

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

**A maladaptív álmodozás jelenségének vizsgálata a gyermekkori
traumatizáció, a disszociatív élmények, a kötődés és az
érzelemszabályozás tükrében**

Sándor Alexandra

Témavezető: Dr. Molnár Judit



DEBRECENI EGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

Debrecen, 2022

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	4
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	6
ÁBRÁK JEGYZÉKE	7
1. BEVEZETÉS.....	8
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	10
2.1. Az álmodozáskutatások legfőbb kérdései	10
2.1.1. Mi az álmodozás?.....	10
2.1.2. Az álmodozás tartalma és jellemzői.....	11
2.1.3. Az álmodozás típusai	14
2.1.4. Az álmodozás, elkalandozás adaptív vagy maladaptív volta	15
2.2. A maladaptív álmodozás kutatásának története.....	17
2.3. A maladaptív álmodozás fenomenológiája.....	21
2.4. A maladaptív álmodozás modellje.....	24
2.5. A maladaptív álmodozás mérése	26
2.6. A maladaptív álmodozás differenciálása más mentális tevékenységektől	29
2.7. A maladaptív álmodozás elhelyezése a mentális zavarok rendszerében	34
2.8. A maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezők.....	43
2.8.1. A gyermekkori traumatizáció szerepe.....	43
2.8.2. Mediátor tényezők vizsgálata.....	46
2.8.3. Egyéb jelenségekkel mutatott összefüggések	47
2.8.4. Kötődési jellegzetességek	49
2.9. A maladaptív álmodozás megjelenése specifikus klinikai csoportokban.....	51
2.10. Terápiás megfontolások.....	55
2.10.1. A 25 éves Ben esete	55
2.10.2. Gyógyszeres kezelés és szerhasználat.....	55
2.10.3. Egyéb terápiás megfontolások	57
2.11. Vizsgálati célok.....	59
3. MÓDSZEREK.....	65
3.1. A vizsgálat menete és körülményei	65
3.2. Vizsgálati személyek	66
3.2.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis.....	66
3.2.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis	68

3.2.3. Második vizsgálati szakasz	69
3.3. Vizsgálati eszközök	70
3.3.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis.....	70
3.3.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis.....	71
3.3.3. Második vizsgálati szakasz	72
3.4. Adatfeldolgozás	75
3.4.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis.....	75
3.4.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis.....	76
3.4.3. Második vizsgálati szakasz	76
4. EREDMÉNYEK.....	78
4.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis	78
4.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis	84
4.3. Második vizsgálati szakasz	102
5. MEGBESZÉLÉS	116
5.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis	116
5.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis	117
5.3. Második vizsgálati szakasz	122
5.4. A kutatás korlátai	132
5.5. A kutatás konklúziói	134
6. ÖSSZEFOGLALÁS	137
SUMMARY	138
7. IRODALOMJEGYZÉK	139
7.1. Hivatkozott közlemények	139
7.2. Az értekezés alapjául szolgáló és az értekezéshez kapcsolódó közlemények	151
7.3. Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások	153
8. TÁRGYSZAVAK	154
KEYWORDS	154
9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	155
10. FÜGGELÉK	156
10.1. Az értekezés alapjául szolgáló publikációk.....	156

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ACE-10: Adverse Childhood Experience Questionnaire (Ártalmas Gyermekkori Élmények Kérdőív rövidített változata)

ADHD: attention deficit hyperactivity disorder (figyelemhiányos hiperaktivitás zavar)

ASQ-H: Attachment Style Questionnaire (Kötődési Stílus Kérdőív)

CFI: comparative fit index (összehasonlító illeszkedési mutató)

DDIS-SR: The Dissociative Disorders Interview Schedule, Self-Report Version
(Disszociatív Zavarok Interjú Vizsgálata, Önbevalláson alapuló változat)

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale (Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív)

DID: dissociative identity disorder (disszociatív identitászavar)

DISQ-H: Dissociation Questionnaire (Magyar Disszociáció Kérdőív)

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve)

ICMDR: The International Consortium for Maladaptive Daydreaming Research (A Maladaptív Álmodozás Kutatásának Nemzetközi Konzorciuma)

MD: maladaptive daydreaming (maladaptív álmodozás)

MDS: Maladaptive Daydreaming Scale (Maladaptív Álmodozás Skála)

MDS-H: Maladaptív Álmodozás Skála - héber változat

MDS-F: Maladaptív Álmodozás Skála - francia változat

MDS-16: 16 ítemes Maladaptív Álmodozás Skála

MDS-16-AR: 16 ítemes Maladaptív Álmodozás Skála - arab változat

MDS-16-HU: Maladaptív Álmodozás Skála - magyar változat

OCD: obsessive-compulsive disorder (obszesszív-kompulzív zavar)

RMSEA: root mean square of approximation (megközelítési négyzetes középérték hiba)

SCIMD: Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming (Strukturált Klinikai Interjú A Maladaptív Álmodozás Mérésére)

SCT: sluggish cognitive tempo (lassú kognitív tempó)

SEM: structural equation modeling (strukturális egyenletmodell)

SRMR: square root mean square residual (reziduális négyzetes középérték)

SSRI: selective serotonin reuptake inhibitors (szelektív szerotonin visszavétel-gátlók)

TAQ: Traumatic Antecedents Questionnaire (Traumatikus Előzmények Kérdőív)

TAS: Tellegen Absorption Scale (Tellegen Abszorpció Skála)

TLI: Tucker-Lewis index

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat Javasolt diagnosztikus kritériumok az álmodozás zavarhoz	28
2. táblázat A maladaptív álmodozás és más mentális jelenségek közti hasonlóságok és különbségek	34
3. táblázat Különbségek és hasonlóságok a disszociatív identitászavar és a maladaptív álmodozás között	52
4. táblázat Vágóérték (60 percentilis) alapján történő csoportba sorolás és az előzetes kategorizálás összehasonlítása	79
5. táblázat Az MDS vágóértékek kalkulációja 10-től 90 percentiliséig 5 percentilis osztásközökkel	80
6. táblázat Az MDS vágóértékek kalkulációja 55-től 65 percentiliséig 1 percentilis osztásközökkel	81
7. táblázat Az álmodozást elindító legjellemzőbb tényezők	87
8. táblázat Az álmodozást fenntartó tényezők a mintában	91
9. táblázat Az álmodozás leggyakoribb témái a mintában	94
10. táblázat A gyermekkori traumatizáció előfordulása 0-6 éves korban	103
11. táblázat A gyermekkori traumatizáció előfordulása 7-12 éves korban	104
12. táblázat A disszociatív élmények előfordulása a vizsgálati csoportokban	105
13. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év) és a maladaptív álmodozás kapcsolata.....	106
14. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (7-12 év) és a maladaptív álmodozás kapcsolata	106
15. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év), a disszociatív élmények, a nem, az életkori csoportok, az iskolai végzettség direkt kapcsolata a maladaptív álmodozással (n=386)	107
16. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (7-12 év), a disszociatív élmények, a nem, az életkori csoportok és az iskolai végzettség direkt kapcsolata a maladaptív álmodozással (n=549)	108
17. táblázat Az első útelemzés eredményei (n=386)	109
18. táblázat A második útelemzés eredményei (n=549)	111
19. táblázat Az ASQ-H alskáláinak összehasonlítása a vizsgálati csoportokban	113
20. táblázat Az ASQ-H alskálákon mutatott átlagok és szórások a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjában.....	114
21. táblázat A vizsgálati csoportok összehasonlítása a DERS alskálái mentén	115

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra A maladaptív álmodozás modellje: előzmények, jellemzők, fenntartó tényezők, következmények	25
2. ábra A gyermekkori abúzus és elhanyagolás összehasonlítása a két csoportban	82
3. ábra A diszfunkcionális családi körülmények összehasonlítása a két csoportban	83
4. ábra A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év), a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás közötti kapcsolatokat szemléltető útdiagram	110
5. ábra A gyermekkori traumatikus élmények (7-12 év), a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás közötti kapcsolatokat szemléltető útdiagram	112

*„... a képzelet szabadsága
megkívánja, hogy térben és időben
távoli témákhoz nyúljunk – mert ha
nem így cselekszünk, a valóság egy
kicsit mindig meg fogja kötni a
kezünket.”*

J. L. Borges

1. BEVEZETÉS

Az álmodozás, elkalandozás mindenki számára ismert adaptív, konstruktív mentális tevékenység, mely elősegítheti a jövő elővételezését, a tervezést, a társas környezetben való boldogulást és összekapcsolódhat a kreativitással is. 2002-ben egy új kutatási irányvonal indult el az álmodozáskutatásokban Eli Somer vezetésével. Ezek a kutatások elsősorban a maladaptív álmodozás jelenségének főbb jellemzőit, kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó tényezőket, a problémás álmodozással komorbiditást mutató zavarokat azonosították, továbbá a jelenség szűrésére, diagnosztizálására alkalmas eszközöket dolgoztak ki. A maladaptív álmodozás egy túlzott mértéket öltő addiktív és kompulzív jellegű mentális tevékenység, mely jelentős idővesztéssel, funkcióromlást és szenvedésnyomást okoz az érintetteknek. Habár az első megjelent tanulmány (Somer, 2002) óta internetes oldalak, közösségi csoportok és blogok százai születtek, melyeken keresztül a problémás álmodozók információt gyűjtenek a jelenségről, továbbá sorstársakat és segítséget keresnek, szakmai körökben kevésbé ismert maradt a jelenség és számos kérdés – mely elsősorban a maladaptív álmodozás etiológiáját, patomechanizmusait, diagnosztikus kategorizálását érinti – továbbra is megválaszolatlan maradt. Jelenleg a témában megjelent nemzetközi publikációk száma meglehetősen alacsony (kevesebb mint 65 közlemény), míg magyar nyelven egyetlen összefoglaló tanulmány jelent meg a maladaptív álmodozással kapcsolatban (Sándor és Molnár, 2018).

A dolgozat első egysége az álmodozás jelenségét és specifikusan a maladaptív álmodozás területén folytatott kutatásokat ismerteti. Az Irodalmi áttekintés fejezet bemutatja többek között a jelenség kutatásának rövid történetét, fenomenológiáját, mérési lehetőségeit, más hasonló mentális tevékenységektől való differenciálását, továbbá kialakulásában, fennmaradásában és pszichoterápiás kezelésében szerepet játszó tényezőket.

Az értekezés következő egységében saját kutatásunk kerül bemutatásra, mely három átfogó célkitűzés mentén vizsgálódott. Első vizsgálatunk arra irányult, hogy a maladaptív

álmodozás szűrésére szolgáló eszközt magyar nyelvre adaptáljuk, megbízhatóságát és gyakorlati alkalmazhatóságát felmérjük. Második célunk a maladaptív álmodozók élményeinek, szubjektív megéléseinek és az álmodozásról alkotott képének feltérképezése volt. Kutatásunk harmadik célja a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó tényezők azonosítása; a hangsúlyt a szakirodalmi adatok alapján a gyermekkori traumatikus élmények, a disszociatív élmények, a kötődési jellemzők és az érzelemszabályozás szerepére helyeztük.

A dolgozat záró része ismerteti a kutatás eredményeit, azok szakirodalmi kontextusba helyezését, a vizsgálatok korlátait és főbb konklúzióit.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Az álmodozáskutatások legfőbb kérdései

2.1.1. Mi az álmodozás?

Az álmodozás egy egészséges és hétköznapi mentális tevékenység, mely valószínűleg egyike a legérdekesebb humán jelenségeknek. Bár az álmodozás régóta az emberi viselkedéssel, megélésekkel kapcsolatos kutatások középpontjában áll, nincs általánosan elfogadott definíció a jelenségre a pszichológián belül (Giambra, 2000; Singer, 1976). A legelterjedtebb értelmezés szerint az álmodozás a figyelem elterelődése (1) a személy által végzett fizikai vagy mentális feladattól, vagy (2) a külső környezetben lévő dolgok figyelésétől vagy hallgatásától, a belső ingerekre adott privát válaszok kibontakozásának irányába (Singer, 1976). Más meghatározás szerint az álmodozás egy olyan gondolat vagy kép, mely spontán módon jelenik meg, és nem kapcsolódik az éppen aktuálisan ellátandó feladathoz (Giambra, 2000).

A pontos definíció hiánya mellett sajátos nehézséget teremt, hogy különböző megnevezések élnek egymás mellett, melyek többé-kevésbé hasonló tevékenységeket jelentenek: álmodozás, betolakodó gondolatok, ingerfüggetlen gondolatok, fantázia, szelf-generálta gondolatok, elkalandozás. Habár a kognitív területeken kutatók leginkább az *elkalandozás* megnevezést alkalmazzák, Jerome L. Singer – az álmodozáskutatások atyja, aki több mint 60 éve kutatja a jelenséget –, munkáiban elsősorban az *álmodozás* kifejezést preferálja (McMillan, Kaufman és Singer, 2013). Az álmodozás a tudat egy gyakori jelensége, melynek epizódjai során a személy privát fikciókat hoz létre. Az elkalandozás pedig egy feladatfüggetlen és spontán gondolatként vagy gondolatok soraként definiálható. Az elkalandozásra jellemző továbbá, hogy a gondolatok nem korlátozódnak hosszú ideig egyetlen témára, tehát tekinthető a gondolkodás egy formájának, mely elszakad a külső feladatoktól és az azonnali szenzoros percepcióktól (Schimmenti, Somer és Regis, 2019, 866.o.). Fontos megjegyezni a két jelenséggel kapcsolatban, hogy a gyakorlatban rengeteg kutató szinte szinonimaként kezeli az álmodozást és az elkalandozást (Schimmenti és mtsai, 2019).

Az álmodozást a kutatók sokszor ingerfüggetlen vagy feladatfüggetlen jelzőkkel illetik, melyekkel meghatározzák, hogy az álmodozás tevékenysége mit nem jelent. Az ingerfüggetlen jellegből adódik, hogy az álmodozás tartalma nem a környezeti ingerek közvetlen feldolgozásából ered, hanem sokkal inkább belsőleg generált; a feladatfüggetlen jellegből fakad, hogy nem az egyén aktuális (a külső valósághoz kapcsolódó) céljainak teljesítésére vagy fejlesztésére vonatkozik az álmodozás tartalma. Ezen elképzelések szerint

az álmodozás egy passzív állapot, melyet a külső valósághoz mérten lehet definiálni. Ugyanakkor más elképzelések szerint az álmodozás aktív folyamatnak tekinthető, mely a külső eseményektől függetlenül jelenik meg, és amely segítheti az egyént, hogy azon céljaira fókuszáljon, melyek túlmutatnak a jelenen (Poerio és Smallwood, 2016).

Az álmodozás rendkívül személyes, privát természetéből adódóan nehéz pontosan felmérni előfordulásának gyakoriságát (Giambra, 2000; Singer, 1976). Elmondható azonban, hogy a legtöbb ember életében az álmodozás igen gyakran megjelenik: előfordulhat, hogy olvasás közben elkalandozunk és nem tudjuk felidézni az utoljára olvasott mondatokat, vagy megtörténhet, hogy utazás során nem tanúsítunk figyelmet az utastársainkra, inkább a belső tartalmainkra figyelünk (Marchetti, Van de Putte és Koster, 2014). Úgy tűnik, hogy amikor a külvilág nem követeli meg a személy teljes figyelmét, és nincs szükség jelentős információfeldolgozásra, az emberek többet álmodoznak (Giambra, 2000).

Az álmodozás legfőbb kutatási kérdései közé tartozik, hogy az emberek átlagosan mennyi időt töltenek álmodozással, mik az álmodozás jellemző tartalmi, vannak-e egymástól jól differenciálható álmodozási stílusok, típusok, és mindezek fényében jótékony vagy inkább negatív hatással bír az álmodozás a mindennapi funkciók ellátására.

2.1.2. Az álmodozás tartalma és jellemzői

A legtöbb ember álmodozik, azonban az álmodozások terjedelme és tartalma nagy változatosságot mutat (Singer, 1974). A becslések szerint az álmodozás az ébren töltött idő kb. 30-50 százalékát teszi ki (Poerio és Smallwood, 2016). Ugyanakkor az álmodozás a gondolatok heterogén körét magába foglalja, így felölelheti a ruminatív tartalmak, aggodalmak, akaratlan autobiografikus emlékek és fantáziák széles körét. Ezen tartalmak érzelmi jellegük és időbeli orientációjuk alapján is különbözhetnek, mely szempontok figyelembevétele fontos lehet akkor, amikor az álmodozás adaptív és maladaptív jellegét tárgyaljuk (Poerio és Smallwood, 2016).

Talán az álmodozás experimentális vizsgálatainak – melyeknek kezdete a kognitív pszichológia elterjedésével összhangban a 60-as évek elejére datálható –, egyik legfontosabb kutatási kérdése, hogy mi az, amire az emberek gondolnak, amikor álmodoznak és fellelhetők-e mintázatok vagy hasonlóságok az emberek álmodozásait tekintve. A vizsgálatok arra engednek következtetni, hogy az álmodozásnak vannak olyan fenomenológiai jellemzői, melyek általánosabbak és konzisztensen megjelennek (Stawarczyk, 2018). A kutatások többek között vizsgálták az álmodozás tartalmának nemi

(pl. Singer, 1974), életkori (pl. Giambra, 2000; Singer és McCraven, 1961) és kulturális eltéréseit (Christian és mtsai, 2013), valamint az álmodozás jellemző témáit (pl. Andrews-Hanna és mtsai, 2013; Singer és McCraven, 1961) egyaránt.

Singer és McCraven (1961) egyetemi hallgatók körében (N=240) végzett felmérése részletesen vizsgálta a felnőttek körében előforduló álmodozás gyakoriságát, tartalmát, jellemzőit. A vizsgálatban többek között felvételre került a szerzők által kidolgozott, 130 itemből felépülő Álmodozás Kérdőív (Daydream Questionnaire). A kérdőív két egységből épült fel: 37 kérdés az álmodozás általános mintázatát mérte fel (pl. „Élvezem az álmodozást”) (*Általános álmodozás*), 93 item pedig a specifikus álmodozásokat vizsgálta (*Fantázia*). Az eredmények szerint a hallgatók 96%-a naponta álmodozik valamilyen formában; főképp akkor álmodoznak, amikor egyedül vannak, és leggyakrabban kevéssel alvás előtt. Legritkábban reggel ébredéskor, étkezések közben vagy szexuális tevékenység közben álmodoznak a vizsgálati személyek. Általában az álmodozások vizuális jellegűek, egészen világos képek jelennek meg személyekről, tárgyakról, eseményekről. Az álmodozás tartalmát tekintve a jövőbeli cselekvések tervezéséről (különösen az interperszonális kontaktusokról) szóló álmodozások jelennek meg leggyakrabban.

Az álmodozás általános jellemzőit tekintve (az első 37 item alapján) elmondható, hogy az álmodozás elterjedt és különösen gyakori jelenség, amikor a személy egyedül van vagy nyugodt állapotban tartózkodik, és az álmodozások gyakran a jövőbeli interperszonális viselkedésekről szólnak. Specifikus álmodozásokról (maradék 93 item) a vizsgálati személyek 80%-a beszámolt (pl. „Gondolkodom a következő nyaralásom részleteiről”); több mint 80% számolt be privátabb tartalmakról (pl. „Sokkal másabb és sokkal hatékonyabb embernek képzelem el magam, mint amilyen vagyok”). A leggyakoribb specifikus álmodozások tartalmukat tekintve társadalmilag elfogadott kérdésekre (pl. praktikus tervezése a jövőnek, önfejlesztés) vonatkoznak, ugyanakkor gyakoriak a szexuális elégedettséggel, önzetlen aggodalommal és szokatlan szerencsével kapcsolatos tartalmak is. Elkülönítve egymástól a gyakran és ritkán álmodozókat, a gyakran álmodozók fantasztikusabb vagy valószínűtlenebb állításokat is igaznak találtak magukra: ilyen tartalmak a hősies teljesítmény, a messiással való azonosulás és az érzéki vágyak kielégülésének megjelenése (Singer és McCraven, 1961).

Ugyanezen vizsgálat keretében az álmodozás gyakoriságát tekintve Singer és McCraven nem talált lényeges nemi különbséget, az életkort tekintve azonban jelentős csökkenést azonosítottak az életkor előrehaladtával. Iskolai végzettség szerint nem mutatkozott különbség az álmodozás gyakoriságát nézve (homogén, egyetemista mintáról lévén szó),

míg a szociokulturális háttérrel tekintve szignifikáns eltérések mutatkoztak a vizsgálati személyek között (leggyakrabban álmodoztak a fekete és zsidó személyek, legritkábban az angolszászok) (Singer és McCraven, 1961). Az álmodozás tartalmát tekintve egy másik kutatás szerint sincsenek jelentős nemi különbségek, habár a nők elsősorban személyes, passzív és testre irányuló élményekről számolnak be, míg a férfiak aktívabb, atlétikai vagy hősi cselekedetekről számolnak be (Singer, 1974).

Egy későbbi vizsgálat (Mar, Mason és Litvack, 2012) az álmodozás különböző aspektusai (gyakoriság és élénkség) és az étellel való elégedettség közötti kapcsolatokat vizsgálta külön a férfiak és nők körében. Eredményeik szerint a férfiak és nők körében a két konstrukció közötti kapcsolatok eltértek: a férfiak körében az álmodozás gyakorisága negatívan korrelált az étellel való elégedettséggel, míg a nők körében az álmodozás élénksége korrelált negatívan az étellel való elégedettséggel. A tanulmány arra hívja fel a figyelmet, hogy az álmodozás tekintetében kiemelten fontos az egyéni eltérések vizsgálata.

Az álmodozás életkori jellemzőit tekintve, Giambra (2000) egy 24 évig tartó longitudinális vizsgálat keretében megerősítette Singer és McCraven (1961) eredményeit, ugyanis mind az álmodozás gyakorisága, mind az intenzitása csökken felnőttkorban az életkor előrehaladtával. Ez az összefüggés igaz, ha az egyes egyéneket vizsgálták a 24 év alatt, és akkor is, ha a különböző életkori csoportokat hasonlították össze. Giambra (2000) szerint ennek feltehetően az az oka, hogy életkori eltérések adódhatnak a memória, a figyelem, a különböző lehetőségek vagy alternatív elfoglaltságok tekintetében, a központi idegrendszer hatékonyságában, vagy az álmodozás iránti igények alakulásában.

Az álmodozás jellemző témáit tekintve kutatások egybehangzóan azt mutatják, hogy az álmodozás, elkalandozás egyik jellemző témája a jövő elképzelése, elővételezése vagy tervezése (Andrews-Hanna és mtsai, 2013; Baird, Smallwood és Schooler, 2011; Bernstein, Rubin és Salgado, 2015; Singer és McCraven, 1961; Stawarczyk, 2018; Stawarczyk és mtsai, 2011). Egy vizsgálat eredményei szerint (Andrews-Hanna és mtsai, 2013) – mely az elkalandozás jellemzőit részletesen elemezte –, az álmotartalmak személyesen igen jelentősek, gyakran célorientáltak, és inkább pozitív jellegűek. A gondolatok gyakran irányulnak egy adott eseményre, többségében a jövőre, majd ezt követően a múltra; a jövőre irányuló gondolatok pedig sokkal pozitívabbra értékelték, mint a múltra irányulók. Az első személyű vizuális perspektíva megjelenése az álmodozások során gyakoribb, mint különböző perspektívák alkalmazása vagy a perspektíva hiánya. Egy másik vizsgálat szerint (Mar és mtsai, 2012) az emberek gyakran reflektálnak álmodozás közben társas interakcióikra, gyakori, hogy a társaikra gondolnak álmodozás közben, ugyanakkor ez a

tendencia nem zárja ki azt sem, hogy egyéb kategóriák (pl. a jövő vagy a múlt elképzelése) ne jelennének meg, hiszen a jövőről vagy a múltból való álmodozás során is megelevenedhetnek a társakkal kapcsolatos gondolatok.

Christian és munkatársai (2013) kulturális szempontok bevonásával közelítették meg az álmodozás egyéni különbségeinek kérdését, és feltárták, hogy a nem mellett a kultúra is befolyással lehet a fantáziákban alkalmazott vizuális perspektívára. Az első személyű perspektíva (azaz a személy úgy látja a világot, ahogy a hétköznapi élete során) a nyugati társadalmakból származó vizsgálati személyeknél gyakoribb, illetve a nők körében, míg a harmadik személyű perspektíva (a világ egy kívülálló nézőpontjából látható) a keleti kultúrákból származó személyeknél gyakoribb. A képzeleti képek élénkségét tekintve is mutatkoznak nemi és kulturális különbségek, ugyanis a férfiak és a keleti kultúrákból származó személyek kevésbé élénk fantáziákról számolnak be, mint a nők vagy a nyugati kultúrákból származók. Az idői dimenziót tekintve pedig a keleti társadalmakból származók gyakrabban számolnak be a jövővel kapcsolatos képekről, mint a nyugatiból származó személyek.

2.1.3. Az álmodozás típusai

Munkásságuk során Singer és kollégái az álmodozás három konzisztens módon megjelenő mintázatát azonosították: pozitív–konstruktív álmodozás, büntudatos–diszfóriás álmodozás és gyenge, alacsony színvonalú figyelmi kontroll. Ezek az álmodozási stílusok az elmúlt évtizedek kutatásai alapján igazoltak maradtak (McMillan és mtsai, 2013; Stawarczyk, 2018). A pozitív–konstruktív álmodozás elsősorban az élénk álmodozásokat foglalja magába, melyek a jövőre vagy a problémamegoldásra irányulnak, valamint ezt a stílust az álmodozás iránti pozitív, elfogadó attitűdök, illetve a fantáziálás élvezete jellemzik. A büntudatos–diszfóriás álmodozások elsősorban hosztilis, félelmekkel teli és büntudatos álmodozásokat jelentenek, illetve az ezekre adott negatív érzelmi reakciókat. Ezen álmodozások elsősorban eredmény- és kudarcorientáltak. A gyenge figyelmi kontroll az unalom és az elterelhetőség általános tendenciáját jelenti; jellemző a személyre az akarattól független elkalandozás és az álomtartalmak kidolgozásának nehézsége (Blouin-Hudon és Zelenski, 2016; Stawarczyk, 2018).

Zhiyan és Singer (1997) a három álmodozási stílus és a személyiség ötfaktoros modellje („Big Five”) által felmért személyiségdimenziók közti kapcsolatokat vizsgálták. Eredményeik szerint a pozitív–konstruktív álmodozási stílus erős pozitív korrelációt mutat a Nyitottság dimenzióval (pl. érzelmi válaszok iránti éberség és ezek értékelése;

intellektuális kíváncsiság; művészi szenzitivitás), a büntudatos–diszfóriás álmodozás nagy mértékben pozitívan korrelál a Neuroticizmussal (pl. negatív emóciókra való nagyfokú érzékenység; hajlam az alacsony önértékelésre, depresszióra, féltékenységre), míg a gyenge figyelmi kontroll negatív irányú kapcsolatot mutat a Lelkiismeretesség dimenzióval (pl. rendezettség, szorgalom, alacsony fokú impulzivitás) (Blouin-Hudon és Zelenski, 2016; Zhiyan és Singer, 1997). Egy későbbi tanulmány szerint (Blouin-Hudon és Zelenski, 2016) az álmodozás jellege fontos szerepet játszhat a személy jóllétében: a pozitív–konstruktív álmodozás erősen kapcsolódik a személyes növekedéssel, életcéllal, pozitív affektussal; a büntudatos–diszfóriás álmodozás az alacsonyabb jólléttel, a depresszív tünetekkel és a negatív affektussal; míg a gyenge figyelmi kontroll alacsonyabb fokú vitalitással, autonómiával, önelfogadással, elégedettséggel, boldogsággal és pozitív érzésekkel jár együtt.

2.1.4. Az álmodozás, elkalandozás adaptív vagy maladaptív volta

Mivel az álmodozás, elkalandozás az emberek ébren töltött idejének egy töredék részét lefoglalja, így a kutatók szerint nehezen elképzelhető, hogy ne töltene be valamilyen fontos funkciót az életünkben, legyen az adaptív vagy maladaptív (Marchetti és mtsai, 2014). A kutatások változatos eredményekkel szolgálnak e kérdésben: az álmodozás számos előnnyel bírhat az egyén életére nézve, ugyanakkor sok helyzetben költségesnek is bizonyulhat (Poerio és Smallwood, 2016). Baird, Smallwood és Schooler (2011) vizsgálata arra hívta fel a figyelmet, hogy az elkalandozás egyik lehetséges adaptív funkciója, hogy a személy eltervezheti és elővételezheti a számára fontos jövőbeli célokat. A jövő elképzelése elősegítheti a prospektív kognitív műveletek elvégzését, és ez által a mindennapi életben való eligazodást. Az elkalandozás összekapcsolódhat olyan képességekkel, mint a kreativitás, tervezés és a tájékozódással a bonyolult szociális környezetben (Smallwood és Andrews-Hanna, 2013).

Az álmodozás, elkalandozás káros hatásait vizsgáló kutatások legfőképpen két területen vizsgálódtak: teljesítményhelyzetekben mérték fel az álmodozás negatív hatásait, valamint a hangulattal mutatott összefüggéseit vizsgálták (Mooneyham és Schooler, 2013). Áttekintő tanulmányok alapján (Mooneyham és Schooler, 2013; Poerio és Smallwood, 2016; Zedelius és Schooler, 2018) elmondható, hogy a feladathelyzetben történő elkalandozás teljesítményromláshoz vezethet számos kontextusban: olvasás közben, továbbá a kitartó figyelmet, a munkamemóriát és az intelligenciát vizsgáló helyzetekben. Az olvasás során történő gyakori elkalandozás vagy kikapcsolás összefüggést mutat a feladathelyzet utáni

szövegértési teszteken mutatott megértési nehézségekkel (pl. Robison és Unsworth, 2015; Schooler, Reichle és Halpern, 2004). Az elkalandozás kapcsolatot mutat továbbá a válaszpontosság csökkenésével a kitartó figyelmet vizsgáló feladathelyzetben (pl. Stawarczky és mtsai, 2011) és a rosszabb teljesítménnyel a munkamemória teszteken és a fluid intelligenciát mérő teszteken (pl. Mrazek és mtsai, 2012). Az álmodozás negatív hatással lehet a vezetésre (He és mtsai, 2011), valamint a feladaton kívüli gondolatok károsíthatják a mindennapos feladatok elvégzését is (McVay, Knane és Kwapil, 2009).

A hangulat tekintetében egy kutatás (Killingsworth és Gilbert, 2010) arra világított rá, hogy bár az elkalandozás egy jelentős evolúciós fejlemény, hiszen segíti a gondolkodást, a tanulást és a tervezést, mégis károsíthatja az itt és most megélését és ennek következtében az elkalandozó személy jelentős árat fizethet. A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy egy viszonylag nagy elemszámú mintában (N=2250) a gyakran elkalandozó személyek kevésbé érezték magukat boldognak azokban a helyzetekben, amikor elkalandoztak, szemben azokkal, amikor nem kalandoztak el. Marchetti és munkatársai (2014) indirekt hatásmodellje az álmodozás, az énré összepontosítás, a ruminatív gondolatok és a depresszív tünetek közötti kapcsolatokat vizsgálta. Eredményeik szerint az álmodozás szintje és a depresszív tünetek statisztikailag függetlenek egymástól. Az indirekt kapcsolatokat vizsgáló modelljük feltárta, hogy az álmodozás pozitívan bejósolja a szelf-fókuszot, amely változó pozitívan jósolja be a tépelődést, ruminációt, majd a depresszív jellegű tépelődés pozitívan bejósolja a depresszív tüneteket. Az álmodozás során a figyelmünk gyakran befelé, a saját szelfünkre, vagy az énhez kapcsolódó célokra irányul, amely megnöveli annak a valószínűségét, hogy a személy elkezd rágódni a fontos célok elérésén vagy azok elérésének sikertelenségén. Ez a negatív, önkritikus folyamat akár eredményezhet depresszív tendenciákat. Fontos megjegyezni, hogy a szerzők nem állítják, hogy az álmodozás önmagában negatív lenne, hiszen ezen mentális tevékenység komplex és fluid. Feltehetően az álmodozási stílus egyéni különbségei, illetve az álmodozás során az énré vagy a másokra fókuszálás eltérései más-más hatással bírhatnak a jóllétre és mentális egészségre.

Egy másik vizsgálat szerint (Poerio és mtsai, 2016) a szociális álmodozás, azaz a mások mentális reprezentációját magukba foglaló álmodozások elősegíthetik a nehéz élethelyzetekhez történő szocio-emocionális alkalmazkodást. A középiskolás évek után az egyetemista életre való átállás időszaka egy nehéz, és sok hallgató számára igen megterhelő időszak. Poerio és munkatársainak longitudinális vizsgálata azonban feltárta, hogy egy idő után a szociális álmodozások pozitív hozadéka az, hogy a hallgatók úgy érzik, jobban

kapcsolódnak másokhoz, kevésbé magányosak, és később, a vizsgálat végére jobban tudnak alkalmazkodni az egyetemi élethez.

Mar és munkatársai (2012) kutatásuk során vizsgálták a más személyekről álmodozás, a magányosság, az észlelt társas támasz és az élettél való elégedettség kapcsolatát. A közeli barátokról és családtagokról való álmodozás magasabb élettél való elégedettséggel és társas támogatottság járt együtt, míg a múltbeli vagy potenciális romantikus partnerekről, idegenekről és ismerősökről, kitalált karakterekről való álmodozás a magány magasabb fokával, és kisebb fokú társas támasszal járt együtt (és tendenciát mutatott az alacsonyabb fokú élettél való elégedettség irányába is).

Összességében elmondható, hogy önmagában az álmodozás tevékenysége nem tekinthető problémásnak, sem patológiásnak. Az álmodozás irodalmát tekintve talán az egyik legjelentősebb eredmény szerint (Singer és Antrobus, 1972 idézi Regis, 2013) az álmodozásokkal kapcsolatos személyes attitűd meghatározza az álmodozás adaptív/maladaptív jellegét, ugyanis azok, akik elfogadják vagy élvezik az álmodozást, hajlamosabbak arra is, hogy konstruktívabban használják azt, szemben azokkal, akik félelmi és büntudati reakciókat mutatnak az álmodozást illetően.

Ugyanakkor az, hogy a személy újra és újra bevonódik, elmerül a fantáziavilágában, bizonyos esetekben pervazív vá válhat, állandósulhat és károsíthatja a személy funkcionalitását (Ferrante, Marino, Guglielmucci és Schimmenti, 2020). A kétezres évektől kezdődően jelentős kutatások indultak annak érdekében, hogy elkülönítsék az álmodozás adaptív típusát – mely valóban több szempontból is hasznos lehet és akár rekreációs tevékenységként funkcionálhat az egyén számára –, az álmodozás túlzott, diszfunkcionális mértéket öltő formájától, mely az egyén számára szenvedést és funkcióromlást okoz. Az utóbbi jelenség képezi vizsgálataink legfőbb tárgyát, melyet a kutatók maladaptív álmodozásként definiáltak (Ferrante és mtsai, 2020; Somer, 2002).

2.2. A maladaptív álmodozás kutatásának története

A maladaptív álmodozás (az angol nyelvű szakirodalomban használatos elnevezés maladaptive daydreaming) legelső leírása 2002-re datálható. Definíciója szerint a maladaptív álmodozás egy túlzott mértéket öltő, abszorptív és kompulzív jellegű képzeleti tevékenység, mely szenvedésnyomást és számos életterületen jelentkező funkcióromlást okoz. A maladaptív álmodozókra jellemző, hogy a képzeletükbe olyannyira belemerülnek, amely már károsíthatja a szociális, interperszonális, tanulmányi és szakmai életüket

(Bershtling és Somer, 2018; Schimmenti és mtsai, 2019; Somer, 2002). Az érintettek jelentős időt szentelnek tevékenységüknek (akár az ébrenléti idő 50%-át), mely során rendkívül élénk, színes és komplex jeleneteket, történeteket képzelnek el. Ez az élmény olyannyira magával ragadó, hogy a valós emberi kapcsolatokat is helyettesítheti, gátolhatja a személy iskolai és munkahelyi előmenetelét (Schimmenti és mtsai, 2019). Bár az érintettek a megteremtett képzeleti képeket, történeteket, világokat sokszor jutalmazó, kompenzatorikus élményként élik meg, ez a repetitív és perzisztens fantáziatevékenység súlyos diszfunkcionális működést eredményezhet (Bershtling és Somer, 2018).

A legelső tanulmány egy kis elemszámú (N=6) klinikai mintán ismertette a jelenséget, olyan személyek körében vizsgálva, akik elsősorban a gyermekkorukban átélt averzív élményeik – érzelmi elhanyagolás (4 fő), szexuális abúzus (3 fő), erőszakos szülői konfliktusok (2 fő), pszichológiai abúzus (2 fő), fizikai abúzus (1 fő) –, következtében fennálló disszociatív zavar (4 fő) vagy nárcisztikus személyiségzavar (2 fő) miatt pszichoterápiában vettek részt. A vizsgálati személyekkel végzett mélyinterjúk rámutattak, hogy a mintában a problémás mértéket öltő álmodozás kettős funkciót szolgált: egyrészt a fájdalomtól és a distresszélménytől való elszakadást hangulatjavító és vágyteljesítő fantáziák által; másrészt a társaság, intimitás élményének és a megnyugvás, hatalom és kontroll érzésének megteremtését és átélését (Bershtling és Somer, 2018; Somer, 2002). Az álmodozás jellemző funkcióját a következő idézet szemlélteti: *„Ezek a fantáziák alapvetően elszakítanak azoktól a helyzetektől, melyek túlságosan fájdalmasak számomra. Mintha könnyebb lenne a fantáziavilágban élni, mint a valóságban. A fantáziámban meg tudom határozni, hogy mi történjen... egy jobb életet teremtek magamnak... elképzelem, hogy megvannak azok a dolgok, amiket annyira szeretnék... egy barátnő.”* (Somer, 2002, 204.o.). Fontos megjegyezni, hogy a túlzott álmodozás, mint coping stratégia csak átmeneti megkönnyebbülést nyújt a személyeknek (Somer, 2002).

Somer (2002) vizsgálati személyeinek körében a legjellemzőbb témák az alábbiak voltak: erőszak; idealizált szelf; erő és kontroll; fogság, megmentés és menekülés; szexuális arousal. Gyakori témaként jelenik meg az *agresszió*, brutalitás és vérontás, melyet énazonosként éltek meg a vizsgálati személyek, és mely nem okozott számukra distresszt (Somer, 2002, 205.o.): *„Amikor a rosszfiúk ellen harcolok (a fantáziámban) egy nagyon fenyegető, hideg személy vagyok. Azt sem bánom, ha fel kell áldoznom az életem, ha magammal vihetek néhányat közülük. Nagy öröömre szolgál, ha kínozhatom őket, mind mentálisan, mind fizikailag. Szadisztikusan erőszakos is tudok velük lenni.”*

Az álmodozó személyek körében igen gyakori, hogy önmaguk *ideális énjét* képzelik el, olyannak látják magukat a fantáziavilágukban, amilyenek mindig is szerettek volna lenni (Somer, 2002, 205.o.): „Általában egy konzervatív, félénk férfi vagyok. De amikor álmodozom, akkor az a férfi vagyok, amilyen szeretnék lenni.”

Másik gyakori téma a *hatalom*, kontroll, dominancia érzésének átélése: a kontroll megszerzése, a mások feletti dominancia, az elesettek vezetése, a magasabb erkölcsiség képviselése (másokkal szemben). A *fogságba esés, megmenekülés, megmentés* szintén gyakori téma volt a traumatizált személyek mintájában. Az egyik vizsgálati személy visszatérő fantáziájában egy Moszad ügynökként képzel el magát, aki a húga meggyilkolásáért felelős arab terrorista megfigyelésében és későbbi elrablásában vesz részt (Somer, 2002).

Az álmodozás során felbukkanhatnak *szexuális* jellegű tartalmak is, mely ebben a vizsgálati csoportban teljesen vegyes élményeket foglalt magába: az érzéki öröm mellett gyakori érzés a zavaros bűntudat, szomorúság és magányosság és a kompulzivitás élménye is (Somer, 2002).

Ebben a specifikus traumatizált klinikai mintában a maladaptív álmodozás feltehetőleg korai kezdetű volt, mely gyermekkorban hatékony megküzdési stratégia lehetett. A vizsgálati személyek többsége élénk képzelőerővel rendelkező gyermek volt, mely valószínűleg egy egészséges és kreatív képzeleti diszpozícióként volt jelen, azonban a fájdalmas interperszonális élmények következtében a fantáziavilág egyfajta menekülésként funkcionált. Öt vizsgálati személy esetében kinesztéziás mozgás is kapcsolódott az álmodozás tevékenységéhez, amely kettős funkciót lát el: egyrészt a hipnotikus indukciót, azaz a repetitív, monoton mozgás (pl. járkálás, ringatózás, egy tárgy dobálása) a képzeleti bevonódást, illetve a fantáziák elmélyülését segítheti, másrészt a mozgás és hangadás (pl. kiabálás) a fantáziák fizikai lejátszását szolgálhatja (Somer, 2002).

Későbbi vizsgálatok (Bigelsen, Lehrfeld, Jopp és Somer, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Schimmenti és mtsai, 2019) feltárták, hogy az önmagukat maladaptív álmodozóként azonosító személyek körében ezen mentális tevékenységnek vannak általánosan azonosítható jegyei, melyek jelentősen különböznek a hétköznapi álmodozástól. A maladaptív álmodozáshoz rendkívüli idővesztesség (esetenként 6-8 óra) társul; a fantáziálást repetitív kinesztéziás tevékenység (pl. járkálás, önringatás) kíséri; a zenehallgatás az álmodozás triggere és fenntartó tényezője; az álmodozás kontrollálhatatlan, kompulzív vagy addiktív jellegű; ismételt sikertelen kísérletek jellemzőek a fantáziatevékenység csökkentésére, elhalasztására vagy felfüggesztésére; az álmodozást jelentős szégyenérzet,

félelem, bűntudat kíséri, melyek miatt az érintettek igyekeznek titokban tartani ezen tevékenységüket. Ezen jellegzetességek és a maladaptív álmodozás okozta funkcióromlás miatt az álmodozók többsége elszigetelten él, azt gondolva, hogy rajtuk kívül senki más nem érint az álmodozás zavara. Somer 2002-ben megjelent cikke azonban nyilvánvalóvá tette, hogy a maladaptív álmodozás nem elszigetelt jelenség. Azóta weboldalak, közösségi csoportok és blogok százai születtek, melyeken keresztül több ezren gyűjtenek információt a jelenségről, valamint ezeken a fórumokon keresztül az érintettek sorstársakat és segítséget keresnek (Somer, Somer és Jopp, 2016a). Azon maladaptív álmodozók, akik korábban kikérték egy-egy szakember véleményét és segítséget reméltek tőlük a problémájuk enyhítésére, többnyire csalódást éltek meg, ugyanis a legtöbb szakember számára a maladaptív álmodozás tünetei ismeretlenek voltak, vagy a tüneteket más, a diagnosztikus kézikönyvekben is szereplő mentális zavar tüneteként azonosították, mint például a figyelemhiányos/ hiperaktivitás zavar (ADHD) vagy az obszesszív–kompulzív spektrumzavar (OCD) (Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016a). Voltak olyan álmodozók, akik számára gyógyszeres kezelést írtak elő, mely ugyan a komorbid tüneteket bizonyos esetekben enyhítette (pl. depresszió, szorongás), de a maladaptív álmodozásra nem gyakorolt hatást (Somer és mtsai, 2016a).

A maladaptív álmodozás jelenleg sem található meg a diagnosztikai kézikönyvekben, de a jelenséget kutatók és a problémás álmodozással küzdők jelentős erőfeszítést tesznek azért, hogy a zavar a szakemberek körében is ismert és elismert legyen (Bershtling és Somer, 2018). A maladaptív álmodozás szakirodalmát tekintve ez idáig 44 nemzetközi publikáció született a Maladaptív Álmodozás Kutatásának Nemzetközi Konzorciumának (ICMDR, The International Consortium for Maladaptive Daydreaming Research) tagjai által. További 17 tudományos munka született olyan szerzőktől, akik nem a fent említett konzorcium tagjai. Magyar nyelven egy áttekintő tanulmány jelent meg (Sándor és Molnár, 2018), mely a maladaptív álmodozás jellemző funkcióit, tematikáját, kulcsvonásait, a jelenséghez társuló zavarokat, továbbá a mérésére és diagnosztizálására szolgáló eszközöket ismerteti. A jelenség etiológiájának és patomechanizmusainak ismerete elengedhetetlen a maladaptív álmodozók hatékony terápiás protokolljának kidolgozásához, ugyanakkor számos, az álmodozás zavarának kialakulására, fennmaradására és klasszifikációjára vonatkozó kérdés továbbra is tisztázatlan.

2.3. A maladaptív álmodozás fenomenológiája

Bigelsen és Schupak (2011) 90, önmagát túlzott, maladaptív álmodozóként azonosító személy körében mérte fel a kompulzív álmodozás jellemzőit és az ennek következtében fellépő distressz okait. A fantáziatartalmak közös jellegzetességei többek között az alábbi tényezők köré csoportosultak:

- *Részletesség*: habár az álmodozás tartalmi rendkívül nagy változatosságot mutatnak, ami mégis közös, hogy a fantáziák részletesen kidolgozottak és sokrétűek, sokszor komplexen felépített cselekménnyel, karakterekkel és háttérrel.
- *Kinesztézia*: az álmodozás tevékenységét gyakran kísérik ritualizált mozgások, például járkálás, ringatózás, futás. Megjelenhet motyogás, beszéd és különböző arcmozgások, arckifejezések, mint az álmodozás kísérői.
- *Tartalom*: az álmodozások különböző műfajúak lehetnek, magukba foglalhatják a sci-fi, japán animáció, történelmi fikció és popkultúra elemeit. A vizsgálat alapján a fantáziatartalmak két átfogó kategóriába sorolhatók: a karakter által vezérelt és az aspirációs szelf-orientált kategóriákba. Az előbbi általában kitalált karakterekről szól, például televíziós, filmes vagy könyvben szereplő karakterekről, és jellemzően az álmodozó vagy önmagát is beleképze a történetekbe, vagy a külső megfigyelő/narrátor szerepéből tekint rájuk. A fikciós karakterek akár évekig is az álmodozás tárgyát képezhetik, más fantáziák újra és újra visszatérnek, megint mások egyszeriek, sosem ismétlődnek meg újra. Az aspirációs szelf-orientált álmodozások az idealizált szelfről szólnak, amely általában sokkal vonzóbb, tehetségesebb, népszerűbb, mint az álmodozó valós énje.
- *Funkció*: a túlzott mértéket öltő álmodozás egyik lehetséges funkciója az, hogy a vizsgálati személyek a fantáziák által olyan érzelmeket és élményeket élhetnek át, melyeket a valóságban nem (pl. nyugalom, izgalom, kontrollérzés, magabiztosság, boldogság).
- *Trigger*: a külső valóság szinte minden eleme funkcionálhat az álmodozás triggerként, például zene, televízió, könyv; ezeken kívül különböző hangulatok – például az unalom, düh, frusztráció, stressz, izgalom – is elindíthatják az álmodozást.
- *Fantázia-distressz okai*: sok álmodozó ellentmondásos érzéseket (szeretet és utálat) táplál a fantáziatevékenység irányába, de a többség jelentős distresszt él meg az álmodozás következtében, mely három forrásból ered. Egyrészt az álmodozás elveszi az *időt* a valós feladatok, kötelezettségek teljesítésétől, hiszen a fantáziálás átlagosan a vizsgálatban résztvevők idejének 56%-át tölti ki; továbbá időt vesz el a valós szociális kapcsolatok

ápolásától, sőt, károsítja a személy társas funkcióit is (gyakran élnek meg szociális ügyetlenséget, szorongást és gyakran látják magukat magányos embernek). Másrészt az álmodozók gyakori megélése, hogy *ellenállhatatlan vágyat* éreznek az álmodozásra, sokszor nehezükre esik ezt az impulzust kontroll alatt tartani és egyfajta addikcióként, kompulzióként élik meg a tevékenységet. Harmadrészt a túlzott mértékben álmodozók erős késztetést éreznek arra, hogy mindenki előtt *titokban* tartsák tevékenységüket, félelmet és szégyent éreznek azzal kapcsolatban, hogy kitudódhat a titkuk.

- *Pozitív jellemzők:* habár a vizsgálatban résztvevők 88%-a él át a fantáziálásból adódó distresszt, mégis vannak a tevékenységnek pozitív vonásai. Ez a tevékenység megjelenhet egy megküzdési törekvésként a mindennapi frusztrációk leküzdésére és az álmodozás rövid távon gyakran eredményez megnyugvást, boldogságot.

