A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

FEJLŐDÉSELMÉLETEK ÉS EMPIRIKUS EREDMÉNYEK

I. kötet

Semmelweis Egyetem
MHI
Mentálhigiéné Intézet

A bevezető tanulmány alapos indoklást ad, miért kell/ene megteremteni a kora gyermekkori lelki egészséget támogató intervenciós rendszert. Így a legkorszerűbb érvekkel a zsebünkben kelhetünk útra, hogy a miért után a hogyan kérdésére is választ találjunk. Az utazás kezdetén egy olyan útravaló „szendvicset" kapunk, melynek alapja a modern alkalmazott fejlődéstudomány klasszikus és kurrens modelljei, eredményei, teteje az erősségekre és erőforrásokra építő fejlődéspszichopatológiai és reziliencia-szemlélet. Közötte pedig azok számára is fogyasztható módon kerül ismertetésre a történetileg és az aktuális intervenciók szemszögéből is releváns pszichodinamikus gondolkodásmód és elengedhetetlen fogalmai, akik kevésbé járatosak e területen. Tehát az első rész – noha az egyéni érzékenységtől függően nehezebben emészthető, de létfontosságú „tápanyagokat" is tartalmazhat – gazdag elméleti alapozást jelent bármely fejlődésben gondolkodó és a kora gyermekkorral foglalkozó szakember minőségi munkájához.

A második rész az egészséges fejlődés támogatását és a zavarok megelőzésének lehetőségeit járja körbe. Egyrészt gondolkodik a szülővé válás elméleti kérdéseiről, az egyén és a társadalom szintjét is szem előtt tartva, valamint gyakorlati tapasztalatokra építve, többek között szülőknek szóló felkészítő kurzusok szemléltetésével. Másrészt két kulcsfontosságú fejlődési folyamatra fókuszál: míg az ön/szabályozás kérdésének különlegessége, hogy több, jelenleg akár egymás mellett párhuzamosan létező terület szintézisét igényli, addig a korai kötődés fejezete egy klasszikus témát tárgyalva mutat rá, hogy – a régi leckék mellett – igenis van új a nap alatt.

A harmadik részben kezdődik a lelki egészséget veszélyeztető problémák felfedezése. Ugyanis egy egyedülálló elemzés olvasható a kora gyermekkorban diagnosztizálható zavarok nemzetközileg meghatározó, illetve kevésbé ismert, de hasznos szempontokat kínáló klasszifikációs rendszereiről. A további állomásokon olyan gyermeket és/vagy szülőt érintő állapotokról, zavarokról (pl. regulációs zavar, szülők és gyermekek különböző sérülései, szülő pszichiátriai betegsége), életeseményekről (perinatális veszteség és gyász) és körülményekről (bántalmazás és trauma) esik szó, amelyek rizikót, vagy akár súlyos fenyegetést jelentenek a lelki egészségre nézve. Ugyanakkor gyönyörű példákban kel életre az első részben ismertetett erőforrásokat és kompetenciákat hangsúlyozó megközelítés, ráadásul fejezetenként eltérő területeken és stílusban.

Ha az olvasó az első utazás, vagyis az első kötet végére ér, majd az élmények, illetve a tudásanyag feldolgozása után újra útra kész, ne feledje: van másik!

Egyed Katalin, PhD

A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

FEJLŐDÉSELMÉLETEK ÉS EMPIRIKUS EREDMÉNYEK

I. kötet

A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

FEJLŐDÉSELMÉLETEK ÉS EMPIRIKUS EREDMÉNYEK

I. kötet

Szerkesztők

Danis Ildikó
Németh Tünde
Prónay Beáta
Góczán-Szabó Ildikó
Hédervári-Heller Éva

Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Közszolgálati Kar
Mentálhigiéné Intézet
Budapest, 2020

Copyright © Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar
Mentálhigiéné Intézet, 2020

Copyright © Danis Ildikó, Németh Tünde, Prónay Beáta,
Góczán-Szabó Ildikó, Hédervári-Heller Éva, 2020

Szakmai lektor: Egyed Katalin

Felelős kiadó: Dr. Pethesné Dávid Beáta,
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet

A borítót tervezte: Árvai Csaba, Volumedia Kft.
Tördelés, belső grafika: Buris László, Volumedia Kft.

Felelős szerkesztő: Zsolnai Margit

A könyv szövege, ábraanyaga és mindenféle tartozéka szerzői jogi oltalom és kizárólagos kiadói felhasználási jog védelme alatt áll. Csak a szerzői jog tulajdonosának és a könyv kiadójának írásbeli engedélye alapján jogszerű a mű egészének vagy bármely részének felhasználása, illetve többszörözése akár mechanikai, akár fotó-, akár elektronikus úton.

ISBN 978-615-5722-16-5

Megjelent az EFOP-3.4.3-16-2016-00007 (A Semmelweis Egyetem tanulói bázisának szélesítése, bekerülést és bennmaradást támogató programok indításán, valamint balassagyarmati telephelyén új szolgáltatások bevezetésén keresztül) pályázat keretében az Európai Unió támogatásával.

