak. Figyelembe véve az alvászavaraival hosszú távú negatív következményeit, érdemes számba venni a hatékony intervenciók lehetőségeit.

Prevenációs és intervenciók lehetőségei

Amikor a gyermekek alvászavaraival illetően prevenációs és intervenciók programokat tervezünk, fontos figyelembe vennünk, hogy a gyermekkori alvászavarok elsősorban nem genetikai, hanem módosítható családi-környezeti tényezők függvényei, és a prevenációs-intervenciók programoknak ezekre kell fókuszálniuk [17].

Az intervenciók programok sokáig csak a válás/szétszakadt családi kapcsolatok gyermekekre gyakorolt hatásait igyekeztek enyhíteni. Ahogy egyre több ismeret halmozódott fel a tekintetben, hogy a szülők közötti kapcsolat minősége, a konfliktusok kezelése, a család funkcionalitása, a szülők nevelési stílusa milyen hatással van a gyermekek egészségi állapotára, például a gyermekek alvásának hosszára, minőségére, úgy fogalmazódott meg egyre több kutatóban az igény, hogy az intervenciót ki kellene terjeszteni az együtt, de nem jó kapcsolatban élő szülőkre is [57].

Harold és mtsai 2018. évi összefoglaló tanulmányukban [17] kilenc olyan intervenció programot tekintenek át, amelynek résztvevői együtt élő szülőpárok. Három intervenció program a szülővé válás átmeneti időszakának kezdeti feszültségeire fókuszált (elsősülött csecsemők szüleinél), kettő kisgyermekes szülőknél, négy pedig nagyobb gyermekek, serdülők szüleinek a problémáit kívánta enyhíteni. A programok során alkalmazott technikákat illetően öt program elsősorban pszichoedukációs elemeket használt, egy programban készségfejlesztés zajlott, kettőben kombinálták a készségfejlesztést és a pszichoedukációt, egy programban pedig párterápia történt, kognitív viselkedésterápiás elemekkel. Az intervenció programok nagy része randomizált, kontrollált vizsgálat volt, kisebb része a beavatkozás előtt és után mérte a változást, és nem hasonlították össze a program hatékonyságát más intervencióval vagy más csoportokkal. Minden intervenció program hatékonynak bizonyult: javult a szülők közötti kommunikáció, a párkapcsolat minősége, a két szülő szülőként való együttműködése és a szülő-gyermek kapcsolat is, de ami a legfontosabb, hogy a gyermekek tüneteinek csökkentek, javult az alkalmazkodásuk, csökkentek viselkedési problémáik és depressziós tüneteik. Ebben az összefoglaló tanulmányban négy olyan intervenció programról számoltak be, amely a válás gyermekekre gyakorolt hatásainak enyhítésére fókuszált. Ezek a programok ugyancsak készségfejlesztést, pszichoedukációt alkalmaztak, és szintén hatékonynak bizonyultak: csökkentek a konfliktusok az elvált szülők között, javult a kommunikáció, és mérséklődtek a gyermekek tüneteinek: javultak a kognitív funkciók, az érzelmi és viselkedéssel kapcsolatos problémák csökkentek. Öt intervenció program a családon belüli erőszak csökkentésére fókuszált. Ezek közül kettő pszichoedukációt és készségfejlesztést, három pedig konzultációs elemeket alkalmazott. Közülük három program hatékonyságát vizsgálták randomizált, kontrollált vizsgálatban, kettőt pedig a beavatkozás előtt és után mért változókon tesztelték. Ezek az intervenciók is hatékonynak bizonyultak: csökkent az agresszió a részt vevő párokban, javult a kommunikáció, az együttműködés a szülők között, javultak a párok konfliktusmegoldó stratégiái, és a legfontosabb: csökkentek a gyermekek poszttraumatikus tüneteinek, érzelmi és viselkedéssel kapcsolatos problémáik. Az idézett kutatások az Egyesült Államokban zajlottak [17]. Jelenlegi ismereteink szerint hazánkban nem zajlott olyan kutatás, amelyben a szülők párkapcsolati minőségének javítását célzó prevenció, intervenció programok hatékonyságát vizsgálták volna, akár a gyermekkori alvászavarokat, akár a gyermekek viselkedési, tanulási problémáit vagy szorongásos, depressziós tüneteiket illetően. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy Budapesten és több vidéki kórházban is működnek olyan ambulanciák, ahol korai alvászavarokkal foglalkoznak interdiszciplináris szemléletben. Ilyen például a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Koragyermekkori Alvás-éveszavar Ambulanciája [58]. Amennyiben a csecsemő/kisgyermek