- *Disszociáció hiánya:* a vizsgálati személyek 98%-a vallotta, hogy nem okoz nehézséget, hogy megkülönböztessék a valóságot a fantáziáktól, egyértelmű számukra, hogy a fantáziák csupán a képzeletük termékei.

- *Előzmények:* jellegzetes az álmodozók körében, hogy a túlzott fantáziálás megjelenését egészen korai élet évekre vezetik vissza: 2-3, 6-7 és 11-12 éves korra datálják. 27% beszámolt gyermekkori fizikai, érzelmi, szexuális abúzusról vagy egyéb traumákról, míg a vizsgálati személyek jelentős része nem számolt be ártalmas gyermekkori élményről.

Egy későbbi vizsgálat (Bigelsen és mtsai, 2016), 340 önbevallottan maladaptív álmodozó személy álmodozással kapcsolatos szokásait hasonlította össze 107 kontrollszemély élményeivel. A tartalmat tekintve (141 random módon választott személy válaszait elemezve) a potenciális maladaptív álmodozók körében három jellemző téma körvonalazódott: (1) híresnek lenni vagy kapcsolatban állni egy hírességgel; (2) idealizált szelf; (3) romantikus kapcsolatban lenni valakivel. Ezek a témák a kontrollszemélyek körében szignifikánsan kevésbé voltak jelen. Továbbá az önmagukat maladaptív álmodozóként azonosító személyek körében jellemző, hogy az álmodozások kitalált karakterek (kedvenc televíziós műsorból, könyvből, filmből, videóból kölcsönözve) köré épülnek, vagy egy elképzelt család vagy barát, vagy új, kitalált szereplőkből álló fantáziavilág képezi az álmodozások központi témáit. A kontrollszemélyek fantáziáiban jellemzően a valós életük vagy konkrét vágyteljesítések (pl. megnyerni a lottót) jelennek meg. További eredmények rámutattak arra, hogy az önbevallottan maladaptív álmodozók egy átlagos nap során ébrenléti idejük 57%-át (egy intenzív álmodozással töltött napon ez az arány 69%-ra nő), míg a kontrollszemélyek a 16%-át töltik álmodozással. Az álmodozás

tevékenysége gyakoribbá válik mozgó járművekben, vagy egyedüllet esetén. Továbbá az önbevallottan maladaptív álmodozók 82%-a végez repetitív mozgásokat az idő legalább 10%-ában. A mindennapi funkciók ellátását tekintve, a lehetséges maladaptív álmodozók körében ez a mentális tevékenység interferál a valós életcéljaikkal az idő 63%-ában, az alvással az idő 47%-ában és az iskolai/ munkahelyi céljaikkal az idő 61%-ában.

Fontos megjegyezni, hogy az előbbiekben ismertetett vizsgálatok önbevallás alapján azonosított maladaptív álmodozók élményeit mutatták be, nem pedig szűrőkérdőívek vagy diagnosztikus eszközök alapján azonosított személyekét.

Egy későbbi kvalitatív vizsgálat keretében kilenc maladaptív álmodozó által készített rajzot elemeztek a kutatók (Somer, Somer és Halpern, 2019). Ezen rajzok, illetve a hozzájuk tartozó leírások a maladaptív álmodozás megjelenését és az egyén életében betöltött szerepét, illetve a maladaptív álmodozók önmegélését mutatták be. Az álmodozást, a belső világot egy hívogató, élénk és színes térként jelenítették meg a vizsgálati személyek, míg a valóság, a külvilág leképezése ezzel ellentétben szürke és monokróm volt. Az álmodozás sokak számára egy védőbuborékként, pajzsként működik, mely biztonságot nyújt és segíti a hétköznapi gondokról, kötelezettségekről való elfeledkezést, az averzív körülményektől való elmenekülést, továbbá megadja az álmodozónak a vágyott kontrollt, még akkor is, ha az csak a saját kitalált világában létezik. Az álmodozás azonban nem csak a megküzdés vagy kontrollnyerés eszköze, hanem az unalmas valósággal szemben sokak számára az öröm és a szórakozás egyetlen forrása.

A szelf-percepciót tekintve, a maladaptív álmodozás az önészlelés szerves részét képezi, befolyásolja azt, ahogyan az álmodozó személyek önmagukat látják. Azon túl, hogy a maladaptív álmodozás a szelf-percepció integráns része, a rajzok alapján láthatóvá vált, hogy a fantáziavilág beszivárog a megélésekbe, még az én definiálásába is. A képek ugyanakkor arról is árulkodnak, hogy a maladaptív álmodozás súlyos terhet ró a személyekre: a valós célok, vágyak, kötelességek háttérbe szorulnak, elérhetetlennek tűnnek, míg az álmodozás tevékenysége fölötti kontroll csökken. A maladaptív álmodozók önmaguk szerves részeként jelenítették meg az álmodozás tevékenységét, azonban sokszor a szeljfüket megosztottként ábrázolták, mintha két életet élnének: egy élénk belsőt és egy szürke, szomorú külsőt. A vizsgálat rámutatott arra, hogy a maladaptív álmodozás és a disszociatív identitászavar között lehetnek felületes hasonlóságok (pl. a létezés megosztottságának élménye), mégis lényegében különböznek egymástól. Egyrészt a maladaptív álmodozók körében a megosztottság sokkal inkább kettősséget jelent, hiszen az álmodozás örömteli, érzelmileg és színekben gazdag, élettel teli világa szemben áll a lehangoló, barátságtalan külső valósággal.

Másrészt a maladaptív álmodozók rajzaiban nem lelhetők fel azok a jegyek, melyek traumára, káoszra, többszörös identitásra vagy ezek közti váltásra utalnának, szemben a disszociatív identitászavaros betegek rajzaival (Somer, Somer és Halpern, 2019).

2.4. A maladaptív álmodozás modellje

A maladaptív álmodozók élményei és életkörülményei alapján számos megállapítás tehető a jelenség természetére, előzményeire és következményeire nézve (Somer és mtsai, 2016a). Somer és munkatársai (2016a) 16 személy élményei alapján – akik igaznak találták önmagukra nézve a maladaptív álmodozás definícióját (472.o.) – dolgozták ki a maladaptív álmodozás kialakulásának, fennmaradásának modelljét, melyben az alábbi tényezőket emelik ki: (1) *veleszületett kapacitás, képesség* az élénk fantáziálásra; (2) álmodozás és társas izoláció - *kétirányú út*; (3) a *trauma* szerepe a maladaptív álmodozás kialakulásában; (4) az álmodozás *jutalmazó* hatása; (5) kielégíthetetlen *sóvárgás* az álmodozás iránt; (6) *szégyen* és titkolózás; (7) sikertelen *kezelési* kísérletek (Sándor és Molnár, 2018; Somer és mtsai, 2016a).

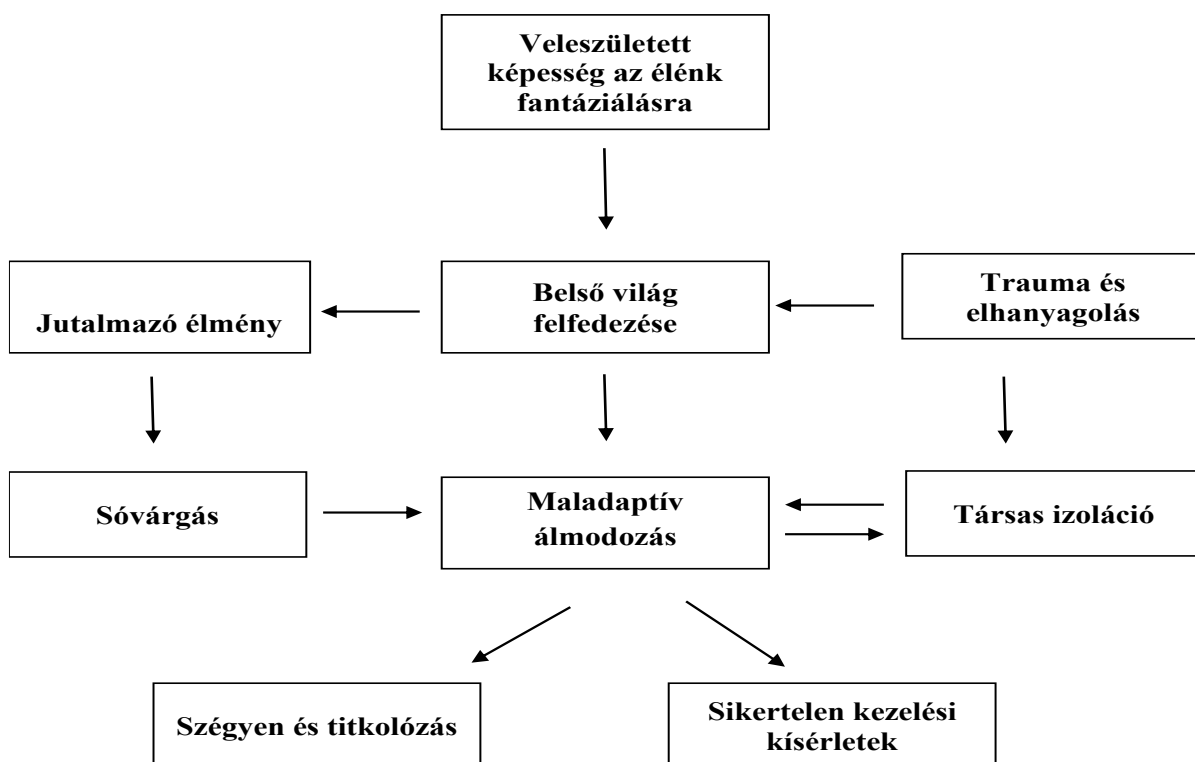
A túlzott álmodozás kialakulásában különösen fontos szerepe lehet a veleszületetten élénk, gazdag képzelőerőnek. A személyek többsége már gyermekkorában felfedezte – általában véletlenül – a fantáziavilág jutalmazó erejét, sokan kijelentették, hogy azóta álmodoznak, amióta megszülettek. Az álmodozás képességének felfedezése sokuk esetében szükségszerű volt, hiszen a képzelet világa megfelelő környezeti (szülői, kortárs) támogatás hiányában a biztonságélmény, az értékességérzés alternatív forrásává vált. A magány, visszautasítottság és elhagyatottság élménye ugyanis sok maladaptív álmodozó esetében a problémás tevékenység előzményeként volt jelen. Súlyos gyermekkori averzív élmények és a diszfunkcionális családi dinamika szintén előfordult a maladaptív álmodozók kórtörténetében: ezek olyan nehéz és elkerülhetetlen körülményeket teremtettek a gyermek számára, melyekből a menekülést egyedül a képzelőerő jelentette. Fontos megjegyezni, hogy a maladaptív álmodozók egy része azonban semmilyen nehéz élethelyzetről vagy traumatikus gyermekkori élményről nem számolt be, hanem az álmodozás egyszerűen örömforrásként vagy időtöltésként funkcionált (Somer és mtsai, 2016a).

De vajon mik lehetnek azok a tényezők, melyek a túlzott, visszatérő álmodozást fenntartják? Somer és munkatársai (2016a) feltárták, hogy az egyik tipikus fenntartó mechanizmus a tevékenység érzelmszabályozó és vágyteljesítő volta: azonnali csillapítást nyújt a distressz élményekre, csökkenti a személy szorongását, illeszkedik a pillanatnyi szükségletekhez, kompenzálja a valós élet hiányosságait. Másrészt az álmodozás által

nyújtott örömrzés, szórakozás, csillapítás, unaloműzés szintén magyarázatként szolgálhat a tevékenység tartóssá válására. Megint mások számára a képzelet világa segítséget jelent, inspirálhatja a művészi, kreatív tevékenységek kibontakozását.

Arra a kérdésre, hogy hogyan válhat egy alapvetően egészséges és adaptív tevékenység maladaptív, számos problémás álmodozó az addiktív kör hipotézissel válaszolt: sokak számára az álmodozás prioritást élvez, olyannyira erős sóvárgást érznek a tevékenység iránt, hogy minden mást háttérbe helyeznek – akár az alvást, egyéb szükségleteik ellátását, családi és baráti kapcsolataikat. Különösen jellemző továbbá, hogy a maladaptív álmodozók szégyellik tevékenységüket, rejtegetik mások elöl, félnek, hogy a túlzott képzeleti tevékenység súlyos mentális betegség tünete. Bár sok maladaptív álmodozó keresett professzionális segítséget, a kétezres évek elejéig a jelenség ismeretlen volt mind a szakemberek, mind a kutatók körében, így a legtöbben csalódtak az ellátás minőségében (Somer és mtsai, 2016a). A maladaptív álmodozás modellje az 1-es ábrán látható.

1. ábra A maladaptív álmodozás modellje: előzmények, jellemzők, fenntartó tényezők, következmények. (Forrás: Somer és mtsai, 2016a, 476. o.; Sándor és Molnár, 2018, 292.o. alapján)



2.5. A maladaptív álmodozás mérése

A 14 itemes Maladaptív Álmodozás Skála (MDS)

A maladaptív álmodozás kutatásának kezdetekor az álmodozó státusz (maladaptív vagy nem maladaptív) meghatározására, megfelelő szűrőkérdőívek és mérőeszközök hiányában, az önbevallás alapján történő besorolást (self-identified maladaptive daydreaming status) alkalmazták a kutatók (pl. Bigelsen és Schupak, 2011; Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). A Maladaptív Álmodozás Skála (Maladaptive Daydreaming Scale, MDS), 14 itemes szűrőkérdőív kidolgozási és validálási folyamata során (Somer, Lehrfeld, Bigelsen és Jopp, 2016) a kutatók a vizsgálati személyek kezdeti azonosítására szintén az önbevallott álmodozó státuszt alkalmazták, melyet két kérdéssel mértek fel: „Ön egy túlzott álmodozó?” (igen vagy nem válaszlehetőségekkel); „Más személyekhez viszonyítva, az Ön álmodozása fokozott-e tartalmát, a jelenlétélményt és az érzelmi intenzitását vagy az időt tekintve?” (nem; igen, de ez nem zavar; igen és zavar válaszlehetőségekkel). Az álmodozás következtében fellépő károsodást további három kérdéssel vizsgálták, melyek az álmodozással töltött időre, a társas kapcsolatokra és az egészségre kifejtett hatásra kérdeztek rá (Somer és mtsai, 2016, 80.o.). A kutatók az MDS skála kialakítása során olyan itemeket hoztak létre, melyek a maladaptív álmodozás főbb jellemzőit hivatottak feltárni: minőségét, kontrollt, distresszt, előnyöket és a funkcionalitást. Minden egyes kérdésre a válaszokat 0%-tól („Soha”; „Egyáltalán nem”) 100%-ig („Rendkívül gyakran”; „Teljes mértékben”) jelölhetik a kitöltők. A mérőeszköz háromfaktoros szerkezetét azonosították: *sóvárgás* (az álmodozás iránti intenzív sóvárgás, és a tevékenység során megtapasztalt öröm), *funkcióromlás* (a túlzott és kontrollálhatatlan álmodozás következtében fellépő distressz és diszfunkció) és *kinesztézia* (a tevékenységet kísérő kompulzív viselkedéses mintázatok). Ezek a faktorok mind a korábbi klinikai megfigyeléseknek, mind az elméleti feltevéseknek megfeleltek. A kutatók megállapították, hogy a mérőeszköz jó pszichometriai mutatókkal bír és megbízhatóan alkalmazható jövőbeli klinikai vizsgálatok során. Mivel a skála itemei mind tematikusan, mind alapvető tartalmukat tekintve szorosan kapcsolódnak egymáshoz, így a kutatók egyetlen összesített pontszám használatát javasolták az egyes faktorok szerinti elemzések helyett. A skála vágóértékét 25 pontnál (a maximális 100-ból) határozták meg, mely megbízhatóan differenciálja a maladaptív álmodozókat a nem maladaptív álmodozóktól.

Az MDS mérőeszközt validálták héber (MDS-H, Jopp és mtsai, 2018) és francia nyelvre (MDS-F, Balestra, 2019). A héber változat validálása során (Jopp és mtsai, 2018) megerősítették a skála eredtileg feltárt háromfaktoros szerkezetét (Somer és mtsai, 2016).

Emellett a szerzők arra a megállapításra jutottak, hogy a maladaptív álmodozást mérő skála hasonlóságokat mutat különböző nyelveken és kultúrákban vizsgálva és a maladaptív álmodozás főbb dimenziói, jellegzetességei kultúrákon átívelő egyezőségeket mutathatnak.

A 16 itemes Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16)

A 16 itemes Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16; Somer, Soffer-Dudek, Ross és Halpern, 2017a) kidolgozása azért volt indokolt, mert a maladaptív álmodozással kapcsolatos bizonyítékok arra mutattak rá, hogy a zenének kiemelkedő szerepe van az álmodozás kiváltásában és fenntartásában. Ennek fényében két további kérdéssel egészítették ki a 14 itemes MDS skálát, melyek a zene szerepére kérdeztek rá. A kérdőív vágóértékét 40 pontnál határozták meg a kutatók (Soffer-Dudek, 2021). A 16 itemes kérdőív olasz nyelvre történő adaptálásakor kétfaktoros szerkezetet azonosítottak a kutatók (Schimmenti és mtsai, 2019): az első faktorba sorolódó itemek az álmodozás mindennapi élettel való interferenciáját írják le; a második faktorba a maladaptív álmodozás szenzoros-motoros jellemzőit leíró kérdések kerültek. Ez a vizsgálat 51 pontnál határozta meg az eszköz vágóértékét. A mérőeszköz arab nyelvre adaptálásakor (MDS-16-AR) szintén kétfaktoros struktúrát tártak fel a kutatók: *immerzív álmodozás* (az álmodozás magával ragadó minőségét jelenti), és *distressz és károsodás* (az álmodozás maladaptív komponenseit ragadja meg). A kérdőív vágóértékét 40 pontnál határozták meg (Abu-Rayya, Somer és Meari-Amir, 2019).

Strukturált Klinikai Interjú A Maladaptív Álmodozás Mérésére (SCIMD)

Somer és munkatársai (2017a) kidolgozták a maladaptív álmodozás javasolt diagnosztikus kritériumait, melyet az alábbi táblázat ismeret (Sándor és Molnár, 2018, 299.o.).

1. táblázat Javasolt diagnosztikus kritériumok az álmodozás zavarhoz (Somer és mtsai, 2017a, 180.o.; Sándor és Molnár, 2018, 299.o)

A. Tartós és visszatérő fantáziatevékenység, ami élénk és álomszerű, az egyén elmondása alapján az alábbiak közül kettő vagy több fennállt egy 6 hónapos időszak alatt; melyek közül az egyik kötelezően az (1) kritérium:

1. Miközben álmodozik, intenzív abszorpció/belemerülés élményt él át, mely vizuális, auditív vagy affektív jellemzőkkel bír.
2. Az álmodozást előidézi, fenntartja vagy felerősíti a zenehallgatás.
3. Az álmodozást előidézi, fenntartja vagy felerősíti a sztereotip mozgás (pl. ritmusos lépegetés, ringatózás, kézmozdulatok).
4. Gyakran álmodozik olyankor, amikor distresszt él meg vagy unatkozik.
5. Az álmodozás hossza vagy intenzitása fokozódik, ha mások nincsenek jelen (pl. többet álmodozik, amikor egyedül van).
6. Bosszússá válik, amikor nem tud álmodozni, vagy amikor álmodozását félbeszakítják, vagy korlátozzák.
7. Inkább álmodozik, minthogy mindennapos teendőket, szociális, tanulmányi, munkahelyi tevékenységeket végezzen.
8. Ismétlődő sikertelen kísérleteket tesz arra, hogy kontrollálja, csökkentse vagy abbahagyja az álmodozást.

B. A zavar klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas, munkahelyi vagy más fontos területek működésének károsodását okozza.

C. A tünetek nem tulajdoníthatóak valamely szer (kábitószer vagy gyógyszer) vagy más egészségi állapot (pl. demencia) élettani hatásának és nem magyarázhatóak jobban autizmus spektrum zavarral, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarral, szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarokkal, bipoláris I zavarral, kényszeres és kapcsolódó zavarokkal, disszociatív identitás zavarral, szerrel kapcsolatos és addiktív zavarokkal, neurokognitív zavarokkal.

Jelölők:

Jelenlegi súlyosság:

- Enyhe: *többnyire distresszt él meg, de nincs nyilvánvaló funkcióromlás*
 - Mérsékelt súlyos: *a funkcionalitás egy területe érintett (pl. munka)*
 - Súlyos: *a funkcionalitás több mint egy területe érintett (pl. munka, iskola, szociális élet)*
-

Az *A kritérium* általánosságban írja le a zavart; az A1 kritériumnak kötelezően teljesülnie kell, mely az abszorpciót, az álmodozásban való elmerülést foglalja magába. Önmagában az élnék abszorpciós képesség nem jelez pszichopatológiai tünetet, így az A1 kritérium mellett a *B kritérium* teljesülése is szükséges. A B kritérium a túlzott mértékű álmodozás által okozott klinikailag jelentős szenvedésnyomást és funkcióromlást foglalja magában. Az A2-A8 kritériumok közül szintén legalább egynek kell teljesülnie, amely megfelel A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) politetikus diagnosztikai kritériumrendszerének. A *C kritérium* a kizáró tényezőket jelöli. A maladaptív álmodozás súlyossági fokának jelölésével a javaslat eleget tesz a diagnosztikai rendszer dimenzionális szemléletének is (Somer és mtsai, 2017a).

A diagnosztikai kritériumok alapján a szerzők kidolgoztak egy strukturált klinikai interjút is (SCIMD, Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming) a maladaptív álmodozás adekvát azonosítására. Az interjú 10 kérdést foglal magába (ezeket követhetik tisztázó kérdések, melyek célja, hogy az interjút vezető személy megbízhatóan tudja értékelni a válaszokat). A maladaptív álmodozás diagnózisa akkor adható meg, ha a vizsgálati személy teljesíti az A1 kritériumot, legalább egyet az A2-A8 kritériumokból, a B kritériumot, továbbá a C kizárási kritériumot (Somer és mtsai, 2017a).

2.6. A maladaptív álmodozás differenciálása más mentális tevékenységektől

Schimmenti és munkatársai (2019) összefoglaló tanulmányukban számos olyan mentális tevékenységtől differenciálták a maladaptív álmodozást, melyek a fantázia túlzott vagy akár problémás használatát foglalják magukba: pl. álmodozás, elkalandozás, disszociatív abszorpció, fantáziahajlam, lassú kognitív tempó, tudatos álmodás és autisztikus fantázia. Ezen fogalmak megismerése és elhatárolása a maladaptív álmodozástól lehetővé teszi a problémás álmodozás könnyebb felismerését és megértését a klinikai gyakorlatban dolgozó szakemberek és a kutatók számára egyaránt.

Disszociatív abszorpció

Tellegen és Atkinson (1974) definíciója szerint az abszorpció a teljes figyelem állapotát jelenti, amikor a személy (figyelme) teljesen elmerül a figyelem tárgyában (mely lehet például egy személy, hang, táj, felidézett esemény vagy saját szelf valamely aspektusa), ellenáll a zavaró (elterelő) külső körülményeknek és a szelf, valamint a valóság megváltozott érzékelését eredményezi. Az abszorpció konstruktumának eredete a hipnóziskutatások idejére datálható. Hilgard kutatásokat végzett a képzeleti bevonódás (pl. szenzoros élmények

élvezete, olvasás, vallás, kreativitás) és a hipnotikus fogékonyság kapcsolatának vizsgálatára, és az eredményei szerint a képzeleti bevonódás a hipnotikus fogékonyság egyik fontos háttértényezője. Hilgard vizsgálatai rávilágítottak arra, hogy a képzeleti bevonódás gyakran kora gyermekkorban indul, és később, a fiatal felnőttkorban kapcsolatot mutat a hipnotikus fogékonysággal. Másik fontos megállapítása, hogy a gyermekkorban megélt büntetések vagy szigorú fegyelmezések kapcsolatot mutatnak a későbbi hipnotizálhatósággal. Hilgard szerint a súlyos vagy mérsékelten súlyos büntetések gyakrabban fordultak elő a magasabb hipnotikus fogékonysággal bíró személyek körében, szemben az alacsony fogékonyságú személyekkel. A hipnotikus fogékonyság és gyermekkori büntetés kapcsolatát a fantáziafejlődés mediálja, a büntetéssel összekapcsolódó fantáziák a hipnotikus élmény háttéréül szolgálhatnak. Hilgard interjú vizsgálatai szerint ugyanis a fantázia a büntetés kísérőjeként (pl. a fájdalom kizárására szolgáló fantáziák) vagy utóhatásként (pl. megtorló fantáziák a szülő ellen vagy az agresszorral való azonosulás fantáziái) is jelen lehetnek (Hilgard, 1974).

Az abszorpció – amely során a figyelem tárgya teljesen kitölti a reprezentációs rendszert –, egy sajátos információfeldolgozási mód, mely a pozitív és negatív élmények intenzitását egyaránt fokozhatja (Simor, Köteles és Bódizs, 2011). Egy hazai vizsgálat szerint (Simor és mtsai, 2011) az abszorpciós képesség kapcsolatot mutat többek között a fantáziálásra való hajlandósággal, az álomfelidézéssel, a disszociatív tünetekkel, a pozitív és negatív affektivitással és a szomatoszenzoros amplifikációval.

A disszociáció kontinuum elmélete szerint a disszociatív élmények enyhébb vagy akár súlyosabb formában egyaránt előfordulhatnak: ezen élmények az incidenciájuk, időtartamuk, súlyosságuk, funkciókárosító jellegük és következményeik szerint a kontinuum különböző pontjain helyezkednek el. Az átmeneti, hétköznapi abszorpciós jellegű élmények (pl. álmodozás) általában igen gyakoriak és nem mutatnak kapcsolatot súlyos patológiával, ugyanakkor a ritkább és krónikus állapotok, mint például a memória vagy az identitás súlyos disszociatív zavara, már a kontinuum másik végpontján helyezkednének el. A disszociatív élmények jelentős része nem patológiás, hanem a normatív disszociatív élmények közé tartozik (pl. álmodozás, fantáziálás). Az abszorpció – a legtöbb elméletalkotó szerint – a normatív disszociatív élmények közé sorolható, azaz egy olyan módosult tudatállapot, mely nem organikus eredetű, nem egy pszichiátriai zavar részeként jelenik meg, és az integrált mentális folyamatoktól csak átmenetileg válik el, vagy átmenetileg módosítja azokat (Butler, 2004, 2006). A disszociatív abszorpció hasonlóságot mutat az álmodozással és az elkalandozással, ugyanis mindhárom jelenség a figyelem váltását jelenti a szenzoros

információtól a belsőleg generált folyamatok felé, azonban a disszociatív abszorpció egy olyan mentális funkciónak tekinthető, ami lehet belső (álmodozás) vagy külső fókuszú vagy szándékosan előidézett is (pl. filmnézés vagy zenehallgatás közben) (Schimmenti és mtsai, 2019).

Fantáziahajlam

A fantáziahajlam egy olyan tudatállapot kialakulására való hajlamosságot jelent, mely a személy által generált és független az aktuális feladattól (Schimmenti és mtsai, 2019). A fantáziálásra hajlamos személyiség Wilson és Barber kutatásai alapján jelentősen különbözik a normál populáció tagjaitól. Ezek a személyek általában kiválóan hipnotizálhatóak, mély fantáziavilággal rendelkeznek, továbbá élénk szenzoros élményeik vannak, élénk emlékekkel bírnak mind a korai, mind a közelmúlt eseményeire nézve. Feltehetően ezen vonás a populáció 4%-ára (vagy kevesebb mint 4%-ára) jellemző (Wilson és Barber, 1982). Egy vizsgálat (Lynn és Rhue, 1986) szerint azok a személyek, akik jellemezhetők a fantáziagazdagsággal, több szempontból különböznek azoktól, akik közepesen vagy kevésbé rendelkeznek a fantáziahajlam vonásával: a hipnotikus fogékonyság, abszorpció, képzeleti élnkség, kreativitás és az ébrenléti szuggesztiókra adott válaszok tekintetében egyaránt. Egy másik vizsgálat szerint (Lynn és Rhue, 1988) a fantáziahajlammal bíró személyek a gyermekkori fizikai abúzus magasabb fokáról, súlyosabb büntetésről és a magány és izoláció élményeiről számoltak be, szemben azokkal a személyekkel, akik kevésbé rendelkeztek a fantáziahajlam vonásával. Egy metaanalízis (132 tanulmányt elemezve) erős hatásfokú kapcsolatot talált a fantáziahajlam és a hallucinációs élmények, mágikus ideáció, észlelési rendellenességek, túlzott álmodozás és a disszociatív tünetek között. A vizsgálat szerint, habár a fantáziahajlam szignifikáns korrelációt mutat az önbevallás alapján mért gyermekkori traumatizációval, a hatásereőség kicsi volt. Ugyancsak kis hatásereőséget találtak a szorongással és a depresszióval kapcsolatban is (Merckelbach, Otgaar és Lynn, 2021).

Lassú kognitív tempó

A lassú kognitív tempó (sluggish cognitive tempo, SCT) jelensége számos mentális és viselkedéses jellemzőt foglal magába: álmodozás, mentális homályosság, lassult viselkedés és gondolkodás. Ezen tünetek elkülönítése az ADHD-tól empirikusan is bizonyított (Becker és Barkley, 2018). Gyermeket és serdülőket vizsgálva, az SCT tünetei két egymástól elkülönülő, de kapcsolatban álló faktorba tömörültek (és ezen faktorok elváltak az ADHD

faktoroktól): „lassú” és „álmodozás” faktorok. Az ADHD súlyosabb és pervazívabb végrehajtó funkcióbeli károsodással járt együtt, mint az SCT, míg az SCT az önszervezés enyhe károsodásával járt együtt (Barkley, 2013).

Tudatos álmodás

A tudatos álmodás egy módosult tudatállapotnak tekinthető, mely során a személy rendelkezik arra vonatkozó tudatossággal, hogy álmodik. Általában élénk álmok jelennek meg a tudatos álmodás során, az álmodó gyakran tapasztal pozitív érzéseket vagy különleges kontrollt él át az álmobeli énje és a képzelet felett, így akár befolyást is tud gyakorolni arra, hogyan alakuljon az álom (Gruber, Steffen és Vonderhaar, 1995; Holzinger, 2009). A tudatos álmodás tehát különbözik a szokványos álmodástól, ugyanis a személy tudatában van annak, hogy álmodik, rendelkezik valamennyi kognitív képességével (pl. emlékezet, érvelés), és bizonyos esetekben szabadon dönt és cselekszik az álmomtörténés során (Holzinger, 2009). A tudatos álmodás egy tanulható képesség, mely pszichoterápiás haszonnal is bírhat: segítheti az álmodót, hogy túllépjen félelmein erősítéssel, átírja az élete forgatókönyvét, vagy fejlessze a spirituális oldalát (Holzinger, 2014; Stumbrys és mtsai, 2012). Vizsgálatok szerint a tudatos álmodás kapcsolatot mutat a kreativitással, a traumatikus stresszel szembeni rezilienciával, megnövekedett önbizalommal és mentális egészséggel. Továbbá az is egy fontos tényezőnek tűnik, hogy mekkora álmokkontrollal bír a személy az álmodás során, vagy bír-e egyáltalán kontrollal. Azok az álmodók, akik nem érzékelnek kontrollt az álomesemények során, hajlamosabbak negatív érzéseket átélni az álom következtében (Schimmenti és mtsai, 2019; Soffer-Dudek, 2020). Egy tanulmány szerint (Aviram és Soffer-Dudek, 2018) a tudatos álmodás gyakorisága nem mutat összefüggést a vizsgált pszichopatológiai tünetekkel (pl. depresszió, szorongás, OCD tünetek, disszociáció, szkizotípiá), míg az álmodás intenzitása, valamint a tudatos álmodás során jelentkező pozitív érzések inverz kapcsolatot mutatnak számos pszichopatológiai tünettől. Az indukciós technikák akaratlagos alkalmazása pozitív összefüggést mutatott pszichopatológiai tünetekkel és alvászavarokkal, továbbá hosszú távon kockázati tényezőnek mutatkozott disszociatív és szkizotíp tünetek megnövekedésére. Így a szerzők szerint a tudatos álom pozitív vagy negatív jellege annak jellemzőitől is erősen függ. Bár lehet hasonlóságot találni a tudatos álmodás és a maladaptív álmodozás között, mégis nyilvánvaló a különbség, miszerint az előbbi az alvás során jelenik meg, és feltehetően kevésbé jár negatív következménnyel az egyén életére nézve, mint a maladaptív álmodozás (Schimmenti és mtsai, 2019).

Autisztikus fantázia

Az elhárító mechanizmusok a pszichoanalitikus elméletalkotók szerint elhelyezhetők egy kontinuumon aszerint, hogy mennyire érett az adott védekező mechanizmus: az érettebb mechanizmusok elősegíthetik a valósághoz való jobb alkalmazkodást (úgy segítik a fenyegető érzésektől való eltávolodást, hogy közben nem torzítják a realitást), míg a kevésbé érett vagy akár primitív elhárítások súlyosan eltorzítják a valóságot és/vagy megváltoztatják a fájdalmas mentális tartalmat. Az előbbi kategóriába tartozik a humor, altruizmus, szublimáció, az utóbbiba a hasítás, acting out vagy az autisztikus fantázia (Granieri és mtsai, 2017). Fontos megjegyezni, hogy az autisztikus fantáziában való elmerülés nem azzal a céllal valósul meg, hogy a személy elutasítsa a valós életbeli törekveseit az álmvilág kedvéért, hanem hogy megvédje az elméjét az olyan belső konfliktusoktól, melyek az önmagáról alkotott képét vagy a másokkal való kapcsolatát fenyegetik. Az autisztikus fantázia önmagában nem patológiás; akkor válik patológiássá, amikor a személy túl sokat támaszkodik erre az elhárításra (Schimmenti és mtsai, 2019). A fentebb bemutatott jelenségek közötti hasonlóságok és különbségek a 2. táblázatban látható.

2. táblázat A maladaptív álmodozás és más mentális jelenségek közti hasonlóságok és különbségek (Schimmenti és mtsai, 2019, 871.o. alapján)

Hasonlóságok/ különbségek	Első megfigyelés általában gyerekkor- ban	Szándékosság	Distressz és/vagy disz- funkció	Cselekedetek feletti tudatos kontroll	Kidolgozott élénk fantázia	Fantasztikus tartalmak
Maladaptív álmodozás	+	+	+	+	+	+
Álmodozás	+	+ -	-	+ -	-	-
Elkalandozás	-	-	-	-	-	-
Lassú kognitív tempó	+	-	+	-	-	-
Disszociatív abszorpció	?	+ -	-	+ -	-	-
Fantáziahajlam	+	-	+ -	-	?	+
Autisztikus fantázia	+	-	-	-	+	?
Tudatos álmodás	-	+ -	-	+ -	+	+

Jelmagyarázat: + = igen; - = nem; + - = néha; ? = ismeretlen

2.7. A maladaptív álmodozás elhelyezése a mentális zavarok rendszerében

A maladaptív álmodozással kapcsolatos kutatások alapján egyértelművé vált, hogy a jelenség különbözik a normálisnak tekinthető álmodozástól mennyiségileg, tartalmilag, a megélés tekintetében, továbbá a kontrollálhatóság, az okozott distressz és funkcióromlás szempontjából is (pl. Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002). Egy tanulmány (Bigelsen és mtsai, 2016) rávilágított arra, hogy az önmagukat maladaptív álmodozóként azonosító személyek körében a figyelemzavar, az obszesszív–kompulzív tünetek és a disszociatív tünetek szignifikánsan nagyobb mértékben fordulnak elő, szemben a kontrollszemélyekkel. A maladaptív álmodozás az eddigi kutatások eredményei alapján egy sokoldalú klinikai jelenség, és az egyes jellemzőit tekintve különbözőképpen lehetne elhelyezni a mentális zavarok rendszerében: úgymint obszesszív–kompulzív spektrumzavar jelentős figyelemzavarral társulva, viselkedéses addikció és disszociatív abszorpció (Somer, 2018).

ADHD tünetek és az OCD spektrum

Somer, Soffer-Dudek és Ross (2017b) szisztematikus felmérése arra hívta fel a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozással diagnosztizálható személyek a SCIMD eszközzel felmérve (Somer és mtsai, 2017a) igen magas komorbiditással jellemezhetőek. A vizsgálati személyek (N=39) számos, DSM-5-ben szereplő zavar kritériumát kimerítették. A körükben előforduló leggyakoribb komorbid zavarok (és gyakoriságuk) az alábbiak voltak: ADHD (76,9%; túlnyomórészt figyelemhiányos megjelenési forma fordult elő a teljes minta 69,2%-a esetében), szorongásos zavarok (71,8%), depresszív zavarok (66,7%), kényszeres és kapcsolódó zavarok (53,9%). A szerzők szerint a magas komorbiditás arra enged következtetni, hogy a maladaptív álmodozás valóban patológiás jelenség, és bár diagnosztikus jellemzői hasonlóságot vagy átfedést mutathatnak az ADHD-val és az OCD-vel, feltételezhetően nem lehet a jelenséget ezen zavarok alá kategorizálni, ugyanis egyik diagnosztikus kategória sem írja le pontosan a maladaptív álmodozás komplex képét. Feltételezhető, hogy az *ADHD* tünetek magas előfordulása annak tulajdonítható, hogy a belső világban való túlzott abszorpció nem összeegyeztethető a valós feladatokra és a külvilág eseményeire való odafigyeléssel, koncentrációval. Erre enged következtetni az is, hogy az ADHD diagnózisát kimerítő maladaptív álmodozók jelentős részénél a túlnyomórészt figyelemhiányos megjelenési forma fordult elő. Ezen vizsgálati személyek körében a figyelmetlenség, a figyelemhiány tünetei valószínűleg jobban magyarázhatók a maladaptív álmodozással, mintsem az ADHD-val. Az *OCD tünetek* is viszonylag nagy arányban fordultak elő a maladaptív álmodozók körében, mely magyarázható lehet a problémás álmodozás addiktív, kompulzív jellegével. A szerzők szerint a maladaptív álmodozók körében előforduló repetitív, kineztiázis mozgás akár összefügghet más típusú repetitív kompulziókkal is (pl. trichotillománia is előfordult a mintában) (Somer és mtsai, 2017b).

Soffer-Dudek és Somer (2018) egy longitudinális vizsgálatot végzett 77 önmagát maladaptív álmodozóként azonosító személy körében naplővezetés módszerével. A kutatók felmérték azt, hogy a maladaptív álmodozás tüneteinek erősödését mely egyéb tünetek előzik meg, kísérik és követik. Az eredmények szerint azokon a napokon, amikor a vizsgálati személyek intenzívebb és több időt felemésztő álmodozásról számoltak be, fokozottabb *disszociáció*, *OCD tünetek és depresszió*, intenzívebb *negatív érzések*, és a pozitív érzések alacsonyabb szintje volt jelen. Továbbá a maladaptív álmodozás intenzitásának növekedése (míg az időtartambeli növekedés nem) összefüggést mutatott a szorongással és a szociális szorongással is. A részletesebb elemzések rámutattak arra, hogy egyedül az *OCD tünetek*

jelentek meg a maladaptív álmodozás intenzitásában és időtartamában bekövetkező növekedés előzményeként, azaz egy bizonyos napon megtapasztalt fokozottabb OCD tünetek prediktívek voltak a rá következő napon megjelenő fokozottabb maladaptív álmodozás szempontjából. Továbbá megfigyelték azt is, hogy a fokozottabb maladaptív álmodozást időben (másnap) fokozottabb *OCD tünetek, disszociáció* és intenzívebb *negatív érzelmek* követték. Az eredmények értelmében elmondható, hogy bár sok maladaptív álmodozó pozitív érzéseket kapcsol az álmodozásához, ezek a pozitív hatások valószínűleg rövid ideig tartanak, míg a maladaptív álmodozás fokozottabb jelenléte hosszabb távon inkább negatív érzéseket eredményezhet. Az intenzív negatív érzések eredhetnek az álmodozás miatt érzett jelentős szégyenérzetből, illetve a megbánásból, hogy az adott napon túl sok időt vesztegettek el az álmodozásra. Ezek a negatív érzések tartósan is jelen vannak, ugyanis egy fokozott álmodozással töltött nap után, másnap fokozottabb negatív érzések jelenlétéről számoltak be a vizsgálati személyek (ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy a tanulmány során nyert adatok nem különböztetik meg direkt módon az okot és a lefolyást). Az OCD tünetekről – melyek elsősorban a kompulzív viselkedéseket jelentik (pl. ellenőrzés, számolás, mosás), míg az obszessziókat, mentális kontrollhiányt kevesebb item mérte fel – elmondható, hogy a maladaptív álmodozás fokozódását megelőzően, azzal egyidőben és azt követően is jelen voltak. Habár az obszesszív–kompulzív tünetek a maladaptív álmodozás napi dinamikájában fontos szerepet játszhatnak, csak kevés vizsgálati személy (n=5) rendelkezett OCD diagnózissal a mintában. A maladaptív álmodozók gyakori megélése, hogy kompulzív módon állandóan álmodozniuk kell és nehézséget jelent számukra a gondolataik kontrollálása. Elképzelhető, hogy az OCD-hez hasonlóan a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában is szerepe lehet az alacsony szerotonin szintnek. Az is elképzelhető, hogy a disszociáció (disszociatív abszorpció) és az OCD tünetek (pl. ellenőrzés) egymást erősítő folyamatok, ugyanis a túlzott abszorpció miatt a személy bizonytalanná válhat a saját cselekedeteivel kapcsolatban, mely kiválthatja az ismételt ellenőrizgetést, és ez az ismételtetés előidézhethet derealizációs, deperszonalizációs érzéseket, létrehozva egy disszociáció–OCD kört (Soffer-Dudek és Somer, 2018).

Egy további elképzelés szerint az álmodozás zavara leírható egyfajta kontrollvesztett állapotként is, ugyanis a személy nem tudja kontroll alatt tartani a fantáziavilágában való elmerülés ismétlődően visszatérő impulzusát, mely azonban szenvedésnyomást és funkcióromlást eredményez. Az álmodozás zavara – ezen impulzív jellemzője alapján – akár az *impulzuskontroll zavarokkal* (pl. kleptománia, pirománia) is összefüggésbe hozható. Az impulzuskontroll zavarokhoz hasonlóan a problémás álmodozás folyamatát – a maladaptív

álmodozók elmondásai alapján – arousal- és/vagy feszültségnövekedés előzi meg, a tevékenység végrehajtását megkönnyebbülés vagy kielégültségérzés kíséri, mely érzéseket akár büntudat is követheti. Ami továbbra is nyitott kérdés a kutatók számára, hogy vajon a maladaptív álmodozás inkább értelmezhető kompulzív, impulzív vagy impulzív–kompulzív zavarként (Somer, 2018).

Egy 2021-es vizsgálat (Salomon-Small, Somer, Harel-Schwarzmann és Soffer-Dudek, 2021) a maladaptív álmodozás és az obszesszív–kompulzív spektrum tünetek (köztük az OCD, bőrkapirgálás zavar, trichotillománia, testdiszmorfiás zavar) közötti kapcsolatokért felelős mechanizmusokat azonosította. A korábbi vizsgálatokra alapozva (pl. Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Soffer-Dudek és Somer, 2018; Somer és Herscu, 2017) a maladaptív álmodozás és az obszesszív–kompulzív spektrum tünetek kialakulásában és fennmaradásában közös mechanizmus lehet a disszociáció, a gyermekkori traumatikus élmények, az észlelt kontroll (vagy annak hiánya) és az elkalandozás. A vizsgálat eredményei szerint a maladaptív álmodozás és az obszesszív–kompulzív spektrum tünetek szignifikánsan korreláltak egymással, és a két jelenség közötti kapcsolatot a disszociáció és a kontrollérzés mediálta. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a disszociatív abszorpció és a betolakodás a két jelenség közös mechanizmusa lehet. A maladaptív álmodozás közepes mértékben kapcsolódott az obszessziókhoz és a kompulziókhoz (köztük az ellenőrzési és az ismétlési kompulziókhoz, az intruzív obszessziókhoz és a testtel kapcsolatos obszessziókhoz és kompulziókhoz), de erősebb kapcsolatot mutatott az obszessziókkal. A kutatók arra következtetnek az eredmények alapján, hogy a disszociatív mechanizmusok – köztük a disszociatív abszorpció – a maladaptív álmodozás és az obszesszív–kompulzív spektrum tünetek kapcsolatában meghatározó szerepet töltenek be, és mint fontos mediáló tényezők ismételt ellenőrizgetést eredményezhetnek, amikor a személy visszatér a valóságba, továbbá megváltozott testérzethez, intruzív képekhez és gondolatokhoz, és a mentális kontrollérzés károsodásához vezethetnek.

Viselkedéses addikció hipotézis

Egy másik elméleti megközelítés szerint (Somer, 2018) a maladaptív álmodozás *viselkedéses addikcióként* is azonosítható. Számos viselkedés ugyanis, mely rövid távon jutalommal jár az egyén számára, jutalmazó ereje révén megerősítést nyerhet és tartóssá válhat, annak ellenére, hogy a tevékenység károsítja a normál funkcionalitást és gyengíti az adaptív viselkedésszabályozást. Bigelsen és Schupak (2011) vizsgálatának eredményei is azt

mutatják, hogy az önmagukat túlzott álmodozóként definiálók körében jelen van egyfajta kontrollálhatatlan vágy az álmodozás iránt, amit sok álmodozó addiktívként címkéz. A maladaptív álmodozás egyik legjellemzőbb karakterisztikumaként a kinesztéziás mozgás és a megélt károsodás mellett, az álmodozás iránti rendkívül erős sóvárgást azonosították a kutatók (Somer és mtsai, 2016): az álmodozás csábító erővel bír és fokozott vágyakozást, késztetést vált ki az ezen mentális tevékenységben való azonnali részvételre. Egy későbbi vizsgálat szerint (Somer és mtsai, 2016a) a maladaptív álmodozás akár olyan mértéket is ölthet, hogy ennek következtében a személy elhanyagolja az öngondoskodást (pl. elégtelen mennyiségű alvás jelenik meg), a kapcsolataitól visszahúzódik, és egy addiktív körben éli az életét. Míg az álmodozás egyfajta kísérlet lehet a negatív érzések enyhítésére, a magány és az izoláltság élményeinek csökkentésére vagy akár ezek túlkompenzálására, az álmovilágban töltött idő az izoláltság, a distressz, a funkcióromlás mértékének növekedéséhez vezet, és végül az álmodozás egy még kompulzívabb formáját eredményezi. Somer és Herscu (2017) vizsgálata, mely a gyermekkori traumatizáció, a szociális szorongás, az abszorpció és a fantáziafüggőség kapcsolatait elemezte a maladaptív álmodozással összefüggésben, feltárta, hogy a jelenség kialakulásában és fennmaradásában az abszorpció és a fantáziafüggőség mint mediátorok, központi szerepet tölthetnek be. A kutatók szerint azon személyek körében, akik az élénk képzelőerőre való hajlammal rendelkeznek, és különösen motiváltak arra, hogy elszakadjanak a magány, a fájdalom vagy a szenvedés élményétől, az álmodozásban való elmerülés különösen jutalmazó lehet. Pozitív megerősítési folyamatok által – az elképzelt alternatív valóságok és a fájdalomra való csökkent tudatosság révén – az álmodozás tartóssá válhat, és akár túlzott formát öltve, kontrollvesztettséget okozó, addiktív jellegű maladaptív álmodozássá válhat.

Egy későbbi esettanulmány (Pietkiewicz, Nęcki, Bańbura és Tomalski, 2018) szerint – mely egy olyan személy élményei alapján íródott, aki a túlzott internethasználat, videójátékhasználat és pornográf tartalmak és videók nézése mellett a maladaptív álmodozás tüneteit is mutatta –, a problémás álmodozás addiktív viselkedésként azonosítható. A 25 éves fiatalember kerüli az interperszonális kontaktusokat a mások visszautasításától és kritikáitól való félelem miatt, mely azonban akadályozza az intim és a szexuális kapcsolatok kiépítését. Alacsony önértékelése, szociális alkalmatlanságérzése és önmaga alsóbbrendűként címkézése következtében folyamatos aggodalmat érez, hogy szociálisan megszégyenül vagy gúny tárgyává válik (teljesíti az elkerülő személyiségzavar DSM-5-ben szereplő diagnosztikai kritériumait). Ezen személy számára az álmodozás a magánnal és a fájdalmas élményekkel való megküzdés eszköze, úgy, hogy elképzei az események alternatív

forгатókönyveit és azokat valóságként éli meg. Ugyanakkor ez a fantáziatevékenység rengeteg időt és energiát emészt fel, egyre inkább elveszítve a tevékenység feletti kontrollt. További súlyosbító körülmény, hogy az álmodozás intenzív szégyent és feszültséget okoz, így arról soha nem beszélt senkinek, illetve az érzéseit sem osztja meg más emberekkel, hiszen azt a gyengeség jelének tartja. Az addiktív tevékenységei következtében rengeteg lehetőséget hagy ki, eddig sosem volt közeli, intim kapcsolata és elmondása szerint nem rendelkezik az érettség érzésével sem.