Magyarország Kormánya
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE
Széchenyi 2020

TARTALOM

A könyv szerzői, szerkesztői, szakmai lektora 7

A szerkesztők előszava 15

BEVEZETÉS 19

Danis Ildikó — A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának indokoltsága – egy új fókusz a kora gyermekkori intervencióban 20

I. RÉSZ
FEJLŐDÉSELMÉLETEK 45

Danis Ildikó, *Kalmár Magda* — Modern alkalmazott fejlődéselméletek – Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka hátterében 46

Koller Éva — Pszichodinamikus fejlődéselméletek 82

Danis Ildikó, *Kalmár Magda* — A fejlődési pszichopatológia alapjai – Kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban 108

II. RÉSZ
AZ EGÉSZSÉGES LELKI FEJLŐDÉS HÁTTERÉRŐL 137

Németh Tünde — Családtervezés, várandósság, szülés, korai gyermekágy a gyakorlati tapasztalatok alapján – Fókuszban a pszichoprofilaxis egy modellje, a „Szülői hivatásra felkészítő kurzus” 138

Danis Ildikó — Társadalmi és pszichológiai folyamatok a gyermekvállalás hátterében és a szülővé válás során 164

Cs. Ferenczi Szilvia, *Németh Tünde* — Az önszabályozás alakulása és jelentősége kora gyermekkorban 202

Tóth Ildikó — Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség – Legújabb fejlemények 244

III. RÉSZ
A FEJLŐDÉS ÉS LELKI EGÉSZSÉG ZAVARAIRÓL 269

Danis Ildikó — A kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség zavarainak osztályozása a nemzetközi gyakorlatban 270

Hédervári-Heller Éva — Regulációs zavarok és kapcsolati nehézségek a csecsemő- és kisgyermekkorban – Elméleti és gyakorlati megközelítések 308

Góczán-Szabó Ildikó, *Prónay Beáta* — Atipikus fejlődés, lelki egészség, család 330

Prónay Beáta, *Góczán-Szabó Ildikó* — Megerősítés, képessé tétel – Szolgáltatások és intervenciók a fogyatékossággal élő szülők és gyermekeik számára 364

Németh Tünde, *Hortobágyi Ágnes* — Gyász és veszteség a perinatális időszakban és a kora gyermekkor idején 394

Lénárd Kata — A bántalmazás és a trauma hatása a lelki egészségre 418

Hortobágyi Ágnes, *Németh Tünde*, *Kurimay Tamás* — Pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik kapcsolata, együttápolása – Elmélet és nemzetközi tapasztalatok 448

AJÁNLOTT SZAKMAI FORRÁSOK 477

Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak, szakfolyóiratok, szakmai információs weboldalak 478

A részletes tartalomjegyzék a kötet végén található.

A KÖNYV SZERZŐI, SZERKESZTŐI, SZAKMAI LEKTORA

A könyvet szerkesztő szerzők

Danis Ildikó, PhD
tudományos főmunkatárs; fejlődéspszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, pár- és családterapeuta, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek terapeuta, relaxációs terapeuta
Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; pszichológiai magántevékenység; az SE Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója
danis.ildiko@public.semmelweis-univ.hu; ildiko.danis@gmail.com

Húsz éve foglalkozom a kora gyermekkori fejlődéssel és lelki egészséggel. Elméleti, módszertani, gyakorlati (prevenció, intervenció) és szakmapolitikai kérdéskörök egyaránt érdekelnek. Évekig dolgoztam az MTA Pszichológiai Kutatóintézetében, majd különböző gyermekügyi projektekben. 2015 óta vagyok az SE Mentálhigiéné Intézetének munkatársa. Évek óta végzek gyakorlati pszichológiai munkát is. Gondolkodásomat az életúti fejlődési nézőpont, a reziliencia- és a rendszerszemlélet hatja át. Hiszek az interdiszciplináris együttműködésben, elhivatottsággal próbálom feltárni és megismertetni a szakterület nemzetközi tapasztalatait.

Németh Tünde, Dr.
csecsemő- és gyermekgyógyász, pszichoterapeuta
pszichoterápiás praxis; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója
dr.nemeth.tunde@gmail.com

Érdeklődésem középpontjában a gyakorlati munka, a gyógyítás, a prevenció és a kora gyermekkorral kapcsolatos interdiszciplináris oktatás áll. A pszichoszomatikus szakrendelés tapasztalatai alapján 1993-ban a Családbarát program elindítása mellett munkám fókuszpontjai a következők voltak: várandós párok Szülői hivatásra felkészítő kurzusának vezetése, a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság titkáraként (2005–2015) a szoptatás jelentőségéről szóló evidencia-alapú ismeretek elterjesztése a szakemberek és a lakosság körében, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet keretében a Perinatális és

Koragyermekkori[1] Prevenciós Osztály (2003–2010) létrehozása és vezetése, az Integrált szülő-csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller és Németh) szakirányú továbbképzés, valamint alapító tagként az „EGYÜTT" Baba-Mama-Papa program elindítása.

Prónay Beáta
főiskolai docens; gyógypedagógus, pszichológus, rehabilitációs specialista a látássérülés területén, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens
ELTE BGGYK Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézete; az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán és a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója
pronay.beata@barczi.elte.hu

A kora gyermekkori lelki egészség szakterületén a fogyatékossággal élő szülők/gyermekek és az ő élethelyzetükből adódó interakciós nehézségeik és ezekkel való megküzdésük támogatása áll az érdeklődésem fókuszában. Konzulensként ezzel a két célcsoporttal foglalkozom. Valamint a gyógypedagógus alap-, mester- és szakirányú képzésben oktatom azokat a témákat, tárgyakat, melyek a kora gyermekkori regulációs zavarok kialakulásához és ezek feloldásához vezetnek.