alvászavara mögött organikus ok nem igazolódik, további ellátásként szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt, pszichológiai konzultációt, illetve terápiát (egyéni, párterápia, családterápiát) javasol a team [59]. A kutatók a kora gyermekkori regulációs zavarok kezelését illetően (id tartoznak többek között az excesszív sírás és a krónikus nyugtalanság mellett a korai alvászavarok is) már régóta indokoltan tartották a prevenció szintereken (védőnői hálózat, bölcsődék, óvodák, családsegítők, nevelési tanácsadók stb.) célirányos szakmai ismeretekkel rendelkező szakemberek, mint például szülő-csecsemő konzulensek bevonását [59]. A kora gyermekkori lelki egészség támogatása nem képzelhető el a szülőiséget támogató programok nélkül. Magyarországon az 1990-es évektől kezdődtek ilyen programok, például a Családbarát program, különböző szülőcsoportok (szülői hivatásra való felkészítés, csecsemős és kisgyermekes klub stb.). Magánintézményekben elkezdődtek a baba-mama pszichoterápiák, a szülő-kisgyermek kapcsolat analízisek (EGO Klinika, Vadaskert Alapítvány, BHRG – Budapesti Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika – Alapítvány, HAWA Munkacsoport – szülés utáni lelki problémák kezelése – stb. kezdeményezésével). 2010-ben született meg az első, diplomát adó posztgraduális szakirányú képzés, Integrált szülő-csecsemő konzulens névvel [60]. Hatékonyságvizsgálatról nem tudunk ugyan, de a klinikai gyakorlatban már hazánkban is elérhető a szülők párkapcsolatának minőségét javító módszereket alkalmazó prevenció/intervenció programok. Párkapcsolati fókuszú, proaktív konfliktusmegoldási készségek elsajátítását segítő csoportos foglalkozások keretében többek között az „Ölelj át!” program [61]. Amennyiben a szülők úgy érzik, hogy kapcsolatukban gyakoriak és intenzívek a konfliktusok, kereshetnek párterápiás lehetőségeket. Elterjedtebb nálunk a rendszerszemléletű párterápia vagy a kognitív viselkedésterápiás szemléletű párterápia, ezek hatékonyságát a nemzetközi szakirodalomban ugyancsak igazolták [62]. Magyarországon újabb irányzatnak számít az érzelemfókuszú párterápia [63], a párterápia rövid (8–20 üléses), strukturált megközelítése, melyet *Les Greenberg* és *Sue Johnson* alkotott meg az 1980-as években [64]. Alapja a kötődésemélet, a párkapcsolati nehézségek mögött sokszor a kielégítetlen kötődési szükségletet feltételezi. A terápia célja, hogy a pár tagjai között biztonságos kötődés alakuljon ki, vagy a terápia alatti korrektív élményeknek köszönhetően javuljon a kötődés, és így a párkapcsolat „biztos bázisként” tudjon működni [65].

Hasonlóan hatékony intervenció lehetőség a séma-párterápia, amelynek alapját a sémamód modell adja. Lényege, hogy az ülések során a pár tagjai felismerik saját és partnerük maladaptív sémáit és sémamódjait, azaz diszfunkcionális megküzdési stratégiáit. A maladaptív sémamódok feltérképezése elősegíti a partnerek között kialakult kapcsolati nehézségek pontosabb megértését, és segítséget nyújt a konfliktusok eredményes kezelésében. Ehhez a séma-párterápia különböző gyakorlatokat

használ, mint az edukáció, a közös imaginációs gyakorlatok vagy a székekkel végzett szerepjátékos gyakorlatok [66]. Ha a családban nem elsősorban a szülők között vannak a konfliktusok, hanem a gyermek is részévé válik a konfliktusoknak, akkor a családterápia jelenthet megoldást. A terápia fókuszában a család, annak alrendszerei, illetve az egyén szignifikáns családi kapcsolatai állnak. A családi kapcsolatokban interakció, kommunikáció révén igyekszik változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban [67].