Az esettanulmány alapján a viselkedéses addikciók számos megfigyelhető komponense jelen lehet a maladaptív álmodozás során: a tevékenység elsődlegessége minden mással szemben, mely eluralja a gondolkodást, az érzelmeket és a viselkedést (szaliencia); hangulatmódosulás a tevékenység következtében, például megjelenhetnek felfokozott érzelmek vagy a nyugodtság, feszültségoldás élményei; megvonási tünetek jelenléte, például kellemetlen érzések, testérzetek, ha a tevékenység megszakad vagy hirtelen lecsökken; a tevékenység egyre növekvő mértékben végzése annak érdekében, hogy az elért korábbi hatások újra megjelenjenek (tolerancia); intrapszichés és interperszonális konfliktusok a tevékenység következtében; visszaesés, visszatérés a korábbi viselkedéshez még egy hosszabb, absztinens vagy kontrollált időszak után is (Griffiths, 2005; Pietkiewicz és mtsai, 2018).

Az eddigi vizsgálatok és elméleti megfontolások alapján a maladaptív álmodozás egy olyan mentális zavar, mely jellemezhető egy tartósan fennálló és ismétlődően megjelenő abszorpciós folyamatként, amely elérheti azt a pontot, amikortól az álmodozás viselkedéses addikcióvá válik (Soffer-Dudek és mtsai, 2021).

Fontos megjegyezni, hogy az elmúlt két évtized során a viselkedéses addikció kutatás különösen nagy lendületet vett, mely azonban számos jelenség patologizálásához és az újonnan megjelenő viselkedéses addikciók végtelen sorához vezetett. Így önmagában a túlzott mértékben űzött tevékenységek esetében (pl. munkafüggőség, kompulzív vásárlás, túlzott testedzés) a jelenség megfigyelésen alapuló addikcióként való azonosítása és a kritérium-alapú megközelítés önmagában nem elegendő, hanem egy olyan megközelítés is szükséges, mely az adott jelenség kialakulásban és fennmaradásban részt vevő pszichológiai folyamatokra is fókuszál (Billieux és mtsai, 2015). Kardefelt-Winther és munkatársainak (2017) új meghatározása szerint számos követelménynek teljesülnie kell ahhoz, hogy egy viselkedést addiktív zavarként azonosíthassunk és hogy elkerüljük a normális viselkedések patologizálását és stigmatizálását. Ezen követelmények az alábbiak: az addiktív viselkedés egyértelműen elhatárolható a normatív viselkedésektől (azoktól is, melyeket szenvedély

vagy nagyfokú elkötelezettség jellemez); a túlzott viselkedés bizonyítottan súlyos funkcióromlást vagy pszichológiai distresszt okoz; a viselkedés tartósan fennáll. Továbbá négy kizárási kritériumot is meghatároztak a szerzők (Kardefelt-Winther és mtsai, 2017), melyek az alábbiak: (1) a viselkedés magyarázható egy mögöttes zavarral; (2) a funkcióromlást okozó tevékenység tudatos választáson alapul; (3) a viselkedés olyannyira intenzív, hogy csökkenti az élet egyéb aspektusainak szentelt időt és figyelmet, ugyanakkor nem okoz funkciókárosodást vagy distresszt; (4) a tevékenység egy segítséget nyújtó vagy maladaptív coping stratégia eredménye.

Számos tanulmány eredménye alátámasztotta, hogy a maladaptív álmodozás egyértelműen differenciálható az álmodozás adaptív és konstruktív formájától, hiszen jelentős idővesztést, szégyenérzetet és büntudatot okoz, károsítja a tanulmányi, munkahelyi eredményességet és a valós kapcsolatokat (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002). A maladaptív álmodozók beszámolói alapján az élénk fantáziálási képességet gyermekkorukban fedezték fel és sokak körében a túlzott álmodozás felnőttkorban is folytatódott annak ellenére, hogy többé már nem töltött be adaptív funkciót (Somer és mtsai, 2016a) (mely alátámasztja a tevékenység tartós fennállásának kritériumát). A kizárási kritériumokat tekintve az alábbiak mondhatók el a maladaptív álmodozásról:

(1) A maladaptív álmodozás számos zavarral (OCD, disszociatív zavarok, ADHD) mutat hasonlóságokat, átfedéseket a jellemzőit tekintve (Somer és mtsai, 2016), továbbá igen magas komorbiditást mutat számos DSM-5 zavarral (Somer és mtsai, 2017a). Ugyanakkor a szerzők szerint a magas komorbiditás nem hitelteleníti a maladaptív álmodozás klinikai validitását, hiszen számos zavar, amely a DSM-5-ben található, szintén magas komorbiditási arányokat mutat, és ez a tény inkább megerősíti, hogy a maladaptív álmodozás egy patológias jelenség (Somer és mtsai, 2017b). A maladaptív álmodozás egy sokoldalú jelenség, de továbbra is egy kihívás a kutatók számára, hogy teljes mértékben megértsék (Somer, 2018).

(2) A maladaptív álmodozókra jellemző, hogy ezt a mentális tevékenységet addiktívnek élik meg, mely olyan szintet ölt, ami károsítja az öngondoskodást, a mindennapi funkciók ellátását és akár káros egészségkövetkezményekkel is jár (pl. alvászavar). Az álmodozók kontrollvesztettséget élnek meg a tevékenység felett, mely gyakran a szándékuk ellenére jelenik meg (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer és mtsai, 2016a, 2016b).

(3) Mindezek következtében ez a tevékenység súlyos idővesztést okoz, elvonja a figyelmet a valós feladatokról, kötelezettségektől és kapcsolatokról, szenvedésnyomást és funkcióromlást okozva az egyénnek (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016, 2016a, 2016b).

(4) Habár legelőször a maladaptív álmodozást a nehéz élethelyzetekkel, fájdalmas érzésekkel és korábbi traumatikus élményekkel való megküzdési kísérletként írták le (Somer, 2002), későbbi kutatások bebizonyították, hogy a maladaptív álmodozás egy komplex pszichológiai szindróma, mely önmagában jelentős distressz forrása (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer és mtsai, 2016a). Az is világossá vált (Greene, West és Somer, 2020; West és Somer, 2019), hogy a maladaptív álmodozás nem funkcionál hatékony érzelemszabályozási stratégiaként, sőt, a maladaptív álmodozók gyenge és limitált érzelemszabályozási készségekkel bírnak.

Egy friss tanulmány (Soffer-Dudek és mtsai, 2021) az MDS-16 (Somer és mtsai, 2017a) kultúrák közötti mérési invarianciáját vizsgálva feltárta, hogy a felmért kultúrák esetében (USA, Olaszország, Törökország és Egyesült Királyság) az MDS-16 feltételezett négyfaktoros szerkezete – *sóvárgás, károsodás, kinesztézia, zene* – megállja a helyét. Míg az egyes kultúrákban az álmodozás maladaptív jellege, károsító hatása és a zenehallgatás és mozgás mint triggererek és fenntartó tényezők hasonló jelentést hordoznak, addig a sóvárgás faktor tekintetében kulturális különbségek mutatkoznak, mely azt jelentheti, hogy a sóvárgás eltérő pszichológiai jelentést hordoz a különböző kultúrákban. A szerzők arra a konklúzióra jutottak, hogy míg az álmodozásban való abszorpció sürgető volta és a fantáziák megnyugtató és addiktív jellemzői az egyes országokban más-más jelentést hordozhatnak, addig a maladaptív álmodozás mindennapi életet károsító hatása, és a hosszú távú célokkal való interferenciája a jelenség egy központi és meghatározó faktora. A tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy a maladaptív álmodozás egyes jellegzetességei kultúrafüggők lehetnek, az álmodozás iránti sóvárgás kompulzív vagy addiktív komponensét tekintve kulturális különbségek húzódnak. Így a jelenség addiktív jellegének pontos megértése további vizsgálatokat igényel.

Disszociatív élmények

A maladaptív álmodozást ismertető legelső vizsgálat (Somer, 2002) egy specifikus, traumatizált klinikai mintát mutatott be, mely mintában minden vizsgálati személy ártalmas gyermekkori körülmények között élt és közülük négyen disszociatív zavarral küzdöttek. A szerző hipotézise szerint a vizsgálati személyek körében azonosítható maladaptív álmodozás kezdetben – a disszociatív zavarokhoz hasonlóan –, a személyek gyermekkorában egy, a megküzdést segítő coping stratégia lehetett, azonban felnőttkorban ez a megküzdési kísérlet már elveszítette adaptív jellegét. Egy későbbi, átfogó vizsgálat arra is rámutatott, hogy a

maladaptív álmodozással diagnosztizálható személyek körében a disszociatív zavarok előfordulása 12,82%-os volt (Somer és mtsai, 2017b).

Somer és munkatársai (Somer és mtsai, 2016) egy vizsgálat keretében felmérték a maladaptív álmodozás és a disszociatív élmények kapcsolatát, mely megerősítette, hogy a két jelenség között szignifikáns korreláció áll fenn. A részletes elemzések feltárták, hogy a kapcsolatért elsősorban az abszorpció alskála volt felelős, és kevésbé az amnézia vagy a deperszonalizáció/derealizáció alskálák. Az eredmények értelmében a maladaptív álmodozás erősebben kapcsolódik az intenzív abszorpcióhoz, és kevésbé a disszociatív spektrum patológiás végpontjait képviselő jelenségekhez.

A kutatók szerint elképzelhető, hogy a maladaptív álmodozás erős disszociatív jellegzetességekkel bír, a belső világban zajló teljes abszorpciós folyamatként azonosítható (Somer, 2018; Somer és mtsai, 2016). Somer és Herscu (2017) egy komplex modellben azonosították az abszorpció szerepét a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában. A modell értelmében az abszorpció (a fantáziafüggőség mellett) mediátorként van jelen a gyermekkori traumatizáció és a maladaptív álmodozás között, tehát az abszorpció valóban központi szerepet játszik a maladaptív álmodozás kialakulásában abban az esetben, ha a személy gyermekkori traumatizáció áldozata volt.

Egy későbbi kutatás (Soffer-Dudek és Somer, 2018) naplóvezetés módszerével mérte fel, hogy mely tünetek előzik meg, kísérik és követik a maladaptív álmodozás erősödését. Az eredmények rámutattak arra, hogy azokon a napokon, amikor a vizsgálati személyek erőteljesebb és időigényesebb álmodozásról számoltak be, fokozottabb disszociatív tünetek voltak jelen, illetve a következő nap folyamán is fokozottabb disszociatív élményeket éltek meg. A magyarázat az lehet, hogy a maladaptív álmodozással töltött idő és a belső világban való fokozottabb jelenlét feltehetően akadályozza a jelenlétet a valóságban, és a külső ingerek és események megfigyelését, mely akár eredményezhet disszociatív tüneteket (pl. deperszonalizáció, derealizáció élményt). Továbbá a fantáziatartalmak elsősorban a kitalált, fantáziában megelevenedő szereplőkre, karakterekre, illetve a közöttük lévő kapcsolatokra épülnek, így a figyelem rájuk fordítódik (tehát nem a saját, valós szelfre), mely szintén eredményezhet derealizált, deperszonalizált érzéseket és a szelfintegráció zavarát. Az, hogy a disszociáció nem jelenik meg előzményként, két tényezőtől fakadhat: egyrészt a mérőeszközből, mely elsősorban a deperszonalizáció és derealizáció élményeit vizsgálja, és kevésbé a disszociatív abszorpciót, másrészt a szerzők szerint az is elképzelhető, hogy a maladaptív álmodozás egy olyan jelenség, ami nem a disszociációból ered, hanem maga is egy disszociatív tünet.

A fentebb ismertetett elméleti megközelítések valóban arra engednek következtetni, hogy a maladaptív álmodozás egy rendkívül sokrétű jelenség, amely nem tekinthető sem egészségesnek, sem adaptívnak. Összességében feltételezhető, hogy az ADHD tünetek a maladaptív álmodozás okozta figyelmi és koncentrációs folyamatok gátlásából fakadhatnak; az OCD tünetek az álmodozás kompulzív, impulzív vagy addiktív jellegéből adódhatnak, de az is elképzelhető, hogy az abszorpciós folyamatok és az OCD tünetek egymást erősítő jelenségek. A disszociációval mutatott kapcsolat pedig eredhet abból, hogy a maladaptív álmodozás a képzeleti világban való elmerülést, intenzív bevonódást jelenti, mely akadályozhatja a valóságban való jelenlétet, előtérbe helyezve a fantáziabeli karakterek kapcsolatait, érzéseit, élményeit, mely akár eredményezhet deperszonalizációs vagy derealizációs élményeket (Pietkiewicz és mtsai, 2018; Soffer-Dudek és Somer, 2018; Somer, 2018; Somer és mtsai, 2017b; Somer és mtsai, 2016). A vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy a maladaptív álmodozás a disszociatív abszorpció patológiás formáját képviseli, mely akár viselkedéses addikcióként is megjelenhet, és ezen addiktív viselkedés akár impulzuskontroll és obszesszív–kompulzív tüneteket is hordozhatnak (Soffer-Dudek és mtsai, 2021). Annak megválaszolása azonban, hogy a jelenség pontosan mely ontológiai kategóriába sorolható, további kutatásokat igényel.

2.8. A maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezők

2.8.1. A gyermekkori traumatizáció szerepe

A gyermekbántalmazás egy igen sokrétű, komplex jelenség, mely különböző körülmények között fordulhat elő. Megjelenését és következményeit erősen meghatározza az áldozat életkora, az elkövető és az áldozat közötti kapcsolat és a helyzet, melyben a bántalmazást elkövetik. A gyermekbántalmazás a hazai és nemzetközi szinteken egyaránt súlyos népegészségügyi problémát, szociális, legális és emberi jogi kérdést jelent (Butchart, Harvey, Mian és Furniss, 2006). A fizikai sérüléseken túl, az erőszak számos rövid távú következménnyel bír, továbbá megnövelheti az olyan kockázati magatartásformák előfordulását (pl. dohányzás, kockázatos szexuális magatartás, szerhasználat), melyek hosszú távon krónikus (pl. daganatos betegségek, kardiovaszkuláris betegségek) vagy fertőző betegségek (pl. HIV/AIDS) kialakulásához vagy akár korai halálához is vezethetnek (World Health Organization, 2014).

A maladaptív álmodozást ismertető legelső közlemény (Somer, 2002) olyan személyeket mutatott be, akik mindannyian pszichoterápiában vettek részt elsősorban a

gyermekkorukban átélt averzív élményeik miatt. Mindannyian magányos gyermekként nőttek fel, felnőttkorukat pedig a kapcsolatokba való bevonódás elégtelensége és az intimitáskerülés jellemezte. Ezen élményekhez társult továbbá néhányuk esetében a súlyos tanulmányi és szakmai károsodás. Habár mindegyik páciens erős sóvárgást érzett (és élénken fantáziált) az egyes életterületeken nyújtott megfelelő helytállásról, a valóságban nem sikerült megvalósítaniuk ezen törekvéseiket. Többségüknél az álmodozás korai életkorban kezdődött, sokan vallották, hogy a kiterjedt fantáziatevékenység azóta jelen van, amióta csak élnek. Körükben a túlzott, diszfunkcionális mértéket öltő álmodozás a fájdalmas helyzetektől való elszakadást (pl. az erőszakos szülői veszekedés kizárása), valamint ezen élmények mágikus átváltoztatását (vágyteljesítő fantáziák által) és a biztonság, megnyugvás, intimitás érzésének megteremtését (pl. a magányban élő férfi páciens egy barátnőről álmodozik) szolgálta. Somer (2002) hipotézise szerint az élénk képzelőerővel bíró gyerekek körében az álmodozás egy normál diszpozícióként lehet jelen, azonban, ha a fájdalmas, sokszor traumatikus élmények olyan életszakaszban történnek, amely alapvetően befolyásolja a gyermeknek a világról, az énről és a fontos személyekről formálódó alapfeltevéseit, akkor a nehéz élmények arra készíthetik a gyermeket, hogy elmeneküljön az általa felépített, biztonságot nyújtó belső világba.

Egy később megjelent publikáció (Bigelsen és Schupak, 2011) rávilágított arra, hogy az önmagukat túlzott vagy maladaptív álmodozóként azonosító személyek 73%-a nem élt át semmilyen gyermekkori traumát. A vizsgálati személyek jelentős része szerető családi környezetben nőtt fel, így a szerzők arra következtettek, hogy a gyermekkori trauma elszívódása nem szükséges feltétele a maladaptív álmodozás kialakulásának, és Somer (2002) hat főből álló klinikai mintája a problémás álmodozók egy alcsoportját képviseli. Egy további vizsgálat (Bigelsen és mtsai, 2016) sem talált szignifikáns különbséget az önmagukat maladaptív álmodozóként azonosító személyek és a kontrollszemélyek csoportjai között a gyermekkori traumatikus élmények tekintetében, ugyanis az önmagukat maladaptív álmodozóként azonosító személyek (n=340) 43%-a, míg a kontrollszemélyek (n=107) 48%-a semmilyen traumatikus gyermekkori eseményről nem számolt be.

Somer és munkatársai (Somer és mtsai, 2016a) felállították a maladaptív álmodozás komplex modelljét, melynek értelmében a gyermekkorban megélt magány, a szülők elégtelen törekvése a gyermek érzelmeinek szabályozására, a láthatatlanság élménye vagy a barátok hiánya, a visszautasítás megélése arra készítheti az élénk képzelőerővel bíró gyermeket, hogy a belső erőforrásait kiaknázza, amely azonban még tovább izolálja őt a külvilágtól.

Egy másik vizsgálat (Somer, Abu-Rayya és Brenner, 2020) a gyermekkori traumatizáció előfordulását, továbbá ezzel összefüggésben az álmodozás funkcióit és a fantáziatartalmakat vizsgálta 539 kiszűrt maladaptív álmodozóból álló multikulturális mintán. A tanulmány szerint a gyermekkorban átélt traumatizáció szignifikáns kapcsolatot mutat az álmodozás azon funkcióival, mint a fájdalmas emlékektől való eltávolodás, illetve az emocionális fájdalom szabályozása. Az álmodozással végrehajtott eltávolodás az összes felmért traumatípushoz (érzelmi és fizikai elhanyagolás, szexuális, érzelmi és fizikai abúzus), míg az érzelmi fájdalom szabályozása a fizikai elhanyagoláshoz, érzelmi bántalmazáshoz és elhanyagoláshoz kapcsolódott. Az álmodozás ezen személyek körében tehát betöltheti azt a funkciót is, hogy megnyugtató belső világok megteremtésével szabályozni tudják a fájdalmukat vagy eltávolodhassanak az érzelmileg megterhelő emlékektől.

Ugyanezen vizsgálat eredményei szerint a saját család ideális formájának elképzelése szignifikánsan kapcsolódott a gyermekkorban megélt fizikai és érzelmi abúzushoz; egy másik (nem saját) idealizált család életéről való álmodozás az összes traumatípussal kapcsolatot mutatott, kivéve a szexuális abúzust. A jelenlegi kapcsolatok ideális verziójáról történő álmodozás pedig összefüggést mutatott a fizikai abúzus, fizikai elhanyagolás, érzelmi és szexuális abúzus traumatípusokkal. Ezen álmodozástartalmak felhívják arra a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozás segítheti a vágyott, biztonságos kapcsolatok megteremtését érzelmileg kompenzáló fantáziákkal. A gyermekkorban elszenvedett *érzelmi abúzus* a vizsgálat szerint kapcsolatot mutat olyan fantáziákkal is, melyekben a személy érzelmi szenvedést él meg, továbbá összefügg a fantáziában megjelenő morbid tartalmakkal is (pl. halál, fizikai erőszak áldozatává válás, megmentő, fogvatartó és megmentett szerepek felvétele). A gyermekkori *szexuális abúzus* átélése kapcsolódott a szexuális erőszakról való fantáziálással (áldozatként való megélés), továbbá a megmentett és a fogvatartó szerep fantáziabeli megjelenésével. Az *érzelmi elhanyagolás* kapcsolatot mutatott a bússzállásról szóló fantáziákkal, a *fizikai abúzus* pedig azon fantáziákkal, melyekben az álmodozó fogolyként van jelen. A vizsgálat szerint a trauma-újrajátszással kapcsolatos tartalmak különösen gyakoriak azon maladaptív álmodozók körében, akik valamilyen gyermekkori traumatikus esemény áldozatai voltak, mely tartalmak feltehetőleg lehetőséget adnak számukra a fájdalmas élmények megmunkálására, feldolgozására vagy a traumatikus események feletti kontrollérzés visszanyerésére.

2.8.2. Mediátor tényezők vizsgálata

Somer és Herscu 2017-es tanulmánya rávilágított arra, hogy a maladaptív álmodozás kialakulásában számos tényező szerepet játszhat, többek között az abszorpció és a fantáziadependencia. A szerzők tanulmányukban (Somer és Herscu, 2017) két lehetséges fejlődési útvonalat tártak fel, melyek elvezethetnek a problémás álmodozás megjelenéséhez. A vizsgálat rámutatott arra, hogy a maladaptív álmodozás mérsékelt hatáserősséggel korrelál a gyermekkori traumatizációval és a szociális szorongással, továbbá a fantáziafüggőség és az abszorpció jelenségeivel is erős kapcsolatot mutat. Majd a független változók között fennálló kapcsolatok kontrollálása után, a maladaptív álmodozás nem korrelált többé a gyermekkori traumatizációval és a szociális szorongással, mely felveti a mediáció lehetőségét. A vizsgálat eredményeképpen azonosított első fejlődési útvonal szerint a gyermekkori traumatizáció önmagában nem, hanem az *abszorpción* és a *fantáziafüggőségen*, mint mediátorokon keresztül vezet el a maladaptív álmodozáshoz. A másik lehetséges útvonal szerint a szociális izoláció és a maladaptív álmodozás kapcsolatát a fantáziaaddikció mediálja. Mindezen eredmények megerősítették Somer és munkatársainak korábbi elképzelését (Somer és mtsai, 2016a), mely szerint a gyermekkori trauma átélése és az aktuális szociális izoláció élménye szerepet játszhat a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában, azonban csak a két azonosított mediátor jelenlétében.

Ferrante és munkatársai (2020) egy többszörös mediátor-modell keretében tárták fel a maladaptív álmodozás, az érzelmi trauma, a disszociáció és a szégyen kapcsolati mintázatait, rámutatva arra, hogy az érzelmi trauma és a maladaptív álmodozás súlyossági foka közötti kapcsolatot a *disszociáció* és a *szégyen* mediálja. Korrelációanalízissel igazolták a szerzők, hogy a maladaptív álmodozás erősen összefügg a szégyennel és a disszociációval, mérsékelten pedig az érzelmi traumával. A modell szerint a disszociáció és a szégyen teljes mértékben mediálja a két változó közti kapcsolatot, továbbá a disszociáció tovább is növeli a szégyenérzetet. A vizsgálat arra is rávilágított, hogy a disszociatív élmények közül – abszorpció, amnézia, deperszonalizáció/ derealizáció –, a modell egyedül az abszorpciót beemelve mutatkozott szignifikánsnak, a másik két jelenséggel nem kaptak szignifikáns modellt, ugyanis az amnézia és deperszonalizáció/ derealizáció nem jósolták be a szégyent, csak az abszorpció.

2.8.3. Egyéb jelenségekkel mutatott összefüggések

Empátia és kreativitás

Egy friss vizsgálat (West és Somer, 2020) a maladaptív álmodozás kapcsolatát vizsgálta az érzelemszabályozási nehézségek, az empátia és a kreativitás jelenségeivel. West és Somer vizsgálatukban az MDS-16 két alfaktorával dolgoztak (Abu-Raya, Somer és Meari-Amir, 2019): az Immerzív komponenssel (MDS-Immerzív), mely az álmodozás magával ragadó minőségét méri, és a Maladaptív komponenssel (MDS-Maladaptív), mely az álmodozás maladaptív komponenseit ragadja meg, például az álmodozás okozta distresszt és károsodást.

Az empátia különböző komponenseit vizsgálták: *perspektíva felvétel* (pl. „Mielőtt döntést hozok, megpróbálom minden személy nézetét megvizsgálni a véleménykülönbségre vonatkozóan.”); *fantázia* (pl. „Erősen tudok kapcsolódni a regényben szereplő karakterek érzéseikhez”); *empatikus aggodalom* (pl. „Gyakran gyengéd, aggódó érzéseket táplálok olyan emberek iránt, akik nálam kevésbé szerencsések.”); *személyes distressz* (pl. „Vészhelyzetekben nyugtalannak és rosszul érzem magam.”). Az eredmények szerint az MDS-Immerzív komponens bejósolta a fantáziabeli karakterek iránt érzett empátiát, azaz az immerzív álmodozással jellemezhető személyek (míg a maladaptív komponenssel jellemezhető személyek nem) könnyen bele tudnak helyezkedni a kitalált karakterek (pl. könyv, film, színdarab) érzéseibe és cselekedeteibe. Az MDS-Maladaptív komponens a személyes distresszt jósolta be az empátiafaktorok közül, azaz feszült interperszonális helyzetekben ezen személyek maguk is szorongást és nyugtalanságot éreznek. Az eredmények értelmében az immerzív komponens a fantáziabeli karakterek iránti empátiával hozható összefüggésbe, míg a maladaptív komponens a személyes distressz megélését jósolja be. Az álmodozás ugyanakkor nem mutatott kapcsolatot a perspektíva felvétellel és az empatikus aggodalommal. Feltételezhető, hogy az immerzív álmodozás akkor hozható kapcsolatba a fokozottabb empatikus képességgel, ha fiktív kontextusról van szó, míg a valós életben más személyek érzéseinek megértése eltérő készségeket igényelhet. Az is elképzelhető a maladaptív álmodozók esetében, hogy valamely komorbid zavar jelenléte gátolja az empatikus képességeket. A szerzők szerint az is előfordulhat, hogy a maladaptív álmodozás és a személyes distressz kialakulása között interakció van, tehát azon személyek, akik más életkörülményeik következtében (pl. magány) fokozottabb distresszt élnek meg, hajlamosabbak lehetnek maladaptív mértéket öltő álmodozást végezni, amelynek negatív tünetei, következményei növelhetik a más személyek distressz érzése iránti sérülékenységet.

A kreativitás tekintetében a kutatók azt találták, hogy az immerzív álmodozás nem jósolta be a kreativitás pontszámokat egyik irányba sem, míg a maladaptív jelleggel bíró álmodozás negatívan jósolta be a kreativitás pontszámot. A kreatív produktumok készítése (pl. történetírás, rajzolás) feltehetően azért gátolt a maladaptív jellegű álmodozás esetében, mert ezen személyek rengeteg időt töltenek el a fantázavilágukban, ezért kevésbé képesek arra, hogy a hétköznapi feladataikat ellássák vagy elérjék a céljaikat. Így elképzelhető, hogy bár a maladaptív álmodozók rendelkeznek a kreativitás képességével, de ez nem fejeződik ki a kreatív produktumok létrehozásában (West és Somer, 2020).

Érzelemszabályozás

Az érzelemszabályozás, illetve annak diszfunkciója számos következménnyel bírhat az egyén mentális egészségére nézve (Mortazavizadeh és Forstmeier, 2018). Az adaptív érzelemszabályozás elengedhetetlen a hatékony munkavégzés, a sikeres kapcsolatok, a megfelelő belső pszichés erőforrások szempontjából (Gross és Muñoz, 1995). Az érzelemszabályozási deficitek szerepet játszhatnak számos zavar kialakulásában, fennmaradásában, továbbá ezen zavarok hatékony terápiás kezelésében is elengedhetetlen fontossággal bír a megfelelő érzelemreguláció (Berking és Wupperman, 2012). A maladaptív álmodozás területén született vizsgálatok alapján elmondható, hogy a problémás álmodozás tekinthető egyfajta kísérletnek a nehéz élethelyzetektől való elszakadásra, a negatív érzelmekkel való megküzdésre, továbbá a megnyugvás élményének átélésére a biztonságos fantáziavilágban (Bigelsen és Schupak, 2011; Pietkiewicz és mtsai, 2018; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a). Ez a megküzdési kísérlet azonban sokszor csak átmeneti és valójában nem tűnik hatékonnak. Egy maladaptív álmodozó leírása mutatja be legjobban, hogy miképpen funkcionál a maladaptív álmodozás az életében: *„Ez egy menekülés abból, ami az itt és mostban történik. Rengeteg olyan körülmény van a mindennapi életben, ami megrémít. Az álmodozás segít, hogy ne érezzem a félelmet... Rendkívül erősnek érzem magam a fantáziáimban. Kár, hogy ebből az erőből semmi sem marad meg, amikor elhagyom a képzeletem világát.”* (Somer, 2002, 204.o.). Számos maladaptív álmodozó ambivalens érzéseket táplál ezen tevékenység irányába. Egyrészt a maladaptív álmodozók szubjektív megélése az, hogy az álmodozás az érzelemszabályozás egy eszköze, hiszen védelemként szolgál a külső és belső valóságok viszonyaitól, miközben jutalmazó, megnyugtató, akár szórakoztató élményben is részesíti az egyént. Ugyanakkor, a jutalmazó élmények ellenére, az álmodozók csökkent kontrollt éreznek a fantáziatartalmak megjelenése felett (Somer, Somer és Halpern, 2019). West és Somer

(2020) vizsgálatának fontos eredménye, hogy mind az immerzív, mind a maladaptív komponensekkel jellemezhető álmodozás szignifikáns együttjárást mutatott az érzelemszabályozási deficitekkel, habár az előbbivel mutatott kapcsolat kisebb mértékű volt. Így valójában a maladaptív álmodozás egyik formája sem tűnik hatékony érzelemszabályozási stratégiának. Egy későbbi vizsgálat eredményei (Greene, West és Somer, 2020) szintén megerősítették azt az eredményt, hogy a maladaptív álmodozás kapcsolatba hozható a diszfunkcionális érzelemszabályozással, ugyanis a gyengébb érzelemszabályozási képességek a maladaptív álmodozás tüneteinek magasabb fokával jártak együtt.

2.8.4. Kötődési jellegzetességek

A kötődés egy pótolhatatlan érzelmi kötelék két élőlény között, egy kölcsönösségen alapuló, reciprok kapcsolat, mely az emberi lét szerves részeként az egész életet végig kíséri: biztosítja a személy számára a biztonságot, a közelséget, a támaszt és a menedéket veszélyhelyzet esetén (Bowlby, 1988; Hámosi és mtsai, 2016a). A gondozó személy elérhetőségébe vetett bizalom vagy éppen annak a hiánya, folyamatosan alakul ki születéstől serdülőkorig. Ha a gyermek kellőképpen elérhetőnek és szenzitíven válaszkésznek érzékeli a szülőt, kialakul a biztonság mindent átható érzése. Azon gyermekek, akik kellő mértékű biztonságot, támogatást és válaszkészséget élnek meg, valószínűbb, hogy egészséges személyiségfejlődési útvonalat fognak követni. Ha a gyermek bizonytalan a gondozó elérhetőségét és válaszkészségét tekintve, vagy a szülő nem látja el optimálisan a gyermek alapszükségleteit, súlyosabb esetben a gyermek elhanyagolást vagy abúzust él meg, akkor ezek az élmények félelmet, bizonytalanságot vagy szabadon lebegő szorongást eredményezhetnek. Ezen tapasztalatok következtében a kötődés bizonytalan, szorongó vagy dezorganizált formát is ölthet, és végső soron ezek a gyermekek veszélyeztetettebbek arra, hogy személyiségfejlődésük kevésbé egészséges útvonalat kövessen (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1973, 1982, 1988).

A kötődés, a kötődési kapcsolatok minősége, a kötődési stílus jellegzetességei régóta a kutatások középpontjában állnak. A maladaptív álmodozók esetében azonban még ez idáig nem történt átfogó jellegű vizsgálat a kötődési mintázatot illetően. A maladaptív álmodozás területén végzett vizsgálatok rávilágítottak arra, hogy a fantáziába való visszavonulás jellemzően a maladaptív álmodozók gyermekkorában indul (Somer, 2002; Bigelsen és Schupak, 2011). A vizsgálatokból az is nyilvánvalóvá vált, hogy az álmodozások központi

funkciója a hiányok pótlása; sokak esetében a szeretet, az intimitás, a biztonság jelenik meg központi témaként a fantáziálás során (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). A problémás álmodozók belső világa gyakran romantikus kapcsolatok, hírességekhez fűződő viszonyok, egy elképzelt, ideális én, vagy egy képzeletbeli család és barátok köré szőtt, míg a normálisnak tekinthető álmodozást folytatók elsősorban a valós életükkel kapcsolatos vagy konkrét vágyteljesítő ábrándokat (pl. lottó megnyerése) szönek (Bigelsen és mtsai, 2016). Az elképzelt család és ideális kapcsolatok olyannyira jutalmazóvá válhatnak a maladaptív álmodozók életében, hogy egyszerűen inkább választják a fantáziavilágbeli időtöltést, mint a valós világ eseményeit, kikapcsolódási formáit.

A fantáziavilágban megteremtett jutalmazó jellegű kapcsolatok és interakciók súlyos hiányosságokra hívják fel a figyelmet; az álmodozás kompenzatorikus jellegű, azaz a valós élet nélkülözéseit hivatott ellensúlyozni. A képzelet világában, ugyanis minden érzelm és élmény megélhetővé válik egy ideális és komfortos életet megteremtve, mely sok esetben a valóság teljes ellentéte (Somer, 2002; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). Gyermekkorban és a későbbi életévek során egyaránt megtapasztalt kritikus szülői hozzáállás, és az ebből fakadó állandó alkalmatlanságérzés, okozhatja a maladaptív álmodozók igényét a siker, hatalom és elismerés iránt. Somer és munkatársai (2016a) szerint, ha a gyermek gondozója kevésbé vagy egyáltalán nem képes a gyermek érzéseit meghallgatni, elfogadni és szabályozni, avagy nem fordít kellő figyelmet gyermekére, a belső világ nyújthat lehetőséget az érzelmek kifejezésére, a megnyugtató megtapasztalására, a magány élményével való megküzdésre. Ugyanakkor a túlzásba vitt álmodozás önrontó körre válhat, hiszen minél több időt szentel a személy az álmodozásnak, annak jobban izolálódik másoktól, és a társas kapcsolatok hiányát továbbra is csak a belső világ eseményei enyhíthetik.

Schimmenti és munkatársai (2019) korrelációs analízissel vizsgálták a maladaptív álmodozás és a globális pszichopatológiai tünetek, a maladaptív személyiségjellemzők, az alexitímia, a disszociáció, a szégyen, a traumatikus élmények, a szorongó és elkerülő kötődés kapcsolatát. Az eredmények szerint az MDS-16 pontszám szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a globális pszichopatológiai tünetekkel, a maladaptív személyiségjellemzők, az alexitímia, a disszociáció és a szégyen pontszámokkal mind az önbevallottan maladaptív álmodozók, mind az önkéntes kontrollok csoportjában. Továbbá a kontrollcsoportban az MDS-16 pontszámok szignifikáns pozitív korrelációt mutattak a traumatikus élményekkel és a szorongó kötődéssel. Ezek az eredmények arra engednek következtetni, hogy a maladaptív álmodozás kapcsolatban állhat számos funkcióterület

károsodásával: a maladaptív személyiségvonásokkal, a szelf szégyenteljes képével és a károsodott érzelemszabályozással. További regressziós vizsgálatok azt is feltárták, hogy a maladaptív álmodozás specifikusan kapcsolódott a traumatikus élmények, a karakterológiai szégyen és az elszakadás megnövekedett szintjéhez, továbbá az amnézia és a testi szégyen csökkent szintjéhez. Az eredmények arra mutatnak, hogy a maladaptív álmodozás egy globális válaszként jelenhet meg az egyén azon szükségletére, hogy izgalmat és örömet éljen meg olyankor, amikor teljesen más tendencia, a kapcsolatoktól való leválás van jelen, melyet a karakterológiai szégyen tovább erősít. A kutatók szerint lehet egyfajta kapcsolat a maladaptív álmodozás és a sérülékeny nárcisztikus személyiségvonások között. Ebben az esetben a fantáziák az egyén belső grandiozitás igényét elégítik ki, továbbá kompenzálják az elismerés, a hatalom és a bosszúállás iránti titkos vágyat, és mindeközben az egyén meg tudja tartani a másoktól való elszakadását, leválását.

2.9. A maladaptív álmodozás megjelenése specifikus klinikai csoportokban

A disszociatív identitászavar és a maladaptív álmodozás kapcsolata

A korábban bemutatott kvalitatív rajzvizsgálat (Somer, Somer és Halpern, 2019) arra hívta fel a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozás és a disszociatív identitászavar között látszólag átfedések lehetnek. A hasonlóságok a két zavar között különösen akkor tűnnek ki, amikor a disszociatív identitászavar rengeteg (akár több száz) alter személyiséggel és komplex belső terekkel jelenik meg (Ross, 2018). A legtöbb esetben mégis két különálló zavarról van szó, ugyanis a disszociatív identitászavar esetén általában a belső világ nem kidolgozott, nincs szó a karakterek széles köréről, a személy nem tölt el órákat megszállottan az álomvilágába merülve, és nincsenek komplex, folyamatosan formálódó forgatókönyvszerű történetek, melyek a személy belső valóságában játszódnak. A maladaptív álmodozás esetében a karakterek sosem nyernek végrehajtói hatalmat, és nem beszélnek a terapeutához sem, ha mégis, akkor valószínűleg disszociatív identitászavarról lehet szó. A szerző szerint lehetnek azonban olyan esetek is, amikor a két zavar valóban átfed egymással vagy együtt jelenik meg (Ross, 2018).

Ross, Ridgway és George (2020, 2.o.) összefoglaló táblázatukban áttekintést nyújtanak a disszociatív identitászavar és a maladaptív álmodozás hasonlóságairól és különbségeiről, melyek a 3. táblázatban láthatók. A disszociatív identitászavar és a maladaptív álmodozás közös jellemzője, hogy a személyek egy belső karakterkészlettel rendelkezhetnek, azonban lényeges különbség, hogy a maladaptív álmodozók felismerik, hogy a karakterek a tudatos

képzeti működésük eredményei, míg a disszociatív identitászavarban szenvedő beteg nem. A disszociatív identitászavaros betegek jellemzője továbbá, hogy a belső szelfeket valósnak és önmaguktól különálló személyekként élik meg, és gyakori, hogy az egyes részek nem ismerik fel, hogy ugyanazon testben laknak. A részekre jellemző lehet, hogy nem tudják, hogy milyen év van, továbbá az is, hogy azt gondolják, hogy a gazdaszemélyiséget meg tudják ölni, anélkül, hogy ez érintené őket. Jellemző lehet a részek között váltás, a végrehajtó kontroll átváltása és az amnézia azokra az időszakokra, amikor más részeké a végrehajtó kontroll. A felsorolt jellemzők nem fordulnak elő a maladaptív álmodozók esetében.

3. táblázat Különbségek és hasonlóságok a disszociatív identitászavar és a maladaptív álmodozás között (Ross, Ridgway és George, 2020, 2.o.)

Klinikai jellemző	DID	MD
Belső karakterkészlet	+	+
A személy felismeri, hogy a karakterek tudatos képzelgések	-	+
A belső szelfeket valós, különálló személyekként éli meg	+	-
Gyakran a részek nem ismerik fel, hogy ugyanabban a testben élnek	+	-
Gyakran néhány rész nem tudja, hogy milyen év van	+	-
A részek azt hiszik, hogy meg tudják ölni a gazdaszemélyiséget, és ez nem érinti őket	+	-
A végrehajtó kontroll átváltása (switching)	+	-
Amnézia azokra az időszakokra, amikor más részeké a végrehajtó kontroll	+	-

Rövidítések: DID, disszociatív identitászavar; MD, maladaptív álmodozás

A szerzők szerint, habár a két zavar számos lényeges tekintetben eltér egymástól, mégis előfordulhat a disszociatív identitászavaros pácienseknél, amennyiben igen nagy számban fordulnak elő különböző identitású állapotok, hogy a belső karakterek komplexitása és kidolgozottsága, és ezek interakciói hasonlóságot mutatnak a maladaptív álmodozás ugyanezen jellegzetességeivel. Ezért a kutatók a vizsgálatukban (Ross, Ridgway és George, 2020) azt a célt tűzték ki, hogy nagyfokú disszociációval jellemezhető pszichiátriai betegek körében (N=100) felmérjék a maladaptív álmodozás előfordulását. Az eredmények értelmében elmondható, hogy a maladaptív álmodozás és a disszociáció között erős

kapcsolat mutatkozik, mind a tünetek, mind a diagnosztizálható zavarok szintjén. A disszociatív identitászavarral diagnosztizálható betegek körében a maladaptív álmodozás magasabb foka volt jellemző (átlagos MDS-16 pontszám 36,4), szemben azon személyekkel, akik nem diagnosztizálhatók disszociatív identitászavarral (átlagos pontszám 7,1). Továbbá a maladaptív álmodozással azonosítható személyek sokkal több disszociatív tünetről számoltak be, valamint a Disszociatív Zavarok Interjú Vizsgálata (The Dissociative Disorders Interview Schedule, Self-Report Version, DDIS-SR) által mért disszociatív identitászavar másodlagos jellemzői is gyakrabban fordultak elő körükben, szemben a nem maladaptív álmodozókkal. A szerzők szerint vannak olyan esetek, amikor disszociatív identitászavar a maladaptív álmodozás tünete nélkül jelenik meg és vice versa. Ugyanakkor a kutatók arra is felhívják a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozás és disszociáció közötti kapcsolat bizonyos klinikai csoportokban erősebb lehet, mint más csoportokban.

Összességében elmondható, hogy különösen hasznos lehet a maladaptív álmodozás jelenségének ismerete a disszociatív identitászavar esetkonceptualizációjában, illetve a terápia tervezésében is, ugyanis a komplex belső világokról való gondolkodás egészen új szempontjait kínálhatja a terapeuták számára (Ross, 2018).

A maladaptív álmodozás előfordulása gyermekkori szexuális abúzust elszenvedő nők körében

Abu-Rayya, Somer és Knane (2020) a maladaptív álmodozás megjelenését vizsgálta olyan nők körében, akik gyermekkori szexuális abúzus áldozatai voltak (N=99). A maladaptív álmodozást mérő szűrőkérdőív (Somer és mtsai, 2017a) vágóértéke alapján a traumatizált vizsgálati csoportban a potenciális maladaptív álmodozás előfordulása 33%-os, míg a kontrollcsoportban 19%-os volt. Fontos megjegyezni, hogy biztos diagnózist és pontos gyakorisági adatokat azonban csak a maladaptív álmodozás azonosítására szolgáló strukturált klinikai interjú segítségével lehetne meghatározni. A vizsgálat megerősíti a korábbi feltevéseket (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b) mi szerint, vannak olyan gyermekek, akik rendelkeznek az élénk fantáziálás képességével, és ez a képesség különösen vonzó és jutalmazó, ha a gyermek ártalmas körülményeket szenved el. Az álmodozásba való belemerülés csillapíthatja az averzív élmények hatását, és a negatív megerősítő hatások végett növekedhet a fantáziatevékenység iránti sóvárgás, mely végül addiktív mértéket ölthet. A vizsgálat eredményei arra is rávilágítottak, hogy azon vizsgálati személyek, akik szexuális abúzus áldozatai voltak, és a szűrőkérdőív alapján maladaptív álmodozóként azonosíthatók, magasabb fokú szociális fóbiáról, szociális izolációról, depresszióról,

szorongásról, pszichés distresszről számoltak be, szemben azon áldozatokkal, akik nem érték el a maladaptív álmodozás vágóértékét. Pontosabb következtetések levonására, azaz, hogy ezen pszichoszociális problémák a maladaptív álmodozás kialakulását megelőzték, vagy annak következményeként jöttek létre, longitudinális vizsgálatok végzése adna lehetőséget.

A maladaptív álmodozás előfordulása egykori szerhasználók körében

Somer, Abu-Rayya és Nsairy Samaan (2019) 180 izraeli arab férfi körében mérte fel a maladaptív álmodozás előfordulását. Ezen vizsgálati személyek egy része (n= 100) korábban szerhasználó volt, azonban a vizsgálat időpontjában szerhasználatra specializálódott szakember felügyelete és gondozása alatt állt; a másik vizsgálati csoport kontrollszemélyekből állt (n=80). Az eredmények értelmében az egykori szerhasználók körében gyakrabban fordult elő a maladaptív álmodozás jelensége, ugyanis ezen vizsgálati csoport 16%-a érte el az MDS-16 (Somer és mtsai, 2017a) vágóérték pontszámát, míg a kontrollcsoport egyetlen tagja sem. A pontosabb felmérés végett, a kutatók egy strukturált klinikai interjút is alkalmaztak (Somer és mtsai, 2017a) a maladaptív álmodozás diagnosztizálására, mely alapján az egykori szerhasználók körében 5%-os a maladaptív álmodozás minimum prevalenciája. A két mérőeszköz közötti diszkrepancia, azaz, hogy a szűrőkérdőív által azonosított 16 személy közül (amiből 13 személy volt elérhető az interjúkor), mindössze 5 személy teljesítette a maladaptív álmodozás diagnosztikai feltételeit a klinikai interjú alapján, abból adódhat, hogy 8 személy nem számolt be a maladaptív álmodozással kapcsolatos distresszről és alkalmazkodási zavaráról az interjú során. Valószínűleg ezen személyekre jellemző az immerzív álmodozás, a zenehallgatás és kineztéziás tevékenység végzése az álmodozás közben, azonban számukra az álmodozás hatása jótékony lehet (különösen az absztinencia időszakában), miközben a maladaptív álmodozás káros hatásait minimalizálni tudják – feltehetően az absztinenciával együttjáró jobb mentális állapotnak és funkcionalitásnak köszönhetően. A vizsgálat további eredménye szerint az egykori szerhasználók körében szignifikánsan gyakrabban fordult elő gyermekkori traumatizáció, továbbá gyakrabban éltek meg aktuális disszociatív élményeket, mint a kontrollcsoport. A szerzők által felállított mediációs modell értelmében a gyermekkori traumatizáció (és kiváltképp az érzelmi elhanyagolás) és a disszociatív élmények közötti kapcsolatot részben a maladaptív álmodozás mediálja. A szerhasználók csoportján belül tehát azok a személyek, akik gyermekkori traumatizáció áldozatai voltak, különösen veszélyeztetettek nemcsak a disszociáció, hanem a maladaptív álmodozás zavarának kialakulására is.

2.10. Terápiás megfontolások

2.10.1. A 25 éves Ben esete

Az esettanulmány (Somer, 2018) egy 25 éves, egyedülálló, izraeli egyetemistát mutat be, aki már gyermekkorában erős hajlammal bírt az álmodozásra, ugyanakkor nem fordult elő ártalmas élmény a gyermekkorában, biztonságos környezetben nőtt fel. Bár az álmodozás élvezetes számára, mégis súlyos következményekkel bír a mindennapi életére nézve. Koncentrációs problémákkal, depresszióval és a túlzott álmodozás tüneteivel keresett fel egy terapeutát, aki azonban az álmodozást az ADHD tüneteként azonosította, majd később egy pszichiáter Ritalint írt fel a tünetekre. A gyógyszer hatására javult a koncentrációs képessége, ugyanakkor a gyógyszer 50%-kal megnövelte az álmodozással töltött időt, így annak szedését felfüggesztette és a hat hónapja tartó pszichoterápiát megszakította. Később a fiatalember elsősorban a problémás álmodozással kereste fel Somer professzort, ugyanis ez a tevékenység akadályozta a tanulmányait, a zenei karrierjét, károsította a szociális életét és a szerelmi életét. Az életében több addiktív viselkedés és mentális tevékenység is jelen volt: az álmodozás, mely elszakadást kínált számára az unalom és az aggodalmak elől, a túlzott internethasználat, mely szintén menekülésként szolgált, illetve a vágyott jövőről szóló kényszeres gondolatok megjelenése. Mivel a maladaptív álmodozás kezelésére nem léteznek pontos irányelvek, így a szerző számos terápiás eszközt együttesen alkalmazott hat hónapon keresztül: motivációs interjú, kognitív viselkedésterápia, mindfulness tréning. Ezen módszerek jelentősen csökkentették a célviselkedések időtartamát (álmodozás, internethasználat), a mögöttes obszessziók megjelenését, és a különböző életterületeken (munka és szociális élet) megélt diszfunkció mértékét, továbbá a páciens képes volt kialakítani egy stabil romantikus kapcsolatot. Bár szubjektíve csökkentek a tünetek, ugyanakkor az objektív mutatók, mint az MDS-16 pontszáma és az álmodozás okozta öröm mértéke csak enyhébb változást mutatott.