Góczán-Szabó Ildikó
gyógypedagógus, klinikai szakpszichológus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek terapeuta, pszichodráma- és bibliodráma-vezető
terápiás magánpraxis; civil szervezetek (Gólyahír Egyesület, Budapesti Korai Fejlesztő Központ) munkatársa; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója; egyetemi óraadó oktató a Sapientia Főiskolán
ildigosza@gmail.com

Fő érdeklődési területeim: egyéni és szülő-csecsemő konzultáció/terápia, örökbefogadás utánkövetése, regulációs zavarban érintett szülőcsoportok vezetése, egyéni és csoportos szupervízió a kora gyermekkor szakemberei számára. Szemléletemet az a közel húsz éves tapasztalat formálta, amit atipikus fejlődésű csecsemők és kisgyermekek szakszolgálati felülvizsgálatai során kaphattam, miközben először a korai gyógypedagógiai intervencióban, később pszichológusként találkoztam kisgyermekes családokkal.

[1] Az intézmény neve adott, de a jelen szakkönyv szövegében – a mai helyesírásnak megfelelően – két szóban (kora gyermekkori) alkalmazzuk a kifejezést – a Szerk.

Hédervári-Heller Éva, Prof. Dr. phil.
volt egyetemi és főiskolai professzor; pedagógus, pszichológus, analitikus gyermek- és ifjúsági pszichoterapeuta, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens és pszichoterapeuta; pszichoanalitikus szupervizor
International Psychoanalytic University Berlin; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója
e.hedervari@gmx.de

Érdeklődésem fő területei a kora gyermekkor tipikus és atipikus fejlődésének és pszichopatológiájának elmélete és gyakorlata (korai prevenció és intervenció) a fejlődéspszichológia, a pszichoanalízis, a kötődéselmélet és a pedagógia területein; regulációs zavarok kezelése; egyetemi és egyéb szakmai oktatás; kutatómunka: a gyermek- és felnőttkori kötődés, a bölcsődei beszoktatás tudományos vizsgálata.

A könyv további szerzői

Cs. Ferenczi Szilvia, PhD
főiskolai docens; közgazdász, fejlődéspszichológus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens
Apor Vilmos Katolikus Főiskola; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója
szilvia@ferenczi.me

Szakterületem a kora gyermekkori fejlődés, ezen belül kiemelten a temperamentum, az önszabályozás, a reziliencia, valamint a családi és intézményes nevelés kérdései. Szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensként dolgozom a Bibe Intuitív Szülő Programban, kisgyermekekkel, kisgyermekes családokkal foglalkozó szakembereket oktatok, és kutatom a kora gyermekkori lelki egészség védőfaktorait, erőforrásait.

Frigyes Júlia, Dr.
pszichiáter szakorvos
Vadaskert Kórház és Szakambulancia
frigyesj@gmail.com

Több mint 20 éve nyújtok terápiás segítséget a szüléshez kapcsolódó lelki zavarok esetén családoknak, anya-csecsemő pároknak. Az egészen korai és későbbi életkori traumatizáció terápiáját tekintem munkám fókuszának. Szülésznői végzettséggel is rendelkezem, szülésfelkészítő és szülésélmény-feldolgozó csoportok vezetésében veszek részt. Oktató vagyok az ELTE Perinatális Szaktanácsadó képzésén.

Halász Anna
klinikai gyermek szakpszichológus, pszichoterapeuta, pszichoanalitikus
Ego Klinika
halasza@tmtconsulting.hu

Az Ego Klinika alapítójaként mint elkötelezett pszichoanalitikus 1989 óta oktatom a dinamikus gyermekpszichoterápiát, aminek szerves része a családban történő csecsemőmegfigyelés. Mindez azért fontos az oktatásban, mert a személyiség alakulásának egyik legfontosabb eleme a korai anya-gyerek kapcsolat alakulása. Ezt elősegítendő kollégáimmal együtt baba-mama konzultációkat is végeztünk, illetve oktattunk az országban elsőként.

Hámori Eszter, PhD, habil.
habilitált egyetemi docens; klinikai gyermek szakpszichológus, kiképző gyermekpszichoterapeuta, pszichoanalitikus
Pázmány Péter Katolikus Egyetem, BTK, Fejlődés és Klinikai Gyermeklélektan Tanszék
hamori.eszter@btk.ppke.hu

Több évtizedes tapasztalattal rendelkezem a pszichoanalitikus szemléletű baba-mama terápiák terén. Terápiás gyakorlatomat gyermekpszichoterápiás és pszichiátriai intézményekben, valamint a Budapesti Korai Fejlesztő Központban, illetve a BHRG Alapítványnál folytattam tipikus, illetve eltérő fejlődésmenetű kisgyermekekkel és szüleikkel. A Pázmány Péter Katolikus Egyetem fejlődéskutató laboratóriumában jelenleg a csecsemőkori regulációs problémák kialakulásának kapcsolati, fejlődési és epigenetikai összefüggéseit vizsgáljuk.