Következtetés

Összefoglalásképpen elmondható, hogy amennyiben a szülő a gyermeke alvásproblémájával keresi fel a védőnőt, a házi gyermekorvost vagy egyéb szakrendelést, úgy érdemes nagyító alá venni a család funkcionalitását, a szülők párkapcsolati minőségét, a szülő-gyermek kapcsolat minőségét is. Amennyiben ezeken a területeken derül fény problémára, akkor a szakorvosi kezelés mellett érdemes javasolni számukra a fentebb felsorolt szülő-csecsemő konzultációs lehetőségeket, a párterápiás, családterápiás lehetőségeket a probléma teljes körű és hosszú távú megoldása érdekében.

Anyagi támogatás: A tanulmány elkészítéséért anyagi támogatásban nem részesültek a szerzők.

Szerzői munkamegosztás: T. D. és P. A. a szakirodalom felkutatásával és a tanulmány kezdeti változatának megírásával, B. P. konzultációkkal, tartalmi véleményezéssel és a kézirat végső szövegének megírásával járult hozzá a kézirat elkészítéséhez. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik, amelyek bármilyen formában összefüggésbe hozhatók a tanulmány megírásával.

Irodalom

- [1] Barnes CM, Drake CL. Prioritizing sleep health. Public health policy recommendations. *Perspect Psychol Sci.* 2015; 10: 733–737.
- [2] Bolin DJ. Sleep deprivation and its contribution to mood and performance deterioration in college athletes. *Curr Sports Med Rep.* 2019; 18: 305–310.
- [3] Owens J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Med Clin.* 2007; 2: 353–361.
- [4] Scammell TE. Overview of sleep: the neurologic processes of the sleep-wake cycle. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e13.
- [5] Wolson AR. Sleeping patterns of children and adolescents: developmental trends, disruptions and adaptations. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 1996; 5: 549–568.
- [6] Mindell JA, Leichman ES, Composto J, et al. Development of infant and toddler sleep patterns: real-world data from a mobile application. *J Sleep Res.* 2016; 25: 508–516.
- [7] Scheuring N, Danis I, Papp E, et al. Sleeping habits during infancy and early childhood. [Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban.] *Védőnő* 2015; 25(3): 9–14. [Hungarian]
- [8] Scheuring N, Danis I, Papp E, et al. Sleep problems during infancy and early childhood I. Nighttime wakings. [Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések.] *Gyermekgyógyászat* 2015; 66: 149–153. [Hungarian]
- [9] Barry ES. Sleep consolidation, sleep problems, and co-sleeping: rethinking normal infant sleep as species-typical. *J Genet Psychol.* 2021; 182: 183–204.
- [10] Dahl RE. Child and adolescent sleep disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 1995; 4: 323–341.
- [11] Dahl RE, Lewin DS. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *J Adolesc Health* 2002; 31(6 Suppl): 175–184.
- [12] Laberge L, Petit D, Simard C, et al. Development of sleep patterns in early adolescence. *J Sleep Res.* 2001; 10: 59–67.
- [13] Sadeh A, Mindell J, Rivera L. “My child has a sleep problem”. A cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep Med.* 2011; 12: 478–482.
- [14] Gaál V, Faludi B. Characteristics of narcolepsy in childhood. [A narcolepsia jellegzetességei gyermekkorban.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 211–220. [Hungarian]
- [15] Covington LB, Patterson F, Hale LE, et al. The contributory role of the family context in early childhood sleep health: a systematic review. *Sleep Health* 2021; 7: 254–265.
- [16] Condly SJ. Resilience in children: a review of literature with implications for education. *Urban Educ.* 2006; 41: 211–236.
- [17] Harold GT, Sellers R. Annual research review: interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. *J Child Psychol Psychiatry* 2018; 59: 374–402.
- [18] Grych JH, Fincham FD. Marital conflict and children’s adjustment: a cognitive-contextual framework. *Psychol Bull.* 1990; 108: 267–290.
- [19] Davies PT, Cummings EM. Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychol Bull.* 1994; 116: 387–411.
- [20] Harold GT, Elam KK, Lewis G, et al. Interparental conflict, parent psychopathology, hostile parenting, and child antisocial behavior. Examining the role of maternal versus paternal influences using a novel genetically sensitive research design. *Dev Psychopathol.* 2012; 24: 1283–1295.
- [21] Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children’s daytime cognitive function. *Semin Pediatr Neurol.* 1996; 3: 44–50.
- [22] El-Sheikh M, Buckhalt JA, Mize J, et al. Marital conflict and disruption of children’s sleep. *Child Dev.* 2006; 77: 31–43.
- [23] Gregory AM, Caspi A, Moffitt TE, et al. Family conflict in childhood: a predictor of later insomnia. *Sleep* 2006; 29: 1063–1067.
- [24] Kelly RJ, El-Sheikh M. Marital conflict and children’s sleep: reciprocal relations and socioeconomic effects. *J Fam Psychol.* 2011; 25: 412–422.
- [25] Peltz JS, Rogge RD, Sturge-Apple ML, et al. Reciprocal influences among family processes and toddlers’ sleep problems. *J Fam Psychol.* 2016; 30: 720–731.
- [26] Rhoades KA, Leve LD, Harold GT, et al. Marital hostility and child sleep problems: direct and indirect associations via hostile parenting. *J Fam Psychol.* 2012; 26: 488–498.
- [27] Graham AM, Fisher PA, Pfeifer JH. What sleeping babies hear: a functional MRI study of interparental conflict and infants’ emotion processing. *Clin Psychol Sci.* 2013; 24: 782–789.
- [28] Beebe B, Jaffe J, Markese S, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attach Hum Dev.* 2010; 12: 3–141.
- [29] Bernard K, Dozier M. Examining infants’ cortisol responses to laboratory tasks among children varying in attachment disorganization: stress reactivity or return to baseline? *Dev Psychol.* 2010; 46: 1771–1778.