2.10.2. Gyógyszeres kezelés és szerhasználat

Egy, a maladaptív álmodozás kutatását tekintve viszonylag korai esettanulmány (Schupak és Rosenthal, 2009) egy 36 éves, magasan képzett, egyedülálló női páciens mutat be. A páciens régóta küzd a maladaptív álmodozással, mely súlyos distresszt okoz számára, azonban semmilyen más mentális probléma nem fordult elő az esetében és nem számolt be ártalmas gyermekkori élményekről sem. A maladaptív álmodozás bár nem gátolta a professzionális előmenetelét, mégis az állandó titkolózás, a jelenség rejtegetése a fontos, intim kapcsolatok kiépítésének akadálya lett, és megnehezítette a valóság és a belső világ

közötti egyensúly fenntartását. A tanulmány szerint a páciens tíz éve áll kezelés alatt, mely során pozitívan reagált a fluvoxamin terápiára, amely elősegítette az álmodozás feletti kontroll gyakorlását. Ez az eredmény felveti annak a lehetőségét, hogy a maladaptív álmodozók körében előfordulhatnak neurokémiai rendellenességek.

Egy későbbi vizsgálat (Ross, West és Somer, 2019) arra a kérdésre kereste a választ, hogy a maladaptív álmodozók körében milyen mértékben van jelen a rekreációs droghasználat, a pszichotróp gyógyszerek szedése, továbbá ezen szerek milyen hatással bírnak az álmodozásra. A kutatás a maladaptív álmodozáshoz kapcsolódó fórumok, közösségi oldalak, weboldalak segítségével toborozta a vizsgálati személyeket (N=202), akik közül 166 fő érte el az MDS-16 vágóértékét. Az eredmények alapján, a teljes mintát elemezve – annak érdekében, hogy a problémás álmodozás szélesebb spektrumáról nyújtsanak képet –, egyetlen gyógyszer vagy drog sem mutatkozott konzisztensen hatékonynak, sem extrém mértékben károsnak az álmodozás tüneteire nézve (lásd Ross és mtsai, 2019, 78.o., 1. táblázat). A kannabiszhasználatról elmondható, hogy a használók (n=118) 50%-a vallotta, hogy a szer hatására az álmodozás tünetei enyhén vagy jelentősen növekedtek, míg 26,3% szerint a tünetek enyhén vagy jelentősen csökkentek. Az alkoholfogyasztás esetében (n=64), 37,5% esetében növekedtek az álmodozás tünete, míg 34,4%-nál enyhén vagy erőteljesen csökkentek. A vizsgálati személyek körében gyakori volt azonban, hogy a szer- vagy alkoholhasználat társaságban valósult meg, így az álmodozás lecsökkenése a szerhasználat során részben a társas közegnek is tulajdonítható. Az antidepresszánsokat tekintve a használók (n=159) 30,8%-a vallotta, hogy enyhén vagy erőteljesen csökkentette a tüneteket (szemben a 13,2%-kal, akiknek növelte a tüneteit). SSRI (szelektív szerotonin visszavétel-gátlók) szedése (n=114) 9,6% esetén enyhén vagy nagyobb mértékben növelte az álmodozást, míg 35,1%-nál csökkentette a tüneteket bizonyos mértékben. Az antipszichotikumok használatát (n=42) tekintve a személyek 9,5%-nál állt fenn bizonyos fokú fokozódás az álmodozás tüneteiben, míg 35,7% esetében enyhén vagy erőteljesen csökkentette a tüneteket. Ezen korlátozott érvényű eredmények alapján az mondható el, hogy a maladaptív álmodozás esetében, amennyiben gyógyszerhasználatra kerül sor, az antidepresszáns tűnik az észszerű választásnak, talán azért is, mert gyakori a komorbid depresszív zavar, illetve obszesszív–kompulzív zavar (Somer és mtsai, 2017b). Az antidepresszánsokat tekintve pedig az SSRI lehet a megfelelő választás, amennyiben gyógyszerhasználatra kerül sor. A marijuanahasználat kontraindikáltnak tűnik az eredmények fényében. A szerzők úgy vélik, hogy habár nincsenek kontrollált és bizonyítékon alapuló vizsgálatok sem a gyógyszerelés, sem a pszichoterápia hatásait

tekintve, sőt sok maladaptív álmodozó a standard mentálhigiénés szolgáltatásokat sem találta hatékonynak, mégis az érintettek körében a pszichoterápiás és pszichoszociális intervenciókat javasolják elsődleges kezelési irányelvként (Ross és mtsai, 2019).

2.10.3. Egyéb terápiás megfontolások

A maladaptív álmodozás szakirodalma a zavar mielőbbi felismerésének szükségessége, illetve a tünetek adekvát diagnosztizálására hívja fel a szakemberek figyelmét (Somer és mtsai, 2016a). Korábbi vizsgálatok alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a maladaptív álmodozók komplex pszichiátriai problémákkal rendelkeznek, számos DSM-5 zavar kritériumát teljesítik (pl. ADHD, szorongásos, depresszív, kényszeres zavar) és a komorbiditás profiljuk igen szélesnek bizonyulhat (Somer és mtsai, 2017b). Kutatások azt is megállapították, hogy a maladaptív álmodozás tünetei nem szűnnek meg csupán azáltal, ha az érintettek más, komorbid zavar diagnózisával kerülnek kezelésbe és nem a problémás álmodozással, ezért nagyon fontos a maladaptív álmodozással kapcsolatos tudás kiterjesztése, hogy a zavar fel nem ismerése, mellőzése vagy félrediaosztizálása elkerülhető legyen (Somer és mtsai, 2017a, 2017b). A terápia során előfordulhat az is, hogy a gyógyszeres kezelés enyhíti a komorbid tüneteket (pl. depresszió, szorongás), de a maladaptív álmodozásra nem gyakorol hatást (Somer és mtsai, 2016a). Egy vizsgálat alapján az is látható (Ross és mtsai, 2019), hogy nincs olyan specifikus gyógyszer vagy rekreációs szer, amely egyértelműen csökkentené a maladaptív álmodozás tüneteit vagy egyértelműen kártékony lenne (a marihuána-használat tűnik egyértelműen elkerülendőnek). A korlátozott kutatási eredményekre támaszkodva a kutatók azt javasolják, hogy a maladaptív álmodozók esetében az elsődleges kezelési forma a pszichoterápiás és/vagy pszichoszociális intervenciók végrehajtása legyen, míg amennyiben gyógyszeres terápiára lenne szükség, az SSRI kezelés tűnik megfelelő választásnak.

A maladaptív álmodozók számára – a korábbi sikertelen kezelési törekvések, illetve a zavart övező rendkívüli szégyenérzet miatt –, maga a probléma nevén nevezése, validálása, annak felismerése, hogy mások is küzdenek a problémás álmodozással, továbbá annak ismerete, hogy jelentős erőfeszítések, kiterjedt kutatások folynak a zavar minél pontosabb feltérképezésére, nagy megkönnyebbülést jelenthet (Somer és mtsai, 2017b).

Soffer-Dudek és Somer (2018) vizsgálata alapján látható, hogy a maladaptív álmodozás közeli kapcsolatban áll az OCD zavarral és az addiktív tünetekkel, így a szerzők terápiás javaslata a kognitív viselkedésterápiás módszerek alkalmazására irányul, elsősorban a válaszmegelőzésre fókuszálva, ez által csökkentve a problémás álmodozás előfordulását. A

mindfulness technikák is hasznosak lehetnek, ugyanis a jelen pillanatra fókuszálás segíthet a disszociatív állapotok csökkentésében.

A kutatók pszichoterápiás javaslatait tekintve összességében elmondható, hogy a maladaptív álmodozók körében különösen jelentős lehet a pontos és részletes előtörténet, a múltbeli, gyermekkori emlékek feltérképezése, továbbá az aktuális élmények feltárása is, hiszen csak így lehet pontos képet nyerni a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó tényezőkről (Ferrante és mtsai, 2020). A vizsgálatok alapján látható, hogy a maladaptív álmodozókkal végzett terápiás munka során, különösen azok esetében, akik gyermekkori traumatizáció áldozatai, fontos kiindulópont egy olyan terápiás kapcsolat megteremtése, mely az érzelmi biztonság és a valóságban való lehorgonyzás színterét jelenti a páciens számára. Egy ilyen biztonságot és valós kapcsolatot nyújtó közegben lehetővé válhat az érzelmi traumákkal való szembenézés. Továbbá egy megbízható terapeuta–kliens kapcsolat elengedhetetlen ahhoz is, hogy a maladaptív álmodozást övező intenzív szégyen, büntudat és titoktartás feloldható legyen, és az álmodozás rendkívül privát, szenzitív tartalmai megoszthatóvá váljanak a kezelőszeméllyel. A maladaptív álmodozók terápiájának fontos kiindulópontja tehát a kapcsolati biztonság megteremtése, megőrzése, megszilárdulása a páciensben, a belső állapotokra való tudatosság és nyitottság felkeltése és a megfelelő érzelemszabályozási stratégiák kidolgozása (Ferrante és mtsai, 2020; Somer, 2002).

A jelen tanulmányban ismertettünk egy olyan pszichoterápiás esettanulmányt, amely a maladaptív álmodozás tüneteinek enyhítését és a jobb életminőség megteremtését tűzte ki célul. A 25 éves páciens tüneteinek enyhítésére a terapeuta kognitív viselkedésterápiás módszereket és mindfulness tréninget alkalmazott, mely a terápia kiindulópontjához képest mind a hat hónapos kezelés során, mind az utánkövetés időszakában pozitív hatásokat eredményezett (pl. csökkent az álmodozással töltött idő és az internethasználat, javult a munkához és társakhoz való alkalmazkodás). Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy a maladaptív álmodozók körében az esetleges gyermekkori trauma felmérése és a kötődési stílus vizsgálata mindenképpen fontos terápiás kiinduló pont lehet, és bizonyos esetekben a kognitív és viselkedésterápiás módszereken kívül indokolt lehet áttétel fókuszú pszichodinamikus pszichoterápiás stratégia alkalmazása is (Somer, 2018).

2.11. Vizsgálati célok

Kutatásunk legfőbb célja, hogy felhívjuk a figyelmet a maladaptív álmodozás jelenségére, és mielőbbi felismerésének fontosságára a gyakorló szakemberek, a kutatók és a laikusok körében. A zavar pontos azonosításához és adekvát felméréséhez elengedhetetlen a megfelelő mérőeszközök használata. A kutatásunk első célja ennek értelmében a maladaptív álmodozók szűrésére szolgáló mérőeszköz, a Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16, Somer és mtsai, 2017a) adaptálása magyar nyelvre. További céljaink közé tartozik a maladaptív és a nem maladaptív álmodozás közt megbízhatóan differenciáló vágóérték meghatározása, illetve a skála validitásának és alkalmazhatóságának tesztelése magyar mintán.

Vizsgálataink második célja a jelenség fenomenológiai jellemzőinek azonosítása, a maladaptív álmodozók szubjektív megélésének kvalitatív módszertannal történő vizsgálata. Harmadik átfogó célunk a problémás álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezők feltárása, kiemelten vizsgálva a gyermekkori traumatikus élmények, a disszociatív hajlam, a kötődési mintázat és az érzelemszabályozási nehézségek jelentőségét.

A maladaptív álmodozás területén végzett kutatásunk hiánypótló szerepet tölt be, ugyanis korábban nem történt hasonló jellegű vizsgálat Magyarországon. Magyar nyelven ez idáig nem volt elérhető megfelelő mérőeszköz a jelenség szűrésére, nem rendelkezünk a maladaptív álmodozás megjelenési formájára, megélésének jellegzetességeire vonatkozó hazai adatokkal. Továbbá a jelen vizsgálat volt az első törekvés, amely kiemelten a problémás álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezőket igyekezett vizsgálni hazánkban. Kutatásunkban három fő célt határoztunk meg, és ezeken belül specifikus célkitűzéseket fogalmaztunk meg.

(1) A maladaptív álmodozás szűrésére szolgáló skála adaptálása, vágóértékének meghatározása, megbízhatóságának és alkalmazhatóságának tesztelése

1.1 célkitűzés: Kutatásunk első célja a maladaptív álmodozás jelenségének szűrésére szolgáló eszköz, a Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16; Somer és mtsai, 2017a) adaptálása magyar nyelvre és pszichometriai jellemzőinek felmérése. Korábbi kutatások megállapították, hogy a mérőeszköz jó pszichometriai mutatókkal bír és megbízhatóan alkalmazható jövőbeli klinikai vizsgálatok során (pl. Schimmenti és mtsai, 2019; Somer és mtsai, 2017a). Bár az eddigi kutatások (Abu-Rayya és mtsai, 2019; Jopp és mtsai, 2018; Schimmenti és mtsai, 2019; Somer és mtsai, 2016) az MDS skálák különböző

faktorszerkezetét azonosították (a 14 ítemes skála esetében három faktoros, a 16 ítemes skála esetében két faktoros), azt is megállapították, hogy a skála itemei mind tematikusan, mind alapvető tartalmukat tekintve szorosan kapcsolódnak egymáshoz, így egyetlen összesített pontszám használatát javasolták az egyes faktorok szerinti elemzések helyett. A jelen tanulmánynak nem célja az MDS-16 magyar változatán (MDS-16-HU) a faktorszerkezet vizsgálata, hanem Somer és munkatársainak ajánlására (Somer és mtsai, 2016. 85.o.), és a korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan, egy összesített átlagpontszámot számoltunk a potenciális maladaptív álmodozó státusz meghatározására.

Az MDS-16-HU konvergens validitásának felmérését az abszorpció jelensége által kívántuk megvalósítani. A korábbi vizsgálatok alapján egyértelműen elmondható, hogy a túlzott álmodozók rendelkeznek a fantáziavilágban való mély elmerülés képességével, az álmodozások során intenzív jelenlétélményt élnek át (Bigelsen és mtsai, 2016). A kutatások eredményei szerint a maladaptív álmodozás jelensége szorosan kapcsolódik az abszorpció konstrukciójához (Somer, 2018; Somer és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016b). Fontos figyelembe venni, hogy bár mind a maladaptív álmodozás, mind az abszorpció intenzív és változatos – szenzoros és affektív jellemzőkkel társuló – élmények megélését facilitálhatja, lényegi különbségek húzódnak a két jelenség között. Míg az abszorpció a pozitív és negatív érzések, testérzetek, emlékek és események felfokozott megtapasztalását elősegítő képesség (Somer és mtsai, 2011), addig a maladaptív álmodozás egy abszorptív, ugyanakkor addiktív, kompulzív jellegű klinikai jelenség, mely jelentős distresszt, funkcióvesztést, szégyenérzetet okoz az érintetteknek (Pietkiewicz és mtsai, 2018). A két jelenség közötti hasonlóságok megítélése végett a skála validitásának felméréséhez az abszorpciós élmény és a maladaptív álmodozás közötti kapcsolat elemzését választottuk.

1.2 célkitűzés: Második célunk a mérőeszköz (MDS-16-HU) magyar vágóértékének meghatározása, mely által könnyebben differenciálható a maladaptív álmodozók csoportja a nem maladaptív álmodozók csoportjától. Számos korábbi vizsgálat során (Abu-Rayya és mtsai, 2019; Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Jopp és mtsai, 2018; Schimmenti és mtsai, 2019; Somer és mtsai, 2016a, 2016b) az önbevalláson alapuló maladaptív álmodozó státuszt alkalmazták, mint a vizsgálati személyek kategorizálásának elsődleges indikátora. Fontos megjegyezni, hogy a maladaptív álmodozás területén végzett kutatások kezdetén mérőeszközök híján az önbevalláson alapuló álmodozó státusz mutatkozott az azonosítás lehetséges kiindulópontjának. Az MDS-16 vágóértékét a mérőeszköz különböző nyelvekre történő adaptálása és validálása során minden esetben meghatározták: az MDS-16 angol nyelvű eszköz vágóértékét 40 pontnál határozták meg

(Soffer-Dudek, 2021; Somer és mtsai, 2017a), olasz mintán Schimmenti és munkatársai (2019) 51 pontos vágóértékek találtak, míg az arab MDS-16 (Abu-Rayya és mtsai, 2019) vágóértékét 45 pontnál kalkulálták a kutatók. Ezek a vágóértékek az adott kultúrában megbízhatóan különítették el az önbevallás alapján azonosított maladaptív álmodozókat a kontrollszemélyektől. A jelen vizsgálatban az önbevalláson alapuló álmodozó státusz mellett további két kritérium alkalmazásával szűrtük a lehetséges problémás álmodozókat és a nem problémás álmodozókat, ez által szigorítottuk a beválogatási kritériumokat és határoztuk meg később a vágóértéket. A három beválogatási kritérium részletesen ismertetésre kerül a dolgozat 3.2.1-es pontjában.

1.3 célkitűzés: Következő célunk az MDS-16-HU skála alkalmazhatóságának és megbízhatóságának tesztelése a gyakorlatban: a mérőeszköz magyar vágóértéke által felállított csoportokat, a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjait kívántuk összehasonlítani a gyermekkorban átélt averzív élményeik tekintetében. Vizsgálatunk kiemelt célja, hogy egy olyan mérőeszközt nyújtsunk, amely megbízható, valid és hasznos lehet mind a kutatók, mind a klinikai munkát folytató szakemberek számára. A kérdőív gyakorlati használhatóságának „tesztelésére” azért választottuk a gyermekkori averzív élményeket mérő rövid Ártalmas Gyermekkori Élmények Kérdőívet (ACE-10), mert kutatásunk egyik későbbi célkitűzése a zavar esetleges traumaeredetének részletesebb vizsgálata volt. Így érdemesnek látszott egy olyan kérdőívet használni már a kutatás ezen szakaszában és célkitűzésében, mely a későbbi, traumaeredetet vizsgáló célkitűzésünk elővizsgálatának tekinthető. Mivel a korábbi nemzetközi kutatások ellentmondásos eredményeket közöltek a maladaptív álmodozás traumaeredetével kapcsolatban, így elővizsgálatunk részben azt is segítette, hogy a jelenség traumaeredetével kapcsolatban előzetes eredményekre juthassunk.

A traumaeredet hipotézis szerint (Somer, 2002) a maladaptív álmodozás kialakulásában az egyik lehetséges tényező a gyermekkorban elszenvedett averzív élmények átélése. További kutatások azonban nem találtak lényeges különbséget a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjai között a gyermekkori ártalmas élmények tekintetében, mely alapján elképzelhető, hogy a gyermekkori traumatizáció nem szükséges és nem elégséges feltétele a maladaptív álmodozás kialakulásának (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011). Más vizsgálatok szerint a gyermekkori traumatizáció és a maladaptív álmodozás kapcsolatát egyéb tényezők mediálják (Ferrante és mtsai, 2020; Somer és Herscu, 2017).

Mindezen kutatások alapján a maladaptív álmodozás és a gyermekkorban elszenvedett ártalmas élmények kapcsolata ellentmondásos, és ennek a kérdésnek a tisztázása további

kutatásokat igényel. Kutatómunkánk ezen szakasza kettős célkitűzésű: egyrészt az MDS-16-HU vágóérték gyakorlati alkalmazhatóságának tesztelése; másrészt célunk a magyar vágóérték által elkülönített csoportokban az ártalmas gyermekkori élmények felmérése egy rövid önbevallásos mérőeszköz segítségével. Ez által igyekszünk pontosabb képet nyerni a traumatikus élmények potenciális szerepéről a maladaptív álmodozás kialakulásában.

(2) A maladaptív álmodozás jelenségének fenomenológiai vizsgálata

Ezen vizsgálatunk célja az MDS-16-HU vágóértéke alapján kiszűrt maladaptív álmodozók körében a maladaptív álmodozás jellemzőinek azonosítása. Korábbi tanulmányok alapján (Bigelsen és Schupak, 2011; Bigelsen és mtsai, 2016; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b) feltételeztük, hogy a maladaptív álmodozók egymással összhangban hasonló tartalmakról, triggererekről, érzésekről számolnak be. Feltételeztük, hogy az álmodozás leggyakrabban a szelfre, illetve a társas kapcsolatokra irányul (Somer és mtsai, 2016a). Az álmodozás gyakori funkciója a vágyteljesítés és az érzelemszabályozás (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer, Abu-Rayya és Brenner, 2020), így feltételeztük, hogy a vizsgálati személyek életében hasonló funkciót tölt be a túlzott mértékű álmodozás. A legfontosabb triggererek és fenntartó tényezők közé tartozik a zenehallgatás és a kineztezia (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016b), ezek megjelenését szintén vártuk a kitöltők körében. A maladaptív álmodozás súlyos következményei közé tartozik többek közt a szenvedésnyomás és funkcióromlás az élet különböző területein (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016b), valamint a rendkívüli idővesztesség, kontrollvesztettség érzése (Bigelsen és Schupak, 2011). Feltételeztük, hogy a problémás álmodozók körében ezek a hátrányok megjelennek. További súlyos következménye a maladaptív álmodozásnak a rendkívüli szégyenérzet, mely miatt a problémás álmodozók többsége titkolja tevékenységét (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2009; Somer, 2002). Így a fokozott szégyenérzet megjelenését és az álmodozás titokban tartásának kifejezett igényét is feltételeztük a kitöltők körében. Az álmodozás azonban egy jutalmazó tevékenység is (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a), más addiktív viselkedésformákhoz hasonlóan (Pietkiewicz és mtsai, 2018), így a káros következmények okozta negatív érzések mellett pozitív érzések megjelenését is vártuk a vizsgálatunkban.

(3) A maladaptív álmodozás lehetséges etiológiai szegmenseinek és patomechanizmusainak feltérképezése

3.1. célkitűzés: A jelen vizsgálatban a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezők azonosítása a célunk, kiemelt hangsúllyal a gyermekkori traumatikus élmények részletes vizsgálatára. Mint az 1.3. cél meghatározáskor ismertetésre került, az eddigi nemzetközi kutatások ellentmondásos eredményeket mutattak a gyermekkori traumatizáció és a maladaptív álmodozás kapcsolatáról (Somer, 2002; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer és mtsai, 2016a; Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és Herscu, 2017; Somer, Abu-Rayya és Nsairy Samaan, 2019; Abu-Rayya, Somer és Knane, 2020). Bár vizsgálatunk első szakaszában (1.3. célkitűzés) a gyermekkori traumatikus élmények felmérése elsősorban az MDS-16-HU skála alkalmazhatóságának meghatározására szolgál, választásunk azért esett épp a traumatizáció felmérésére szolgáló kérdőívre, mert ezt a lehetséges etiológiai szempontot már vizsgálatunk kezdeti szakaszában is fontosnak véltük. Elővizsgálatunk eredményeinek tükrében ezen szakaszban részletesebben is felmérésre kerül az egyes traumatípusok (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás; elhanyagolás; szeparáció; szemtanúság; alkohol és szerhasználat és egyéb traumák) megjelenése és súlyossága a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjaiban, két életkori szakaszban: 0-tól 6 éves korig és 7-től 12 éves korig.

3.2. célkitűzés: Vizsgálatunk kiterjed a disszociatív élmények előfordulásának feltérképezésére is a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjaiban. A szakirodalmi áttekintés 2.6-os pontjában részletesen bemutatásra kerültek a maladaptív álmodozás és a disszociáció kapcsolatára vonatkozó kutatások. Láthattuk, hogy Somer (2002) korai vizsgálatában a maladaptív álmodozást a disszociatív jelenségekkel hozza párhuzamba; egy későbbi vizsgálat feltárta azt is, hogy a maladaptív álmodozással diagnosztizálható személyek körében a disszociatív zavarok előfordulása 12,82%-os volt (Somer és mtsai, 2017b). Somer és munkatársai (2016) részletesen is vizsgálták a maladaptív álmodozás és a disszociatív élmények közötti kapcsolatot, és eredményeik értelmében a maladaptív álmodozás erős korrelációt mutat a disszociatív abszorpcióval és kisebb mértékben korrelál az amnézia és a deperszonalizáció/derealizáció élményekkel. Az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozás erősebben kapcsolódik az intenzív abszorpcióhoz, és kevésbé a disszociatív spektrum patológiás végpontjait képviselő jelenségekhez. Vizsgálatunk célja volt, hogy a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjait összehasonlítsuk a disszociatív élményeik tekintetében:

felmértük az abszorpciós élményeiket, az identitászavar, a kontrollvesztés élményeit és az amnéziás tünetek előfordulását is.

3.3. célkitűzés: További célunk a gyermekkori traumatizáció, a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás kapcsolatának vizsgálata komplex modelleket alkalmazva. Fontosnak tartottuk azt tisztázni, hogy ezen jelenségek milyen kapcsolatban állnak egymással, és mely tényezők mutatkoznak specifikusan fontosnak a maladaptív álmodozásra nézve.

3.4. célkitűzés: További célunk a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók összehasonlítása a kötődési jellemzőik tekintetében. Tudomásunk szerint ez idáig egyetlen kutatás sem vizsgálta a maladaptív álmodozók kötődési jellemzőit. Ezért a kötődés és a maladaptív álmodozás kapcsolatának feltérképezése kutatásunk kiemelt célja volt. A maladaptív álmodozás területén végzett korábbi vizsgálatokból nyilvánvalóvá vált, hogy az álmodozások egyik jellemző funkciója a hiányok pótlása: a szeretet, az intimitás, a biztonság jelenik meg központi témaként a fantáziálás során (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). A fantáziavilágban minden érzelm és élmény megélhetővé válik, mely a valós életből hiányzik, megteremthető egy ideális, komfortos, nyugodt élet, mely sok esetben a valóság teljes ellentéte (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). Az elképzelt család és ideális kapcsolatok azonban olyannyira jutalmazóvá válhatnak a maladaptív álmodozók életében, hogy inkább a fantáziavilágukban visszavonultan élnek, és elhatárolják magukat a valóságtól (Somer és mtsai, 2016b; Somer és mtsai, 2019).

A maladaptív álmodozók körében a szakirodalom alapján feltárt tematikai és dinamikai jellegzetességek alapján feltételezzük, hogy a maladaptív álmodozás etiológiájában igazolhatók kötődési sérülések és az ezekből fakadó kötődési bizonytalanság.

3.5. célkitűzés: Utolsó célja a vizsgálatainknak, hogy képet nyerjünk arra vonatkozóan, hogy vannak-e különbségek a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók között az érzelemszabályozási nehézségek tekintetében. A szakirodalmi áttekintésből látható, hogy a maladaptív álmodozók számára a fantáziálás egy azonnali szükségletkielégítés szerepét tölti be, az álmodozások a pillanatnyi igényekhez igazodnak. A stressz élményét, a szorongásszintet, a magány és egyedüllét érzését, a szociális élet hiányosságait a képzelet világa tudja enyhíteni (Somer és mtsai, 2016a). A témában született tanulmányok (Greene, West és Somer, 2020; West és Somer, 2019), rámutatnak arra is, hogy a maladaptív álmodozás nem bizonyul hatékony érzelemszabályozási stratégiának, sőt, a gyengébb érzelemszabályozási képesség a maladaptív álmodozás tüneteinek magasabb fokával jár együtt. A maladaptív álmodozók körében végzett tanulmányok alapján feltételezzük, hogy

a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában bizonyos fokú érzelemszabályozási deficitek szerepet játszanak, mely meg fog mutatkozni a nem maladaptív álmodozókkal történő összehasonlítások tekintetében is.

3. MÓDSZEREK

3.1. A vizsgálat menete és körülményei

A PhD kutatást a Debreceni Egyetem Klinika Központ Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottságának és a Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyével végeztük. Etikai engedélyszám: RKEB/IKEB 5030-2018.

A korábban ismertetett vizsgálati céljainkat *két vizsgálati szakaszban* valósítottuk meg. A legelső vizsgálati fázis kvantitatív és kvalitatív módszertani megközelítést egyaránt magába foglalt. A kutatásunk második szakaszában kvantitatív módszertannal vizsgáldtunk.

Az első vizsgálati szakasz kvantitatív fázisának az volt a célja, hogy a maladaptív álmodozás szűrésére szolgáló kérdőívet adaptáljuk magyar nyelvre és felmérjük a skála pszichometriai jellemzőit (a skála megbízhatóságát, az abszorpció jelenségével mutatott konvergencia validitását és a skála alkalmazhatóságát), továbbá meghatározzuk a skála magyar vágóértékét, mely megbízhatóan differenciál a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók között.

Fontosnak tartottuk továbbá a kvantitatív módszertanon túl, a *kvalitatív* módszertan használatát is, mely lehetővé teszi, hogy az álmodozók élményeit, szubjektív megéléseit és az álmodozásról alkotott képét feltérképezzük. Az adatok felvételére, néhány zárt kérdéstől eltekintve, olyan metodológiát alkalmaztunk, mely esetben a kérdések kellőképpen rugalmasak és nyitottak ahhoz, hogy a vizsgálati személyek élményeit részletesen feltérképezzük. Ezen módszer ugyanis lehetővé teszi, hogy a résztvevők saját, az álmodozással kapcsolatos jelentéseiket megosszák, és ez által új jelentésegységeket lehessen feltárni (Willig, 2013). Másrészt viszont a kérdéseink előre rögzítettek voltak, nem változtak a kitöltők válaszainak függvényében, mivel nem személyes interjú keretében kerültek felvételre. A kérdések folyamatorientáltak voltak (Willig, 2013), arra kerestük a választ, hogy hogyan történik valami, azaz a maladaptív álmodozók hogyan élik meg az álmodozásaikat.

Az első vizsgálati szakaszban online felhívással, hólabda módszerrel toboroztuk a résztvevőket, akik egy internetes link segítségével érhatték el kérdőívcsomagunkat. A potenciális maladaptív álmodozók toborzása érdekében, továbbá azért, hogy egy viszonylag

új és ismeretlen jelenséggel kapcsolatban információt tudjunk gyűjteni és megosztani, a Facebook közösségi oldalon kutatócsoportunk létrehozott egy Túlzott álmodozás – Maladaptive daydreaming nevű zárt csoportot 2015-ben. A csoportnak jelenleg 177 tagja van. A zárt csoporton kívül, álmodozással és pszichológiai témákkal foglalkozó csoportokat felkeresve, továbbá a vizsgálatban résztvevők megosztásaival toboroztuk a kitöltőket. Az online kérdőívsomag a kutatási tájékoztató átolvasása után, a vizsgálatban való részvételhez történő hozzájárulással vált elérhetővé. Az internetes adatgyűjtést az indokolta, hogy kutatásunk célcsoportja más módon igen nehezen elérhető. Korábbi vizsgálatokból nyilvánvalóvá vált, hogy a maladaptív álmodozók mélységes szégyennel élnek meg tevékenységüket, mindent elkövetnek annak érdekében, hogy az álmodozás még közeli hozzátartozók, barátok előtt is rejtve maradjon, sőt olyan erőteljes a megaláztatástól való félelem körükben, hogy számos esetben egy bizalomteli terápiás kapcsolatban sem beszélnek kóros fantáziatevékenységükről (Somer és mtsai, 2016a; Bigelsen és Schupak, 2011). Az online felmérés más, nemzetközi kutatás (Bigelsen és Schupak, 2011; Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016; Abu-Rayya és mtsai, 2019; West és Somer, 2019) eredményei alapján is adekvátnak tűnt, ugyanis teljeskörű anonimitást, önkéntességet biztosít, továbbá elősegíti a nyílt és őszinte válaszadást. A vizsgálatban való részvétel tehát önkéntes, anonim módon történt, egyetlen beválogatási kritériumunk a 18. életév betöltése volt.

A *második vizsgálati szakasz* a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezőket hivatott felmérni: a gyermekkori traumatikus élményeket, a disszociatív hajlamot, a kötődési jellegzetességeket és az érzelemszabályozási nehézségeket. Ez a vizsgálat szintén online valósult meg. A kutatásban való közreműködésre egyrészt online felhívással, közösségi oldalak, csoportok segítségével, hólabda módszerrel toboroztuk a résztvevőket, akik egy internetes link segítségével érhatték el kérdőívsomagunkat. Másrészt a kérdőívsomagunk elérhetősége megosztásra került a Debreceni Egyetem valamennyi hallgatója körében egy, a Neptun-rendszeren keresztül kiküldött üzenetben. Az online kérdőívsomag a kutatási tájékoztató átolvasása után, a vizsgálatban való részvételhez történő hozzájárulással vált elérhetővé.

3.2. Vizsgálati személyek

3.2.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis

Az első kutatási fázis során a kérdőívsomag kitöltésére online beérkező 505 válasz közül 494 fő (414 nő, 80 férfi) válasza volt értékelhető; 11 válasz kizárásra került (egy üres kitöltés,

két ismétlődő adatbeküldés, nyolc 18 éven aluli kitöltő adata). Mivel a maladaptív álmodozás mérésére nem létezett magyar nyelven elérhető szűrő vagy diagnosztikus eszköz, így három beválogatási kritériumot alkalmaztunk a túlzott mértékben álmodozó személyek azonosítására. Az egyik kritérium az önbevalláson alapuló maladaptív álmodozó státusz (self-identified MDer status) volt, melyet a korábbi nemzetközi kutatások legfőbb szűrőkritériumként alkalmaztak a problémás álmodozók azonosítására (pl. Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Jopp és mtsai, 2018; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). Az online felületen megadott definíció alapján, melyet más, korábbi nemzetközi kutatásokban (Bigelsen és mtsai, 2016, 257.o.; Somer és mtsai, 2016b, 563.o.) alkalmazott definíciók alapján képeztünk, a vizsgálati személyek mérlegelték, hogy jellemző-e (igen vagy nem választási lehetőség) rájuk a maladaptív álmodozás jelensége: *„Olyan képzeleti képek és történetek, melyek jelenleg nem képezik valós életének részét. A túlzott nappali álmodozás stresszt okozhat, vagy gátolhatja a mindennapi életét”*. Ezt két további kritériummal, az álmodozás felett észlelt kontroll mértékével, illetve az álmodozás gyakoriságával egészítettük ki. E két kritériumot a vizsgálati csoportok pontosabb, megbízhatóbb azonosítása végett választottuk. Az álmodozás felett észlelt kontroll mértékét 0-tól (egyáltalán nem kontrollálható) 10-ig (teljes mértékben kontrollálható) terjedő skálán kellett a kitöltőknek meghatározni. A fantáziatevékenység fölött megélt kontrollvesztettség a maladaptív álmodozás egyik kulcsvonása, mely alapján leginkább differenciálhatóvá válik a nem maladaptív mértékű álmodozástól. A maladaptív álmodozók képtelenek ellenállni a sóvárgásnak, újra és újra visszatérnek fantáziavilágukba, és bármely kísérlet, mely az álmodozás felfüggesztésére vonatkozik, sikertelennek bizonyul (Bigelsen és Schupak, 2011). Az álmodozás túlzott gyakorisága, időigényes jellege szintén a jelenség kulcstényezője, így a harmadik beválogatási kritérium esetében öt opció közül választottak a kitöltők (naponta többször, naponta, hetente többször, hetente, havonta néhány alkalommal álmodoznak).

A túlzott mértékben álmodozók vizsgálati csoportjába végül azok a személyek kerültek, akikre az előbbieken leírt három kritérium egyidejűleg teljesült: önmagukat túlzott álmodozóként azonosították (igaznak vélték a maladaptív álmodozás definícióját önmagukra), az álmodozás fölött észlelt kontroll 0 és 5 közötti tartományba esett, és legalább naponta többször vagy naponta álmodoztak. Ez a három kritérium egyidejűleg a 494 főből 70 főre teljesült. A kontrollcsoportba azon személyek kerültek, akik a túlzott álmodozás definícióját nem tekintették magukra nézve igaznak, azaz az álmodozás nem okoz distresszt és funkcióromlást számukra, továbbá a tevékenységet erősen kontrollálhatónak élik meg (6

és 10 közötti tartomány), továbbá hetente, vagy csak havonta néhány alkalommal álmodoznak. Ez a három kritérium egyidejűleg a 494 főből 90 főre teljesült.

A végleges vizsgálati mintát, az előzetesen meghatározott három kritérium (önazonosítás, álmodozás felett észlelt kontroll mértéke, álmodozás gyakorisága) alapján 160 fő (16,25% férfi; 83,75% nő) alkotta. A legfiatalabb kitöltő 18 éves, míg a legidősebb 68 éves volt (átlagéletkor $33,77 \pm 11,09$). A kitöltők között családi állapotukat tekintve felülreprezentáltak voltak a kapcsolatban élők (64,38%) (párkapcsolat: 26,88%; élettársi kapcsolat: 15,63%; házastársi kapcsolat: 21,88%), egyedülálló volt a vizsgálat időpontjában 29,38%, elvált 4,38%, özvegy 1,88%. Az iskolai végzettségüket tekintve a mintánk több mint felét képezték a felsőfokú végzettségűek (63,13%) (főiskola: 15%; egyetem: 39,38%; posztgraduális képzés: 8,75%), az érettségizettek további 31,88%-ot, míg az általános iskolát befejezők 0,63%-ot. Az egyéb iskolai végzettség kategóriájába (4,38%) tartoztak a szakmunkásképzőt (1,88%), technikumot (1,25%), vagy felsőfokú szakképzést végzetek (1,25%). Foglalkozásukat tekintve a kitöltők közel fele (46,25%) dolgozik, további 23,75% dolgozik és tanulmányokat folytat egyidejűleg, 18,13% tanul, 5,63% munkanélküli jelenleg, az egyéb kategóriába (6,25%) tartoznak a nyugdíjasok (2,5%), a dolgozó nyugdíjasok (0,63%), a háztartásbeliek (1,25%) és a GYED-en vagy GYES-en lévők (1,88%). A kitöltők 20,63%-a vallotta, hogy részesült valaha vagy jelenleg részesül pszichiátriai ellátásban, 28,75%-a pedig pszichoterápiában. 63,13% érezte már valaha szükségét, hogy pszichiáterhez vagy pszichológushoz forduljon, 21,88%-a szed vagy szedett már pszichiátriai gyógyszert. A kitöltők 26,25%-ának valamely közeli családtagja állt már pszichiátriai kezelés alatt.

3.2.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis

A kvalitatív szakasz során azoknak a túlzott álmodozó személyeknek a válaszait elemeztük, akiket a kvantitatív szakaszában felállított vágóérték alapján potenciális maladaptív álmodozóként szűrtünk ki. A 494 fő közül a vágóérték alapján 185 potenciális maladaptív álmodozót (17,3% férfi és 82,7% nő) azonosítottunk. Ebben a csoportban a legfiatalabb kitöltő 18 éves volt, míg a legidősebb 53 éves (átlagéletkor $27,6 \text{ év} \pm 6,9$). A túlzott álmodozók körében a családi állapotot tekintve 51,35% élt kapcsolatban (házastársi, élettársi vagy párkapcsolat), míg 46,49% volt egyedülálló, 2,16% pedig elvált. Az iskolai végzettséget tekintve a mintánk több mint felét képezték a felsőfokú végzettségűek (57,84%), a középfokú végzettségűek további 38,92%-ot, míg alapfokú végzettségűek 3,24%-ot. Foglalkozásukat tekintve a vizsgálatban résztvevők 40,54%-a dolgozott, 26,49%-

a tanult, 24,86%-a tanult és dolgozott egyidejűleg, 7,03%-a munkanélküli volt és 1,08% volt GYES-en a vizsgálat időpontjában.

A vizsgálatban résztvevők 78,92%-a vallotta azt, hogy érezte már szükségét, hogy lelki problémái, életvezetési nehézségei miatt pszichológus vagy pszichiáter segítségét kérje, azonban a válaszadók mindössze 38,92% részesült valaha pszichiátriai ellátásban és/vagy pszichoterápiában. Önbevallás alapján a minta 25,41%-a szed vagy szedett korábban pszichiátriai gyógyszert és a kitöltők 26,49%-ának valamely rokona állt már pszichiátriai kezelés alatt.

3.2.3. Második vizsgálati szakasz

A második vizsgálati szakaszban közösségi oldalak, csoportok segítségével toboroztuk a hallgatókat, továbbá a Debreceni Egyetem hallgatói körében. Az online csoportokban, illetve felületeken megosztott kérdőívcsomagunkat összesen 243 fő töltötte ki, akik közül 48 személy (19,75%) bizonyult maladaptív álmodozónak a szűrőkérdőív magyar vágóértéke alapján, míg 195 fő (80,25%) bizonyult nem maladaptív álmodozónak. A vizsgálati személyek életkori megoszlása 18-tól 78 évig terjedt (átlagéletkor= 36,43 év $\pm$ 12,45), nemi megoszlás tekintetében a nők (76,95%) felülreprezentáltak voltak a mintában. A Debreceni Egyetem magyar anyanyelvű hallgatóinak (összesen 21,595 személy) 2,2 %-a töltötte ki a kérdőívcsomagot, így összesen 474 fő vett részt a toborzás második fázisában. Közülük 58 fő bizonyult maladaptív álmodozónak, míg 416 fő bizonyult nem maladaptív álmodozónak. A kitöltők életkora 18 és 58 év közötti (átlagéletkor=26,06 év $\pm$ 8,55). A minta nemi megoszlása hasonlóságot mutat az első fázis mintájával, hiszen a nők alkották a minta közel háromnegyedét (73,84%).

A végleges mintát 717 fő alkotta, akik közül az MDS-16-HU magyar vágóértéke alapján a teljes mintában 106 személyt (14,78%) azonosítottunk kóros mértékben álmodozóként (míg 611 főt azonosítottunk nem maladaptív álmodozóként). A nemi megoszlás tekintetében a khi-négyzet próba eredménye szerint nem mutatkozott szignifikáns különbség a két vizsgálati csoportban ($\chi^2(1)=0,1136$, $p=0,736$). Az életkort vizsgálva a két mintás t-próba eredménye alapján ($t(715)= 3,2576$, $p=0,0012$) a maladaptív álmodozók csoportja (átlagéletkor= 26,33 év $\pm$ 8,71) szignifikánsan fiatalabbnak mutatkozott szemben a nem maladaptív álmodozókkal (átlagéletkor= 30,13 év $\pm$ 11,46). Továbbá a családi állapot (Fisher teszt, $p<0,001$), az iskolai végzettség (Fisher teszt, $p<0,001$) és a foglalkoztatottság tekintetében ($\chi^2(4)=25,0356$, $p<0,001$) szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között.

A családi állapotot tekintve a maladaptív álmodozók több mint fele (55,66%) egyedülálló kapcsolati státuszlól számolt be, 38,68% kapcsolatban volt vagy házasságban volt, 3,77% elvált, 1,89% özvegy volt. A nem maladaptív álmodozók csoportjában 34,21% volt egyedülálló, 60,07% élt kapcsolatban vagy házasságban, 5,4% elvált és 0,33% volt özvegy. Az iskolai végzettséget tekintve a maladaptív álmodozók körében a középfokú végzettség dominált (63,21%), 33,96% felsőfokú végzettséggel bírt, míg 2,83% alacsony fokú végzettségű volt. A nem maladaptív álmodozók csoportjában 51,97% bírt középfokú végzettséggel, 48,03% pedig felsőfokú végzettséggel. A foglalkoztatottságot tekintve a maladaptív álmodozók 57,55%-a tanuló volt, 20,75% dolgozott a kérdőív kitöltésekor, 15,09% tanult és dolgozott egyidejűleg, míg 6,6% egyéb foglalkozási státuszlól számolt be. A nem maladaptív álmodozók körében 40,43% volt a tanulók aránya, 24,55% a dolgozóké, 32,08% tanult és dolgozott egyidejűleg, 1,15% nyugdíjas volt, míg 1,8% egyéb státuszlól számolt be.

3.3. Vizsgálati eszközök

3.3.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis

Demográfiai és alapvető klinikai információk

Az alapvető demográfiai információkon túl (életkor, nem, iskolai végzettség, családi állapot, foglalkozás), kérdőívcsomagunk felmérte a vizsgálati személyek körében, hogy érezték-e valaha szükségesnek a pszichés segítségkérést, álltak-e korábban vagy jelenleg pszichiátriai és/vagy pszichológiai kezelés alatt, szednek-e pszichiátriai gyógyszert és közeli családtag állt-e pszichiátriai ellátás alatt.

Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16-HU)

A maladaptív álmodozás szűrésére használt mérőeszköz, egy 16 itemes, önbevalláson alapuló skála, melynek minden állítását a vizsgálati személyek egy 0-tól 100 százalékig terjedő skálán értékelték (10 százalékos osztásközökkel) (Somer és mtsai, 2017a). A mérőeszközt két független személy fordította a célnyelvre, majd a két fordítás és az eredeti skála összehasonlítását egy harmadik személy (angol-magyar pszichológus szakfordító) végezte el és tett javaslatokat a módosítást illetően. A három személy konszenzusra jutása után egy angol-magyar pszichológus szakfordító közreműködésével történt a lefordított skála visszafordítása a forrásnyelvre. A visszafordított skála és az eredeti kérdőív összehasonlítását a harmadik személy végezte el, s javaslatokat tett a skála végleges formájának kialakítását illetően, mely a fordítókkal és a szakfordítóval is egyeztetésre került.

Tellegen Abszorpció Skála (TAS)

Az MDS-16 magyar változatának (MDS-16-HU) konvergens validitását a Tellegen Abszorpció Skálával (Tellegen Absorption Scale, TAS, Tellegen és Atkinson, 1974; magyar adaptáció Simor és mtsai, 2011) vizsgáltuk. A maladaptív álmodozás jelensége a szakirodalmi adatok alapján kapcsolatot mutat az abszorpció jelenségével (Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016a; Somer és Herscu, 2017). Mindkét jelenség lehetővé teszi az élénk képzeleti képek és intenzív érzések átélését, megtapasztalását. A skála 34 tételére a kitöltők két opció (igaz-hamis) közül választhattak. A kérdőív az egyén abszorpciós képességét méri, mely a figyelem fókuszában álló külső vagy belső inger feldolgozásának egy sajátos módja, lehetővé téve az élményben való teljes elmerülést (Simor és mtsai, 2011).

Ártalmas Gyermekkori Élmények Kérdőív rövidített változata (ACE-10)

A gyermekkori traumatikus élményeket a 10 tételből álló ACE pontszám kalkulátor (Adverse Childhood Experience Questionnaire- Finding Your ACE Score; ACE-10, Anda, Butchart, Felitti és Brown, 2010) segítségével mértük fel, mely öt abúzusélményt (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, érzelmi, fizikai elhanyagolás), továbbá öt diszfunkcionális családi körülményt [szülők különélése vagy válása, anya vagy nevelőanya ellen elkövetett erőszak (erőszak szemtanúsága), alkoholt vagy egyéb pszichoaktív szert túlzottan használó családtag, mentális betegségben szenvedő vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, börtönviselt családtag] mér. A magyar nyelvű fordítást Ujhelyiné Nagy Anikó és Kuritárné Szabó Ildikó végezte el 2015-ben.

3.3.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis

Az álmodozás élményének felmérése

Korábbi vizsgálatok eredményeire alapozva (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011) összeállítottunk egy 23 tételes kérdéssort, mellyel az álmodozás egyes jellegzetességeit kívántuk részletesen feltárni. Az álmodozás élményét vizsgáló strukturált kérdőív rákérdezett az álmodozással kapcsolatos szokásokra (gyakoriság, időtartam, napszak, helyszín, testhelyzet, mozgások, zenehallgatás, kezdet), továbbá az álmodozás felett észlelt kontrollra. A kitöltők a továbbiakban nyitott kérdésekre válaszolva nyilatkozhattak az álmodozásaik tartalmáról, elképzelt címéről, átélt érzéseikről, az álmodozás előnyéről, hátrányáról, szubjektív jelentéséről. Rákérdeztünk továbbá arra, hogy melyek azok a körülmények, melyek elindítják, illetve fenntartják ezt a mentális

tevékenységet, melyek azok, melyek segítik az abbahagyást, továbbá mi az, amiben az álmodozás segíti vagy akadályozza a személyt.

3.3.3. Második vizsgálati szakasz

Demográfiai és alapvető klinikai információk

A 3.3.1. pontban bemutatott demográfiai és klinikai információk kerültek felmérésre a jelen vizsgálatban is.

Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16-HU)

A mérőeszközt a maladaptív álmodozás szűrésére használtuk a 3.3.1. pontban leírtaknak megfelelően. A jelen vizsgálatban a skála megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa= 0,9231).