Hortobágyi Ágnes
pszichológus, klinikai szakpszichológus jelölt
Észak-közép Centrum, Új Szent János Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum
hortobagyi@gmail.com

Munkám során a családot egységként és rendszerként kezelve – a szülés körüli időszakban mentális zavarral küzdő szülők pszichés támogatásán keresztül – közvetett módon segítem a családban nevelkedő csecsemők és kisgyermekek egészséges személyiségfejlődését, a szülő-gyermek kapcsolat pozitív alakulását.

Jakab Katalin
klinikai gyermek szakpszichológus, pszichoanalitikus
Ego Klinika
katalin.jakab@yahoo.com

A kiemelt területem a kora gyermekkori lelki egészség támogatásán belül elsősorban a csecsemőkori fejlődés, az anya-gyermek kapcsolat alakulása és hatása a kognitív és lelki működésre. Egyrészt ennek megfigyelésével foglalkozom a baba-mama tanácsadások alkalmával, ahol az ebből származó információkat a párok összehangoltabb működésének megsegítésében igyekszem felhasználni. Másrészt a megfigyelést mint módszert oktatom mind a szakpszichológus, mind a terapeutaképzésben a leendő terapeuták számára.

Kalmár Magda, Prof. Dr.
professzor emeritus; pszichológus
ELTE PPK Fejlődés-és Klinikai Gyermekpszichológiai Tanszék
kalmar.magdolna@ppk.elte.hu

Érdeklődésem középpontjában az alkalmazott fejlődéspszichológia és a fejlődési pszichopatológia áll. Sok évtizedes oktató- és kutatómunkám során célom volt az atipikus fejlődés megértése, az elmélet és a gyakorlat közti szakadék áthidalása, az intervenció elméleti megalapozása.

Koller Éva
klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta
magánpraxis (Ego Klinika, Pillér); a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója; egyetemi óraadó oktató a Pécsi Tudományegyetemen
kollervica@gmail.com

A korai kötődés, a kora gyermekkori kapcsolatok alakulása és meghatározó szerepe a későbbi személyiségfejlődésben terápiás munkámban kezdettől fontos szerepet játszott. Az 1990-es évek második felében indult el akkori munkahelyemen – a Faludi utcában – a Korai Kötődés Munkacsoport, ahol szemináriumi formában irodalmakat dolgoztunk fel, amit a terápiás munkánkban is hasznosítottunk. A korai történések megismerése és megértése új lehetőséget adott az élettörténet folyamatának értelmezéséhez és terápiás munkámhoz. A korai kapcsolatok megsegítésének prevenciós lehetőségét kiemelt fontosságúnak gondolom, így örömmel csatlakoztam az ISZCSK képzéshez, amikor erre meghívást kaptam. Terápiás munkámban minden korosztállyal dolgozom, de a korai kapcsolatokat meghatározónak gondolom minden hozzám forduló páciensem problémájában.

Kurimay Tamás, Prof. Dr.
címzetes egyetemi tanár, centrumvezető főorvos; pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, rehabilitációs szakorvos (a pszichiátria területén), diplomás szupervizor
Észak-közép Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum
tamas.kurimay@janoskorhaz.hu

Magyarországon a családközpontú pszichiátriai modell bevezetésének kezdeményezőjeként, valamint Dr. Németh Tündével közösen az „Együtt" Baba-Mama-Papa perinatális, interdiszciplináris egység és program alapítójaként kapcsolódom a szülői és kora gyermekkori lelki egészség támogatásához. Érdeklődésem főként a bio-pszicho-szociális rendszerek és hálózatok megismerésére és alkalmazott felhasználására, a sporttal, fizikai aktivitással kapcsolatos kérdéskörökre és kiemelten a perinatális pszichiátria és kapcsolódó családtudományokra irányul.

Lengyel Anna
pedagógus, perinatális szaktanácsadó
Budapesti Korai Fejlesztő Központ
perinat.anna@gmail.com

Perinatális szaktanácsadóként a várandósság időszakának, a szülés/születés minőségének, valamint a korai gyermekágy élményeinek rövid- és hosszú távú hatásai érdekelnek. A Budapesti Korai Fejlesztő Központ munkatársaként a kora gyermekkori önszabályozási folyamatokkal, kiemelten az evés/etetés és az alvás/altatás különböző hátterű nehezítettségével dolgozom.

Lénárd Kata, PhD
egyetemi adjunktus; pszichológus
Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet
kakukkata@gmail.com

A kora gyermekkori pszichés fejlődés több aspektusa is foglalkoztat. Különösen a pszichés trauma, a korai kapcsolati traumatizáció, a transzgenerációs trauma kérdéseivel, valamint a prevenciós és intervenciós lehetőségekkel foglalkozom elméleti és gyakorlati szempontból. A szülő-csecsemő diád és az őket körülvevő rendszer támogatása, szükség esetén szülő-csecsemő, illetve egyéni és családterápia, társadalmi szinten pedig olyan programok, mint a Sure Start (Biztos Kezdet program) esélyt adnak a bántalmazás, a rossz bánásmód csökkentésére, a transzgenerációs kör megakadályozására. Mindezek miatt munkám során e gyakorlati kérdéskörök is érdekelnek.