- [30] Oosterman M, De Schipper JC, Fisher P, et al. Autonomic reactivity in relation to attachment and early adversity among foster children. *Dev Psychopathol.* 2010; 22: 109–118.
- [31] El-Sheikh M, Buckhalt JA, Keller PS, et al. Children's objective and subjective sleep disruptions: Links with afternoon cortisol levels. *Health Psychol.* 2008; 27: 26–33.
- [32] El-Sheikh M, Hinnant JB, Erath SA. VI. Marital conflict, vagal regulation, and children's sleep: a longitudinal investigation. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2015; 80: 89–106.
- [33] Benoit D, Zeanah CH, Boucher C, et al. Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 86–93.
- [34] El-Sheikh M, Buckhalt JA, Keller PS, et al. Child emotional insecurity and academic achievement: the role of sleep disruptions. *J Fam Psychol.* 2007; 21: 29–38.
- [35] Perpétuo C, El-Sheikh M, Diniz E, et al. Attachment to mother and father, sleep, and well-being in late middle childhood. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 3399.
- [36] El-Sheikh M, Kelly RJ, Philbrook LE. Sleep and development: familial and socio-cultural considerations. In: McHale S, King V, Buxton O. (eds.) *Family contexts of sleep and health across the life course.* National Symposium on Family Issues, vol 8. Springer, Cham, 2017; pp. 25–49.
- [37] Bernier A, Bélanger MÉ, Bordeleau S, et al. Mothers, fathers, and toddlers: parental psychosocial functioning as a context for young children's sleep. *Dev Psychol.* 2013; 49: 1375–1384.
- [38] Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics* 2001; 107: 1317–1322.
- [39] Maratia F, Bacaro V, Crocetti E. Sleep is a family affair: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies on the interplay between adolescents' sleep and family factors. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 4572.
- [40] Boles RE, Halbower AC, Daniels S, et al. Family chaos and child functioning in relation to sleep problems among children at risk for obesity. *Behav Sleep Med.* 2017; 15: 114–128.
- [41] Philbrook LE, Saini EK, Fuller-Rowell TE, et al. Socioeconomic status and sleep in adolescence: the role of family chaos. *J Fam Psychol.* 2020; 34: 577–586.
- [42] Hall WA, Zubrick SR, Silburn SR, et al. A model for predicting behavioural sleep problems in a random sample of Australian pre-schoolers. *Infant Child Dev.* 2007; 16: 509–523.
- [43] Tyler D, Donovan CL, Scupham S, et al. Young children's sleep problems: the impact of parental distress and parenting style. *J Child Fam Stud.* 2019; 28: 2098–2106.
- [44] Fiese BH, Winter MA, Sliwinski M, et al. Nighttime waking in children with asthma: an exploratory study of daily fluctuations in family climate. *J Fam Psychol.* 2007; 21: 95–103.
- [45] Klein HA, Ballantine J. For parents particularly: raising competent kids. The authoritative parenting style. *Child Educ.* 2001; 78: 46–47.
- [46] Mindell JA, Williamson AA. Benefits of a bedtime routine in young children: sleep, development, and beyond. *Sleep Med Rev.* 2018; 40: 93–108.
- [47] Kovács-Tóth B, Kuritárné Szabó I. The impact of adverse childhood experiences on mental and somatic health in childhood and adolescence. [Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1447–1455. [Hungarian]
- [48] Lin SX, Cheslack-Postava K, McReynolds L, et al. Adverse childhood experiences and insufficient sleep among US children and adolescents. *Acad Pediatr.* 2022; 22: 965–971.
- [49] Wang SH, Lin KL, Chen CL, et al. Sleep problems during early and late infancy: diverse impacts on child development trajectories across multiple domains. *Sleep Med.* 2024; 115, 177–186.