Traumatikus Előzmények Kérdőív (TAQ)

A gyermekkori ártalmas élményeket a 40 itemből álló Traumatikus Előzmények Kérdőívvel mértük fel (Traumatic Antecedents Questionnaire, TAQ, Van der Kolk és Smyth, 2010; Merza Katalin adaptálta magyar nyelvre 2012-ben), mely négy életkori szakaszban (0-6; 7-12; 13-18 éves kor; felnőttkor) vizsgálja az átélt élményeket: biztonság, kompetencia, elhanyagolás, szeparáció, érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, családon belüli erőszak szemtanúsága, alkohol- és drogabúzus, egyéb traumák. A trauma súlyosságát a vizsgálati személyek 0-tól (soha/ egyáltalán nem) 3-ig (gyakran/ nagyon) értékelhették, illetve, adhattak nem tudom választ. A jelen vizsgálatban a nem tudom válaszokat hiányzó válaszként kezeltük. Vizsgálatunkban az első két életkori övezetben (0-6 év és 7-12 év) átélt traumákat (biztonság és kompetencia értékek nélkül) elemeztük. A jelen vizsgálatban a kérdőív megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa= 0,9402).

Magyar Disszociáció Kérdőív (DISQ-H)

A disszociatív élmények felmérésére a 63 tételes Magyar Disszociáció Kérdőívet (Dissociation Questionnaire, DISQ-H, Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen és Verkes, 1993; Varga és Osvát, 1996) alkalmaztuk, mely 4 alskála mentén méri fel az identitászavart, a viselkedés, gondolkodás, érzelmek feletti kontrollvesztést, az amnéziás tüneteket és az abszorpció élményét. A kérdőív itemeit a kitöltők egy ötfokú Likert-skálán értékelték (1- egyáltalán nem igaz, 2- kissé igaz, 3- nagyjából igaz, 4-

lényegében igaz, 5- teljes mértékben igaz). A jelen vizsgálatban a kérdőív megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa= 0,9691).

Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H)

A felnőtt kötődés felmérésére a Kötődési Stílus Kérdőívet alkalmaztuk (Attachment Style Questionnaire, ASQ-H, Feeney, Noller és Hanrahan, 1994; magyar nyelvű adaptáció: Hámori és mtsai, 2016b). A mérőeszköz nem a párkapcsolatokat, hanem az általában fontos kapcsolatokat helyezi a fókuszba, így azon személyekkel is felvehető, akiknek még nem volt párkapcsolata. A kérdőív 40 kérdést foglal magába, melyeket a kitöltők hatfokú Likert-skálán értékelnek (1=Egyáltalán nem értek egyet, 6=Határozottan egyetértek). A kérdőív magyar változata két főfaktort mér, a Kötődés főfaktort (KFÉ, ATÖ, BK) és az Önérvényesítés, függetlenség főfaktort. A mérőeszköz itemei az alábbi skálákba rendeződnek (Hámori, és mtsai, 2016b):

- (1) *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)*: a kapcsolatok érzelmi fontosságát méri az én (önértékelés, önbizalom, önmeghatározás) szempontjából
 - (2) *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ)*: intimitás kerülése, ambivalencia, önleértékelés területeit vizsgálja
 - (3) *Biztonság a kapcsolatokban (BK)*: kapcsolati biztonságot méri
 - (4) *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV)*: önérvényesítés, eredményesség és kötelességadat felmérése (nem feltétlenül a kapcsolatok rovására)
 - (5) *Függés, függetlenség (FF)*: másoktól való függés, függetlenség mértékét méri fel
- Az alsókálák megfelelő megbízhatóságot mutattak a jelen vizsgálatban (Cronbach- alfa: 0,6643-0,8409).

A Kötődés főfaktorba tartozik a KFÉ és a BK skála, az Önérvényesítés, függetlenség főfaktorba az ÖV és az FF skála; az ATÖ skála itemei mindkét főfaktorban szerepet játszanak, bár erősebben tartozik a skála a Kötődés főfaktorhoz.

Hámori és munkatársai az ASQ magyar nyelvű adaptálása során négy kötődési típust azonosított egy, az életkort és családi állapotot tekintve reprezentatív mintán (N=1172): biztonságos függőségigénnyel; biztonságos függetlenségigénnyel; elutasító; ambivalens-félelemteli (Hámori és mtsai, 2016a, lásd 67.o., 3. táblázat):

- (1) *Biztonságos függőségigénnyel*: azok a személyek, akikre ez a kötődési típus volt jellemző, magas átlagértéket értek el a BK skálán (átlagérték= 4,65 ±0,59), közepes átlagértéket a KFÉ skálán (átlagérték= 3,35 ±0,71), alacsony átlagértéket az ATÖ skálán

(átlagérték= 2,03 $\pm$ 0,49), alacsony átlagértéket az ÖV skálán (átlagérték= 1,97 $\pm$ 0,65), és alacsony/közepes átlagértéket mutattak az FF skálán (átlagérték= 2,8 $\pm$ 0,59). Ezzel a kötődési stílussal jellemezhető személyekre igaz, hogy bíznak a kapcsolataikban; pozitív énképük van és az önértékelésük szempontjából fontosak a kapcsolataik. Képesek mások közelségét elfogadni, anélkül, hogy ambivalens érzéseik lennének, továbbá az önérvényesítési és a kapcsolati igényeik egymással egyensúlyban állnak. Számukra a másoktól való függés kellemes.

(2) *Biztonságos függetlenségigénnyel*: ezzel a kötődési típussal jellemezhető személyek az ASQ-H alskálákon az alábbi átlagértékeket mutatták: magas BK (átlagérték= 4,51 $\pm$ 0,49), közepes KFÉ (átlagérték= 3,27 $\pm$ 0,54), alacsony ATÖ (átlagérték= 2,01 $\pm$ 0,45), alacsony ÖV (átlagérték= 2,06 $\pm$ 0,62), magas FF (átlagérték= 4,55 $\pm$ 0,67) átlagértékek. Ezen személyek bíznak a kapcsolataikban, pozitív önértékeléssel rendelkeznek és hiszik, hogy a kapcsolataik fontos szerepet játszanak az önértékelésük szempontjából. Nincsenek ambivalens érzéseik a kapcsolataikkal szemben, és el tudják fogadni mások közelségét. Magas függetlenségigény jellemzi őket, de az önérvényesítésük nem megy a kapcsolataik rovására.

(3) *Elutasító (elkerülő)*: ezen kötődési típussal jellemezhető személyek az alábbi átlagértékeket mutatták az egyes kötődési skálákon: közepes BK (átlagérték= 3,86 $\pm$ 0,63), közepes/alacsony KFÉ (átlagérték= 2,82 $\pm$ 0,49), közepes/alacsony ATÖ (átlagérték= 2,7 $\pm$ 0,66), közepes ÖV (átlagérték= 3,2 $\pm$ 0,87), közepes FF (átlagérték= 3,16 $\pm$ 0,75). Mérsékeltén bíznak a kapcsolataikban és úgy vélik, hogy a kapcsolatok kevésbé fontosak az önértékelésük szempontjából, mely nem negatív, de nem is kiemelkedően pozitív. Nem tapasztalnak ambivalens érzéseket a kapcsolataikban, és közepes a függőség- függetlenség igényük. Úgy vélik, hogy az önérvényesítés előbbre való, mint a kapcsolatok.

(4) *Ambivalens-félelemteli*: ezen személyek az alábbi átlagértékeket mutatják az ASQ-H skálákon: közepes BK (átlagérték= 3,58 $\pm$ 0,69), magas KFÉ (átlagérték= 4,15 $\pm$ 0,52), közepes ATÖ (átlagérték= 3,28 $\pm$ 0,64), alacsony/közepes ÖV (átlagérték= 2,82 $\pm$ 0,92), magas FF (átlagérték= 4,35 $\pm$ 0,94). Ezzel a kötődési típussal jellemezhető személyek közepesen bíznak a kapcsolataikban, és ambivalens érzéseket tapasztalnak bennük. Kevésbé vagy mérsékeltén vélik úgy, hogy az önértékelésük fontosabb, mint a kapcsolatok. Habár úgy gondolják, hogy a kapcsolatok lényegesek az önbecsülésük szempontjából, jobban szeretnek függetlenek lenni (Hámori és mtsai, 2016a, 67.o., lásd 3. táblázat).

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS)

Az érzelemszabályozási deficiteket az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívvel (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS, Gratz és Roemer, 2004; magyar adaptáció Kökönyei, 2014) mértük fel. A 36 tételes kérdőív itemei az alábbi faktorokba rendeződnek (Kökönyei, 2014):

- (1) *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága*: másodlagos negatív érzelmek jelenléte, azaz a személy az átélt negatív érzelmekre intenzív negatív érzelmekkel reagál
- (2) *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában*: negatív érzelmek esetén a személy nehézséget él meg a koncentráció és a feladatok befejezése terén
- (3) *Impulzuskontroll nehézségek*: negatív érzelmek átélésekor a személy nehézséget él meg a viselkedésének szabályozása terén
- (4) *Érzelmi tudatosság hiánya*: a személy figyel-e az érzelmi jelzéseire, és mennyire ítéli fontosnak azokat
- (5) *Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés*: negatív érzelmek átélése esetén a személy úgy érzi, hogy ez az állapot hosszantartó lesz
- (6) *Érzelmi tisztaság hiánya*: a személy tudja-e azonosítani az éppen átélt érzelmeit

A jelen vizsgálatban az alskálák megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa= 0,7959-0,9125).

3.4. Adatfeldolgozás

3.4.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis

Az adatok elemzéséhez az IBM SPSS 25.0 és a Mathematica 12.2 (Wolfram Research) programokat alkalmaztuk. Az MDS-16-HU megbízhatóságának felmérésére Cronbach-alfa értéket számoltunk. Mivel a korábbi vizsgálatok alapján a skála itemei mind tematikailag, mind tartalmilag szorosan kapcsolódtak egymáshoz, és az eredmények arra mutattak, hogy elégséges egy összesített pontszámot alkalmazni (Somer és mtsai, 2016), ezért a vizsgálati személyek MDS pontszáma az MDS-16-HU skálán elért átlagos összpontszámot jelentette. Felmértük a TAS megbízhatóságát és Pearson-féle korrelációs együtthatót számoltunk a maladaptív álmodozás és az abszorpció kapcsolatának felmérésére.

Az MDS-16-HU vágóértékének meghatározásakor kontingenciatáblázatok segítségével hasonlítottuk össze a vizsgálati személyek egyes percentiliseken történő kategorizálását és a három kritérium alapján történő eredeti besorolását, majd khi-négyzet próbával mértük, hogy mely percentilis esetében maximális a khi-négyzet érték. Keresztábrákat alkalmaztunk

továbbá az MDS-16-HU és az ACE-10 egyes itemei közötti kapcsolatok vizsgálatára, majd Fisher-féle egzakt próbával mértük a korreláció szignifikanciáját.

3.4.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis

185 túlzott mértékben álmodozóként kiszűrt személy 23 kérdésre adott válaszát elemeztük kvalitatív módszerrel. A kvalitatív vizsgálatot végző kutatások elsősorban a jelentéssel foglalkoznak, azzal, hogy a vizsgálatokban részt vevő személyek miként látják a világot és hogyan interpretálják azt, amit megélnék. Így egy kvalitatív kutatás az ok-okozati kapcsolatok feltárása helyett elsősorban az átélt élmények minőségére, belső lényegére helyezi a hangsúlyt (Willig, 2008). A kvalitatív vizsgálatok célja, hogy minimalizálják az adatvesztést, hogy az adatok kódolása és transzformálása során minél kevesebbet veszítsen az eredeti tartalom és mondanivaló (Willig, 2013). A jelen kutatásban az adatok elemzése Elo és Kyngäs (2008) munkássága alapján kvalitatív induktív tartalomelemzéssel történt. A tartalomelemzés célja, hogy egy tömör és átfogó leírás szülessen egy jelenségről, és olyan fogalmakkal és kategóriákkal záruljon a vizsgálat, melyek alapján akár egy modell vagy egy fogalmi térkép is felépíthető. Az induktív megközelítés abban az esetben ajánlatos, ha a korábbi tudás limitált az adott jelenségről, továbbá ha ez a tudás viszonylag fragmentált, így az elemzés során felmerülő kisebb, specifikus egységek alapján egy nagyobb, általános következtetés vagy mintázat állítható fel. A tartalomelemzés nem egy lineáris folyamat, ahol a lépések pontosan követik egymást, hanem egy nyers adat–kódolás–kategorizálás körben zajlik, ahol a kiindulási adathoz, jelentésegységhez újra és újra vissza kell térni, hogy ellenőrizzük a későbbi döntéseinket. Az elemzés egységei a kérdésekre adott válaszok: szavak, mondatok vagy hosszabb szövegek. Az induktív módszer nyílt kódolással, kategóriaképzéssel és absztrakcióval dolgozik (Elo és Kyngäs, 2008; Erlingsson és Brysiewicz, 2017).

A jelen vizsgálatban az adatok elemzését a megbízhatóság érdekében három független kódoló végezte. Az elemzési folyamat minden lépése (tartalmi jegyek azonosítása, kategóriák és fölérendelt kategóriák képzése, definíciók megalkotása) a kódolók közti konszenzussal zárult.

3.4.3. Második vizsgálati szakasz

A maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjai közti különbségek felmérésére az Intercooled Stata 13.0. verzióját használtuk. A normalitás vizsgálata Shapiro-Wilk teszt alapján történt. A nem normál eloszlás végett Mann-Whitney statisztikai eljárás segítségével

hasonlítottuk össze a két vizsgálati csoportunkat, a maladaptív álmodozók csoportját ($n=106$) és a nem maladaptív álmodozókat ($n=611$) a gyermekkori traumatikus élmények, a disszociatív élmények, a kötődési jellegzetességek és az érzelemszabályozási nehézségek szempontjából.

A maladaptív álmodozás gyermekkori traumatizációval és disszociatív hajlammal való direkt és indirekt kapcsolatának feltérképezésére a strukturális egyenletek modellezésének módszerét (structural equation modeling, SEM) alkalmaztuk. A vizsgálat első lépéseként az adatok eloszlását vizsgáltuk mv teszt paranccsal. Az adatok nem normális eloszlása végett Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk, hogy mely traumatípusok mentén találunk szignifikáns eltérést az MDS mediánértékét tekintve. Ezt követően robusztus regressziós eljárással mértük fel a gyermekkori traumatikus élmények (amelyek a Kruskal-Wallis próba alapján szignifikáns eltérést eredményeztek az MDS mediánértékében), a disszociatív élmények, a nem, az életkori csoportok (18 és 35 évnél vágva) és az iskolai végzettség maladaptív álmodozással mutatott direkt kapcsolatait. Az egyes változók közötti kapcsolatokat a gyermekkori traumatikus élmények két életkori szakaszának megfelelően szeparáltan teszteltük. Az elemzés következő lépéseként az egyes változók (gyermekkori traumatizáció, disszociáció és maladaptív álmodozás) közötti direkt és indirekt kapcsolatokat vizsgáltuk SEM modellezést alkalmazva. Mivel a SEM modellezés alapvetően megköveteli az adatok normalitását, azonban a vizsgálat adatai nem normális eloszlást követtek, így az ADF (asymptotically distribution-free) becslési módszert alkalmaztuk. Ez az eljárás nem igényli az adatok normális eloszlását, így gyakran alkalmazzák alternatív eljárásként, amikor az adatok nem normális eloszlásúak (Ori és Mokhtarian, 2010). Ha a látens változók nem követnek normális eloszlást, akkor az ADF hatékonyabb becslést eredményezhet, mint más módszerek (pl. maximum likelihood becslési módszer vagy a quasi-maximum likelihood becslés) (Stata, 2017). Az alábbi illeszkedési mutatókra hagyatkoztunk a SEM modellek elfogadhatóságát tekintve: 0,9 feletti CFI (comparative fit index; összehasonlító illeszkedési mutató) és TLI (Tucker-Lewis index) értékek elfogadható illeszkedést mutatnak (Marsh, Hau és Wen, 2004); 0,08 alatti RMSEA (root mean square of approximation; megközelítési négyzetes középérték hiba) és 0,10 alatti SRMR (square root mean square residual; reziduális négyzetes középérték) értékek elfogadható illeszkedést mutatnak (Schermmelleh-Engel, Moosbrugger és Müller, 2003).

4. EREDMÉNYEK

4.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis

A Maladaptív Álmodozás Skála megbízhatósága és konvergens validitása

A skála belső konzisztenciáját jelző Cronbach-alfa mutató értéke (Cronbach- $\alpha = 0,957$) alapján elmondható, hogy a kérdőív igen magas megbízhatóságot mutat.

A TAS megbízhatósága szintén igen magasnak bizonyult (Cronbach- $\alpha = 0,847$). Az MDS-16-HU összpontszáma és a TAS összpontszáma között közepes, szignifikáns kapcsolatot tártunk fel (Pearson-féle korrelációs együttható értéke: $r(160) = 0,448$ [$p < 0,001$]), mely megerősítette előzetes feltételezésünket, miszerint a két skála bár hasonlóknak tűnő jelenséget mér, azonban mégsem ugyanazt, így alátámasztva az MDS-16-HU konvergens validitását.

A Maladaptív Álmodozás Skála vágóértékének meghatározása

Keresztábra-elemzés segítségével vizsgáltuk az előzetes, három kritérium alapján történő csoportba sorolás (önazonosítás, az álmodozás feletti kontroll és az álmodozás gyakorisága) összefüggését az egyes MDS vágóértékek által képzett klasszifikációkkal. A vágóérték meghatározásakor a csoportba sorolást keresztábrákkal vizsgáltuk 60 percentilisé (35 pontnál), 66 percentilisé (40 pontnál), valamint 75 percentilisé (50,9 pontnál) is. 75 percentilisé az előzetes besoroláshoz képest 30 személy, 66 percentilisé pedig 17 fő újracsoportosítására lett volna szükség. 60 percentilisé volt a legpontosabb a csoportba sorolás, mivel ez esetben az előzetes, három feltétel alapján történő helytelen besorolás száma minimális, összesen 11 fő volt. Így a keresztábrák értelmében a legprecízebb csoportosítás 60 percentilisé (35 pont a maximális 100-ból) lenne. A 4. táblázat szemlélteti a 60 percentilisé történő besorolás és az előzetes kategorizálás átfedését.

4. táblázat Vágóérték (60 percentilis) alapján történő csoportba sorolás és az előzetes kategorizálás összehasonlítása (Forrás: Sándor, Münnich és Molnár, 2020, 858.o.)

	Az előzetes besorolás alapján azonosított maladaptív álmodozók	Az előzetes besorolás alapján azonosított nem maladaptív álmodozók	Összesen
A vágóérték alapján			
azonosított maladaptív álmodozók	61	2	63
A vágóérték alapján			
azonosított nem maladaptív álmodozók	9	88	97
Összesen	70	90	160

A továbbiakban 10-től 90 percentilisig (5 percentilis emelkedéssel) kalkuláltuk a vágóértékeket és khi-négyzet próbával kerestük a maximális khi-négyzet értéket. 10 percentiliséknél (ahol a vágóérték 3,75 pont) a khi-négyzet értéke 14,79; 25 percentiliséknél (ahol a vágóérték 10 pont) 41,48, míg 50 percentiliséknél (21,25-ös vágóérték) 106,91 volt.

A khi-négyzet maximális értéke 60 percentiliséknél (35 pontos vágóérték) 118,95 volt, majd 65 percentiliséknél (ahol a vágóérték 38,75), ez az érték lecsökkent 103,85-re. A khi-négyzet értékek és a vágóértékek 10-től 90 percentilisig az 5. táblázatban láthatók.

5. táblázat Az MDS vágóértékek kalkulációja 10-től 90 percentiliséig 5 percentilis osztásközökkel (Forrás: Sándor, Münnich és Molnár, 2020, 858.o.)

Percentilis	Khi-négyzet érték	Vágóérték
10	14,794	3,75
15	24,15	6,875
20	32,336	8,125
25	41,482	10
30	54,935	11,25
35	68,867	13,125
40	81,429	15,625
45	95,456	18,75
50	106,906	21,25
55	115,158	25
60	118,953	35
65	103,848	38,75
70	85,563	45
75	64,075	51,25
80	49,435	57,5
85	34,536	61,875
90	21,281	68,125

A specifikusabb vágóérték meghatározása érdekében, 55-től 65 percentiliséig terjedően 1 percentilis emelkedéssel is vizsgáltuk az MDS vágóértékeket. A maximális khi-négyzet érték ebben az esetben is 60 percentiliséig adta a 35 pontos vágóértéket. Azokat a személyeket, akik 35 pontot, vagy kevesebbet értek el a skálán, nem maladaptív álmodozóként azonosítottuk, míg, akik 35 pont feletti értéket értek el, maladaptív

álmodozóként lettek kiszűrve. A khi-négyzet értékek és a vágóértékek 55-től 65 percentiliséig a 6. táblázatban láthatók.

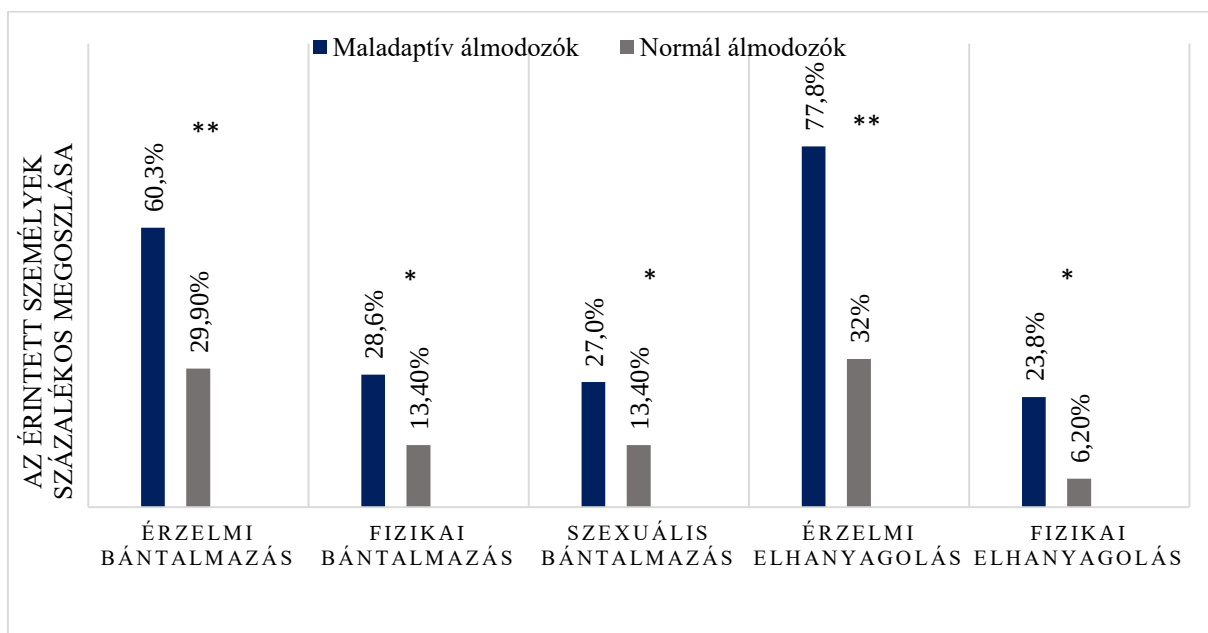
6. táblázat Az MDS vágóértékek kalkulációja 55-től 65 percentiliséig 1 percentilis osztásközökkel (Forrás: Sándor, Münnich és Molnár, 2020, 858.o.)

Percentilis	Khi-négyzet érték	Vágóérték
55	115,158	25
56	125,487	28,75
57	121,911	29,375
58	122,037	30,625
59	118,602	34,375
60	118,953	35
61	115,647	35,625
62	109,233	36,875
63	106,122	38,125
64	103,848	38,75
65	101,896	40

Az ACE-10 kérdőívvel kapott eredmények

A két vizsgálati csoportot, azaz a maladaptív és nem maladaptív álmodozók csoportját, az MDS-16 általunk meghatározott vágóértéke alapján 60 percentiliséig képeztük: a maladaptív álmodozók csoportját 63 fő alkotta, míg a nem maladaptív álmodozók csoportját 97 fő. A kereszttáblázatok és a Fisher-féle egzakt próba eredményei alapján öt traumatípus mutatkozott szignifikáns kockázati tényezőnek a maladaptív álmodozás tekintetében, mivel az érzelmi ($p < 0,001$), a fizikai ($p < 0,05$) és a szexuális bántalmazás ($p < 0,05$), valamint az érzelmi ($p < 0,001$) és a fizikai elhanyagolás ($p < 0,05$) egyaránt szignifikánsan megnövelte a maladaptív álmodozás kialakulásának kockázatát. A kapcsolatot a 2. ábra szemlélteti.

2. ábra A gyermekkori abúzus és elhanyagolás összehasonlítása a két csoportban (Forrás: Sándor, Münnich és Molnár, 2020)



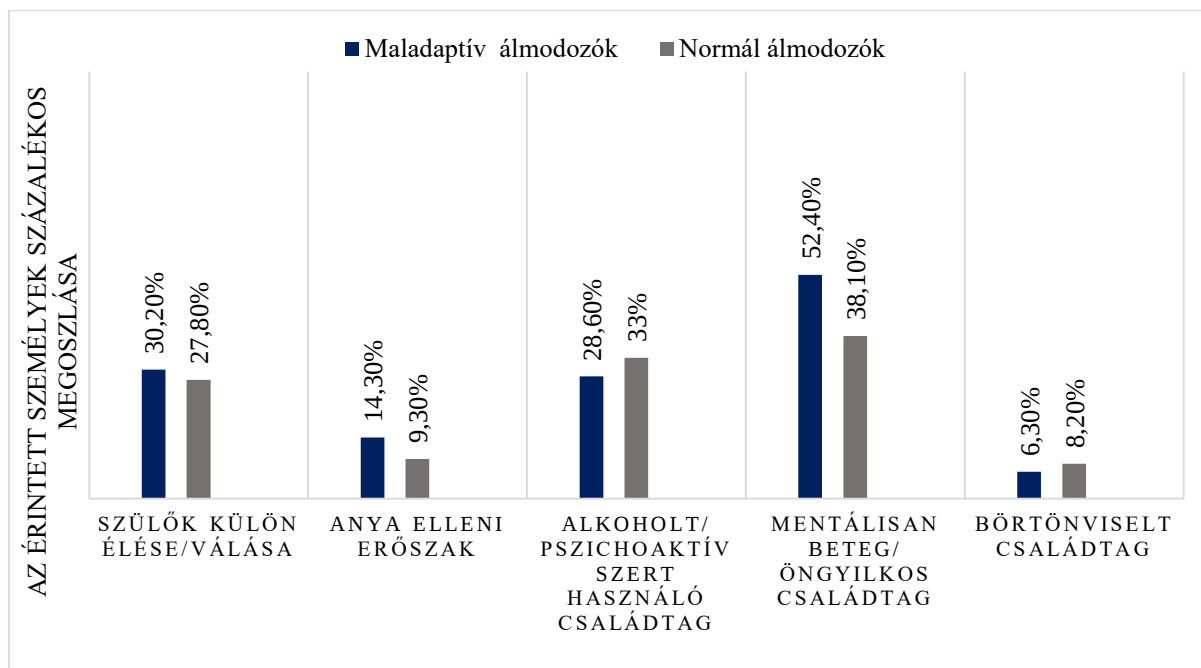
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Mintánkban 67 fő (41,88%) élt át gyermekkorában érzelmi bántalmazást, közülük 38 fő (56,72%) mutat tendenciát a túlzott mértékű álmódosásra. Fizikailag bántalmazott volt a mintában összesen 31 fő (19,38%), közülük 18 fő (58,06%) bizonyult maladaptív álmódosónak. Gyermekkorában szexuálisan abuzált volt 30 fő (18,75%), melyből 17 fő (56,67%) vált túlzott mértékű álmódosóvá. A vizsgálati személyek fele, 80 fő élt át gyermekkorában érzelmi elhanyagolást, akik közül 49 fő (61,25%) mutat tendenciát a maladaptív álmódosásra; továbbá 21 személy (13,13%) élt át gyerekkorában fizikai elhanyagolást, akik közül 15 fő (71,43%) bizonyult maladaptív álmódosónak.

Vizsgálatunk további eredménye alapján elmondható, hogy a gyermekkorban átélt diszfunkcionális családi működésmódok és a maladaptív álmódosás között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot. Az eredményeink értelmében a szülők külön élése, válása ($p=0,443$), az anya ellen elkövetett erőszak szemtanúsága ($p=0,233$), a szerhasználó családtag jelenléte ($p=0,341$), a mentális betegségben szenvedő vagy öngyilkos családtag jelenléte ($p=0,054$) és a börtönviselt családtag jelenléte ($p=0,453$) nem mutatkoztak hajlamosító tényezőknek a problémás álmódosásra nézve. Egyetlen traumatípust emelhetnénk ki, a mentális betegségben szenvedő vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag jelenlétét, ugyanis ez a körülmény megnövelheti a maladaptív álmódosás kockázatát, habár a Fisher-

próba eredménye szerint a kapcsolat nem szignifikáns. Az eredményeket a 3. ábra szemlélteti.

3. ábra A diszfunkcionális családi körülmények összehasonlítása a két csoportban (Forrás: Sándor, Münnich és Molnár, 2020)



A diszfunkcionális családi körülmények közül a szülők válása vagy különélése a mintában 46 főre (28,75%) teljesült, akik közül 19 személy (41,3%) bizonyult maladaptív álmodozónak. 18 fő esetében (11,25%) igazolódott, hogy gyermekkorában az édesanyja vagy nevelőanyja ellen erőszakot követtek el (szemtanúvá vált), akik közül 9 fő (50%) vált később túlzott mértékben álmodozóvá. Továbbá 50 kitöltő (31,25 %) esetében fogyasztott valamelyik családtag túlzott mértékben alkoholt, vagy használt egyéb szert, akik közül 18 fő (36%) mutat hajlamot a túlzott álmodozásra. Összesen 70 személyre (43,75%) teljesült, hogy valamely családtagja mentálisan beteg vagy öngyilkosságot kísérelt meg korábban, s közülük 33 fő (47,14%) mutatott később maladaptív álmodozási tendenciát. 12 kitöltőnek (7,5%) volt börtönviselt családtagja, közülük 4 fő (33,33%) bizonyult maladaptív álmodozónak.

4.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis

Az álmodozási szokások

Az álmodozás **gyakoriságát** tekintve a vizsgálati személyek öt opció közül választhattak: “Naponta többször”, “Naponta”, “Hetente többször”, “Hetente”, “Havonta néhány alkalommal”. A minta jelentős része (67,57%) naponta több alkalommal álmodozik, további 21,08% pedig naponta végzi ezt a tevékenységet. Hetente többszöri opciót jelölte meg 8,65%, a vizsgálati személyek további 1,08%-a vallotta, hogy hetente álmodozik, míg 1,62% havonta néhány alkalommal végzi ezt a mentális tevékenységet.

A tevékenységre fordított **idő** a túlzott mértékben álmodozók 16,76%-a esetében naponta maximum 1 óra, 40%-uk 1-3 órát, 15,14%-uk pedig 4-5 órát álmodozik átlagosan. 5,41% azoknak az aránya, akik naponta 6-7 órát álmodoznak, míg 3,24% álmodozik 8 órát vagy annál is többet naponta. A vizsgálatban résztvevők 7,03%-a saját bevallása szerint hetente mindössze néhány órát vagy kevesebbet fordít az álmodozásra, míg 8,65% nem tudta pontosan vagy egyértelműen meghatározni, hogy mennyi időt tölt álmodozással. A maradék 3,78% változónak vallotta az álmodozással töltött időt.

Az álmodozással való foglalkozás legjellemzőbb **napszaka** vagy időperiódusa a nap folyamán (mely kérdésre a válaszadók több napszakot is megadhattak) 26,49%-nál ébredés után (azonnal) következik be, 5,41% esetében reggel vagy a délelőtti folyamán, 51,35% esetében délután, 45,41% körében este, míg 49,19% esetében lefekvés után történik. 9,73% vallotta azt, hogy a nap folyamán bármikor tud álmodozni, vagy akár egész nap, míg 4,32% változóként nyilatkozott arról, hogy mikor álmodozik [pl. “Teljesen változó, mert általában valaminek a hatására (pl. olvasás közben, zene hallgatáskor, vagy valaki/valami látványára) kezdenek elkalandozni a gondolataim.”)] 7,57% egyéb időszakot határozott meg (pl. “Munka közben.” vagy “Munka után, utcán, buszon.”).

Az álmodozás leggyakoribb **helyszíne** (több válasz megadásával) 56,76% esetében az otthon valamely pontja (pl. ágy, mosdó), 35,68% útközben álmodozik, 9,73% a munkahelyén, 3,24% a természetben, 2,7% oktatási intézményben, 2,16% a televízió vagy a számítógép előtt. 19,46% számolt be arról, hogy bárhol vagy mindenhol képes álmodozni, míg 9,19% egyéb választ adott (“Ahol biztonságban érzem magam.”; “Zavartalan környezetben.”), vagy nem határozta meg pontosan, hogy milyen helyeken álmodozik. 0,54% nem adott választ a kérdésre.

Arra a kérdésre, hogy mely **testhelyzetben** vagy testhelyzetekben szokott leginkább álmodozni a személy (több választ is adhatott a kitöltő), 60% fekvő, 55,68% ülve, 18,92% mozgás közben, 7,03% állva, 1,62% változó, 1,62% pedig egyéb helyzetet (“utazás közben”)

jelölt meg. 12,97% vallotta, hogy bárhogyan képes álmodozni, vagy nem egy specifikus testhelyezethez kötött az álmodozása.

Az álmodozás körülményei

Az álmodozás **életkori kezdetét**, *első megjelenését* tekintve a vizsgálati személyek közel 60%-ánál (65,41%) az álmodozás fiatalkorban indult. 6,49% esetében kisgyermekkorban (1-3 év) vette kezdetét az álmodozás, 17,3%-nál óvodáskorban (4-5 év), míg 36,22% esetében az általános iskolás évek során (6-14 év). Középiskolai kezdetről (15-18 év) 5,41%, míg felnőttkori kezdetről (18 év felett) mindössze 2,16% számolt be. A minta 11,89%-a vallotta, hogy mindig is álmodozott (pl. *“Amióta élek.”*; *“Nem emlékszem, lényegében mióta az eszemet tudom ez állandósult.”*); 20,54% nem tudta pontosan meghatározni az álmodozása kezdetét (*“Nem emlékszem, valószínűleg tizenéves.”*).

Figyelemre méltó eredmény, hogy a **környezet beavatását** tekintve 56,22% vallotta, hogy senki nem tud az álmodozásáról, míg csak 3,24% írta, hogy valószínű, hogy tud a szokásáról valaki. 32,97% szerint a környezete tud az álmodozásáról, vagy a szokása nyilvánvalóan észrevehető mások számára. Közülük 27,02% specifikálta, hogy kik tudhatnak az álmodozásról: barát/barátok (9,73%), a család vagy valamely családtag (7,03%), a pár vagy házastárs (4,86%), a kezelő (3,78%), egy kolléga (0,54%), valaki más (1,08%). Az álmodozók 7,03%-a vallotta, hogy ő maga nem tud róla vagy nem hiszi, hogy bárki is ismeri a titkát. Volt, aki bár megosztotta titkát, de nem talált megértést mások körében: *“Elmondtam pár embernek, de nem hiszem, hogy ők értik mi is történik a fejemben.”* Voltak olyan kitöltők, akik azért nem osztják meg életüknek ezen aspektusát, mert ezt egy természetes tevékenységként élik meg; míg mások túlságosan szégyellik az álmodozást (*“Nem, mert ez benne van a leginkább szégyellni való dolgaim között.”*), vagy nem érznek más személyek iránt elegendő bizalmat, hogy beszéljenek erről az aktivitásukról (*“Nem, nem szívesen fejezem ki magam, nehezen adok annyi bizalmat.”*). 0,54% nem adott választ a kérdésre.

Az álmodozást **elindító tényezők** között szerepelnek a különböző modalitású érzékszervi ingerek (28,11%), köztük az auditív (23,24%; például zene vagy a természet hangjai) és a vizuális (10,27%; például festmény, fénykép) ingerek, de akár egy illat (0,54%) is lehet az álmodozás kiváltója. Másik fontos elindítója az álmodozásnak a félreeső idő (27,57%), amely során a személy elsősorban egyedül van (8,65%), vagy unatkozik és a fantáziavilágával tölti el az idejét (7,03%), vagy valamit éppen halogat és helyette álmodozik (4,86%), avagy az alvásidejét áldozza az álmodozásra (4,32%). Bizonyos személyeknél a

képzeleti tevékenységet valamely érzelem vagy érzelmi töltetű helyzet (22,7%) indítja el, például bizonyos lelkiállapotok (14,59%), mások iránti vágyakozás (3,24%), vagy akár egy fontos személy (4,32%), vagy másokkal kapcsolatos negatív élmény (1,62%). Ezen kívül a fantáziálást különböző gondolatok, élethelyzetek, ezeken való töprengés, merengés is beindíthatja (21,08%). Ezek vonatkozhatnak aktuális élethelyzetekre (11,35%), múltbeli események felidézésére (3,24%), vagy jövőbeli célokon, terveken való töprengésre (2,16%), vagy akár olyan helyzetekre, melyek megihlethetik (5,41%) a személyt. Vannak, akiknél a mozgás különböző formái (pl. sétálás, futás; 3,78%), vagy monoton, rutinszerű tevékenységek végzése (8,11%) indítják el a fantáziálást. A válaszadók 10,81%-a vallotta, hogy bármi elindíthatja a fantáziálást vagy nagyon változó, hogy éppen mi indítja el a képzeleti működést. Továbbá 9,73% nem adott olyan választ, ami a korábbi kategóriákba besorolható lett volna, 2,7% pedig nem adott választ a kérdésre. Az álmodozást elindító leggyakoribb triggereket a 7. táblázat foglalja össze.

7. táblázat Az álmodozást elindító legjellemzőbb tényezők

Fölérendelt kategória (%)	Kategória	Definíció	Példaitem
Érzékszervi inger (28,11%)	Auditív	Hallási ingerek, elsősorban zene	“Zenét hallgatok.”
	Vizuális	Látással kapcsolatos ingerek	“(…) ha szép művészi képeket látok.”
	Olfaktoros	Illatok	“(…), egy bizonyos illatot érzek, ami régem sokat jelentett, (…).”
Félreeső idő (27,57%)	Egyedüllét	Egyedül töltött idő	“Egyedül vagyok.”
	Unalom	Egyhangúság, ingerszegénység	“Ingerszegény környezetbe kerülök.”
	Halogatás	Kötelezettség végzése közben álmodozik vagy azokat halogatja	“Nem akarok valamit csinálni, amit pedig kellene, (…).”
	Alvásidő	Lefekvés vagy ébredés időpontjai	“(…), lefekvés után ágyban fekszem, vagy ébredés után, ha van rá időm, kellemesebb álmaimat félálomban folytatom.”
	Szabad idő	Szabad idő, pihenőidő, amikor a személynek nincs egyéb elfoglaltsága	“Van néhány perc holtidőm.”
	Fáradtság	Amikor a személy fáradt	“(…) ha fáradt vagyok és nincs energiám semmi másra figyelni (…).”

Fölérendelt kategória (%)	Kategória	Definíció	Példaitem
Érzelmi töltet (22,7%)	Lelkiállapot/ emóciók	Pozitív vagy negatív hangulati, érzelmi állapot átélése	“Szomorú vagyok.”
	Jelentős személy	Valamely fontos személy a trigger	“Látok, hallok régi ismerősről, (...).”
	Interperszonális kapcsolat vágya	Másokhoz kapcsolódás, más személyek iránti vágy	“Szükségem van valakire.”
	Negatív interperszonális élmény	Negatív kapcsolati történet	“Nem tudom a másik felé kifejezni azt, amire szükségem lenne, vagy azt, amivel megbántott, vagy azt, amikor meg kell védeni magam.”
Merengés (21,08%)	Aktuális élethelyzet	A személy életében aktuális helyzetek, azok megértése	“Ha valami új dolog lép be az életembe.”
	Ihlet/ kitalált történet	Valami megihleti a személyt, vagy valamiben elmerül (film, könyv)	“Magával ragad valami új ötlet.” “Olvasok valamit.”
	Múlt felidézése	Múltbeli történések, események felidézése, emlékek	“Eszembe jutnak régi dolgok, személyek, (...).”

	Célok/tervek	Jövőre vonatkozó elképzelések, célok	“Ha nem tudom pontosan, racionálisan megfogalmazni, hogy mi az, amit szeretnék, vagy ha a tárgya megvan, de nem tudom, hogyan érjem el.”
	Élmény- feldolgozás	Megoldáskeresés, valamely élmény feldolgozásának vágya	“(…) egy rossz élethelyzet, amit álmodozással akarok megoldani.”
Mozgás (10,81%)	Monoton/ rutintevékenység	Monoton vagy rutin tevékenység végzése	“Monoton munkát végzek.”
	Kinesztéziás mozgás	Mozgás végzése	“Sétálok.”

Az álmodozás *fenntartó tényezői* átfedést mutatnak a kiváltó tényezőkkel: a félreeső idő (44,32%), az érzékszervi ingerek (24,86%), a mozgás különböző formái (15,14%), emóciók és érzelmi töltetű helyzetek és események (6,49%), a gondolkodás és merengés (5,41%) fölérendelt kategóriái (néhány esetben egy-egy alkategória nélkül, míg máshol kiegészülve új alkategóriákkal) mellett az álmodozásra fókuszálás (14,59%) jelent meg új átfogó kategóriaként. Az utóbbi fölérendelt kategóriába azok a válaszok kerültek, melyek az álmodozásra irányuló koncentrációt (4,86%; “*Tovább viszem a gondolatsort és koncentrálok rá.*”), az álmodozásban való elmerülést (4,32%; “*Ha minél jobban bele tudom magam élni.*”), mentális elzárkózást (3,24%; “*(…) kizárom gondolatban a külvilágot.*”), illetve az ingermegvonást (2,16%; “*Becsukom a szemem.*”) említették a vizsgálati személyek a fantáziatevékenységük fenntartójaként.

Az álmodozást **megszakító** tényezők esetében három nagy kategória emelkedett ki a vizsgálatban résztvevők válaszai alapján: valamely külső körülmény (69,19%), belső késztetés (38,92%), illetve az időhiány (2,16%) az, ami leggyakrabban arra készteti a személyt, hogy abbahagyja az álmodozást. A fantáziatevékenység megszakadása többnyire külső körülmények hatására következik be, a személynek teljesítenie kell a feladatait, kötelezettségeit (44,32%), vagy valamely hirtelen inger zökkenti ki az álmvilágból

(27,57%, pl. zaj, mások figyelmeztetése). Vannak álmodozók, akiket mások jelenléte, társasága zavar az álmodozásban (8,11%). Az esetek egy részében azonban a képzeleti tevékenység megszakadása belső késztetés vagy erőfeszítés hatására történik meg, például a személy önkontrollt gyakorol az abbahagyás érdekében, tudatosítja álmodozását (15,68%). Másoknak az unalom (4,86%), a kifáradás vagy az elalvás (5,41%), valamint az álmotartalom lezárulása, a képsor vagy történet befejeződése (7,57%) vezet az álmodozás felfüggesztéséhez. Vannak, akik csak akkor zárják le a fantáziálást, amikor elérték a kívánt pozitív, akár katartikus élményt (4,86%), míg mások számára az álmodozás szégyent, büntudatot, frusztrációt okoz, így negatív érzéseik következtében kénytelennek érzik a tevékenység felfüggesztését (2,7%). A minta kis százaléka számára az időhiány az, ami akadályozza az álmodozás hosszas kiteljesedését. A minta 1,62% nem adott választ, míg 3,24%-a olyan választ adott, ami a korábbi kategóriákba nem sorolható. Az álmodozást megszakító tényezőket és példaitemeket a 8. táblázat foglalja össze.

8. táblázat Az álmodozást megszakító tényezők a mintában

Fölérendelt kategória	Kategória	Definíció	Példaitem
Külső körülmények (69,19%)	Kötelezettség/teendő	Fontos teendő, kötelezettség fennállása	“Sürgősen el kell végeznem valamit, amelyhez koncentrációra van szükség (munka közben.)”
	Félbeszakítás/ kizökkenés	Külső hatás, körülmény pl. zaj, másik személy figyelmeztetése	“Megzavarnak, vagy történik valami váratlan.”
	Mások jelenléte	Más emberek társasága, jelenléte	“Emberek közé kerülök.”
Belső késztetés (38,92%)	Tudatosság/önkontroll	Önreflexió, önkontroll gyakorlása	“Realizálom, hogy túl sok időt fecsérelem el megint.”
	Lezárulás	Befejezett, végig vitt álomtartalom	“(…)”kifulladás” az adott téma.”
	Fáradtság/ elalvás	Elfárad vagy elalszik közben	“Egyszer csak elalszom.”
	Unalom	Az álmodozás megunása	“(…), kimerül az érdeklődésem a tárgya iránt.”
	Pozitív állapot elérése	Kellemes, katartikus állapot elérése	“Már kellőképp jól érzem magam.”
	Negatív állapot	Negatív állapot lép fel az álmodozás hatására	“Már büntudatom van tőle.”
Időhiány (2,16%)		Már nincs elég idő az álmodozásra	“Lejár az aktuálisan rászánt időm.”

Az álmodozás kísérőjelenségei

A maladaptív álmodozásnak lehetnek **kívülről megfigyelhető jelei** is. Mintánkban a külső jegek közül leggyakrabban a mimikaváltozás fordult elő (69,19%) – például mosolygás (*“Néha mimika, de odafigyelek, hogy csak akkor, ha egyedül vagyok, másra nem tartozik, mi jár a fejemben. Mert az, akire szeretném, hogy tartozzon, keresztül néz rajtam, egy senki vagyok a szemében.”*). A gesztikuláció a fantáziatevékenység közben a vizsgálati személyek 30,81%-ánál volt jelen, míg a beszéd az álmodozás közben 27,57%-nál. Az Egyéb kísérőjelenségek (5,95%) közé tartozik például a sírás (*“Néha, ha olyan tartalmú az elképzelt helyzet, akkor el tudom sírni magam tőle.”*), a nevetés, a mászkálás és egyéb mozgás (*“Egy-egy mozdulatot 'eljátszok' pl: táncmozdulat.”*). 15,14% esetében az álmodozást nem kísérik külső jelek, míg 4,32% nem tud róla, hogy jelen vannak-e ezek a külső jelek, vagy nem határozta meg pontosan, hogy mely külső jelek láthatók rajta álmodozás közben. 0,54% nem adott választ.

Arra a kérdésre, hogy az álmodozást kíséri-e **zenehallgatás** (amennyiben igen, milyen típusú zene), 45,41% válaszolt igennel (*“Bármilyet, az adott képzelgés hangulatától függ. Esetleg, ha a zene megváltozik, akkor az álmodozás is változik vele. Egy vidám fantáziálgatás is azonnal át tud csapni szomorúba, ha a zene is szomorú lesz.”*). 22,16% vallotta, hogy változó vagy hangulatfüggő, hogy hallgat-e zenét a fantáziálás közben (*“Nem mindig, ha igen akkor bármilyen zene szóba jöhet”*). 31,89% nyilatkozta azt, hogy nem kíséri zenehallgatás az álmodozást (*“Munka közben szól a zene. Egyébként nincs szükségem a zenére, hogy beinduljanak a fejemben a képzelgések.”*), míg 0,54% nem válaszolt a kérdésre.

Az álmodozás fenntartását különböző **mozgások** is elősegíthetik. Arra a kérdésre, hogy *“Végez-e valamilyen mozgást, ami segít fenntartani a nappali álmodozását (pl. önringatás, járkálás, egy tárgy ritmikus dobálása a levegőbe stb.)?”*, a minta 35,14%-a vallotta, hogy végez fenntartó mozgást. 62,16% nem végez semmilyen mozgást, 1,08% pedig nem határozta meg pontosan, hogy végez-e bármilyen mozgást, míg 1,62% nem adott választ. Akik igenlő választ adtak, közülük 20% járkál vagy sétál, 5,41% önringatást végez, 2,17% babrálja a haját, 16,76% egyéb mozgást végez az álmodozás fenntartásához (pl. *“ujjaimmal csattogtatok”*; *“kézimunkázom: varrok, kötök, horgolok, rajzolok, írok”*).