Molnár Judit Eszter
klinikai szakpszichológus, kiképző pszichoterapeuta, hipnoterapeuta, jungi analitikus, relaxációs és szimbólumterapeuta, Hellinger családállító, kundalini jóga tanár, magyar irodalom tanár
Vadaskert Gyermekkórház, Forráskút Kft.
juditeszter.molnar@gmail.com

A születéssel 35 éve foglalkozom. A Vadaskert kórházban 20 éve működik terápiás ambulanciánk, a gyermekágy időszakának zavaraival foglalkozunk az életindulástól kezdve. A termékenységi nehezítettség pszichoterápiája és az asszisztált reprodukciós eljárások érzelmi következményei munkám és érdeklődésem kiemelt témája, miként a születéstörténetek hatása a csecsemőkortól kezdve. A csecsemő/kisdedkor regulációs zavarainak teljes palettájával dolgozom. Az evéssel kapcsolatos elakadások gyógyítása a korai elutasítástól a pépesen élő óvodásig, a könnyen oldható szoptatási nehézségtől a PEG elhagyásáig terjed. A székletvisszatartás és az indulatszabályozás is régóta foglalkoztat. Terápiás praxisom mellett tanítok. A saját Vadaskerti képzésünk mellett az orvos, szülésznő, szakpszichológus társaimmal (MPPPOT vezetőség) 2007-ben alapított Perinatális szaktanácsadó szakon (ELTE) oktatok. Részt veszek a Korai Fejlesztő Központ evés munkacsoportjának munkájában. Publikációim, előadásaim is e témákhoz kapcsolódnak.

Scheuring Noémi, Dr.
osztályvezető helyettes főorvos, ambulanciavezető főorvos; csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus, gyermeknőgyógyász, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet
scheuringn@heimpalkorhaz.hu

Érdeklődésem középpontjában a kora gyermekkori lelki egészség multidiszciplináris megközelítése áll, gyakorlatban egy interdiszciplináris team létrehozása, a tevékenységek szakmai kereteinek meghatározása, valamint a gyakorlatban is követhető, ennek mentén megvalósítható protokollok megalkotása. Fő ellátási területem a kora gyermekkori evés- és alvászavar. 2017. január óta vezetem a HOGYI Kora gyermekkori Evés-alvászavar Ambulanciát.

Siba Mónika
gyógypedagógus-logopédus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens
Budapesti Korai Fejlesztő Központ EGYMI és Óvoda; HOGYI Kora gyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia
manogyar@gmail.com

25 éve szereztem meg az első diplomámat, azóta dolgozom kisgyermekekkel, és mindig is a kora gyermekkor állt legközelebb a szívemhez. Munkám során elsősorban korai beszédindítással, regulációs zavarokkal és más, evéssel kapcsolatos nehézségekkel foglalkozom. Az eltérő fejlődésű gyermekek fejlesztése mellett nagyon fontosnak tartom, hogy segíteni tudjak a családoknak a gyerekek nevelése közben felmerülő problémák könnyebb megélésében és megoldásában is.

Szabó László, Prof. Dr.
osztályvezető főorvos, habilitált főiskolai tanár; gyermekgyógyász szakorvos
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Családgondozási Módszertani Tanszék
szabo.laszlo.md@gmail.com

A gyermekgyógyászat számos területe érdekelt, a vizelési zavaroktól, vesebetegségektől kezdve a krónikus légúti betegségekig, de különösen a csecsemők evés- és alvászavarainak vizsgálata, kezelése. A szomatikus betegszemlélet mellett mindig fontosnak tartottam a szülők és a gyerekek pszichés állapotának, viselkedésének figyelembevételét.

Tóth Ildikó, PhD
tudományos munkatárs; biológus M.Sc., pszichológia PhD
Természettudományi Kutatóintézet, Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet, Budapest
toth.ildiko@ttk.hu

Érdeklődésem középpontjában a korai érzelmi-társas fejlődés, azon belül is elsősorban a csecsemő- és gyermekkori kötődés és az ehhez kapcsolódó fejlődési korrelátumok tanulmányozása áll. Vizsgálódásom emellett kiterjed a szülő-gyermek interakciók különböző helyzetekben és életkorokban való megfigyelésére, amivel a gondozói környezet befolyásoló szerepe érhető tetten a fejlődés különböző területein.

Szakmai lektor

Egyed Katalin, PhD
habilitált egyetemi docens; pszichológus, csecsemő-szülő kapcsolati konzulens
ELTE PPK Pszichológia Intézet Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék
egyedkatalinagnes@gmail.com

Az ELTE PPK Pszichológiai Intézetében fejlődéspszichológiát tanítok a pszichológus képzés különböző szintjein. A legizgalmasabb kérdés számomra, hogy miként bontakozik ki és működik a kapcsolatra való képességünk, hogyan értjük meg a többi ember univerzumát és hogyan kapcsolódunk egymással össze életünk első találkozásaitól kezdve. Ez a kérdés hatja át a munkámat, legyen szó oktatásról, kutatásról, vagy csecsemő-szülő kapcsolati konzultációról.

A SZERKESZTŐK ELŐSZAVA

Kedves Olvasók!

Nagy öröm számunkra, hogy mindannyian kézbe foghatjuk, vagy épp digitálisan megnyithatjuk *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata* című kétkötetes szakkönyvet.