- [50] El-Sheikh M, Kelly RJ, Buckhalt JA, et al. Children's sleep and adjustment over time: the role of socioeconomic context. *Child Dev.* 2010; 81: 870–883.
- [51] Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, et al. Sleep problems and depressive symptoms in toddlers and 8-year-old children: a longitudinal study. *J Sleep Res.* 2021; 30: e13150.
- [52] Zhu Y, Wang S, Shi X. Poor sleep quality mediates the relationship between intra-family conflict and mental health problems in Chinese adolescents: a three-wave longitudinal study. *Curr Psychol.* 2023; 42: 25696–25705.
- [53] Carpena MX, Munhoz TN, Xavier MO, et al. The role of sleep duration and sleep problems during childhood in the development of ADHD in adolescence: findings from a population-based birth cohort. *J Atten Disord.* 2020; 24: 590–600.
- [54] Felső R, Lohner S, Hollódy K, et al. Relationship between sleep duration and childhood obesity: systematic review including the potential underlying mechanisms. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2017; 27: 751–761.
- [55] Morrissey B, Taveras E, Allender S, et al. Sleep and obesity among children: a systematic review of multiple sleep dimensions. *Pediatr Obes.* 2020; 15: e12619.
- [56] Varma P, Conduit R, Junge M, et al. Examining sleep and mood in parents of children with sleep disturbances. *Nat Sci Sleep* 2020; 12: 865–874.
- [57] Harold GT, Leve LD. Parents as partners: how the parental relationship affects children's psychological development. In: Balfour A, Morgan M, Vincent C. (eds.) *How couple relationships shape our world: clinical practice, research, and policy perspectives.* Karnac Books, Routledge, London, 2012; pp. 25–56.
- [58] Scheuring NG, Gulácsi Á, Ágoston O, et al. Clinical protocol of the early childhood eating and sleep disorders outpatient clinic. [A Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulanciai klinikai protokollja.] *Lege Artis Med.* 2022; 32: 265–277. [Hungarian]
- [59] Scheuring N, Papp E, Danis I, et al. Background and diagnostic questions of infants' and toddlers' regulation disorders. [A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései.] *Gyermekorv Továbbk Szle.* 2011; 10: 13–19. [Hungarian]
- [60] Danis I. The importance of infant and toddler mental health support in early childhood intervention. [A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban.] *Gyógyeped Szle.* 2015; 2: 100–116. [Hungarian]
- [61] Hold me tight projekt. [Ölelj át! program.] Available from: <https://www.eft-parterapia.hu/hold-me-tight-program/#hmtprogram> [accessed: 6 March 2024]. [Hungarian]
- [62] Doss BD, Roddy MK, Wiebe SA, et al. A review of the research during 2010–2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. *J Marital Fam Ther.* 2022; 48: 283–306.
- [63] Emotion-focused therapy. [Érzelem fókuszú terápia. Érzelem Fókuszú Család- és Párterápiás Alapítvány.] Available from: <https://www.eft-parterapia.hu/mi-az-ef/> [accessed: 6 March 2024]. [Hungarian]
- [64] Greenberg LS, Johnson SM. *Emotionally focused therapy for couples.* Guilford Press, New York, NY, 1988.
- [65] Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Fam Process* 2016; 55: 390–407.
- [66] Szabó Zs. A New approach in couples therapy – The schema couples therapy. [Újféle megközelítés a párterápiában – a séma-párterápia.] Available from: <https://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/28451/sema-parterapia> [accessed: 6 March 2024]. [Hungarian]
- [67] Koltai M. Family therapy protocol. [Családterápiás protokoll.] Available from: <https://www.csaladterapia.hu/csaladterapia> [accessed: 6 March 2024]. [Hungarian]

(Balog Piroska dr.,

Budapest, Nagyvárad tér 4., XX. emelet, 1089

e-mail: balogppiroska@gmail.com)