Az álmodozás tematikája

A vizsgálati személyek körében a leggyakoribb **témájú** álmodozások a vizsgálati személyek kapcsolataira, kapcsolatrendszerére (43,24%) vonatkoztak: kapcsolatok utáni vágyakozásra (21,62%), másokkal folytatott pozitív (5,95%) és negatív (6,49%) interakciókra, vagy egy-

egy jelentős személyre (8,11%), de nárcisztikus jellegű (5,95%), tiltott (2,16%) vagy szexuális (2,16%) tartalmak is megjelentek. A második legfontosabb téma a maladaptív álmodozók körében az én élményvilágára (38,38%) vonatkozott. Ezen tartalmak elsősorban az ideális szelffel és a vágyott élettel (15,68%), a személyes sikerrel (9,19%), a reményekkel és teljesíthetetlen álmokkal (6,49%) kapcsolatosak. Az álmodozások további jelentős része a személy élettörténetére (35,68%), azon belül jövőbeli eseményekre (14,59%), jövővel kapcsolatos céljaira és terveire (4,86%), múltjára – annak felidézésére (2,7%) vagy átírására (9,73%) –, aktuális élethelyzeteire (8,65%) vagy munkájára, karrierjére (5,41%) vonatkozott. Továbbá a fantáziák időnként kitalált világok köré szerveződnek (13,51%), melyekben mágikus vagy fiktív karakterek (5,95%), párhuzamos világok, más univerzumok jelenhetnek meg (3,78%), vagy az álmodozó személy alternatív identitásokat, szerepeket (5,41%) vehet fel ezekben a fantáziákban. A válaszadók 3,78%-a más kategóriákba nem sorolható, egyéb választ adott (pl. amiről álmodozik az „változó” vagy „mindenféléről” szólnak az álmodozások), míg 2,16% nem adott választ.

Az álmodozások rendszerint többféle témát ölelnek fel, s vannak olyan maladaptív álmodozók, akik a legapróbb részletig kidolgozzák a fantáziavilágbeli történeteket: *“Erős, független, magabiztos nő vagyok, aki egyedül él egy emeleti lakásban, amelynek van egy erkélye; rajonganak érte és sikeres a munkájában, van egy macskája, könyveket ír. Boldog szerelem, intim kapcsolat valakivel, aki számomra tökéletes. Adott helyzetek, megmérettetések előtt arról fantáziálok, hogy milyen lenne, ha tökéletesen sikerülne véghezvinni az adott dolgot.”* A leggyakrabban előforduló témák, definíciójuk és a válaszadóktól származó 1-1 példaitem a 9. táblázatban láthatók.

9. táblázat Az álmodozás leggyakoribb témái a mintában

Főlérendelt kategória (%)	Kategória	Definíció	Példaitem
Kapcsolat-rendszer (43,24%)	Interperszonális kapcsolat utáni vágy	Másokhoz kapcsolódás, más személyek iránti vágy	“Szerelmi beteljesülésről, egymásra találásról.”
	Jelentős személy	Valamely fontos személy említése	“Szerelmem tárgyaról.”
	Negatív interperszonális élmény	Negatív interakció	“Másik ember "büntetése" általában azzal, hogy egyáltalán nem figyelek rá. A másik mindig passzív, elszenvedő karakter, aki emiatt szenved és így bűnhődik.”
	Pozitív interperszonális élmény	Pozitív interakció	“Barátaimmal vagyok különböző helyeken, szituációban.”
	Narcisztikus igények betöltése	Mások csodálata, elismerése utáni vágy	“Jó vagyok valamiben és mások csodálnak ezért.”
	Tiltott cselekvés, kapcsolat	Letiltott késztetések	“Olyan dolgot csinálok, ami nem lenne helyes.”
	Szexuális, erotikus tartalom	Intim tartalmak	“Nőket simogatok.”

Fölérendelt kategória (%)	Kategória	Definíció	Példaitem
Élményvilág (38,38%)	Ideális szelf, ideális élet	Önmagát vagy az életét pozitív tulajdonságokkal felruházva	“Milyen lenne a tökéletes életem, (...).”
	Siker	Sikerrel kapcsolatos tartalmak	“Sikeres vagyok.”
	Teljesíthetetlen vágyak	Nem reális vágyak megfogalmazása	“A jövőre vonatkozó terveim mindenféle változata, ami gyakran nem reális.”
	Grandiozítás	Nagyzásos tartalmak, grandiózus cselekedetek végrehajtása	“Megmentek egy világot.”
	Élmények és impulzusok utáni vágy	Élménydús tevékenységek, történetek megfogalmazása	“Valami romantikus, izgalmas, drámai, de nem feltétlenül pozitív dolog történik velem és valakivel (akit nem biztos, hogy annyira jól ismerek).”
	Pozitív emocionális állapot	Kellemes érzelmi állapot átélése (boldogság, szeretet, szerelem)	“Boldog vagyok.”
	Negatív emocionális állapot	Kellemetlen érzelmi állapot átélése	“Félek.”

Fölérendelt kategória (%)	Kategória	Definíció	Példaitem
Élettörténet (35,68%)	Jövő elővételezése	Jövőbeli események elképzelése	“Vajon mi fog történni a közeljövőben egy adott szituációban.”
	Múlt újrastrukturálása	Múlt eseményeinek átírása	“Megtörtént események újrastrukturálása.”
	Aktuális élethelyzetek	Személy életében aktuális helyzetek, azok megértése	“A problémáim szimbolikus formában.”
	Munka/karrier	Munkával kapcsolatos tartalmak	“Karrier, (...)”
	Célok/tervek	Jövőre vonatkozó elképzelések, tervek	“Jövőbeni terveimről, hogy megtörténnek.”
	Múlt felidézése	Múltbeli történetek, események felidézése	“emlékek.”
Kitalált világ (13,51%)	Kedvelt elfoglaltságok	Időtöltések említése	“(…), utazásról.”
	Kitalált történet vagy karakter	Történetsszöveg létező személyekkel vagy kitalált karakterekkel	“Találkozom filmek, könyvek alakjaival.”

Alternatív identitás/élet	Sajáttól eltérő élet vagy identitás	“Valaki más vagyok, vagy valaki más életét élem, teljesen különböző élethelyzetben és helyen.”
Párhuzamos világok	Valóságtól eltérő világok (mese, varázsvilág, másik dimenzió)	“Fantasy világban küzdök.”

Ha a személy **címet** vagy **címekeket** adhatna az álmodozásainak, akkor a vizsgálatban résztvevők 37,3%-a a kitalált címet az élményvilága köré alkotná (pl. “Az élet, amit élni akarok.”), ezen kategórián belül az elképzelt ideális szelfjére, életére (12,43%), reményeire és vágyaira (6,49%), negatív (7,03%) és pozitív emóciók (5,41%) megélésére vonatkoztatná. A válaszadók 23,78%-a az élettörténetéhez kapcsolná a címet (pl. “Merre tart az életem.”), elsősorban az aktuális élethelyzeteire (12,97%), jövőbeli események elővételezésére (8,11%), múltjának felidézésére vagy újrastrukturálására gondolva (2,7%). 11,89% a kapcsolatrendszere alapján adna címet (pl. “Gondolatban minden ember megközelíthető.”), melyekben főképp a kapcsolatok iránti vágyakozás (7,03%) jelenik meg, illetve negatív interperszonális élmények (2,16%). 11,35% a képzeletében felépített kitalált világra vonatkoztatná a címet (pl. “alternatív valóságok”), ezen kategórián belül alternatív identitások és életek (5,95%) és párhuzamos világok (5,41%) jelennének meg. 8,11% azt vallotta, hogy nem tudna címet adni vagy minden álmodozásának más címet adna, míg 9,73% elvont, absztrakt címet adna (pl. “Nem vagyok már lidérces messzi fény...”), vagy olyat, ami más kategóriákba nem sorolható. 4,32% nem válaszolt a kérdésre.

Az álmodozás személyes **jelentésének** kifejtésekor változatos válaszok és leírások születtek. A vizsgálatban résztvevő túlzott álmodozók körében a válaszok hat átfogó kategóriába estek: érzelemszabályozás (29,73%); elszakadás a valóságtól (29,73%); vágyvezérelt gondolkodás (16,22%); tervezés és merengés (13,51%); időtöltés és unaloműzés (8,65%); önismeret (5,95%). Az érzelemszabályozás átfogó kategóriájába kerültek azok a jelentésadások, melyek az álmodozást, mint a nyugalom és kikapcsolódás lehetőségeként (15,68%; “Kicsit kipihenem magam, relaxálok fejben.”), létszükségletként (4,86%; “Sajnos evidens, olyan természetes, mint a lélegzetvétel.”), erőforrásként (3,78%; “Erőt csinálok magamnak vele a napjaimhoz.”) írták le. Az elszakadás a valóságtól azokat a

válaszokat foglalta magába, melyek az álmodozásban az elmenekülés lehetőségét (28,11%; *“A valóság elől menekülök.”*) vagy a szabadságvágy kifejeződését (2,16%; *“Kicsit szabad lehetek.”*) fejezték ki. A vágyvezérelt gondolkodás főlérendelt kategóriába estek azok a tartalmak, amelyek a személyek vágyakozását fejezték ki: a vágyak teljesítésre (7,03%; *“Megélem azt, amit félek megtenni.”*), az ideális szelfre és életre (3,78%; *“Egy másik valóságot élek át, ahol minden olyan, amilyennek én szeretném.”*), a reményteliségre (2,16%; *“Jobb lesz.”*) és a kontrolligényre (1,62%; *“Egy másik világban járok, amit én irányíthatok.”*) vonatkoztak. A tervezés és merengés magába foglalta azokat a tartalmakat, melyek a gondolkodást, megértést (6,49%; *“Gondolkozom.”*), a célok és tervek megfogalmazását (4,32%; *“Tervezgetek.”*), a jövő elővételezését (2,7%; *“Elképzelem a jövőmet.”*), a múlt felidézését és újrastrukturálását (2,16%; *“(.) vagy jóleső megtörtént eseményeket elevenítek fel újra és újra, hogy megint átéljem.”*) tartották az álmodozás jelentésének. A minta 8,65%-a az álmodozást időtöltésként vagy unaloműzésként értelmezte, míg 5,95%-a önmaga jobb megismerését látta az álmodozás funkciójának: egyrészt a negatív önmegélés, önértékelés az, amit az álmodozás láthatóvá tesz (2,7%; *“Még mindig nem vagyok kész, mint egész ember, nem állok készen a 'felnőtt' lételre, nem vagyok jól, sem boldog, sem egészséges, sem egész.”*), másrészt az önkifejezés (1,08%; *“Álmomban, gondolataimban fejezem ki magam, mert félek a felszínre hozni, hogy azt mások is megismerjék.”*) és a kreativitás (2,16%; *“Kreatív gondolkodású vagyok.”*), amit a fantáziálás lehetővé tesz.

A minta 2,16%-a elvont jelentéstartalmú választ adott (*“Rácsatlakozás különböző szférákra, frekvenciákra.”*), 4,32%-a olyan választ adott, amely nem sorolható be az előző kategóriákba vagy nem tudta megfogalmazni, hogy mit is jelent számára az álmodozás, míg 3,24% nem adott választ.

Az álmodozás megélése

Az álmodozást kísérő **érzések** két nagy főlérendelt kategóriába csoportosultak; többnyire pozitív érzések, kellemes érzelmi állapotok kísérik a képzelgést (86,49%), ugyanakkor negatív érzelmi állapotok is megjelenhetnek (16,76%) az álmodozás során. A vizsgálati személyek jelentős része a fantáziálás közben megélt örömről és boldogságról (30,81%; *“Felhőtlen boldogság.”*) számolt be, továbbá nyugalomról és kikapcsolódásról (17,3%; *“Kikapcsol teljesen az agyam, pihentető érzés.”*), felszabadultságról, megkönnyebbülésről (11,89%; *“Felszabadulok.”*), akár izgatottságról, feldobottságról (11,89%; *“Izgatottan.”*), valamint egyéb, nem specifikus kellemes, jó érzésekről (14,59%; *“jól”*).

Az álmodozás során megjelenhetnek negatív érzések is: *“Szerencsétlennnek, hasznavehetetlennek, tehetetlennek, mint aki gúzsba van kötve! megalázottnak, idegesnek, feszültnek, mérgesnek, szomorúnak, szánalmasnak, és konkrétan hülyének.”* – vallja egy túlzott álmodozó a fantáziálás közben támadt érzéseiről. Megjelenhetnek a csalódottság (4,86%), a szomorúság (3,78%), a frusztráció (3,78%) érzései; a csalódottság sok esetben az álmovilág és a valóság közti diszkrepanciából ered. Ugyanakkor az álmodozást gyakran ambivalens érzések kísérik: *“Többnyire jól, eufórikus, "elszállt", elrugaszkodott hangulatban. Néha a padlóra kerülök, és kegyetlen mód érzem magam. (De ezt az állapotot is élvezem valahol.)”*. Egyéb, a korábbi kategóriákba nem sorolható érzésekről 2,7% számolt be (pl. *“szentimentális állapotban”* érzi magát), továbbá a vizsgálati személyek 4,86%-a nem adott pontos választ, vagy azt válaszolta, hogy változó érzései vannak az álmodozás során. 1,62% egyáltalán nem adott választ a kérdésre.

Az álmodozás tevékenysége felett érzett **kontrollt** a vizsgálatban résztvevők egy tizenegy fokú Likert-skálán határozták meg, ahol a 0 az egyáltalán nem kontrollálható, a 10 a teljes mértékben kontrollálható jelentést hordozta. 9,73% teljes mértékben kontrollálhatónak (10) élte meg az álmodozást, relatíve magas kontrollról (7-9) 40,54%, közepes kontrollról (6-4) 35,14%, alacsony kontrollról (3-1) 12,43% számolt be, míg kontrollálhatatlannak (0) 2,16% vélte a tevékenységet. A túlzott mértékben álmodozók ezen eredményeink alapján relatíve kontrollálhatónak élik meg az álmodozást.

Az eredményeink azt is mutatják, hogy a túlzott álmodozók 47,03%-a kísérlete már meg az álmodozás **abbahagyását**, elsősorban a feladatokra való koncentrálással, figyelemeltereléssel, az álmovilágból való kilépéssel, tudatossággal. Vannak, akik az álmodozás következtében fellépő szégyen miatt igyekeztek kordában tartani a tevékenységet. Arra a kérdésre, hogy próbálta-e már abbahagyni az álmodozást, az alábbi válasz szemlélteti a szégyen élménye miatti felfüggesztést: *“Igen, ha figyelnem kellett valamire vagy valakire. Pl. az iskolában sokszor rám szólt a tanár, mert kopogtattam a ceruzámat a padon, és én észre sem vettem. Mindig visszazökkentem az álmodozásba. Viszont mikor észrevettem, hogy tényleg kopogtatok, szégyenemben hirtelen abbahagytam.”*. Az álmodozók egy része arról is nyilatkozott, hogy a felfüggesztésre irányuló törekvéseik többnyire sikertelenek: *“Igen, próbálom elterelni a figyelmemet konkrét dolgokkal, tevékenységekkel, de nagyon rövid ideig sikerül.”*.

Az álmodozás következményei

A túlzott álmodozásnak vannak **előnyei** is a személy életét tekintve. Sokan szeretnek álmodozni, mert az álmodozás lehetőséget biztosít arra, hogy a személy az érzelmeit szabályozza (39,46%), a vágyait képzeletben teljesíthesse (27,03%), elszakadhasson az itt és mosttól (24,86%), továbbá elősegíti a tervezést, merengést (17,3%), az időtöltést (7,57%). A túlzott álmodozók nagy többsége leginkább azt értékeli az álmodozásban, hogy az érzelmeit szabályozhatja, átélheti a nyugalom és a kikapcsolódás élményeit (20,54%; *“Megnyugtat és kikapcsol.”*), pozitív emocionális állapotokat élhet át (12,97%; *“Boldoggá tesz.”*) vagy a negatív érzéseit feloldhatja a fantáziavilágban (5,95%; *“Megnyugtat, amikor nagyon szorongok.”*). A vágyvezérelt gondolkodás fölérendelt kategóriába azon tartalmak tartoztak, melyek a vágyteljesítést fejezték ki (14,05%, *“Benne van minden, amire vágyok”*), a kontrolligényt (7,03%, *“Úgy történnek a dolgok, ahogy azt én szeretném.”*), az ideális szelf és élet vágyát (4,86%; *“Olyan lehetek, amilyen akarok.”*) jelentették. Mások azért is szeretnek az álmvilágukban elmerülni, mert az álmodozás egy elszakadási lehetőség a valóságtól, elmenekülhetnek (20,54%; *“Lehetőséget ad a menekülésre a mindennapi gondok elől.”*), egy másik világban alternatív életet vagy egy sajáttól eltérő identitást élhetnek át (3,24%; *“Nem a saját életemet élhetem.”*) vagy a fantáziaviláguk kompenzálja a valós életbeli csalódásokat (3,24%; *“Mert a valóság silány.”*). Az álmvilágban történő tervezés, merengés elősegíti a gondolkodást, megértést (7,57%; *“Néha sikerül rájönnöm összefüggésekre és jobban megértenem magam, hogy mit miért teszek és hogy mit miért érzek.”*), továbbá a személy motivációt gyűjt a fantáziák segítségével (7,03%; *“Ösztönöz.”*), célokat és terveket sző (2,7%; *“Segít a jövőbeli tervek részletes kidolgozásában.”*) és elővételezheti a jövőjét (2,7%; *“(…) vagy ezzel próbálok felkészülni adott szituációk kezelésére.”*). Másoknak az álmodozás pusztán időtöltést jelent (*“Gyorsabban telik vele az idő.”*). 2,7% válaszolta, hogy alapvetően nem szeret álmodozni, 0,54% egyéb, az előbbiekre nem sorolható választ adott, míg 1,08% nem adott választ.

Arra a kérdésünkre, hogy az álmodozás miben **segítheti** a személyt, az előbbihez nagyon hasonló válaszok születtek: az érzelemszabályozást (55,68%; *“Megnyugtat, lelkileg megtisztít.”*), a tervezést, merengést (20%; *“Egy helyzetet több nézőpontból meg tudjak vizsgálni.”*) segítheti, a vágyteljesülést, ideális szelf és élet megteremtését teszi lehetővé (9,19%; *“Legalább egy elképzelt szép életem legyen.”*), továbbá biztosíthatja az elmenekülést a problémáktól, elszakadást a valóságtól (8,11%; *“Elbújjak a negatív érzések és problémák elől.”*), az önismeretet, a kreatív én kiélését segítheti elő (8,11%; *“Őszinte legyek magammal és tisztában legyek azzal mi a legbensőbb vágyam.”*), valamint időtöltésként,

unalomműzsként szolgálhat (7,03%; *“Ne unatkozzak buszon/elalvás előtt.”*). A minta 5,41%-a vallotta, hogy az álmodozás semmiben nem segít, vagy csak időpocsékolás, 1,62% egyéb választ adott, míg 3,78% nem adott választ a kérdésre.

Az álmodozás ezen formája minden előnyével együttvéve sem mondható adaptívnak, ugyanis számos esetben akadályozza a személy életét, és **hátrányok** is érik tevékenységének következtében. Arra a kérdésre, hogy miért nem szeret a személy álmodozni, a válaszok alapján három átfogó kategória körvonalazódott ki: károsodás az élet különböző területein (49,19%), negatív megélések az álmodozás következtében (38,92%), maladaptív megküzdési kísérlet (20,54%). Az álmodozás okozta károsodások közé tartozik az idővesztés (21,08%; *“Sok időt elvesz.”*), az improduktivitás (14,05%, *“A produktivitás rovására megy.”*), a figyelemelvonás (15,14%, *“Figyelmetlenné válok.”*) és az általános funkcióromlás (12,97%, *“Úgy érzem, hogy így nem jutok semmire az életben.”*). A fantáziavilágban való elmerülés sokszor jár együtt negatív élményekkel, érzésekkel. Idetartozik a csalódottság érzése, melyet elsősorban a valóság és fantáziavilág közti diszkrepancia okoz (16,76%; *“A valóság mindig rádöbbsen, hogy mi a realitás, és az néha fájdalmas.”*), az álmodozás negatív utóhatása (9,73%; *“Kezeletlen érzelmeket hoz a felszínre.”*), az álmodozás befolyásolta negatív önértékelés, negatív önmegélés (3,78%, *“Szánalmas, gyerekes, nevetséges, gyengeség, felelősségkerülő és öngyengítő dolog.”*) és a negatív megítéléstől való félelem (3,24%; *“Álmodozásomat hangos zenehallgatás, ugrálás rohangászás, stb. kíséri, néha kicsit félek, hogy az alattam lakó hülyének néz.”*). Vannak olyan személyek, akik érzékelik, hogy az álmodozás nem megfelelő megküzdési stratégia, csak az illúziókeltés és önbecsapás eszköze (10,27%; *“Ez nem valóság, csak annak tűnik - megtévesztő és hamis képzeteket kelthet.”*), vagy a valóságból való kiszakadás, elmenekülés lehetősége (10,81%; *“Úgy érzem, mintha nem is a valóságban élnék, és néha megijeszt, hogy mennyire nem tűnnek valóságosnak a dolgok a környezetemben.”*). A maladaptív álmodozók tisztában vannak azzal, hogy a fantáziaviláguk nem ugyanaz, mint a valóság és ez gyakorta negatív érzésekkel, csalódottsággal árasztja el őket: *“Amíg az álmaimban főhős vagyok, a világban egy lúzernek érzem magam. És attól, hogy egy ilyen kibúvót (mentőcsónakot) kreáltam magamnak, mint az álmvilág, attól még a valós világban nem haladok előre egy lépést sem. És ez zavar.”* Az alábbi idézet átfogóan összegzi a maladaptív álmodozás valamennyi hátrányát (idővesztés, improduktivitás, elmenekülés/elszakadás, negatív önértékelés, funkcióromlás): *“Rengeteg időmet felemészti, amit hasznosabb dolgokkal is tölthetnék, úgy érzem magam, mint egy kábítószerfüggő, aki nem képes szembenézni a realitással, gyávának érzem magam és úgy gondolom, hogy megakadályoz abban, hogy*

teljes életet éljek.”. A válaszadók 9,19%-a úgy nyilatkozott, hogy szeret álmodozni, nincs olyan, amit ne szeretne a tevékenységben. 1,62% nem adott választ a kérdésre.

Arra a kérdésre, hogy miben **akadályozza** a személyt az álmodozás, a válaszok alapján két kategória emelkedett ki: az álmodozás legfőképpen a funkcionálást károsítja (50,27%) és a jelen megélését akadályozza (46,49%). Az alkategóriákat tekintve leginkább a produktivitás és aktivitás károsodása (39,46%; *“Elvégezzem a kötelezettségeimet (...).”*) emelkedett ki, majd az interperszonális kapcsolatok kiépítése és fenntartása (5,41%; *“Hajlandóságot mutassak más emberek megismerésére.”*) és a célok, tervek megvalósítása (5,41%; *“Produktív lépéseket tegyek a céljaimért, (...).”*). A jelen megélése szintén károsodik, ugyanis a személy az álmodozás következtében kevésbé tudja megélni, illetve értékelni a jelent (28,65%; *“Hogy a valódi életemet éljem és inkább arra figyelek.”*), ugyanakkor az odafigyelést és koncentrációt is károsítja (18,38%; *“A fontos dolgokra figyelek.”*). Mindössze 6,49% vallotta, hogy nincs olyan, amiben az álmodozás akadályozná (*“Nem akadályoz már.”*). A vizsgálati személyek 3,78%-a egyéb választ adott, míg 5,41% nem adott választ, vagy nem tudta megfogalmazni, hogy miben akadályozza az álmodozás.

4.3. Második vizsgálati szakasz

Gyermekkori traumatizáció vizsgálata a maladaptív és nem maladaptív álmodozók körében

Annak érdekében, hogy feltárjuk a gyermekkori traumatizáció tekintetében a csoportok közti különbségeket, két vizsgálati csoportunkat, a maladaptív álmodozókat (n=106) és a nem maladaptív álmodozókat (n=611) Mann-Whitney statisztikai eljárás segítségével hasonlítottuk össze. A korábbi vizsgálatok eredményei (Abu-Rayya és mtsai, 2020; Somer, 2002; Somer, Abu-Rayya és Nsairy Samaan, 2019; Somer és Herscu, 2017) alapján feltételeztük, hogy a maladaptív álmodozók szignifikánsan több és/vagy súlyosabb gyermekkori traumatikus élményt éltek át a nem maladaptív mértékben álmodozókhoz képest.

Az első életkori övezetben, azaz 0-6 éves korig átélt traumák tekintetében szignifikáns különbségek mutatkoztak az alábbi alskálák esetében: Elhanyagolás ($p<0,01$), Szeparáció ($p<0,01$), Érzelmi bántalmazás ($p<0,001$), Fizikai bántalmazás ($p<0,001$), Szexuális bántalmazás ($p<0,01$), Szemtanúság ($p<0,001$), Egyéb traumák ($p<0,001$). Az általunk vizsgált nyolc traumatípus közül nem mutatkozott szignifikáns különbség az Alkohol és drogok alskála tekintetében. A vizsgálati csoportok egyes traumatípushoz köthető medián értékei (és a mediánokhoz tartozó interkvartilis tartomány) a 10. táblázatban látható.

10. táblázat A gyermekkori traumatizáció előfordulása 0-6 éves korban (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

	Nem maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	Maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	z-érték	p-érték
Elhanyagolás	0 (0-0,2)	0 (0-0,6)	-2,76	<0,01
Szeperáció	0 (0-0,5)	0 (0-0,75)	-2,761	<0,01
Érzelmi bántalmazás	0 (0-0,2)	0,2 (0-1)	-3,715	<0,001
Fizikai bántalmazás	0 (0-0)	0 (0-0,33)	-5,238	<0,001
Szexuális bántalmazás	0 (0-0)	0 (0-0)	-3,177	<0,01
Szemtanúság	0 (0-0,17)	0,17 (0-0,5)	-4,699	<0,001
Egyéb traumák	0 (0-0,17)	0,17 (0-0,5)	-3,368	<0,001
Alkohol és drogok	0 (0-0)	0 (0-0,5)	-1,68	0,0929

A második életkori övezetet tekintve (7-12 év) szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között az alábbi alsókálák tekintetében: Elhanyagolás ($p < 0,001$), Szeperáció ($p < 0,05$), Érzelmi bántalmazás ($p < 0,001$), Fizikai bántalmazás ($p < 0,001$), Szexuális bántalmazás ($p < 0,001$), Szemtanúság ($p < 0,001$), Egyéb traumák ($p < 0,001$). Az Alkohol és drogok alsókála tekintetében a különbség a csoportok között nem mutatkozott szignifikánsnak. A vizsgálati csoportok egyes traumatípushoz köthető medián értékei (és a mediánokhoz tartozó interkvartilis tartomány) a 11. táblázatban látható.

11. táblázat A gyermekkori traumatizáció előfordulása 7-12 éves korban (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

	Nem maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	Maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	z-érték	p-érték
Elhanyagolás	0 (0-0,4)	0,4 (0-1)	-3,887	<0,001
Szeparáció	0,25 (0-0,75)	0,75 (0-1,25)	-2,369	<0,05
Érzelmi bántalmazás	0,2 (0-0,6)	0,8 (0,2-1,8)	-5,824	<0,001
Fizikai bántalmazás	0 (0-0,33)	0 (0-0,67)	-4,904	<0,001
Szexuális bántalmazás	0 (0-0)	0 (0-0)	-3,962	<0,001
Szemtanúság	0 (0-0,33)	0,25 (0-0,67)	-4,532	<0,001
Egyéb traumák	0 (0-0,17)	0,17 (0-0,5)	-4,709	<0,001
Alkohol és drogok	0 (0-0,5)	0 (0-1)	-1,787	0,074

Disszociatív élmények vizsgálata a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók körében

A maladaptív álmodozás és a disszociatív élmények összefüggéseit a Magyar Disszociáció Kérdőívvel (DISQ-H) kapott eredmények mentén hasonlítottuk össze vizsgálati csoportjainkban Mann-Whitney próba segítségével. Korábbi vizsgálatok (Somer és mtsai, 2016; Somer és Herscu, 2017; Somer, 2018; Soffer-Dudek és Somer, 2018; Somer, Somer és Halpern, 2019) alapján feltételeztük, hogy a maladaptív álmodozók szignifikánsan erősebb disszociatív hajlammal rendelkeznek a nem maladaptív mértékben álmodozókhoz képest, így több disszociatív élményről fognak beszámolni.

A DISQ-H összpontszámát tekintve erős szignifikáns eltérés rajzolódott ki a két vizsgálati csoport között ($p < 0,001$). A DISQ-H kérdőív alskáláin elért pontszámokat tanulmányozva szignifikáns eltérés mutatkozott az összes alskála esetében: Identitászavar ($p < 0,001$), Kontrollvesztés ($p < 0,001$), Amnézia ($p < 0,001$), Abszorpció ($p < 0,05$). A két vizsgálati csoport a DISQ-H egyes alskáláihoz tartozó medián értékei (és a mediánokhoz tartozó interkvartilisek) a 12. táblázatban láthatók.

12. táblázat A disszociatív élmények előfordulása a vizsgálati csoportokban (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

	Maladaptív álmodozók Medián(Q25-Q75)	Nem maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	p-érték
Identitászavar	2,32(1,8-2,96)	1,32(1,16-1,64)	<0,001
Kontrollvesztés	3,06(2,56-3,56)	1,89(1,5-2,33)	<0,001
Amnézia	1,96(1,57-2,5)	1,36(1,14-1,71)	<0,001
Abszorpció	2,67(2-3,17)	2,5(2-2,83)	<0,05
Összpontszám	2,4(2,03-2,94)	1,57(1,37-1,86)	<0,001

A gyermekkori traumatizáció, a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás kapcsolatának vizsgálata

Annak érdekében, hogy a maladaptív álmodozás gyermekkori traumatikus élményekkel és disszociatív élményekkel mutatott direkt és indirekt kapcsolatait feltárjuk, strukturális egyenletmodellt (SEM) alkalmaztunk. Az elemzés első lépéseként az adatok (köztük a 0 és 6 éves kor között átélt gyermekkori traumatikus élmények; a disszociatív élmények; a maladaptív álmodozás) normalitását ellenőriztük egyváltozós és többváltozós elemzéssel. Az eredmények alapján a változók külön-külön, illetve a változók együttesen sem követtek normál eloszlást (Doornik-Hansen $\chi^2(26)=10098,407$, $p<0,001$). Ellenőriztük a normalitását a második életkori övezetben átélt traumatikus élményeknek, a disszociatív élményeknek és a maladaptív álmodozásnak; ezen változók (és a változók együttesen) sem követtek normál eloszlást (Doornik-Hansen $\chi^2(26)=11385,201$, $p<0,001$). A nemnormális eloszlás következtében Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk annak felmérésére, hogy mely traumatikus élmény mentén találunk szignifikáns eltérést az MDS mediánértékét tekintve. A 13. táblázat a próba eredményeit ismerteti.

13. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év) és a maladaptív álmodozás kapcsolata (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

Traumatikus élmények	χ^2	df	p-érték
Elhanyagolás	33,089	12	<0,001
Szeparáció	20,162	9	<0,05
Érzelmi bántalmazás	33,689	14	<0,01
Fizikai bántalmazás	35,74	7	<0,001
Szexuális bántalmazás	17,812	6	<0,01
Szemtanúság	41,193	12	<0,001
Egyéb traumák	28,011	10	<0,01
Alkohol és drogok	7,944	5	0,1594

Az első életkori szakaszban átélt traumákat tekintve az eredményeink alapján az alábbi traumatípusok eredményeztek szignifikáns különbséget az MDS mediánértékében: Elhanyagolás (<0,001), Szeparáció (<0,05), Érzelmi bántalmazás (<0,01), Fizikai bántalmazás (<0,001), Szexuális bántalmazás (<0,01), Szemtanúság (<0,001) és Egyéb traumák (<0,01).

A 14. táblázat a Kruskal-Wallis próba eredményeit ismerteti a második életkori övezetben átélt traumatikus élmények maladaptív álmodozással mutatott kapcsolatait tekintve.

14. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (7-12 év) és a maladaptív álmodozás kapcsolata (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

Traumatikus élmények	χ^2	df	p-érték
Elhanyagolás	31,203	12	<0,01
Szeparáció	19,155	11	0,0584
Érzelmi bántalmazás	61,619	15	<0,001
Fizikai bántalmazás	41,094	9	<0,001
Szexuális bántalmazás	8,756	8	0,3633
Szemtanúság	29,204	15	<0,05
Egyéb traumák	53,011	10	<0,001
Alkohol és drogok	8,327	6	0,2151

Az eredmények értelmében az alábbi traumatípusok mentén mutatkozott szignifikáns különbség az MDS mediánértékét tekintve a második életkori övezetben: Elhanyagolás ($<0,01$), Érzelmi bántalmazás ($<0,001$), Fizikai bántalmazás ($<0,001$), Szemtanúság ($<0,05$) és Egyéb traumák ($<0,001$).

Ezt követően robusztus regressziós módszert alkalmaztunk annak érdekében, hogy felmérjük az egyes gyermekkori traumatikus élmények (melyek mentén szignifikáns eltérést találtunk az MDS mediánértékében a Kruskal-Wallis próba alapján), a disszociatív élmények, a nem, az életkori csoportok és az iskolai végzettség maladaptív álmódoszással mutatott direkt kapcsolatait. A gyermekkori traumatikus élmények két életkori övezetének megfelelően szeparáltan vizsgáltuk az egyes változók közötti kapcsolatokat. A 15. és a 16. táblázat az elemzések eredményeit mutatják be.

15. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év), a disszociatív élmények, a nem, az életkori csoportok és az iskolai végzettség direkt kapcsolata a maladaptív álmódoszással (n=379) (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

Vizsgált változók	Koefficiens	T-érték	p-érték
Elhanyagolás	-2,952	-1,39	0,167
Szeparáció	0,673	0,56	0,579
Érzelmi bántalmazás	-2,396	-1,58	0,115
Fizikai bántalmazás	2,243	1,07	0,287
Szexuális bántalmazás	3,868	1,17	0,241
Szemtanúság	2,362	1,16	0,246
Egyéb trauma	0,69	0,29	0,772
Identitászavar	11,936	6,39	$<0,001$
Kontrollvesztés	7,16	4,67	$<0,001$
Amnézia	-2,829	-1,79	0,075
Abszorpció	-0,735	-0,84	0,4
Nem	-0,113	-0,09	0,926
Korcsoport	-0,257	-3,28	$=0,001$
Iskolai végzettség	-0,668	-0,57	0,57

Az eredmények értelmében az első életkori övezet hét traumatípusa, továbbá a nem és az iskolai végzettség sem mutatott szignifikáns kapcsolatot a maladaptív álmodozással, míg az Identitászavar és a Kontrollvesztés, valamint az életkori csoport szignifikáns összefüggést mutatott az MDS pontszámmal.

16. táblázat A gyermekkori traumatikus élmények (7-12 év), a disszociatív élmények, a nem, az életkori csoportok és az iskolai végzettség direkt kapcsolata a maladaptív álmodozással (n=549) (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

Vizsgált változók	Koefficiens	T-érték	p- érték
Elhanyagolás	-2,202	-1,68	0,094
Érzelmi bántalmazás	-1,261	-1,29	0,196
Fizikai bántalmazás	2,427	1,84	0,066
Szemtanúság	1,108	0,83	0,408
Egyéb trauma	2,892	1,57	0,117
Identitászavar	9,389	6,47	<0,001
Kontrollvesztés	7,937	6,57	<0,001
Amnézia	-1,041	-0,79	0,429
Abszorpció	-0,05	-0,07	0,942
Nem	-0,423	-0,42	0,673
Korcsoport	-0,254	-4,18	<0,001
Iskolai végzettség	-0,052	-0,06	0,954

A második életkori övezetet tekintve egyik traumatikus élmény sem, továbbá a nem és az iskolai végzettség sem mutatott szignifikáns direkt kapcsolatot a maladaptív álmodozással. Ugyanakkor, a korábbi eredményekhez hasonlóan, az Identitászavar és a Kontrollvesztés, valamint az életkori csoport szignifikáns összefüggést mutatott a maladaptív álmodozással. Mindezen eredmények fényében felmerül a disszociatív élmények mediáló szerepének lehetősége. Így az elemzés következő lépéseként megvizsgáltuk, hogy a disszociatív élmények valóban mediálják-e a gyermekkori traumatizáció és a maladaptív álmodozás kapcsolatát. Ennek a hipotézisnek a tesztelésére SEM modellezést alkalmaztunk (ADF

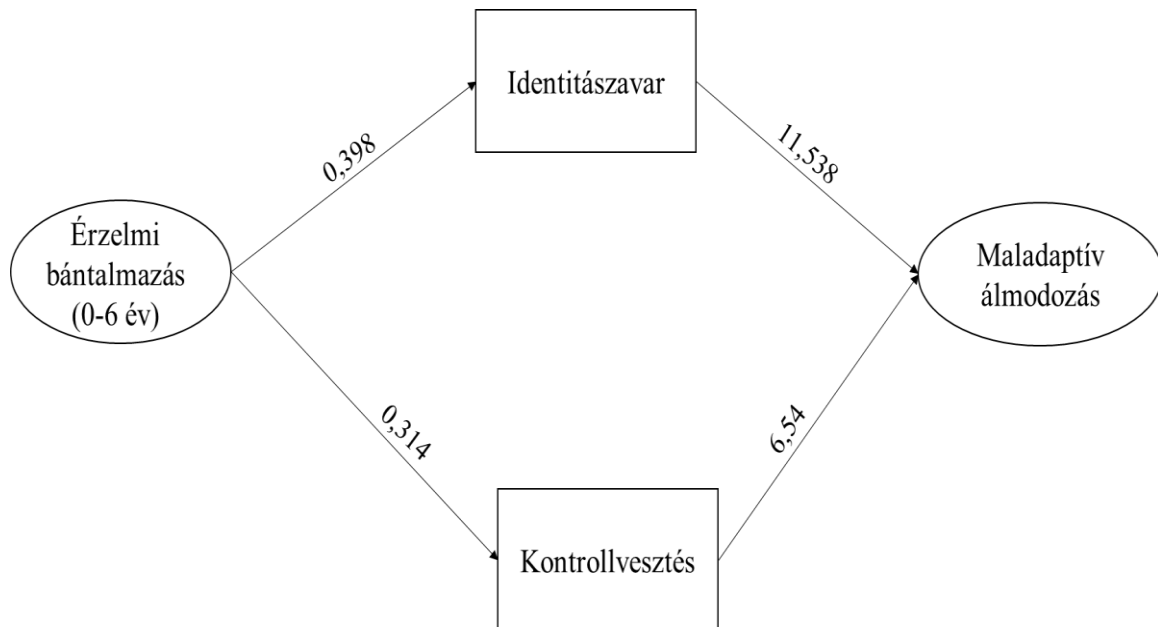
becslési eljárással). A gyermekkori traumatikus élmények két életkori szakaszának megfelelően szeparáltan vizsgáltuk a változók közötti kapcsolatokat. A 17. táblázat mutatja be az első útelemzés eredményeit.

17. táblázat Az első útelemzés eredményei (n=379) (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

Függő változó	Független változó	Koefficiens	p-érték
Maladaptív álmodozás	Identitászavar	11,538	<0,001
	Kontrollvesztés	6,54	=0,001
Identitászavar	Elhanyagolás	0,235	0,127
	Szeparáció	0,012	0,836
	Érzelmi bántalmazás	0,398	<0,001
	Fizikai bántalmazás	0,249	0,1
	Szexuális bántalmazás	0,288	0,235
	Szemtanúság	-0,187	0,135
	Egyéb traumák	0,116	0,402
Kontrollvesztés	Elhanyagolás	0,239	0,153
	Szeparáció	0,06	0,423
	Érzelmi bántalmazás	0,314	<0,001
	Fizikai bántalmazás	0,281	0,108
	Szexuális bántalmazás	-0,101	0,698
	Szemtanúság	-0,17	0,238
	Egyéb traumák	0,197	0,239

Az első útmodell mutatói elfogadható illeszkedést mutattak ($\chi^2(7)=8,038$, $p=0,329$; CFI=0,99; TLI=0,965; RMSEA=0,020 [0,000–0,068], $p=0,806$; SRMR=0,101). A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év), a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás közötti kapcsolatokat szemléltető útdiagram a 4. ábrán látható.

4. ábra A gyermekkori traumatikus élmények (0-6 év), a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás közötti kapcsolatokat szemléltető útdiagram (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)



Az első útmodell értelmében az Identitászavar ($p < 0,001$) és a Kontrollvesztés ($p = 0,001$) mutatott szignifikáns direkt kapcsolatot a maladaptív álmodozással. Az Identitászavar és a Kontrollvesztés az első életkori övezetben átélt gyermekkori traumatikus élmények közül egyedül az Érzelmi bántalmazással ($p < 0,001$) mutatott szignifikáns összefüggést.

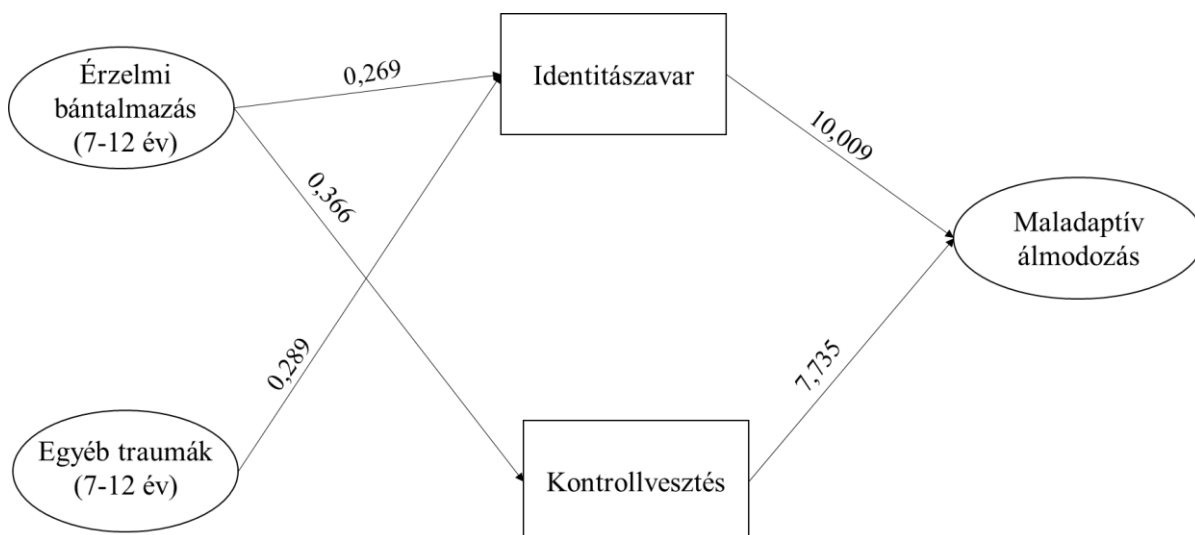
A következőkben a második életkori övezetben átélt traumák, továbbá a disszociatív élmények és maladaptív álmodozás kapcsolatát vizsgáltuk SEM modellezést alkalmazva, melynek eredményét a 18. táblázat szemlélteti.

18. táblázat A második útelemzés eredményei (n=549) (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)

Függő változó	Független változó	Koefficiens	p-érték
Maladaptív álmodozás	Identitászavar	10,009	<0,001
	Kontrollvesztés	7,735	< 0,001
Identitászavar	Elhanyagolás	0,139	0,152
	Érzelmi bántalmazás	0,269	<0,001
	Fizikai bántalmazás	0,07	0,497
	Szemtanúság	0,036	0,703
	Egyéb traumák	0,289	0,012
Kontrollvesztés	Elhanyagolás	0,063	0,556
	Érzelmi bántalmazás	0,366	<0,001
	Fizikai bántalmazás	0,023	0,824
	Szemtanúság	0,013	0,905
	Egyéb traumák	0,245	0,085

A második útmodell is megfelelő illeszkedési mutatókkal rendelkezett ($\chi^2(5)=9,973$, $p=0,076$; CFI = 0,971; TLI = 0,897; RMSEA = 0,043 [0,000–0,081], $p=0,566$; SRMR = 0,025). A változók közötti kapcsolatokat szemléltető útdiagram az 5. ábrán látható.

5. ábra A gyermekkori traumatikus élmények (7-12 év), a disszociatív élmények és a maladaptív álmodozás közötti kapcsolatokat szemléltető útdiagram (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Nagy, Tóth-Merza és Molnár, 2021)



A második útelemzés értelmében az Identitászavar ($p < 0,001$) és a Kontrollvesztés ($p < 0,001$) mutatott szignifikáns direkt összefüggést a maladaptív álmodozással. Az Identitászavar a második életkori övezet traumatípusai közül az Érzelmi bántalmazással ($p < 0,001$) és az Egyéb traumákkal ($p = 0,012$) mutatott szignifikáns kapcsolatot, míg a Kontrollvesztés élménye az egyes traumatípusok közül az Érzelmi bántalmazással ($< 0,001$) mutatott összefüggést.

A kötődési jellegzetességek vizsgálata a maladaptív és nem maladaptív álmodozók körében

Kutatásunk következő lépéseként a maladaptív és nem maladaptív álmodozók csoportját a kötődési jellegzetességek tekintetében hasonlítottuk össze, a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) egyes skáláján elért pontszámok mediánjai mentén, Mann-Whitney próbával. Korábbi vizsgálatok eredményeire alapozva (Somer, 2002; Somer, Somer és Halpern, 2019; Somer és mtsai, 2016a) feltételeztük, hogy a korai kötődési problémák és sérülések fontos szerepet játszhatnak a maladaptív álmodozás patogenezisében és a zavar fennmaradásában.

A Kötődési Stílus Kérdőív Kötődés főfaktorához tartozó három skála, vagyis a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ), az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés* (ATÖ) és a *Biztonság a kapcsolatokban* skálák tekintetében erős, szignifikáns különbségeket találtunk a maladaptív álmodozók és a nem maladaptív mértékben álmodozók között. A KFÉ ($p < 0,001$) és az ATÖ ($p < 0,001$) skálákon szignifikánsan magasabb pontszámmal rendelkeztek a maladaptív álmodozók szemben a nem maladaptív álmodozókkal, míg a BK

skálát ($p < 0,001$) tekintve az előzővel ellentétes tendenciát mutattak az eredmények, vagyis a BK faktoron magasabb pontértékekkel rendelkeztek a nem maladaptív álmodozók, mint a maladaptív álmodozók. Az Önérvényesítés, függetlenség főfaktorhoz tartozó két skála tekintetében szintén szignifikáns különbségeket kaptunk, mivel az ÖVÉ (Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben) ($p = 0,0012$) és az FF (Függés, függetlenség) ($p = 0,0046$) alskálákon a maladaptív álmodozók szignifikánsan magasabb értéket mutattak a nem maladaptív álmodozókkal összehasonlítva. A két csoport egyes skálák mentén mutatott különbségei a 19. táblázatban láthatók.

19. táblázat Az ASQ-H alskáláinak összehasonlítása a vizsgálati csoportokban (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Bogdán és Molnár, 2021)

Főfaktor	Alskála	Maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	Nem maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	p-érték
Kötődés	Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)	4,04 (3,46-4,69)	3,15 (2,69-3,85)	$< 0,001$
Kötődés	Biztonság a kapcsolatokban (BK)	3,3 (2,5-3,8)	4,1 (3,4-4,6)	$< 0,001$
Kötődés; Önérvényesítés, függetlenség	Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ)	3,56 (2,78-4,33)	2,56 (2,11-3,22)	$< 0,001$
Önérvényesítés, függetlenség	Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV)	2,8 (2,2-3,6)	2,6 (2-3,2)	$= 0,0012$
Önérvényesítés, függetlenség	Függés, függetlenség (FF)	5 (4-5,67)	4,67 (3,67-5,33)	$= 0,0046$

Annak érdekében, hogy a maladaptív és nem maladaptív álmodozók kötődési típusát beazonosíthassuk, és összehasonlíthassuk Hámori és munkatársainak eredményeivel (Hámori és mtsai, 2016a), kiszámoltuk mindkét csoport esetében az ASQ-H skáláin mutatott átlagértékeket és a szórásait is. A maladaptív álmodozók közepes BK, magas KFÉ, közepes ATÖ, alacsony/közepes ÖV és magas FF átlagértékeket mutattak. A nem maladaptív álmodozók magas BK, közepes KFÉ, alacsony/közepes ATÖ, alacsony ÖV és magas FF átlagértékeket értek el. A 20. táblázat a két csoport egyes alskálákon elért átlagértékeit és szórásait mutatja.