E könyv elkészítésére évek óta vágytunk és vártunk. A kötetek kiadására a Semmelweis Egyetemen 2017 és 2021 között futó EFOP pályázat[1] keretében kaptunk lehetőséget. A *Szülői és kora gyermekkori lelki egészség támogatása a mindennapi gyakorlatban* elnevezésű 3. programon belül továbbképzési tanfolyamok kidolgozása és szervezése mellett egy E-tankönyv, a kora gyermekkori lelki egészség támogatásáról szóló első magyar nyelvű szerkesztett szakkönyv kiadását vállaltuk.

A kora gyermekkori lelki egészségről és annak támogatásáról való gondolkodás közel hat évtizedes múltra tekint vissza a transzatlanti és a nyugat-európai államokban. Magyarországon az 1990-es évektől kezdődően indultak el, majd a 2000-es évektől bontakoztak ki kezdeményezések, szakmai műhelyek, formálódtak modellprogramok, képzések, amelyek a kora gyermekkori lelki egészség támogatásának egy-egy szeletét képviselték és képviselik ma is. Azért is kiemelkedően fontosak ezek a hagyományok és ígéretes gyakorlatok, mivel átfogó, egységes országos szolgáltatási és szakmai hálózat, illetve ellátási stratégia még nem létezik hazánkban. A szakterület egy-egy részfeladatát számos alap- és szakellátási intézmény vállalja fel az egészségügy, az oktatás és a szociális ügyek szektorában, azonban ezek szervezeti szinten még nem kapcsolódnak egymáshoz. Mivel egyre több tanfolyami és egyetemi képzés érhető el, és a hazai kutatóműhelyek is egyre inkább tesznek fel kérdéseket a szülői és kora gyermekkori lelki egészséggel kapcsolatosan, egyre többen vagyunk az országban, akik elméleti, módszertani és/vagy gyakorlati területen foglalkozunk e témával a mindennapokban.

A 2000-es években több szakirodalom is megjelent hazánkban a kora gyermekkori lelki egészség támogatásának egy-egy résztémájáról, vagy klinikai tapasztalatok alapján eredményesnek ítélt módszerekről, terápiás irányzatokról, azonban a jelen könyv az első átfogó szerkesztett tanulmánykötet a témában. Köteteink igazán unikálisak abból a szempontból, hogy rendszerezett módon mutatunk be fontos elméleti, módszertani és

[1] EFOP-3.4.3-16-2016-00007 – *A Semmelweis Egyetem tanulói bázisának szélesítése, bekerülést és bennmaradást támogató programok indításán, valamint balassagyarmati telephelyén új szolgáltatások bevezetésén keresztül* elnevezésű alprojekt.

gyakorlati témaköröket, illetve bemutatkozásra hívtuk meg azokat a szakmai műhelyeket, programokat, amelyekben – ma és akár sok évtizede – képzés és gyakorlati segítő munka folyik.

Köteteinkben egységes, modern tudást és szemléletet szeretnénk közvetíteni a kora gyermekkor időszakáról, a korai fejlődésről, a szülőségről, a szülő-gyermek kapcsolatról, és mindezek alakulásának komplex hátteréről. Szeretnénk átfogó képet nyújtani a kora gyermekkori intervenció e fontos részterületének, a kora gyermekkori lelki egészség támogatásának jelentőségéről, néhány kulcsfontosságú kérdéskörről. Ennek érdekében tanulmányainkban a klasszikus és kurrens nemzetközi és hazai szakirodalom feldolgozása és bemutatása történik. Célunk az, hogy köteteink olvasmányos, gyakran használható szakirodalommá, elméleti-módszertani támponttá, tananyaggá váljanak a csecsemőkkel, kisgyermekekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek számára.

Olvasóink között tehát nagy valószínűséggel lesznek olyan fiatal hallgatók és tapasztaltabb szakemberek, akik a felsőoktatásban és/vagy különböző továbbképzéseken vesznek részt azzal a céllal, hogy a kora gyermekkori időszak kérdéseivel és nehézségeivel foglalkozhassanak. Szeretnénk, ha azok a kora gyermekkor idején releváns segítő szakmák képviselői (védőnők, kisgyermeknevelők, pedagógusok, gyógypedagógusok, szociális munkások, pszichológusok, orvosok, gyermek- és családjogi szakértők stb.) is örömmel forgatnák a köteteket, akik a mindennapi gyakorlatban már csecsemőkkel, kisgyermekekkel és szüleikkel foglalkoznak, és az egyre eredményesebb munka érdekében szeretnének új ismereteket, fogódzókat, ötleteket gyűjteni. A kötetek laikusok, kisgyermekes szülők érdeklődését is felkelthetik, reméljük, hogy ez az olvasókör is talál fontos válaszokat a kérdéseire.

Szerkesztőkként, oktatókként évek óta terveztük e könyvet, elsősorban a Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde által létrehozott *Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés* törzsanyagához, valamint Hédervári-Heller Éva szakkönyvéhez (Hédervári-Heller 2008/2020[2]) illeszkedő, magyar nyelven elérhető komplex szakirodalom-forrásként. Később megbizonyosodtunk arról, hogy a tervezett témákat más szakemberek képzésében is hasznosnak találnák az oktatók.