20. táblázat Az ASQ-H alskálákon mutatott átlagok és szórások a maladaptív és a nem maladaptív álmodozók csoportjában (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Bogdán és Molnár, 2021)

ASQ-H alskálák	Maladaptív álmodozók Átlag (szórás)	Nem maladaptív álmodozók Átlag (szórás)
Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)	4,04 (0,92)	3,29 (0,83)
Biztonság a kapcsolatokban (BK)	3,21 (0,94)	4 (0,81)
Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ)	3,57 (0,97)	2,71 (0,87)
Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV)	2,89 (0,82)	2,6 (0,81)
Függés, függetlenség (FF)	4,77 (0,99)	4,47 (1,05)

Az érzelmszabályozási nehézségek vizsgálata maladaptív és nem maladaptív álmodozók körében

Korábbi kutatási eredmények alapján (Greene és mtsai, 2020; West és Somer, 2020) feltételeztük, hogy a maladaptív álmodozók több és fokozottabb érzelmszabályozási nehézséggel rendelkeznek, mint a nem maladaptív álmodozók. Az Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS) alskáláin kapott eredményeket összevetettük a két vizsgálati csoport tekintetében Mann-Whitney próbával.

A DERS kérdőív mindegyik alskálájának tekintetében a maladaptív álmodozók szignifikánsan magasabb értéket értek el a nem maladaptív álmodozókhoz viszonyítva: Ézelmi reakciók elfogadhatatlansága ($p<0,001$), Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában ($p<0,001$), Impulzuskontroll nehézségek ($p<0,001$), Ézelmi tudatosság hiánya ($p=0,013$), Ézelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés ($p<0,001$), Ézelmi tisztaság hiánya ($p<0,001$). A különbségek a két csoport között a teljes kérdőíven elért összpontszám tekintetében is fennálltak ($p<0,001$). A két csoport egyes alskálák mentén mutatott különbségei a 21. táblázatban láthatók.

21. táblázat A vizsgálati csoportok összehasonlítása a DERS alskálái mentén (Forrás: Sándor, Bugán, Nagy, Bogdán és Molnár, 2021)

Alskála	Maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	Nem maladaptív álmodozók Medián (Q25-Q75)	p-érték
Ézelmi reakciók	2,67	1,83	<0,001
elfogadhatatlansága	(1,67-3,83)	(1,5-2,5)	
Nehézségek a célirányos	4	2,6	<0,001
viselkedés fenntartásában	(3-4,4)	(2,2-3,4)	
Impulzuskontroll	2,83	2	<0,001
nehézségek	(2,17-3,83)	(1,67-2,5)	
Ézelmi tudatosság	3,5	3,33	=0,0127
hiánya	(3-4)	(2,83-3,67)	
Ézelemszabályozó	3,31	2,13	<0,001
stratégiákhoz való	(2,38-4)	(1,63-2,75)	
csökkent hozzáférés			
Ézelmi tisztaság hiánya	2,4	2,2	<0,001
	(2,2-3)	(1,8-2,6)	
DERS összpontszám	3,14	2,39	<0,001
	(2,75-3,75)	(2,06-2,83)	

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. Első vizsgálati szakasz – kvantitatív fázis

A jelen kutatási szakaszban a Maladaptív Álmodozás Skála (MDS-16) magyar változatának (MDS-16-HU) pszichometriai jellemzőit mértük fel. A skála magyar nyelvre fordítása megtörtént, és az eredményeink az MDS-16-HU igen magas megbízhatóságát és konvergens validitását igazolták. A mérőeszközt a validitásmutatók alapján alkalmasnak találtuk a túlzott mértékben álmodozók azonosítására. Fontos azonban megjegyezni, hogy az MDS-16-HU szűrőkérdőívnek tekintendő, mellyel nem diagnosztizálhatjuk a vizsgálatunkban résztvevőket maladaptív álmodozóként. Elmondható, hogy a skálán magas pontszámot elérők tendenciát mutatnak a maladaptív álmodozásra, azonban diagnózis felállításához az érintett személyek további vizsgálatára, élményeik részletes elemzésére lenne szükség.

További eredményeink szerint a skála vágóértéke, azaz 35 pont alapján, nagy biztonsággal elkülöníthetők a túlzott mértékben álmodozók (35 pont feletti átlagpontszám) a nem maladaptív mértékben álmodozóktól (35 pont vagy ez alatti átlagpontszám). Az ezen vágóérték alapján történő csoportba sorolás és az előzetes, három általunk választott kritérium segítségével történő kategorizálás (önazonosítás; az álmodozás feletti kontroll; az álmodozás gyakorisága) nagy mértékben átfed egymással (93,1%).

A magyar mintán meghatározott vágóérték alkalmazhatóságát az ACE-10 kérdőívvel teszteltük. A választás egyik oka, hogy a maladaptív álmodozás traumaeredetére vonatkozó kérdések továbbra sem megválaszoltak, ugyanakkor a korábbi kutatások eredményei alapján feltételezhető, hogy a gyermekkorban átélt trauma kapcsolatba hozható a maladaptív álmodozás zavarával (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer és mtsai, 2016b; Somer és Herscu, 2017). Ezen vizsgálatok azonban nem tértek ki a maladaptív álmodozás és külön-külön az egyes traumatikus élmények kapcsolatának vizsgálatára. Az ACE-10 kérdőívvel kapott eredmények – szignifikáns korreláció az MDS-16-HU és az első öt traumatípus között, míg a szignifikáns kapcsolat hiánya a maladaptív álmodozás és a diszfunkcionális családi körülmények között – megerősítették, hogy az MDS-16-HU megbízhatóan használható kutatási célokra. Emellett vizsgálatunk eredményei szerint a gyermekkorban átélt érzelmi elhanyagolás és érzelmi bántalmazás mutatkozott legerősebb kockázati tényezőnek a túlzott álmodozás kialakulására nézve. A gyermekek érzelmi bántalmazása és elhanyagolása olyan abúzusformák, melyek bár könnyen azonosíthatók lennének, szemben a szexuális abúzussal, melynek megosztása a legtöbb társadalomban, kultúrában mind a mai napig tabunak minősül, felismerésük gyakran mégsem történik meg. Ezek olyan ártalmas interakciók, melyek nem igényelnek fizikai kontaktust a gyermekkel,

mégis óriási károkat okoznak a korai fejlődés, funkcionalitás minden területén (Glaser, 2002). Az érzelmi abúzus a gyermek érzelmi és fizikai egészségét, továbbá fizikai, mentális, szociális, morális, spirituális fejlődését is károsíthatja (Butchart és mtsai, 2006). Gyermekkorban, különösen azon gyermekek körében, akik élénk fantáziálási kapacitással rendelkeznek, a belső világ egy biztonságos helyként vagy egy menekülési lehetőségként funkcionálhat, a gyermek elszakadhat a fájdalmas, nehéz kapcsolati helyzetektől és a magány, izoláció és elhanyagolás élményeitől (Somer, 2018). A jelen vizsgálatból kiderül, hogy a gyermekek ellen elkövetett abúzus, illetve a gyermek elhanyagolásának egyik súlyos következménye lehet egy kompenzációs jellegű belső fantáziavilág felépítése, mely bár megküzdés céljából végzett képzeleti tevékenység, mégis túlzott mértéket öltve, ellenállhatatlan sóvárgást és kontrollvesztést okozva, maladaptív vá válhat (Somer és mtsai, 2016a).

5.2. Első vizsgálati szakasz – kvalitatív fázis

Az első vizsgálati szakasz kvalitatív fázisa során 185 maladaptív álmodozóként kiszűrt személy 23 kérdésre adott válasza került elemzésre induktív kvalitatív tartalomelemzés módszerével. Az álmodozási szokásokat tekintve a válaszok alapján elmondható, hogy a vizsgálati személyek jelentős része naponta többször (67,57%) vagy naponta (21,08%) álmodozik. Az álmodozással töltött időt tekintve a minta 63,79%-a naponta több mint egy órát szentel az álmodozásnak, és közülük 8,65% naponta 6 órát vagy annál is több időt fordít az álmodozásra. Továbbá az is kirajzolódott, hogy a kiszűrt maladaptív álmodozók jellemzően délután (51,35%), este (45,41%) és lefekvés után (49,19%) álmodoznak, azonban 26,49% vallotta, hogy ébredés után (azonnal) elkezd álmodozni. A helyszínt tekintve a vizsgálatban résztvevők jellemzően otthon álmodoznak (56,76%), valamint útközben (35,68%), míg a testhelyzetet tekintve leginkább fekvő (60%) és ülve (55,68%) jelenik meg a tevékenység. Ezek az eredmények megfelelnek az álmodozással kapcsolatos szakirodalmi adatoknak, ugyanis elmondható, hogy az álmodozók jelentős időt szentelnek ennek a mentális tevékenységnek (Bigelsen és mtsai, 2016), sokan ébredés után azonnal érzik a készletet, a sóvárgást, hogy elmerüljenek ebben a tevékenységben (Somer és mtsai, 2016), de az is gyakori, hogy az álmodozás este vagy lefekvés után jelenik meg (Singer és McCraven, 1961).

Az álmodozás megjelenését tekintve 65,41% esetében a tevékenység fiatalkorban indult és további 11,89% vallotta, hogy azóta álmodozik, amióta csak él. Ez az eredmény megerősíti a korábbi kutatások eredményeit (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a),

miszerint a maladaptív álmodozás gyermekkori kezdetű. Fontos eredménye a vizsgálatunknak, hogy a környezet beavatását tekintve 56,22% vallotta, hogy senki nem tud az álmodozásáról, továbbá számos vizsgálati személy kifejezte, hogy erőteljes szégyent érez a tevékenysége miatt, ezért nem számol be róla másoknak, vagy nem érez akkora bizalmat mások iránt, hogy beszéljen életének ezen rejtett aspektusáról. Ez az eredmény szintén megerősíti a korábbi kutatások eredményét (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a), miszerint a maladaptív álmodozók jelentős része titkolja a tevékenységét még a szerettei, a barátai előtt is, továbbá jelentős szégyenérzet és büntudat kíséri az álmodozást.

Az álmodozás triggereit tekintve látható, hogy leginkább az auditív ingerek (23,24%) és elsősorban a zene, ami beindítja a fantáziatevékenységet, de ezen kívül a vizuális ingerek (10,27%), mint egy festmény vagy fénykép, a különböző lelkiállapotok és érzelmek (14,59%), például a szomorúság, az aktuális élethelyzeteken gondolkodás (11,35%), az egyedüllét (8,65%) és a monoton vagy rutintevékenységek végzése (8,11%) is elindíthatják az álmodozást. Az álmodozás fenntartó tényezői átfedést mutatnak a triggerekkel, a félreeső idő vagy a szabadon, egyedül töltött idő (44,32%), a különböző modalitású érzékszervi ingerek (24,86%) és a mozgás különböző formái (15,14%) mutatkoztak fontosnak az álmodozás fenntartásában. Az álmodozás megszakítása esetében elmondható, hogy elsősorban valamilyen külső körülmény (69,19%), ami átmenetileg véget vet az álmodozásnak, például a feladatok, kötelezettségek teljesítése, egy hirtelen megjelenő külső inger vagy mások jelenléte, társasága. Csak az álmodozók egy része vallotta (38,92%), hogy belső késztetés vagy jelentős erőfeszítés hatására függeszti fel az álmodozást. Korábbi vizsgálatok eredményei is rámutattak arra, hogy a zenehallgatás és a kinezteziás tevékenység kiemelkedően fontos szerepet tölt be az álmodozás elindításában és fenntartásában (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2017a; Somer és mtsai, 2016b). A vizsgálatok azt is feltárták, hogy az álmodozás felerősödik akkor, amikor a személy egyedül van, ugyanis a társas interakciók kevésbé összeegyeztethetők ezzel a rendkívül intim tevékenységgel (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer és mtsai, 2016b), továbbá sok maladaptív álmodozó inkább választja az álmodozást, minthogy a társaival vagy családjával töltse az idejét (Somer és mtsai, 2016). Az eredményeinkből az is látható, hogy az álmodozás tevékenysége általában valamilyen külső kizökkentő tényező hatására függesztődik fel, kevésbé jellemző az, hogy az álmodozó gyakorol kontrollt a mentális tevékenysége felett. Látható, hogy az álmodozás olyannyira élénk, kiterjedt és magával ragadó tevékenység (Schimmenti és mtsai, 2019), hogy általában

csak egy külső helyzet vagy történés szakítja meg, vagy pedig a személynek jelentős erőfeszítéseket kell tennie, hogy véget vessen az álmodozásának.

Az álmodozásnak vannak kívülről megfigyelhető jelei is, gyakori a mimikaváltozás (69,19%) és a gesztikuláció (30,81%). A zenehallgatás mint kísérőjelenség a minta 45,41%-ánál jelent meg, és további 22,16% vallotta, hogy változó vagy hangulatfüggő, hogy a fantáziálást kíséri-e zenehallgatás. A vizsgálati személyek 35,14%-a írta, hogy végez fenntartó mozgást, például járkál, sétál, önringatást végez vagy babrálja a haját. Ezen eredmények szintén megerősítik, hogy a zenehallgatás és a repetitív mozgások végzése fontos kísérője lehet az álmodozás tevékenységének (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2017a; Somer és mtsai, 2016b).

Az álmodozás jellemzői témáit tekintve kiemelkedtek a kapcsolatokra vonatkozó tartalmak, leginkább a másokhoz kapcsolódás vágya, a szeretet, a szerelem, az egymásra találás élményei iránti sóvárgás (21,62%) jelent meg. A másik jellemző téma az ideális szelffel és vágyott élettel kapcsolatos tartalmak voltak (15,68%), sokan képzelik el az énjük egy olyan formáját, amely különleges, tökéletes, illetve egy olyan életet, amely merőben más, mint a sajátjuk. Jellemző téma az álmodozók körében a jövőbeli események elképzelése, egy adott szituáció elővételezése (14,59%). Többen számoltak be arról is, hogy a fantáziaviláguk mágikus, fiktív karakterek (5,95%) köré épül, vagy önmagukat képzelik el különböző szerepekben, alternatív identitásokat felvéve (5,41%). A fantáziáknak adott kitalált címek esetében is hasonló tendencia mutatkozott. A leggyakoribb címek az aktuális élethelyzetekre (12,97%), az ideális szelfre és életre (12,43%) és a kapcsolatok iránti vágyakra (7,03%) vonatkoztak. A vizsgálatban feltárt tematika megfelel a korábbi kutatások eredményeinek, melyek szerint a szeretet, a biztonság és az intimitás vágya jellemző téma a maladaptív álmodozók fantáziáiban (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). Továbbá a korábbi vizsgálatok alapján (Bigelsen és mtsai, 2016; Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002) az is látható, hogy az ideális én és élet elképzelése különösen gyakori a problémás álmodozók körében. Ezen témák arról árulkodnak, hogy a maladaptív álmodozók fantáziavilágukban igyekeznek pótolni a valós élet hiányosságait, nélkülözéseit, például a kompenzatorikus jellegű interakciók elképzelésével, vagy egy olyan élet megálmodásával, amely ellensúlyozza a reális megéléseket (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b).

Az álmodozás jelentését tekintve elmondható, hogy ez a mentális tevékenység a jelen vizsgálatban résztvevők számára az érzelemszabályozás eszköze, segít kikapcsolódni, megnyugodni (15,68%), továbbá a valóságból való elmenekülés lehetőségét biztosítja (28,11%). Továbbá lehetővé teszi az álmodozó vágyainak teljesülését (7,03%), segíti a

gondolkodást és megértést (6,49%), betölti az időtöltés és unaloműzés szerepét (8,65%). Ezen eredmények szintén összecsengnek a korábbi szakirodalmi adatokkal (Bigelsen és Schupak, 2011; Pietkiewicz és mtsai, 2018; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a), mivel a maladaptív álmodozók körében ez a tevékenység gyakran egyfajta érzelemszabályozási kísérletként jelenik meg: a distressz azonnali csillapítását szolgálja; a megnyugvás élményét kínálja a biztonságos fantáziavilágban; egy menekülési lehetőség az itt és most nehézségei elől; egy vágyteljesítő funkciót is betölt a személy pillanatnyi szükségleteihez illeszkedve. Mindezek fényében talán nem meglepő az az eredmény, hogy mintánkban a maladaptív álmodozók többnyire pozitív érzelmi állapotokat kapcsolnak az álmodozáshoz (86,49%), mint például az öröm, a boldogság, a nyugalom, a kikapcsolódás és a megkönnyebbülés érzései. Megjelennek ugyanakkor negatív érzelmi állapotok is (16,76%), mint a csalódottság, a szomorúság és a frusztráció. A maladaptív álmodozás területén végzett vizsgálatok feltárták, hogy az álmodozás, más addiktív viselkedésekhez hasonlóan, egy jutalmazó tevékenység (Bigelsen és Schupak, 2011; Pietkiewicz és mtsai, 2018; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a), és bár sok maladaptív álmodozó pozitív érzéseket köt az álmodozás tevékenységéhez, ezek a kellemes érzések feltehetően rövid ideig tartanak, és a maladaptív álmodozás hosszú távon inkább negatív érzésekkel jár együtt (Soffer-Dudek és Somer, 2018).

Az álmodozás felett érzett szubjektív kontroll tekintetében az látható, hogy a vizsgálatban résztvevők 50,27%-a viszonylag magas kontrollról számolt be, 35,14% közepes kontrollról, 14,59% alacsony kontrollról. Ezen eredmények alapján úgy tűnik, hogy a kiszűrt maladaptív álmodozók jelentős része úgy érzi, hogy kontroll alatt tartja a tevékenységet, azonban elképzelhető, hogy bizonyos fokú látszatkontrollról van szó, mely jellemző más addiktív viselkedésekre is. Ezt a feltételezést alátámasztja egy további eredményünk, mely szerint az álmodozók 47,03%-a kísérelte már meg korábban az álmodozás abbahagyását, felfüggesztését.

Két kérdést tettünk fel a vizsgálati személyeknek azzal kapcsolatban, hogy miért szeretnek álmodozni és miben nyújt nekik segítséget az álmodozás. Az előbbi kérdésre adott válaszok alapján elmondható, hogy a fantáziálás lehetőséget ad a valóságból való elmenekülésre (20,54%), a nyugalom és kikapcsolódás élményének átélésére (20,54%), megjeleníthető minden, amire a személy vágyik (14,05%), továbbá a fantáziákban pozitív érzések is megélhetők (12,97%). A második kérdésre – az álmodozás miben nyújt segítséget – szintén hasonló válaszok születtek: az álmodozás elősegíti az érzelemszabályozást (55,68%), a tervezést és merengést (20%), a vágyak teljesülését (9,19%), a valóságtól való

elmenekülést (8,11%) és az önismeretet, a kreativitás kiélését (8,11%). Ezek az eredmények megfelelnek a korábbi eredményeinknek, melyek az álmodozás jelentését tárták fel. Úgy tűnik, az álmodozás legfontosabb funkciója az egyének életében az érzelmek szabályozása, a realitásból való elmenekülés, a vágyak teljesítése és a töprengés, merengés elősegítése. További két kérdés mérte fel az álmodozás negatív következményeit: van-e olyan tényező, ami miatt nem szeret az egyén álmodozni és miben akadályozza őt az álmodozás. A vizsgálati személyek jelentős része azért nem szeret álmodozni, mert ez a tevékenység károsítja a produktivitást (14,05), elvonja a figyelmet (15,14%) és jelentős idővesztést okoz (21,08%). Az álmodozás sokszor eredményez negatív érzéseket, mint például a csalódottságát érzését (16,76%), mely abból fakad, hogy a realitás sosem lesz olyan, mint a fantáziavilág. Jellemző az is, hogy az álmodozás a valóságba való visszatérés után negatív hatást hagy maga után (9,73%), például szorongást, feszültséget, felszínre hozott kezeletlen érzéseket. Sokan azt érzik, hogy az álmodozás valójában az önbecsapás eszköze (10,27%), ami illúziót és hamis elvárásokat kelt a személyben. Mások számára a legnagyobb hátrányt az okozza, hogy az álmodozás kiszakítja a valóságból, és habár ideig-óráig segíti az elmenekülést, valójában ez nem egy hatékony megküzdési stratégia (10,81%). Arra a kérdésre, hogy mi az, amiben akadályozza a személyt az álmodozás, két jellemző válaszkategória született: leginkább a funkcionalitást károsítja, azaz a produktivitást (39,46%), a kapcsolatokat (5,41%) és a célok elérését (5,41%) gátolja. Másrészt az álmodozás akadályozza a jelen pillanatának megélését, a személy nem tudja megélni és élvezni az életét (28,65%), nem képes figyelni és koncentrálni más fontos dolgokra (18,38%). Az álmodozás észlelt negatív következményei megerősítik a korábbi vizsgálatok eredményeit (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016, 2016a, 2016b; Somer és mtsai, 2017b), melyek szerint a személy túlzott álmodozása következtében funkcióromlást tapasztal: károsodik az iskolai, munkahelyi teljesítménye, a feladatok és kötelezettségek ellátása, figyelmi és koncentrációs problémák jelennek meg, kevesebb idő jut a valós kapcsolatok kiépítésére, fenntartására, az életcélok megvalósítására, és valójában az álmodozás következtében nem tud a személy igazán a realitásban élni.

Vizsgálatunk eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozás a viselkedéses addikciók számos jegyét hordozza, ezzel megerősítve a korábbi kutatások feltételezéseit. Látható, hogy a maladaptív álmodozás rövid távon jutalmazó hatású lehet az egyén számára, hangulatmódosító hatása révén pozitív érzelmi állapotokat kelthet, megadhatja annak az illúzióját, hogy a személy elszakad a nehéz élethelyzetektől, problémáktól, a fájdalom és magány élményétől és egy alternatív, ideális világ és szelf

megteremtését segíti elő. Valójában az eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy ez a mentális tevékenység károsítja a funkcionalitást – jelentős idővesztést és figyelmi problémákat okoz, a kapcsolatok és a kötelezettségek elhanyagolásához vezet, szégyent és büntudatot eredményez – és pszichológiai distresszt okoz. Bár a vizsgálati személyek jelentős része kontrollálhatónak éli meg a tevékenységet, mégis sokan közülük jelentős erőfeszítéseket tesznek annak érdekében, hogy felfüggeszék, abbahagyják az álmodozást. A maladaptív álmodozás rövid távon ugyan elősegítheti az érzelmek szabályozását és a valóságtól való elszakadást, de a válaszadók jellemzése felhívja a figyelmet arra is, hogy a maladaptív álmodozás nem valós megküzdési stratégia, csak az illúziókeltés és önbecsapás eszköze, ami a valóság és a fantáziavilág között feszülő diszkrepancia miatt csalódottsághoz és szomorúsághoz vezet. Az álomvilágban megélhető pozitív érzések és kellemes élmények, a realitásban való csalódás és a valós élet hiányosságai, valamint az álmodozás utóhatásaként fellépő negatív érzelmi állapotok feltehetően mind szerepet játszanak abban, hogy ez a mentális tevékenység tartósan fennmarad és a személy újra és újra visszatér a fantáziavilágába, hogy kompenzálja a valós deficiteket és csillapítsa a kellemetlen érzéseket.

5.3. Második vizsgálati szakasz

Második kutatásunk során a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezőket vizsgáltuk: a gyermekkorban átélt traumatikus élményeket, a disszociatív élmények előfordulását, az egyes kötődési jellegzetességeket és az érzelemszabályozási deficiteket. Először a zavar traumaeredetének vizsgálatára helyeztük a fókuszot. Már az első tanulmány (Somer, 2002) megjelenése óta központi, ugyanakkor továbbra sem tisztázott kérdés, hogy a gyermekkori traumatikus élmények milyen kapcsolatot mutatnak a maladaptív álmodozással. Vizsgálatunk eredményei a traumaeredetet megerősítő kutatásokhoz csatlakoznak (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a; Somer és Herscu, 2017; Somer és mtsai, 2019). A Traumatikus Előzmények Kérdőíven kapott eredmények alapján látható, hogy az első és a második életkori övezet esetében nyolcból hét traumatípus esetében (elhanyagolás, szeparáció, érzelmi, fizikai és szexuális bántalmazás, szemtanúság és egyéb traumák) szignifikáns eltéréseket találtunk a két csoport között (egyedüli kivételt képez az Alkohol és drogok alskála).

Az Elhanyagolás alskálán kapott szignifikáns különbség arra hívja fel a figyelmet, hogy a maladaptív álmodozók gyermekkorukban szignifikánsan gyakrabban és/vagy súlyosabb formában éltek át elhanyagolást (pl. gondoskodás hiányát; mellőzést; családi problémák miatti elhanyagolást), szemben a nem maladaptív álmodozókkal. A Szeparáció alskálán

kapott szignifikáns különbség értelmében a maladaptív álmodozók súlyosabb és/vagy gyakoribb gyermekkori szepárációs élményről számoltak be: a szülők különéltek vagy elváltak; a gyermek különböző személyekkel élt különböző időpontokban; egy jelentős személy az életükben meghalt vagy kórházba került. Erős szignifikáns különbség mutatkozott az Érzelmi bántalmazás alskálán, mely szerint a maladaptív álmodozók súlyosabb érzelmi nélkülözésről, kellemetlen gyermekkori élményekről, inzultusokról, inkonzisztens családi szabályokról és igazságtalan büntetésekről számoltak be. A vizsgálati csoportok a Fizikai bántalmazás alskála tekintetében is különböztek; a problémás álmodozók a gyermekkorukra visszagondolva súlyosabb és/ vagy gyakoribban történő erőszakos élményről (pl. ütés, verés, rugdosás, vagy fizikai sérülés vagy halál potenciális veszélye) számoltak be. A maladaptív álmodozók a gyermekkori Szexuális abúzus alskála tekintetében is magasabb értéket mutattak, gyakoribb és/vagy súlyosabb szexuális visszaélésekről számoltak be. A Szemtanúság alskálán kapott eredmények értelmében a maladaptív álmodozók gyermekkorukban valószínűbben váltak fizikai erőszak, szülői veszekedések vagy szexuális természetű események vagy jelenetek szemtanújává, vagy akár holttesteket is láthattak. Az Egyéb típusú traumák alskálán elért szignifikánsan magasabb érték azt jelzi, hogy a problémás álmodozók valószínűbben éltek át gyermekkorukban hospitalizációt, súlyos balesetet, természeti katasztrófát vagy valami szörnyűt, ami továbbra is rejtély számukra.

Eredményeink alapján elmondható, hogy a felnőttkorukban maladaptív álmodozónak bizonyuló személyek nagyobb valószínűséggel számoltak be bántalmazó vagy elhanyagoló családi körülményekről gyermekkorukban. Ezen eredmények illeszkednek az irodalmi áttekintés részben bemutatott maladaptív álmodozás alapmodelljéhez (Somer és mtsai, 2016a), ugyanis látható, hogy a felnőttkorban maladaptív álmodozóként azonosított személyek egy része szignifikánsan gyakrabban élt át gyermekkorában traumatikus élményeket, és amennyiben ezen személyek rendelkeznek a veleszületetten élénk képzeleti kapacitással, felhasználhatják a fantáziavilágukat arra, hogy elmeneküljenek a fájdalmas, traumatikus élmények elől és megélik a belső biztonságot.

Nemzetközi tanulmányok különböző összefüggéseket tártak fel a disszociáció és a maladaptív álmodozás kapcsolatáról (Somer és mtsai, 2016; Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2017b; Somer és Herscu, 2017; Soffer-Dudek és Somer, 2018; Somer és mtsai, 2019), melyeket eredményeink a Magyar Disszociáció Kérdőív minden alskála tekintetében megerősítettek. A jelen vizsgálat eredménye alátámasztotta, hogy a maladaptív álmodozókra jellemző a disszociatív munkamód. Az általunk vizsgált minden disszociatív

élmény tekintetében szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a maladaptív álmodozók, mint a nem maladaptív álmodozók. A maladaptív mértékben álmodozók hajlamosabbak deperszonalizációs, derealizációs élmények átélésére, gyakran tapasztalják az identitásuk fragmentáltságát, változékonyságát és zavarát. Eredményeink arra is rávilágítottak, hogy azon személyek, akik mintánkban túlzott álmodozóknak mutatkoztak, kevésbé képesek kontrollt gyakorolni a viselkedésük, érzelmeik és gondolataik fölött, esetükben a szelf mint ágens sérülhetett. Az ezen a skálán magasabb pontszámot elérő személyek hajlamosabbak az impulzivitásra is (Vanderlinden és mtsai, 1993). A maladaptív álmodozók amnéziás tünetekkel is küzdenek, ami azt jelenti, hogy kevésbé tudják visszaidézni a velük történt eseményeket, illetve az általuk véghezvitt cselekedeteket. Vizsgálatunk eredményei megegyeznek a szakirodalomban olvasottakkal (Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és Herscu, 2017), ugyanis a maladaptív álmodozók saját mintánkban is sokkal hajlamosabbak az abszorpcióra, azaz a teljes figyelemi bevonódásra.

Az általunk vizsgált tényezők komplexebb összefüggéseinek feltárása érdekében SEM modellezést alkalmazva tanulmányoztuk tovább a jelenséget. Első lépésként Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk, hogy mely traumatípusok mentén tárható fel szignifikáns különbség az MDS mediánértékében: az első életkori övezetet tekintve az elhanyagolás, a szeparáció, az érzelmi, fizikai és szexuális bántalmazás, a szemtanúság és az egyéb traumák esetén találtunk szignifikáns eredményt. A második életkori szakaszban az elhanyagolás, az érzelmi és fizikai bántalmazás, a szemtanúság és az egyéb traumák esetében találtunk szignifikáns különbséget. A következő lépésként robusztus regressziós módszerrel a 0 és 6 éves kor közötti gyermekkori traumatikus élmények, valamint a disszociatív élmények, a nem, a korcsoport és az iskolai végzettség és a maladaptív álmodozás közötti direkt kapcsolatokat vizsgáltuk. Az eredmények alapján elmondható, hogy az első életkori övezetet tekintve egyetlen traumatikus élmény sem mutatott kapcsolatot a maladaptív álmodozással. A többi változót vizsgálva, az identitászavar és a kontrollvesztés pozitív összefüggést, míg a korcsoport szignifikáns negatív kapcsolatot mutatott a maladaptív álmodozással. Az utóbbi eredmény alapján feltételezhető, hogy a fantáziálás ezen túlzott, addiktív formájának megjelenése csökken az életkor előrehaladtával. A második életkori övezet traumatípusai szintén nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a maladaptív álmodozással (ahogy a nem és az iskolai végzettség sem), ugyanakkor az előbbi eredményekkel összhangban az identitászavar, a kontrollvesztés és az életkor szignifikáns direkt összefüggést mutatott a jelenséggel. Mindezen eredmények arra engedtek következtetni, hogy a disszociatív élmények mediáló szerepet töltenek be a gyermekkori traumatizáció és a maladaptív

álmodozás között. Annak érdekében, hogy a gyermekkori traumatikus élmények, a disszociáció és a maladaptív álmodozás komplex kapcsolatait feltárhassuk, SEM modellezést alkalmaztunk.

Az *első útmodell* értelmében a 0 és 6 éves kor között elszenvedett traumatikus élmények közül az érzelmi bántalmazás állt szignifikáns kapcsolatban az identitászavar és a kontrollvesztés élményeivel, melyek szignifikáns összefüggést mutattak a maladaptív álmodozással. Ezek az eredmények megerősítették Somer és Herscu (2017) eredményeit, akik bizonyították a mediátorok fontos szerepét (abszorpció és fantáziafüggőség) a trauma és a problémás álmodozás között. A jelen vizsgálat eredményei alátámasztják Ferrante és munkatársai (2020) által feltárt eredményeket is, melyek értelmében a disszociáció (és a szégyen) fontos mediátor az érzelmi bántalmazás és a maladaptív álmodozás között. Ugyanakkor az általunk feltárt útmodell szerint csak az identitászavar és a kontrollvesztés áll szignifikáns kapcsolatban a maladaptív álmodozással. Az identitászavar élménye összefüggést mutat a gyermekkori traumatikus élmények közül az érzelmi bántalmazással, melynek értelmében feltételezhető, hogy az érzelmi ártalmak, inzultusok, az inkonzisztens családi szabályok, a gyermekkel való igazságtalan bánásmód, a teljesíthetetlen szülői elvárások és a mindezek következtében megélt kudarcézés kapcsolatot mutat a depreszonalizáció, derealizáció, a disszociatív alter-személyiségek jelenlétével. Ezen élmények arra sarkallhatják a gyermeket (és később a felnőttet), hogy a külső valóság felől a belső fantáziavilág felé fordítsa a figyelmét, mely elvezethet a túlzott, problémás álmodozás kialakulásához. A kontrollvesztés szintén szignifikánsan kapcsolódott a maladaptív álmodozással, mely disszociatív élmény a korai életévekben átélt traumatikusok közül az érzelmi bántalmazással mutatott szignifikáns összefüggést. Ezen eredmények alapján elképzelhető, hogy az intenzív érzelmi ártalmak és a családi környezet bejósolhatatlansága és bizonytalansága összefüggésben állhat az ágenciaérzés és a viselkedés, érzelmek és gondolatok feletti kontrollézés károsodásával. A maladaptív álmodozók talán ezt a károsodott kontrollérzést találják meg a képzeleti világukban.

A *második útmodell* megerősítette a korábbi eredményeket, ugyanis a maladaptív álmodozás az identitászavarral és a kontrollvesztéssel mutatott szignifikáns kapcsolatot. A 7 és 12 éves kor között elszenvedett traumatikus élmények közül az identitászavar az érzelmi bántalmazással és az egyéb típusú traumákkal mutatott szignifikáns összefüggést. Az eredmények alapján feltételezhető, hogy a gyermekkorban elszenvedett inzultusok, igazságtalan büntetések, vagy egyéb (imperszonális) traumák (pl. súlyos betegség, a gyermek balesetezése vagy hospitalizációja, természeti katasztrófa átélése, az arról való

értesülés, hogy egy közeli személy súlyos sérülést szenvedett el vagy meghalt, vagy egyéb ijesztő vagy traumatikus események elszenvedése) összefüggést mutatnak az identitás fragmantálódásával vagy deperszonalizációs, derealizációs élményekkel, melyek szerepet játszhatnak a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában. A kontrollvesztés élménye az első útmodellhez hasonlóan szignifikáns kapcsolatot mutatott a gyermekkori érzelmi bántalmazással.

A két útmodell arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyermekkorban elszenvedett érzelmi bántalmazás súlyos következményekkel bírhat a gyermek fejlődésére. Az iskolás évek során az érzelmi bántalmazás mellett az egyéb típusú traumák szintén rizikótényezőként lehetnek jelen a disszociatív élmények átélésére nézve, mely élmények pedig befolyásolhatják a maladaptív álmodozás kialakulását. A magas jövedelmű országokban a gyermekbántalmazás súlyos népegészségügyi és komoly szociális jóléti problémákat okoz; évente a gyermekek 4-16%-a szenved el fizikai abúzust és tízből egy gyermek elhanyagolt vagy pszichésen abuzált. A kislányok 5-10%-a, míg a kisfiúk 5%-a szenved el kontaktussal járó szexuális abúzust a gyermekkoruk során, és azon gyermekek száma, akik a szexuális bántalmazás valamely formájának ki vannak téve, akár háromszor magasabb lehet (Gilbert és mtsai, 2009). A korai életévek különösen jelentősek a gyermek kognitív, szocio-emocionális és fizikai képességeinek fejlődése tekintetében. A kisgyermekek fokozottan veszélyeztetettek a traumatikus események megélésére, mivel a gyermekkorban elszenvedett traumák jelentős része a hét év alatti gyermekeket érinti: az Egyesült Államokban 2008-ban a bántalmazást vagy elhanyagolást elszenvedett gyermekek több mint 50%-a 0 és 7 éves kor közötti volt. Mivel a csecsemők nem tudják az érzéseiket verbalizálni, így egy traumatikus élmény elszenvedése leginkább a gyermek viselkedésében fog tükröződni: agitáltság, táplálkozással és alvással kapcsolatos problémák jelenhetnek meg. Az óvodások már több eszközzel rendelkeznek az érzelmeik kifejezésére, azonban mivel egocentrikus gondolkodásmód jellemzi őket, az események okát gyakran önmaguknak tulajdonítják (Perlman és Doyle, 2012). Korai traumatikus élmények átélése súlyos negatív hatással bírhat a gyermek fejlődésére és növekedésére, továbbá károsíthatja a kötődési kapcsolatok protektív és pozitív természetét (Perlman és Doyle, 2012). A gyermekkori traumatikus élmények elszenvedése mind rövid távon (pl. szomorúság, szorongás, gyenge koncentráció), mind hosszútávon (pl. fokozott kockázat a gyengébb mentális egészségre és kedvezőtlen egészségi és viselkedési kimenetekre) súlyos következményekkel jár (Tobin, 2016). Specifikusabban nézve a gyermekbántalmazás a gyermekkori morbiditás és mortalitás egyik vezető oka, melynek olyan hosszan tartó következményei lehetnek, mint a

mentális és fizikai egészségproblémák, alkohol- és droghasználat, krónikus megbetegedések és egészségkockázati magatartásformák (Gilbert és mtsai, 2009). A szakirodalom szerint az érzelmi bántalmazás súlyos negatív hatást gyakorol a gyermek mentális egészségére (Norman és mtsai, 2012). Norman és munkatársai (2012) feltárták, hogy az érzelmi bántalmazás és elhanyagolás elvezethet a depresszív és szorongásos zavarok kialakulásához, öngyilkossági kísérletekhez, kábítószerhasználathoz és kockázatos szexuális viselkedésekhez.

A gyermekbántalmazás összefüggésbe hozható a disszociatív tünetekkel is, továbbá a traumaelméletek szerint azok az események, melyek extrém mértékű és azonnali biológiai fenyegetést jelentenek a személy számára – amennyiben limitált erőforrásokkal rendelkezik az aktív védekezésre –, súlyos disszociatív tünetekhez vezethetnek (Haferkamp, Bebermeier, Möllering és Neuner, 2015). A gyermek érzelmi bántalmazása a legkevésbé nyilvánvaló és ezért a legkevésbé vizsgált abúzusforma, habár feltehetően ez a leggyakoribb bántalmazási típus gyermekkorban (O'Dougherty Wright, Crawford és Del Castillo, 2009). Számos vizsgálat (Haferkamp és mtsai, 2015; O'Dougherty Wright és mtsai, 2009; Watson, Chilton, Fairchild és Whewell, 2006) megerősítette, hogy a disszociatív szimptómák kialakulásában, a gyermekkori szexuális és fizikai bántalmazáson kívül, a gyermekbántalmazás pszichológiai formái is szerepet játszanak, mint például az érzelmi bántalmazás és elhanyagolás. Egy tanulmány szerint (Haferkamp és mtsai, 2015) az érzelmi bántalmazás volt a legerősebb és leginkább közvetlen prediktora a disszociációnak olyan traumatizált nőkből álló mintán, akik gyermekkori bántalmazásról számoltak be.

Feltételezhető, hogy a maladaptív álmodozóként kiszűrt személyek gyermekkorukban valószínűbben éltek át érzelmi bántalmazást és egyéb súlyos traumatikus élményt a nem maladaptív álmodozókhoz képest. Ezek a korai élmények befolyásolhatják a koherens identitás kialakulásának folyamatát, valamint hatást gyakorolhatnak a kontrollérzésre és az ágensérezésre. Elképzelhető, hogy azok a személyek, akik rendelkeznek a veleszületetten élénk fantáziálási kapacitással a képzeletük világát a külső és belső bizonytalanságokkal való megküzdésre használják (Somer és Herscu, 2017). Korábbi vizsgálatok feltárták, hogy az a coping stratégia, mely során a személy a fantáziavilágában keres biztonságot, gyermekkorából eredeztethető (Ferrante és mtsai, 2020; Somer és mtsai, 2016a). Ferrante és munkatársai (2020) azt is igazolták vizsgálatukban, hogy az érzelmi trauma, habár nem szükséges feltétele a maladaptív álmodozás kialakulásának, fontos szerepet játszik a jelenség súlyosságában. A gyermekkori érzelmi bántalmazás képezheti a maladaptív álmodozáshoz vezető egyik lehetséges útvonalat, mivel a gyermek, hogy megbirkózzon a traumatikus

élményekkel, a disszociációba menekülhet, mely facilitálhatja az abszorpciót és károsíthatja a mentális élmények intergrációját (Ferrante és mtsai, 2020). A gyermekkori traumatizáció lehet a maladaptív álmodozás egyik potenciális prediktora abban az esetben, ha egyéb kockázati tényezők is jelen vannak (pl. disszociáció, szegénység) (Ferrante és mtsai, 2020). Fontos felhívni azonban a figyelmet arra, hogy különböző fejlődési útvonalak vezethetnek a maladaptív álmodozáshoz. Korábbi vizsgálatok során a problémás álmodozók egy része egyáltalán nem számolt be gyermekkori traumatikus élményekről, hanem a veleszületett képzeleti kapacitását örömforrásként és a kreativitás megélésére használta (Bigelsen és Schupak, 2001; Somer és mtsai, 2016a). A belső világban megtapasztalt öröm – melynek jutalmazó és megerősítő hatása van – azonban önmagában nem tud teljes magyarázatot nyújtani a maladaptív álmodozás kialakulására és fennmaradására. A kutatók javaslata szerint a maladaptív álmodozás addiktív, kompulzív jellege, ezen mentális tevékenység iránti intenzív sóvárgás és a tevékenység feletti károsodott kontrollézés kulcsfontosságú szerepet tölthet be a jelenség természetének megértésében (Somer és mtsai, 2016a). A klinikai gyakorlatban ezért kiemelten fontos lehet a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó specifikus tényezők feltárása (Ferrante és mtsai, 2020). A jelen vizsgálatunk eredményei kiemelik a gyermekkori traumatikus élmények fontosságát, különösen az érzelmi bántalmazás szerepét az első 12 életév során. Vizsgálatunk arra is felhívja a figyelmet, hogy a disszociáció kapcsolatot mutat a maladaptív álmodozással.

A kötődési mintázat tekintetében a maladaptív álmodozók körében egy jellegzetes kapcsolódási dinamikát azonosítottunk. A túlzott, problémás álmodozóknak a *Biztonság a kapcsolatokban* skálán mutatott szignifikánsan alacsonyabb értékei azt mutatják, hogy kevesebb szeretetet, megértést és biztonságot élnek meg kapcsolataikban, mint a nem maladaptív álmodozók csoportjának tagjai. Interperszonális bizonytalanságot és instabilitást tapasztalnak, mások támogatására kevésbé számíthatnak, magukat kevésbé szerethetőnek érzik. A Kötődési Stílus Kérdőív további négy skáláján – melyek a kötődési szorongás és elkerülés bizonyos aspektusait mérték fel – a maladaptív álmodozók szignifikánsan magasabb pontszámot értek el. Látható, hogy a maladaptív álmodozók kötődése szignifikánsan bizonytalanabb, mint a nem maladaptív álmodozóké, önmagukat kevésbé értékesnek látják, és kisebb mértékben hisznek abban, hogy mások szeretni és tisztelni fogják őket. Abban is bizonytalanok, hogy számíthatnak-e másokra, amikor szükségük lenne rájuk.

Az öt kálán elért pontszámok részletesebb elemzésével specifikus kötődési mintázatot azonosítottunk a maladaptív álmodozók körében. A problémás álmodozók kapcsolataikban

ambivalens érzéseket élnek meg: egyrészt kisebb fokú biztonságot tapasztalnak a kapcsolataikban, a fontos személyektől a szeretet, megértés és törődés alacsonyabb fokára számítanak. Hajlamosak azt érezni, hogy más személyek mércéinek nem felelnek meg, és nem annyira értékesek, mint mások; azt sem igazán értik, hogy más személyek miért akarnának közel kerülni hozzájuk, továbbá sokszor élnek meg magányt. Ugyanakkor az eredményeink azt is feltárták, hogy a kapcsolataik, különösen mások jelenléte és visszajelzése az önmeghatározásuk, önbecsülésük és önértékelésük szempontjából igen jelentős. Az is látható, hogy a maladaptív álmodozóknak ellentmondásos érzéseik vannak a kapcsolatokkal szemben, hiszen egyszerre vágnak mások közelségére, ugyanakkor kellemetlen és kényelmetlen számukra, ha mások túl közel kerülnek hozzájuk, vagy ha ők kerülnek közel másokhoz. Nem szívesen osztják meg problémáikat a hozzájuk közel állókkal, vagy ha mégis megteszik, nevetségesnek érzik magukat vagy szégyellik magukat. Így inkább magukban tartják negatív affektusaikat, azok jelentőségét leértékelik, hiteltelenítve saját érzéseiket. Jellemző továbbá, hogy a másoktól való segítségkérést a kudarc jelének tekintik, az egyén értékességét pedig a kötelezettségeinek és feladatainak teljesítése határozza meg; úgy gondolják, hogy a hatékonyság előbbre való a kapcsolatoknál. Ennek eredményeképpen fokozottabb önállósági, függetlenségi törekvés jellemző rájuk, ugyanis a más személyektől való függés kellemetlen, nehéz érzésekkel jár együtt. Az eredmények alapján a maladaptív álmodozókra jellemző egyfajta pszudofüggetlenség, mely a kapcsolatokban megélt ellentmondásos, ambivalens érzéseiből és az alacsony fokú biztonságérzetből eredhet.

A nem maladaptív álmodozók esetében egy lényegesen különböző kötődési mintázat látható. Erőteljesebben bíznak a kapcsolataikban, pozitívabb énképpel rendelkeznek és másokat elérhetőbbnek, támogatóbbnak és szeretetteljesebbnek érzékelik. A kapcsolataik (mérsékelt) fontosak számukra, ugyanakkor nem aggodalmaskodnak annyit miattuk, mint a maladaptív álmodozók. A nem maladaptív álmodozók kevésbé viszonyulnak ambivalens érzésekkel a kapcsolataikhoz, így mások közelsége sem kínzó számukra, nem úgy, mint a problémás álmodozók számára. Habár a függetlenség magas fokát mutatják, nem gondolják azt, hogy az önérvényesítés, az egyén hatékonysága és a kötelességérzet előbbre valók, mint a kapcsolatok.

Ezen kötődési mintázatok megfeleltethetők Hámori és munkatársai (2016a) által bemutatott specifikus kötődési mintázatoknak. A maladaptív álmodozók esetében a KFÉ és az FF skálakon elért magas pontszám, a BK és az ATÖ skálakon elért közepes pontszám és az ÖV skálán mutatott közepes/alacsony pontszám az *ambivalens-félelemteli* kötődési

stílusnak megfeleltethető. A nem maladaptív álmodozók körében a BK és az FF skálákon mutatott magas pontszám, a KFÉ skálán elért közepes pontszám és az ATÖ és az ÖV skálákon elért alacsony/közepes pontszám a *biztonságos-független* kötődési stílusnak felel meg.

A maladaptív álmodozók körében azonosított bizonytalan, ambivalens-félelemteli kötődési stílus magyarázatot kínálhat ezen maladaptív mentális tevékenység bizonyos aspektusainak megértéséhez. A problémás álmodozók ellentmondásos, ambivalens érzései ellehetetlenítik annak lehetőségét, hogy fontos kapcsolatokat kialakítsanak és fenntartsanak. Mivel számukra kiemelten fontos, hogy az anticipált kellemetlen interperszonális élményekkel ne kelljen szembesülniük, kevesebb energiát investálnak a valós kapcsolataikba, és így a fennálló kapcsolataik felszínesnek tűnhetnek. Ennek következtében gyakran izolálódnak és elmagányosodnak. Hogy ezen élményeket kompenzálják, a vágyott kapcsolatokat a fantáziavilágukban teremtik meg, hiszen azt sokkal biztonságosabbnak és kontrollálhatónak élik meg, szemben a valósággal. Ez a konklúzió a maladaptív álmodozás irodalmával egybehangzó (Bigelsen és mstai, 2016; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b). A maladaptív álmodozás területén folytatott kezdeti kutatások feltárták, hogy a problémás álmodozók képzeleti világa gyakran azt a funkciót látja el, hogy helyettesítse a valós interakciókat és interperszonális élményeket. Ez azonban súlyos funkcióromlás árán valósulhat csak meg (Somer, 2002). A vizsgálatok (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b) arra is rámutattak, hogy a túlzott képzeleti tevékenység jellemző funkciója egy olyan élet megteremtése, mely biztonságos, megnyugtató és melyben olyan személyek is jelen vannak (szülők, barátok, szerelmek), akik érzékenyek, kellőképpen válaszkészek és megbízhatók. Mivel a problémás álmodozók gyakran élnek meg elutasítást, elhanyagolást és magányt (Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a, 2016b), a képzeletbeli ideális kapcsolataik ezeket az interperszonális hiányosságaikat és a valós kapcsolatok iránti sóvárgásukat hivatottak kompenzálni. A kompenzatorikus belső világuk olyannyira jutalmazó, hogy az álmodozók inkább választják a fantáziavilágukat mint a valóságot. Ezen fantáziatevékenység rendkívül privát jellegéből adódóan, illetve az álmodozást kísérő mozdulatok (pl. járkálás, ringatózás, futás), arckifejezések és vokalizáció miatt az álmodozás tevékenysége akkor hajtható végre, amikor mások nincsenek jelen. A valós interakciók tehát kevésbé összeegyeztethetőek ezzel a tevékenységgel, így az egyedüllét a maladaptív álmodozás szükséges feltételének tűnik (Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, Somer és Jopp, 2016b), tovább erősítve a maladaptív álmodozók valós életüktől és kapcsolataiktól való távolodását.

Az érzelemszabályozási deficitekkel kapcsolatos eredményeink alapján az látható, hogy a maladaptív álmodozók az érzelemszabályozási nehézségek magasabb, súlyosabb mértékével jellemezhetők. Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőíven elért eredmények azt mutatják, hogy a maladaptív álmodozók amikor negatív érzéseket élnek meg, intenzív, negatív (másodlagos) érzésekkel reagálnak (pl. düh, szégyen, büntudat), (*Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága*). Amikor zaklatottnak érzik magukat, akkor nehézséget jelent számukra a koncentráció és a fókuszálás, illetve, hogy elkészüljenek a munkájukkal (*Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában*). Az érzéseiket kevésbé kontrollálhatónak élik meg, és amikor zaklatottak, gyakran elveszítik a viselkedésük felett a kontrollt (*Impulzuskontroll nehézségek*). A maladaptív álmodozók az eredményeink szerint kevésbé figyelmesek az érzéseikre, amikor zaklatottak, kevésbé hiszik, hogy az érzéseik fontosak vagy validak, és nem szánnak időt arra, hogy megértsék ezeket az állapotokat (*Érzelmi tudatosság hiánya*). A negatív érzéseiket tartósnak ítélik, és úgy hiszik, hogy ezekkel az érzésekkel kevésbé képesek hatékonyan megküzdni, sőt, hajlamosak rágódni a negatív érzéseiken (*Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkentet hozzájárulás*). Kevésbé látnak rá az érzéseikre, kevésbé képesek azokat hatékonyan azonosítani és gyakran érzik azt, hogy össze vannak zavarodva az érzéseiket illetően (*Érzelmi tisztaság hiánya*). Az eredmények arra mutatnak, hogy a maladaptív álmodozók kevésbé figyelnek oda az érzelmi jelzéseikre és a negatív érzések megjelenésekor, kevésbé tartják azokat fontosnak. A maladaptív álmodozók vizsgálatunk alapján kevésbé képesek arra, hogy hatékonyan azonosítsák az átélt érzéseiket, a kellemetlen érzéseiket nem képesek elfogadni és tartanak a negatív érzések megélésétől. Gyakran élnek meg másodlagos negatív érzéseket, mint a szégyen, büntudat, ingerültség. A negatív érzésekkel szemben nem képesek adekvátan fellépni, mivel kevésbé férnek hozzá hatékony érzelemszabályozási stratégiákhoz; negatív érzéseik esetén nehézséget okoz a koncentráció, gátoltta válik a produktivitás. A sikertelen érzelemszabályozási próbálkozások hatására a maladaptív álmodozók gyakran érezhetik magukat túlterheltnek, tehetetlennek, esetleg inkompetensnek. Ezek előtt a kínzó érzések előtt – adaptív stratégiák hiányában – lehetséges, hogy az álmodozás segítségével tudnak csak ideiglenesen megszabadulni.

A korábbi tanulmányok rámutattak arra, hogy a maladaptív álmodozók körében ez a mentális tevékenység az érzelemszabályozásra tett kísérlet szerepét tölti be: a maladaptív álmodozás az önmegnyugtató és csillapító eszköze, mely az ártalmas gyermekkori élményekkel, a magányossággal, a társaktól elszorított bántalmazással és mellőzéssel, valamint a hétköznapi frusztrációkkal való megküzdés eszköze (Bigelsen és Schupak, 2011;

Pietkiewicz és mtsai, 2018; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2016a). A maladaptív álmodozás egy védőbuborékként szolgál vagy egy elmenekülési lehetőségként a stresszoroktól, aggodalmaktól és kötelességektől (Somer és mtsai, 2019). Mindezek fényében a maladaptív álmodozás egy megküzdési kísérlet a negatív érzésekkel, valamint a pozitív érzések (nyugalom, boldogság) átélésének lehetősége (West és Somer, 2020). Ezzel szemben a vizsgálatok (Greene és mtsai, 2020; West és Somer, 2020) arra mutatnak rá, hogy a maladaptív álmodozás tüneteinek fokozottabb jelenléte gyengébb érzelmszabályozási képességekkel járt együtt, valamint sem a maladaptív, sem az immerzív álmodozás nem bizonyul hatékony, adaptív érzelmszabályozási stratégiaként. A túlzott képzeleti tevékenység talán csak átmeneti felszabadulást nyújt a kellemetlen érzelmi állapotoktól, de nem tekinthető egészséges és érett coping stratégiaként (Greene és mtsai, 2020; West és Somer, 2020). A jelen vizsgálatunk megerősíti a korábbi tanulmányok eredményeit, hiszen a maladaptív álmodozók az érzelmszabályozás minden területén deficiteket élnek meg, továbbá a nem maladaptív álmodozókkal összevetve fokozottabb érzelmszabályozási nehézségeket mutatnak. Talán az élénk fantáziálás abban nyújt segítséget a személynek, hogy ő maga határozza meg és kontrollálja az álmot tartalmakat, a történet szálakat és a szereplők sorsát (Somer és mtsai, 2019), de láthatóan ez mégsem elegendő ahhoz, hogy hatékony érzelmszabályozási eszközként tekintsünk a maladaptív álmodozásra.

5.4. A kutatás korlátai

Valamennyi vizsgálatunkra közösen jellemző limitációk az alábbiak voltak: online mintagyűjtés; felülreprezentált női kitöltők; közép- és felsőfokú végzettségük túlsúlya. Az online adatgyűjtés módszere a jelen, specifikus vizsgálati minta esetében indokolt volt, egyrészt a vizsgálati csoport nehéz hozzáférhetősége miatt, másrészt a teljes anonimitás biztosítása és a stigmatizáltság érzésének elkerülése végett. A maladaptív álmodozók – a tevékenységük következtében megélt intenzív szégyenérzet és bűntudat miatt – jelentős erőfeszítéseket tesznek annak érdekében, hogy a családtagjaik, barátaik, sőt akár a szakemberek (pszichológusok, pszichiáterek) előtt is titokban tartsák tevékenységüket (Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016a). Ennek következtében ezen vizsgálati csoport toborzása személyes részvételen alapuló kutatásra igen problémás. Az online mintagyűjtés ugyanakkor a korábbi vizsgálatok alapján megfelelő a maladaptív álmodozók toborzására és a jelenséggel kapcsolatos tudás kiterjesztésére (Abu-Rayya és mtsai, 2019; Bigelsen és mtsai, 2016; Somer és mtsai, 2016). Feltehetően az internetalapú toborzás következtében a vizsgálati személyek jelentős részét a fiatal és középkorú életkori

övezetekbe tartozó tanuló és/vagy dolgozó személyek adják. Vizsgálatainkban elsősorban azon személyek válhattak kitöltővé, akik rendelkeztek a szükséges technikai, informatikai tudással és internethozzáféréssel. Mindezek következtében alulreprezentáltak voltak a munkanélküliek és a nyugdíjas személyek. A limitációkra való tekintettel javasolnánk, hogy a jövőbeli vizsgálatok több férfi kitöltő, alapfokú iskolai végzettségű személyek, munkanélküliek, nyugdíjasok és az idősebb korosztályba tartozók bevonásával tudnák kiterjeszteni jelen vizsgálat eredményeinek általánosíthatóságát.

Az első vizsgálati szakasz kvantitatív fázisának a korábbiakban említetteken túl további korlátja, hogy minden kérdőív önbevalláson alapult, illetve a gyermekkori traumatikus élményeket felmérő, ACE-10 kérdőív retrospektív válaszadást kívánt a kitöltőktől, mely tényezők a válaszadási és az emlékezeti torzítás lehetőségét is felvetik. *Az első vizsgálati szakasz kvalitatív fázisában* elsősorban a maladaptív álmodozók élményvilágát igyekeztük elemezni, azonban eredményeink generalizálhatósága limitált. Habár a mintaelemszám meglehetősen magas (185 fő), a vizsgálati személyek egy szűrőkérdőív alapján lettek kiválasztva, mely nem tekinthető diagnosztikus eszközhöz, így a konklúziók elsősorban azokra a személyekre vonatkozhatnak, akik hajlamosak a túlzott álmodozásra. Továbbá a kvalitatív kutatások esetében felmerül a validitás kérdése: valóban azt vizsgáljuk-e, amit vizsgálni szeretnénk (Willig, 2013). A vizsgálatunk során (a zárt kérdések mellett) nyitott kérdéseket is alkalmaztunk – így a válaszadás nem korlátozódott előre megadott kategóriák, opciók választására –, lehetőséget nyújtva a kitöltőknek az álmodozással kapcsolatos élményeik, érzéseik részletes megosztására. Az adatelemzés során három független kódoló elemezte az adatokat, és a végső konklúzió meghozásában megegyezésre törekedtek.

A második vizsgálati szakasz korlátjai közé tartozik, hogy a vizsgálati mintánk két különböző forrásból származott: közösségi oldalak, csoportok tagjainak közreműködésével, valamint a Debreceni Egyetem hallgatóinak köréből. Célunk azonban nem e két csoport összehasonlítására terjedt ki, hanem a maladaptív álmodozók kiszűrésére, és körükben a gyermekkori traumatikus élmények, a disszociáció, a kötődési jellegzetességek és az érzelemszabályozási nehézségek felmérésére, valamint e változók mentén a problémás és nem maladaptív mértékben álmodozók csoportjainak összevetésére. A teljes mintában a nemek arányát tekintve felülreprezentáltak voltak a női kitöltők, illetve a foglalkoztatottságot tekintve a tanulók, mely feltehetően az egyetemista minta nagy létszámából eredeztethető. További limitáció a traumatikus eseményeket felmérő kérdőív, a TAQ esetében a retrospektív felmérésből fakad, ugyanis a válaszadást a visszaemlékezési

hibák és a személyek a múltbeli traumatikus élményeikre vonatkozó szubjektív értékelése befolyásolhatja (Frissa és mtsai, 2016). A vizsgálati eredményeink alapján az is látható, hogy a maladaptív álmodozók jelentős disszociatív tünetekről számoltak be, köztük a disszociatív amnézia tüneteiről, mely által szintén károsodhat a múltbeli eseményekre – különösen a traumatikus élményekre – való visszaemlékezés. További korlátja a vizsgálatainknak, hogy az egyes változók közötti kapcsolatokról keresztmetszeti képet adnak, így a jelenségek közötti ok-okozati viszonyokról nem beszélhetünk, még az útmodellekkel is csak a változók közötti hipotetikus (általunk feltételezett) kapcsolatrendszeret ellenőriztük (Münnich és Hidegkuti, 2012). A vizsgálat eredményeinek általánosíthatósága mindezen tényezők következtében korlátozott.

5.5. A kutatás konklúziói

Az első vizsgálatunk két szakaszból tevődött össze: egy kvantitatív és egy kvalitatív szakaszból. Az első vizsgálat kvantitatív részének célja az MDS-16 skála magyar nyelvre adaptálása, továbbá megbízhatóságának felmérése és vágóértékének meghatározása volt. Kutatásunk ezen része bizonyította mind az MDS-16-HU megbízhatóságát, mind a konvergens validitását. Az MDS-16-HU statisztikailag meghatározott vágóértéke alapján 35 pont mentén megbízhatóan differenciálhatóak a maladaptív álmodozók (35 pont feletti érték) a nem maladaptív álmodozóktól (35 pont és az alatti érték). A mérőeszköz általános alkalmazhatóságát is teszteltük a gyermekkori ártalmas élményeket felmérő ACE-10 eszköz használatával, mely alapján úgy tűnik, hogy az MDS-16-HU skála megbízhatóan alkalmazható a gyakorlatban. Vizsgálatunk eredményei megerősítették továbbá, hogy a gyermekkorban elszenvedett érzelmi, fizikai és szexuális bántalmazás, valamint az érzelmi és fizikai elhanyagolás szerepet játszhat a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában. Ezen eredmények fényében a gyermekkori traumatikus élmények felmérése indokolt a maladaptív álmodozók körében, kiemelt figyelmet fordítva az érzelmi bántalmazásra és elhanyagolásra.

Kvalitatív vizsgálatunk során az MDS-16-HU általunk statisztikailag meghatározott vágóértéke alapján maladaptív álmodozóként kiszűrt személyek álmodozással kapcsolatos élményeinek, szokásainak feltárását tűztük ki célul. Ebben a vizsgálatban induktív kvalitatív tartalomelemzés módszerével három független kódoló elemezte a maladaptív álmodozók 23 kérdésre adott válaszát. A vizsgálat alapján elmondható, hogy a maladaptív álmodozók magyar mintáján a korábbi kutatások (pl. Bigelsen és Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer és mtsai, 2017a; Somer és mtsai, 2016a; 2016b) által feltárt jellemző tartalmak, funkciók,

szubjektív megélések, továbbá az álmodozás jellemző triggerei és fenntartó tényezői megjelentek. A Jelen tanulmány arra is rámutatott, hogy bár a túlzott álmodozók jelentős része kontrollálhatónak éli meg a tevékenységét, mégis kifejezett szégyent éreznek a tevékenységükkel kapcsolatban és jelentős erőfeszítéseket tesznek arra, hogy titokban tartsák mások előtt. Az eredményeink tükrében elmondható, hogy a maladaptív álmodozás egy olyan mentális tevékenység, amely többnyire fiatal korban indul, rövid távon jutalmazó hatású, azonban hosszú távon jelentős funkcióromlást és idővesztést okoz. A túlzott mértékű álmodozás egyrészt érzelmszabályozási kísérletként és elmenekülési lehetőségként funkcionál az álmodozók életében, másrészt a vágyteljesítés eszköze. Bár pozitív, idilli állapotok megélhetők a fantáziavilágban, azonban a vizsgálati személyek tisztában vannak azzal, hogy mindez csak illúzió, és csalódottságot élnek meg amiatt, hogy a valóság sosem lehet olyan, mint a képzeletük világa. Így, a pozitív érzések, élmények, vágyak átélése véget, és a negatív, frusztráló, averzív valós események elkerülése miatt, újra és újra visszatérnek a fantáziavilágukba.

A második vizsgálat célja a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezők vizsgálata volt, kiemelt szerepet tulajdonítva a gyermekkori traumatikus élményeknek, a disszociatív élményeknek, a kötődési jellegzetességeknek és az érzelmszabályozási deficiteknek. A gyermekkori traumatikus élmények tekintetében elmondható, hogy valamennyi traumatikus szignifikánsan gyakrabban fordult elő a maladaptív álmodozók körében, szemben a nem maladaptív álmodozókkal, mindkét életkori övezetben. A Magyar Disszociáció Kérdőívvel kapott eredmények alapján elmondható, hogy a problémás álmodozók szignifikánsan magasabb értékeket értek el minden disszociatív élmény – az identitászavar, a kontrollvesztettség, az amnéziás tünetek és az abszorpció – illetve az összpontszám tekintetében is. A jelen vizsgálat azt is megerősítette, hogy a gyermekkorban elszenvedett trauma, kiváltképp az érzelmi bántalmazás szignifikáns kapcsolatot mutat a disszociatív jelenségekkel, melyek pedig összefüggésben állnak a maladaptív álmodozással.

Vizsgálatunk azt is feltárta, hogy a maladaptív álmodozók eltérő kötődési mintázattal rendelkeznek, mint a nem maladaptív álmodozók. Az előbbi csoportra az ambivalens–félelemteli kötődés, míg az utóbbira a biztonságos–független kötődési mintázat volt jellemző. Bár a maladaptív álmodozók erős vágyódást éreznek a kapcsolatok iránt, és a kapcsolatok kiemelten fontosak az önértékelésük, önmeghatározásuk szempontjából, nem tapasztalnak kellő mértékű bizalmat és biztonságot a kapcsolataikban, sőt kellemetlen, ellentmondásos érzéseket élnek meg ezekkel kapcsolatban. Ambivalens érzéseik és

kapcsolati félelmek miatt elképzelhető, hogy elkerülik a valódi interakciókat és egyfajta pszseudofüggetlenséget mutatnak. Habár a fantáziavilágban átélhetők kellemes interperszonális élmények és pozitív érzések, a problémás álmodozás ugyanakkor megfosztja a személyt a valós kapcsolatok korrektív hatásától. A társas izoláció és magány tovább erősíti a szelfről és a másokról alkotott negatív reprezentációkat és a kötődési bizonytalanságot. Az érzelemszabályozási nehézségek tekintetében a maladaptív álmodozókra jellemző, hogy negatív érzéseik elárasztóak lehetnek: egyrészt kevésbé figyelnek oda az érzéseikre, nehézséget jelent számukra az érzések pontos azonosítása, másrészt kevésbé képesek arra, hogy hatékonyan megküzdjenek a negatív érzésekkel és kontrollálják az impulzusaikat. A célirányos viselkedésükre a negatív érzéseik káros hatást gyakorolnak, és mivel limitált érzelemszabályozási stratégiákkal bírnak, így úgy vélik, hogy a nehéz helyzetek és érzések tartósan, hosszú ideig fenn fognak állni.

Vizsgálatainkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a jelenség minél korábbi felismerésére a szakemberek körében, illetve hasznos adatokat kívánunk nyújtani a maladaptív álmodozók megsegítéséhez és a hatékony pszichoterápiás beavatkozások kidolgozásához. A terápiás folyamat során a megfelelő terápiás eljárások tervezésének egy fontos lépése lehet a zavar kiváltó okainak és fenntartó tényezőinek azonosítása. Eredményeink alapján a traumaeredet és a disszociatív hajlam fontos szerepet játszhat a maladaptív álmodozás etiológiájában. A kötődés és az érzelemszabályozás területén feltárt eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy a problémás álmodozás háttérében jelentős kötődési sérülések és súlyos érzelemregulációs deficitek állhatnak. Ennek értelmében a terápiás folyamat során fontos szempont a korai kapcsolati élmények és a maladaptív vagy hiányos érzelemszabályozási stratégiák feltérképezése. A stabil, biztonságos és támogató terápiás kapcsolat elősegítheti a problémás álmodozók kötődési mintázatainak korrigálását a szelfről, a másokról és a kapcsolatokról alkotott reprezentációkkal együtt. A terápiás beavatkozás egy másik fontos szegmense lehet az adaptív érzelemszabályozási stratégiák elsajátítása (West és Somer, 2020). A megnyugtató, biztonságot nyújtó és validáló terápiás közeg önmagában is segítheti a beteget a distressz élmények és a negatív érzések tartalmazásában és csillapításában (Greenberg, 2007).

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Kutatásunk célkitűzése háromrétű volt: (1) a maladaptív álmodozás szűrésére szolgáló skála (MDS-16) adaptálása magyar nyelvre, pszichometriai jellemzőinek és gyakorlati alkalmazhatóságának felmérése; (2) a maladaptív álmodozók álmodozással kapcsolatos szokásainak és a jelenség szubjektív megélésének kvalitatív vizsgálata; (3) a maladaptív álmodozás kialakulásában és fennmaradásában potenciálisan szerepet játszó tényezők azonosítása, kiemelten vizsgálva a gyermekkori traumatikus élmények, a disszociatív hajlam, a kötődési jellegzetességek és az érzelemszabályozási nehézségek szerepét. A vizsgálatok során alkalmazott eszközök online kerültek felvételre. Az első vizsgálat kvantitatív fázisában 494 fő adatai kerültek elemzésre, mely alapján elmondható, hogy az MDS-16 magyar változata igen magas megbízhatóságot mutat és a 35 pontnál felállított vágóérték megbízhatóan alkalmazható a problémás álmodozók szűrésére. Eredményeink továbbá feltárták, hogy bizonyos gyermekkorban elszenvedett traumák megnövelhetik a maladaptív álmodozás kialakulásának valószínűségét.

Első vizsgálatunk kvalitatív szakaszában 185, az MDS-16-HU vágóértéke alapján kiszűrt maladaptív álmodozó 23, specifikusan az álmodozási szokásokat feltérképező kérdésre adott válasza került feldolgozásra induktív kvalitatív tartalomelemzés módszerével. A vizsgálat eredményei alapján a maladaptív álmodozás legfőbb tartalmi között szerepel a kapcsolatok iránti vágyakozás, sóvárgás, az elképzelt ideális élet és szelf és a jövőbeli események elővételezése. Az álmodozás kiemelt funkciója a kikapcsolódás és a megnyugvás élményének megteremtése, a valóságtól való elszakadás, elmenekülés és az álmodozók vágyainak képzeletbeli teljesítése. Bár az álmodozás nagyrészt pozitív érzésekkel társul, mégis a válaszok alapján látható, hogy ez a mentális tevékenység a produktivitás és a figyelem károsodásával, továbbá jelentős idővesztéssel jár együtt.

A második vizsgálatunk során 717 fő került toborzásra, akik közül 106 főt azonosítottunk potenciális maladaptív álmodozóként. Az eredmények szerint a maladaptív álmodozók körében szignifikánsan több gyermekkori traumatikus élmény és disszociatív élmény fordult elő, továbbá súlyosabb érzelemszabályozási nehézségekről és kötődési bizonytalanságokról számoltak be.

Vizsgálataink legfőbb célja az volt, hogy felhívjuk a figyelmet a maladaptív álmodozás jelenségének létezésére mind a szakemberek, mind a laikusok körében. Eredményeink felhívják a figyelmet a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció, a kapcsolati szorongások és bizonytalanságok és az érzelemszabályozási deficitok fontosságára a maladaptív

álmodozás kialakulásában és fennmaradásában, és mindezen szempontok figyelembe vételére a problémás álmodozókkal történő pszichoterápiás intervenciók tervezésékor.

SUMMARY

The aim of our research was threefold: (1) the adaptation of the Maladaptive Daydreaming Scale to Hungarian, and the measurement of its psychometric properties and its applicability; (2) the qualitative analysis of maladaptive daydreamers' daydreaming-related habits and the subjective experience of maladaptive daydreaming; (3) the identification of potential segments of the etiology and maintenance of maladaptive daydreaming. Participants could access the questionnaires applied in the research via Internet. During the quantitative phase of the first study, data of 494 respondents was analysed. The results showed that the MDS-16-HU was highly reliable, and it can be used for the screening of problematic daydreaming applying the cut-off score of 35 points. Our results also indicated that specific childhood traumatic experiences may function as risk factors for maladaptive daydreaming.

In the qualitative phase of the first study, responses of 185 screened maladaptive daydreamers were analysed with inductive qualitative content analysis. Our findings revealed that the yearning for relationships, the ideal form of self and life and the anticipation of future events were the most prevalent themes of daydreaming. Important functions of this mental activity were: the creation of the experience of calm and relief; the distraction from reality and wish fulfillment. Although daydreaming is often accompanied by positive emotions, based on our findings, this mental activity causes the impairment of productivity and attention, and significant loss of time.

717 participants were recruited during the second study, 106 of whom were screened as potential maladaptive daydreamer. Our results revealed that among maladaptive daydreamers a significantly higher level of trauma and dissociative experiences occurred, and they also reported more severe emotion regulation difficulties and attachment insecurities compared to normal daydreamers.

The main aim of our research was to raise attention to the presence of maladaptive daydreaming among professionals. Our results revealed the potential role of childhood traumatization, dissociation, attachment anxiety and insecurity and emotion regulation deficits in the development and maintenance of the phenomenon. Taking these aspects into account during the planning of psychotherapeutical interventions might be relevant.

7. IRODALOMJEGYZÉK

7.1. Hivatkozott közlemények

- Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Knane, H. (2020). Maladaptive daydreaming is associated with intensified psychosocial problems experienced by female survivors of childhood sexual abuse. *Violence Against Women*, 26(8), 825-837. <https://doi.org/10.1177/1077801219845532>
- Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Meari-Amir, S. (2019). The Psychometric Properties of the Arabic 16-Item Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16-AR) in a Multicountry Arab Sample. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(2), 171-183. <https://doi.org/10.1037/cns0000183>
- Ainsworth M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 771–791.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Andrews-Hanna, J. R., Kaiser, R. H., Turner, A. E. J., Reineberg, A. E., Godinez, D., Dimidjian, S., & Banich, M. T. (2013). A penny for your thoughts: Dimensions of self-generated thought content and relationships with individual differences in emotional wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 4, 900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00900>
- Aviram, L., & Soffer-Dudek, N. (2018). Lucid Dreaming: Intensity, But Not Frequency, Is Inversely Related to Psychopathology. *Frontiers in Psychology*, 9, 384. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00384>
- Baird, B., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2011). Back to the future: autobiographical planning and the functionality of mind-wandering. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1604–1611. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.007>
- Balestra, R. (2019). *Rêveries compulsives: Validation de la version francophone du Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-F)*. (Nem publikált szakdolgozat). Université de Lausanne, Suisse.
- Barkley, R. A. (2013). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 161–173. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.734259>

- Becker, S. P., & Barkley, R. A. (2018). Sluggish cognitive tempo. In T. Banaschewski, D. Coghill, A. Zuddas, (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp.147-153). Oxford University Press.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Bernstein, D., Rubin, D. C., & Salgado, S. (2015). The frequency of involuntary autobiographical memories and future thoughts in relation to daydreaming, emotional distress, and age. *Consciousness and Cognition*, 36, 352–372. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.07.007>
- Bershtling, O., & Somer, E. (2018). The Micro-Politics of a New Mental Condition: Legitimization in Maladaptive Daydreamers' Discourse. *The Qualitative Report*, 23(8), 1983-2002. Letöltés helye: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol23/iss8/14>, [Letöltés ideje: 2021. 06. 11.]
- Bigelsen, J., & Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: Proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and Cognition*, 20, 1634-1648. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>
- Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive Daydreaming: Evidence for an Under-Researched Mental Health Disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254-266. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), pp.119-123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Blouin-Hudon, E. C., & Zelenski, J. M. (2016). The daydreamer: Exploring the personality underpinnings of daydreaming styles and their implications for well-being. *Consciousness and Cognition*, 44, 114–129. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.07.007>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization and International Society for Prevention Child Abuse and Neglect. Letöltés helye: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf;jsessionid=0A7E33FF6F3C601D6061D02B67C4EB32?sequence=1 [Letöltés ideje: 2021. február 15.]
- Butler, L. D. (Ed.). (2004). The Dissociations of Everyday Life [Editorial]. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(2), 1–11. https://doi.org/10.1300/J229v05n02_01
- Butler, L. D. (2006). Normative dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 45–62. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.004>
- Christian, B. M., Miles, L. K., Parkinson, C., & Macrae, C. N. (2013). Visual perspective and the characteristics of mind wandering. *Frontiers in Psychology*, 4, 699. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00699>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Engert, V., Smallwood, J., & Singer, T. (2014). Mind your thoughts: associations between self-generated thoughts and stress-induced and baseline levels of cortisol and alpha-amylase. *Biological Psychology*, 103, 283–291. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.10.004>
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–152). Guilford Press.
- Ferrante, E., Marino, A., Guglielmucci, F., & Schimmenti, A. (2020). The mediating role of dissociation and shame in the relationship between emotional trauma and maladaptive daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cns0000253>
- Frissa, S., Hatch, S. L., Fear, N. T., Dorrington, S., Goodwin, L., & Hotopf, M. (2016). Challenges in the retrospective assessment of trauma: Comparing a checklist

- approach to a single item trauma experience screening question. *BMC Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0720-1>
- Giambra, L. M. (2000). Daydreaming characteristics across the life-span: Age differences and seven to twenty year longitudinal changes. In R. G. Kunzendorf & B. Wallace, *Advances in consciousness research: Vol. 20. Individual differences in conscious experience* (p. 147–206). John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/aicr.20.08gia>
- Granieri, A., La Marca, L., Mannino, G., Giunta, S., Guglielmucci, F., & Schimmenti, A. (2017). The Relationship between Defense Patterns and DSM-5 Maladaptive Personality Domains. *Frontiers in Psychology*, 8, 1926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01926>
- 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>
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion coming of age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 414-421. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00101.x>
- Greene, T., West, M., & Somer, E. (2020). Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A Network Analysis. *Psychiatric Research*, 285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112799>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gruber, R. E., Steffen, J. J., & Vonderhaar, S. P. (1995). Lucid dreaming, waking personality and cognitive development. *Dreaming*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/h0094419>
- Haferkamp, L., Bebermeier, A., Möllering, A., & Neuner, F. (2015). Dissociation is associated with emotional maltreatment in a sample of traumatized women with a history of child abuse. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 16(1), 86–99. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.959149>

- Hámori E., Dankháziné Hajtman E., Horváth-Szabó K., Martos T., Kézdy A., & Urbán Sz. (2016b). A felnőtt kötődés mérése: a kötődési stílus kérdőív (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia*, 16 (3), 119–144.
- Hámori E., Dankháziné Hajtman E., Urbán Sz., Martos T., Kézdy A., & Horváth-Szabó K. (2016a). A felnőtt kötődés új típusai? Eredmények a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változatával. *Alkalmazott Pszichológia*, 16 (3), 57–77.
- He, J., Becic, E., Lee, Y.-C., & McCarley, J. S. (2011). Mind Wandering Behind the Wheel: Performance and Oculomotor Correlates. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 53(1), 13–21. <https://doi.org/10.1177/0018720810391530>
- Hilgard, J. R. (1974). Imaginative involvement: Some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22(2), 138–156. doi:10.1080/00207147408412993
- Holzinger, B. (2009). Lucid dreaming – dreams of clarity. *Contemporary Hypnosis*, 26(4), 216–224. <https://doi.org/10.1002/ch.390>
- Holzinger, B. (2014). Lucid dreaming in psychotherapy. In R. Hurd & K. Bulkeley (Eds.), *Practical and applied psychology. Lucid dreaming: New perspectives on consciousness in sleep: Science, psychology, and education; Religion, creativity, and culture* (pp. 37–61). Praeger/ABC-CLIO.
- Jopp, D. S., Dupuis, M., Somer, E., Hagani, N., & Herscu, O. (2018). Validation of the Hebrew Version of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-H): Evidence for a Generalizable Measure of Pathological Daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 242–261. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000162>
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science*, 330(6006), 932–932. <https://doi.org/10.1126/science.1192439>
- Kököneyi Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. (Doktori disszertáció). Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

- Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1986). The fantasy-prone person: Hypnosis, imagination, and creativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 404–408. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.2.404>
- Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43(1), 35–44. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.1.35>
- Mar, R. A., Mason, M. F., & Litvack, A. (2012). How daydreaming relates to life satisfaction, loneliness, and social support: The importance of gender and daydream content. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 21(1), 401–407. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.001>
- Marchetti, I., Van de Putte, E., & Koster, E. H. W. (2014). Self-generated thoughts and depression: From daydreaming to depressive symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8 (131). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00131>
- Marsh, H. W., Hau, K.-T., & Wen, Z. (2004). In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) Findings. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 320–341. https://doi.org/10.1207/s15328007sem1103_2
- McMillan R., Kaufman S., & Singer J. (2013). Ode to positive constructive daydreaming. *Frontiers in Psychology*, 4:626. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00626>
- McVay, J. C., Kane, M. J., & Kwapil, T. R. (2009). Tracking the train of thought from the laboratory into everyday life: an experience-sampling study of mind wandering across controlled and ecological contexts. *Psychonomic Bulletin & Review*, 16(5), 857–863. <https://doi.org/10.3758/PBR.16.5.857>
- Merckelbach, H., Otgaar, H., & Lynn, S. J. (2021). Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000–2018: A meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cns0000272>
- Mooneyham, B. W., & Schooler, J. W. (2013). The costs and benefits of mind-wandering: A review. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 67(1), 11–18. <https://doi.org/10.1037/a0031569>
- Mortazavizadeh, Z., & Forstmeier, S. (2018). The role of emotion regulation in the association of adult attachment and mental health: A systematic review. *Archives of Psychology*, 2(9). <https://doi.org/10.31296/aop.v2i9.83>

- Mrazek, M. D., Smallwood, J., Franklin, M. S., Chin, J. M., Baird, B., & Schooler, J. W. (2012). The role of mind-wandering in measurements of general aptitude. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(4), 788–798. <https://doi.org/10.1037/a0027968>
- Münnich Á. & Hidegkuti I. (2012). Strukturális egyenletek modelljei: oksági viszonyok és komplex elméletek vizsgálata pszichológiai kutatásokban. *Alkalmazott Pszichológia*, 77-102.
- O'Dougherty Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>
- Ory, D., & Mokhtarian, P. (2010). The impact of non-normality, sample size and estimation technique on goodness-of-fit measures in structural equation modeling: evidence from ten empirical models of travel behavior. *Quality & Quantity*, 44, 427-445.
- Perlman, S., & Doyle, A. (2012). Trauma experienced in early childhood. In L. Lopez Levers (Ed.), *Trauma counseling: Theories and interventions* (p. 132–145). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826106841.0008>
- Pietkiewicz, I. J., Nęcki, S., Bańbura, A., & Tomalski, R. (2018). Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction. *Journal of Behavioural Addictions*, 7(3), 838-843. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.95>
- Poerio G. L., & Smallwood J. (2016). Daydreaming to navigate the social world: What we know, what we don't know, and why it matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(11), 605–618. <https://doi.org/10.1111/spc3.12288>
- Poerio, G. L., Totterdell, P., Emerson, L-M., & Miles, E. (2016). Social Daydreaming and Adjustment: An Experience-Sampling Study of Socio-Emotional Adaptation During a Life Transition. *Frontiers in Psychology*, 7:13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00013>
- Regis, M. (2013). *Daydreams and the function of fantasy*. London: Palgrave Macmillan.
- Robison, M. K., & Unsworth, N. (2015). Working Memory Capacity Offers Resistance to Mind-Wandering and External Distraction in a Context-Specific Manner. *Applied Cognitive Psychology*, 29(5), 680–690. <https://doi.org/10.1002/acp.3150>
- Ross, C. A. (2018). The Potential Relevance of Maladaptive Daydreaming in Treatment of Dissociative Identity Disorder in Persons With Ritual Abuse and Complex Inner

- Worlds. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 149-162.
<https://doi.org/10.XXXX/ftpd.2017.0010>
- Ross, C. A., Ridgway, J., & George, N. (2020). Maladaptive Daydreaming, Dissociation, and the Dissociative Disorders. *Psychiatric Research & Clinical Practice*.
<https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190050>
- Ross, C. A., West, M., & Somer, E. (2020). Self-Reported Medication and Recreational Drug Effectiveness in Maladaptive Daydreaming. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 77–80. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001091>
- Ruby, F. J. M., Smallwood, J., Engen, H., & Singer, T. (2013). How self-generated thought shapes mood—The relation between mind-wandering and mood depends on the socio-temporal content of thoughts. *PLoS ONE*, 8(10), e77554.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077554>
- Salomon-Small, G., Somer, E., Harel-Schwarzmann, M., & Soffer-Dudek, N. (2021). Maladaptive Daydreaming and Obsessive-Compulsive Symptoms: A confirmatory and exploratory investigation of shared mechanisms. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 343–350. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.017>
- Sándor, A., Bugán, A., Nagy, A., Bogdán, L. S., & Molnár, J. (2021). Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01546-5>
- Sándor, A., Bugán, A., Nagy, A., Nagy, N., Tóth-Merza, K., & Molnár, J. (2021). Childhood traumatization and dissociative experiences among maladaptive and normal daydreamers in a Hungarian sample. *Current psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02223-3>
- Sándor A., & Molnár J. (2018). Maladaptív álmodozás. In Sz. I. Kuritárné, J. Molnár, & A. Nagy, (Eds.), *Trauma-eredetű disszociáció: Elmélet és terápia* (pp. 285–302). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Sándor, A., Münnich, Á., & Molnár, J. (2020). Psychometric properties of the Maladaptive Daydreaming Scale in a sample of Hungarian daydreaming-prone individuals. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 853–862.
<https://doi.org/10.1556/2006.2020.00050>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*, 8(2), 23–74.

- Schimmenti, A., Sideli, L., La Marca, L., Gori, A., & Terrone, G. (2019). Reliability, Validity, and Factor Structure of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) in an Italian Sample, *Journal of Personality Assessment*, 102(5), 689-701. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1594240>
- Schimmenti, A., Somer, E., & Regis, M. (2019). Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. *Annales Medico-Psychologiques*, 177, 865-874. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.014>
- Schooler, J. W., Reichle, E., & Halpern, D. (2004). Zoning out while reading: evidence for dissociations between experience and metaconsciousness. In D. T. Levin (Ed.), *Thinking and seeing: visual metacognition in adults and children* (pp. 203-226). Cambridge, MA: MIT Press.
- Schupak, C., & Rosenthal, J. (2009). Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 18, 290-292. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>
- Simor, P., Köteles, F., & Bódizs, R. (2011). Elmerülés az élményben: A Tellegen-féle Abszorpció Skála vizsgálata egyetemista mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(2), 101–123. <https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.2.1>
- Singer, J. L. (1974). Daydreaming and the stream of thought. *American Scientist*, 62(4), 417–425.
- Singer, J. L. (1975). Navigating the stream of consciousness: Research in daydreaming and related inner experience. *American Psychologist*, 30(7), 727–738. <https://doi.org/10.1037/h0076928>
- Singer J. L. (1976). *Daydreaming and Fantasy*. London: Routledge.
- Singer, J. L., & Antrobus, J. (1972). Daydreaming, imaginal processes and personality: A normative study. In P. Sheehan (Ed.), *The nature and function of imagery*. New York: Academic Press.
- Singer, J. L., & McCraven, V. G. (1961). Some characteristics of adult daydreaming. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 51, 151–164. <https://doi.org/10.1080/00223980.1961.9916467>
- Smallwood, J., & Andrews-Hanna, J. (2013). Not all minds that wander are lost: the importance of a balanced perspective on the mind-wandering state. *Frontiers in Psychology*, 4, 441. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00441>

- Soffer-Dudek N. (2020). Are Lucid Dreams Good for Us? Are We Asking the Right Question? A Call for Caution in Lucid Dream Research. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 1423. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01423>
- Soffer-Dudek, N. (2021). *Corrigendum for The MDS-16 (English version) cutoff score*.
 Letöltés helye: https://fac0c99d-218c-46be-b5c9-06d8b9d5ddbf.usrfiles.com/ugd/fac0c9_0791d1bce773444d8a2ba10d9c2d35f1.pdf
 [Letöltés ideje: 2021. 06. 11.]
- Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2018). Trapped in a Daydream: Daily Elevations in Maladaptive Daydreaming Are Associated With Daily Psychopathological Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 9(194). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00194>
- Soffer-Dudek, N., Somer, E., Abu-Rayya, H. M., Metin, B., & Schimmenti, A. (2021). Different cultures, similar daydream addiction? An examination of the cross-cultural measurement equivalence of the Maladaptive Daydreaming Scale, *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 1056-1067. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00080>
- Somer, E. (2002). Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 197–212. <https://doi.org/10.1023/A:1020597026919>
- Somer, E. (2018). Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale and a pilot case report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 1-22.
- Somer, E., Abu-Rayya, H. M., & Brenner, R. (2020). Childhood Trauma and Maladaptive Daydreaming: Fantasy Functions and Themes In A Multi-Country Sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1809599>
- Somer, E., Abu-Rayya, H. M., & Nsairy Samaan, Z. (2019). Maladaptive daydreaming among recovering substance use disorder patients: its prevalence and mediation of the relationship between childhood trauma and dissociation. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 17(2), 206-216, <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0011-9>
- Somer, E., Lehrfeld J., Bigelsen, D. S., & Jopp, J. (2016). Development and Validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77-91. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>

- Somer, E., Soffer-Dudek, N., & Ross, C. A. (2017b). The comorbidity of daydreaming disorder (Maladaptive Daydreaming). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 525-530. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000685>
- Somer, E., Soffer-Dudek, N., Ross, C. A., & Halpern, N. (2017a). Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(2), 176-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000114>
- Somer, E., Somer, L., & Halpern, N. (2019). Representations of maladaptive daydreaming and the self: A qualitative analysis of drawings. *The Arts in Psychotherapy*. 63, 102-110. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.004>
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016a). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(06), 474-478. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507>
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016b). Parallel lives: A phenomenological study of the lived experience of maladaptive daydreaming. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(5), 561-576. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1160463>
- Stata, A. (2017). *Stata Structural Equation Modeling Reference Manual* Release 13.
- Stawarczyk, D. (2018). Phenomenological properties of mind-wandering and daydreams: an historical overview and functional correlates. In K. C. R. Fox & K. Christoff (Eds.), *The Oxford Handbook of Spontaneous Thought: Mind-Wandering, Creativity, and Dreaming* (pp. 193-214). New York: Oxford University Press
- Stawarczyk D., Majerus S., Maj M., Van der Linden M., & D'Argembeau A. (2011). Mind-wandering: phenomenology and function as assessed with a novel experience sampling method. *Acta Psychol (Amst)*. 136(3), 370-81. doi: 10.1016/j.actpsy.2011.01.002
- Stumbrys, T., Erlacher, D., Schädlich, M., & Schredl, M. (2012). Induction of lucid dreams: a systematic review of evidence. *Consciousness and Cognition*, 21(3), 1456–1475. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2012.07.003>
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ('absorption'), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268–277. <https://doi.org/10.1037/h0036681>.

- Tobin, M. (2016). Childhood trauma: Developmental pathways and implications for the classroom. *Australian Council for Educational Research (ACER)*. Letöltés helye: https://research.acer.edu.au/learning_processes/20
- Varga K., Osvát J., & Vanderlinden, J., 1996. A disszociáció fogalma, mérése, és a "disszociáció kérdőív" (DISQ-H) bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 52 (1-3), 125-150.
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between Childhood Trauma and Dissociation Among Patients with Borderline Personality Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 478–481. <https://doi.org/10.1080/j.14tobin40-1614.2006.01825.x> [Letöltés ideje: 2021. június 15.]
- West, M. J., & Somer, E. (2020). Empathy, emotion regulation, and creativity in immersive and maladaptive daydreaming. *Imagination, Cognition and Personality*, 39(4), 358–373. <https://doi.org/10.1177/0276236619864277>
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research In Psychology* [2nd ed.]. Open University Press.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research In Psychology* [3rd ed.]. Open University Press. <https://doi.org/10.1177/0276236619864277>
- Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1982). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. *PSI Research*, 1(3), 94–116.
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva: WHO, 2014. Letöltés helye: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf> [Letöltés ideje: 2021. február 15.]
- Zedelius C. M., & Schooler J. W. (2018). Unraveling what's on our minds: How different types of mind-wandering affect cognition and behavior. In K. C. R. Fox & K. Christoff (Eds.), *The Oxford Handbook of Spontaneous Thought: Mind-Wandering, Creativity, and Dreaming* (pp. 233-247). New York: Oxford University Press
- Zhiyan, T., & Singer, J. L. (1997). Daydreaming Styles, Emotionality and the Big Five Personality Dimensions. *Imagination, Cognition and Personality*, 16(4), 399–414. <https://doi.org/10.2190/ATEH-96EV-EXYX-2ADB>

7.2. Az értekezés alapjául szolgáló és az értekezéshez kapcsolódó közlemények



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/28/2022.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Sándor Alexandra

Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Sándor, A.**, Bugán, A., Nagy, A. C., Bogdán, L. S., Molnár, J.: Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers.
Curr. Psychol. [Epub ahead of print], 2021.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01546-5>
IF: 4.297 (2020)
2. **Sándor, A.**, Bugán, A., Nagy, A. C., Nagy, N., Merza, K., Molnár, J.: Childhood traumatization and dissociative experiences among maladaptive and normal daydreamers in a Hungarian sample.
Curr. Psychol. [Epub ahead of print], 1-17, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-021-02223-3>
IF: 4.297 (2020)
3. **Sándor, A.**, Münnich, Á., Molnár, J.: Psychometric properties of the Maladaptive Daydreaming Scale in a sample of Hungarian daydreaming-prone individuals.
J. Behav. Addict. 9 (3), 853-862, 2020.
IF: 6.756





További közlemények

4. Sándor, A., Molnár, J.: Maladaptív álmodozás.

In: Trauma-eredetű disszociáció : Elmélet és terápia. Szerk.: Kuritárné Szabó Ildikó, Molnár Judit, Nagy Anikó, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 285-302, 2018, (A pszichológia gyakorlata, ISSN 2630-8207)

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 15,35

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre):
15,35**

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2022.01.12.



7.3. Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások

Sándor Alexandra, Porf. Dr. Münnich Ákos, Dr. Molnár Judit: Examination of maladaptive daydreaming in the general population – Pilot study (poszterprezentáció). Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének XII. Konferenciája. Budapest, 2018. augusztus 29- 31.

Sándor Alexandra, Nagy Nikolett, Bogdán Lilla Stella, Dr. Papp Gábor, Dr. Molnár Judit: The role of childhood traumatization and attachment characteristics in the etiology and patogenesis of maladaptive daydreaming (poszterprezentáció). 4th V4 Public Health Conference. Debrecen, 2019. április 25- 26.

Sándor Alexandra, Prof. Dr. Münnich Ákos, Dr. Molnár Judit: A maladaptív álmodozás jelenségének vizsgálata átlagpopulációban: Egy pilot vizsgálat eredményei (előadás). Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése. Debrecen, 2019. május 30- június 1.

Sándor Alexandra, Bokor Lilla, Fónyad Panka, Dr. Papp Gábor, Dr. Molnár Judit: Qualitative analysis of the experience of maladaptive daydreamers (poszterprezentáció). Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének XIII. Konferenciája. Balmazújváros, 2019. augusztus 28- 30.

Sándor Alexandra, Nagy Nikolett, Bogdán Lilla Stella, Dr. Papp Gábor, Dr. Molnár Judit: Attachment characteristics, childhood traumatization, dissociation and emotion regulation in maladaptive daydreaming (előadás). ESTD Conference. Róma, 2019. október 24-26.

Sándor Alexandra, Dr. Papp Gábor, Dr. Molnár Judit: A maladaptív álmodozás etiológiájának vizsgálata egyetemista mintán (előadás). Magyar Pszichiátriai Társaság XXIII. Jubileumi Vándorgyűlés. Budapest, 2020. január 22-25.

Sándor Alexandra, Dr. Bugán Antal, Dr. Nagy Attila, Bogdán Lilla Stella, Dr. Molnár Judit: Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers (poszterprezentáció). Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének XIV. Konferenciája. Szeged, 2021. augusztus 26- 27.

8. TÁRGYSZAVAK

- Maladaptív álmodozás
- Gyermekkorai traumatikus élmények
- Disszociatív élmények
- Kötődési jellemzők
- Érzelemszabályozási nehézségek

KEYWORDS

- Maladaptive daydreaming
- Traumatic childhood experiences
- Dissociative experiences
- Attachment characteristics
- Emotion regulation difficulties

9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretném hálámat és köszönetemet kifejezni a témavezetőmnek, Dr. Molnár Juditnak az elmúlt évek során nyújtott minden támogatásáért, biztatásáért és szakmai vezetéséért, hiszen mindezek nélkül a doktori munkám nem valósulhatott volna meg.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Ádány Rózának, hogy az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjeként támogatta doktori tanulmányaimat.

Köszönettel tartozom továbbá Prof. Dr. Kósa Karolinának, hogy a Magatartástudományi Intézet vezetőjeként lehetőséget biztosított a PhD kutatás lefolytatásához.

Hálával tartozom Prof. Dr. Bugán Antalnak, hogy az elmúlt évek során nyomon követte munkásságomat, és konstruktív tanácsaival és támogatásával hozzájárult a kutatómunka megvalósulásához.

Köszönettel tartozom Prof. Eli Somernek, aki a doktori kutatás kezdete óta támogatásával és értékes javaslataival segítette munkánkat.

Hálásan köszönöm Prof. Dr. Münnich Ákos és Dr. Nagy Attila munkám során nyújtott szakmai segítségét és iránymutatását.

Szeretném kifejezni köszönetemet Bokor Lillának, Bogdán Lillának, Nagy Nikolettnek és Fónyad Pankának az adatgyűjtésben nyújtott segítségükért és a kutatómunkám során nyújtott támogatásukért.

Hálával tartozom minden személynek, akik a vizsgálatban való részvételükkel lehetővé tették a doktori munka megvalósulását.

Kutatómunkám részben az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 „Az orvos-, egészségtudományi-és gyógyszerészképzés tudományos műhelyeinek fejlesztése” című projekt keretében valósult meg.

10. FÜGGELÉK

10.1. Az értekezés alapjául szolgáló publikációk