A képzésnek 2014 óta ad otthont a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézete[3], 2017-ben pedig – az említett EFOP pályázat indulásakor – lehetőséget kaptunk a szakkönyv tervének elkészítésére. A könyvben egy-egy kötet képviseli az elméleti, illetve a módszertani-gyakorlati ismereteket. A két kötet az alapképzettségtől és a szakirodalmi tájékozottságtól függően lesz nehezebb vagy könnyebb olvasmány. Az I. elméleti kötetben *(Fejlődéselméletek és empirikus eredmények)* az alapvető fejlődéselméletekről és az egészséges fejlődés támogatásáról szóló részek után a lelki egészség zavarok elméleti-módszertani kérdéskörei kerülnek alapos tárgyalásra. A II. gyakorlati kötetben *(Módszerek, irányzatok, modellprogramok)* a gyermekekkel és családokkal való munka módszertani alapjairól, illetve konkrét hazai módszerekről, intervenciós irányzatokról, képzések-

[2] Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban.* (2. kiadás). Animula Kiadó, Budapest.

[3] 2010 és 2014 között a PPKE-n folyt az oktatás, míg 2015-től minden második évben az ELTE BGGYK is indítja a képzést.

ről és modellprogramokról számolunk be. Mindezek egy-egy új módszer elsajátításához tett inspiráló meghívást is jelenthetnek az érdeklődőknek.

Mivel a köteteket egyértelműen tankönyvként is szeretnénk és ajánljuk használni, a tanulmányok didaktikus[4] és a tudományos publicisztika szempontjait is szem előtt tartó és alkalmazó írások. Mindemellett a könyvet olvasmányos, gyakran forgatható, azonnali feldolgozást támogató szakirodalomnak szánjuk[5].

Kifejezetten fontosnak tartjuk az *interdiszciplináris megközelítést*. Nemcsak elméleti megközelítésekben evidencia ma már a több tudományág integrációja nyomán kialakult nézőpontok ismerete és alkalmazása, hanem a sok évtizedes nemzetközi eredmények is megerősítik azokat a klinikai tapasztalatokat, miszerint a kora gyermekkor lelki és kapcsolati nehézségei leghatékonyabban szakmaközi együttműködésben oldhatók meg. A nemzetközi eredmények közé ágyaztuk a hazai eredményeket, gyakorlatokat, ezért tanulmányaink többsége *számos külföldi és hazai forrásra* utal. *A rendszerszemlélet és a humán fejlődés ökológiai szemlélete* áthatja munkánkat: a fejlődés folyamataiban kiemeljük a különböző résztvevők jelentőségét az egyént (gyermeket vagy szülőt) körülvevő környezet különböző szintjein. Számos elméleti és gyakorlati tanulmányban fontos a *kronológiai szempont*, vagyis annak ismerete, hogy az adott területről, témáról, gyakorlatról hogyan gondolkodtak az elmúlt évtizedekben, és ehhez képest hogyan gondolkodunk ma, illetve fontosnak tartjuk a *kulturális érzékenységet* is, amely mind a fejlődés értelmezésében, mind a problémák meghatározásában és kezelésében irányítja a kutatók és a gyakorlati szakemberek gondolkodását. A gyermek fejlődésében és lelki egészségének alakulásában kulcsfontosságú *a szülők, a család, a családi kapcsolatok szerepe*. Tanulmányainkban mind a *szülők,* mind a társadalom többi tagjának (kiemelten a *szakembereknek) lehetőségeiről és felelősségeiről* is szó esik a gyermek fejlődésének és jóllétének támogatásában. Összehasonlítva a nemzetközi eredményekkel és kiemelve a hazai kezdeményezések és eredmények jelentőségét, fontos meghatároznunk azokat a *jövőbeni célokat*, amelyek *a hazai szolgáltatások, képzések és kutatások terén* megfogalmazhatók. Tanulmányaink megismerése után az olvasóban is körvonalazódnak a prevenció-intervenció reális hazai lehetőségei, távlatai a témában.

Szeretnénk köszönetünket kifejezni kollégáinknak több mint kétévnyi munkájukért. Köszönettel tartozunk a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében dolgozó munkatársaknak (dr. Pethesné Dávid Beátának, az Intézet igazgatójának, dr. Török Szabolcsnak, a projekt szakmai vezetőjének, Szabó Tündének, a projekt koordinátorának,

[4] A tanulmányok egységes felépítést, formai jegyeket követnek. A törzsszöveget ábrák, táblázatok, szövegdobozok és lábjegyzetek egészítik ki, illusztrálják. A részletes felhasznált szakirodalmi bibliográfia mellett az adott témában releváns angol és magyar nyelvű ajánlott irodalmakat is közlik a szerzők.

[5] Emiatt az idegen szavakat, szakterminusokat a szövegben vagy lábjegyzetben magyarázzuk, elsősorban a legfontosabb egyedi és összefoglaló tanulmányokra hivatkozunk, a törzsszöveget esetleg megakasztó, de fontosnak vélt kiegészítő információkat, érdekességeket pedig lábjegyzetekben és keretes szövegekként helyeztük el. Egy-egy kapcsolódó résznél hivatkozunk a kötet más tanulmányaira is, ezzel is segítve az összefüggések feltárását.

Gasparik Szilviának és Losonczy Leventének, a projekt gazdasági szakembereinek), akik lehetővé tették, hogy az EFOP 3.4.3 projekt keretén belül e kétkötetes szakkönyv is elkészülhessen. Köszönjük szerzőinknek, a szerkesztőkön kívüli tizenhat kollégának az áldozatos és a sok körös szakmai munkát, amellyel hozzájárultak az első magyar kora gyermekkori lelki egészség támogatásáról szóló szerkesztett szakkönyv létrejöttéhez. Külön köszönjük dr. Egyed Katalin szakmai lektori munkáját, aki időt és energiát nem kímélő alapossággal olvasta, véleményezte a kéziratokat, és javaslataival hozzájárult a kéziratok egyre pontosabb, feszesebb és érthetőbb megírásához. Köszönettel tartozunk Zsolnai Margitnak, nyelvi szerkesztőnknek, aki sok évtizedes nyelvi lektori, szerkesztői tapasztalatait, bölcsességét nekünk ajándékozva véglegesítette a kéziratokat és magát a köteteket.

A Volumedia Kft. grafikus és tördelő csapatának (Árvai Csabának, Buris Lászlónak és Dőry Endrének) köszönhetjük a kiadvány egyszerre modern és elegáns megjelenését. Köszönjük továbbá azoknak a munkatársaknak a támogató hozzájárulását, akik az elmúlt két évben a szakkönyv elkészítésének bármelyik fázisban segítségünkre voltak.

Az olvasóknak előre is köszönjük, hogy kézbe veszik és forgatják ezeket a köteteket, hogy elméleti és gyakorlati munkájukban hasznosítják azt a tudást és szemléletet, amelynek megfogalmazására és kiadására vállalkoztak a különböző szakterületek képviselői.

Mindannyiuk nevében kívánunk szeretettel hasznos olvasmányélményt és örömökben és sikerekben gazdag szakmai munkát!

Budapest, 2020.

A szerkesztők:

Danis Ildikó
Németh Tünde
Prónay Beáta
Góczán-Szabó Ildikó
Hédervári-Heller Éva

BEVEZETÉS

Danis Ildikó

A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának indokoltsága – egy új fókusz a kora gyermekkori intervencióban

Hivatkozás: Danis, I. (2020). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának indokoltsága – egy új fókusz a kora gyermekkori intervencióban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 20–44.

A tanulmány a széles értelemben vett kora gyermekkori intervenció fogalmát, jelentőségét, céljait, célcsoportjait és tevékenységi köreit foglalja össze. Bemutatásra kerül néhány átfogó modell, amely a korai prevenció és intervenció területein a szolgáltatástervezés elméleti-módszertani hátterét támogatja. A tanulmány kiemeli annak jelentőségét, hogy a nemzetközi gyakorlatban a kora gyermekkori intervenciók köre univerzálisan kiterjed minden gyermekre és családra, illetve célzottan az atipikusan fejlődő csoportokban az organikus és/vagy a társadalmi hátrányokkal, illetve a lelki egészség problémáival élő gyerekekre és környezetükre. A szülői, valamint a csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatását Magyarországon új, fejlesztendő területként emeli ki az írás, indokolja ennek relevanciáját, valamint nemzetközi példák és hazai előzmények megfontolásával bemutatja lehetséges helyét a hazánkban megvalósuló korai intervenciók körében. Célokat és szükséges lépéseket javasol egy új szolgáltatási rendszer kiépítése érdekében.

A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK INDOKOLTSÁGA – EGY ÚJ FÓKUSZ A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN

Danis Ildikó

„A kora gyermekkor befektetés a jövőbe" – Evidenciák a kora gyermekkori intervenció jelentőségéről

Az univerzalitástól a speciális bánásmódot igénylő gyerekek célcsoportjáig

A speciális bánásmódot igénylő gyermekcsoportok hatékony támogatása
Univerzális igény: a kompetens szülőség és a korai napközbeni ellátó intézmények minőségének preventív támogatása

Egy új fókusz Magyarországon: a kora gyermekkori lelki egészség támogatása

Mire építhetünk? I. Külföldi példák

Mire építhetünk? II. Magyarországi előzmények

Magyarországi tennivalók: egy új szolgáltatási hálózat kiépítéséhez szükséges lépések
Képzés- és hálózatfejlesztés
Diagnosztikai rendszer és finanszírozás
Módszertani és tudásközpont
A közgondolkodás formálása

Zárszó

A kézirat nagy része eredetileg a Gyógypedagógiai Szemlében jelent meg 2015-ben: Danis, I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a kora gyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(2), 100–116. A folyóirat szerkesztősége engedélyt adott arra, hogy a kézirat frissítést és némi átdolgozást követően megjelenhessen e kétkötetes szakkönyv bevezető tanulmányaként.

A tanulmány részben támaszkodik a TÁMOP 3.1.1. „21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció" c. kiemelt projekt keretében az EDUCATIO Kht. és az A.I.M. 2011 Konzorcium által megvalósított *„Koncepció kialakítása és javaslatok kidolgozása a kora gyermekkori ellátás intézményrendszere teljesítményértékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint koncepció kialakítása az ellátórendszerben használatos protokollok egységes, átfogó alkalmazására"* elnevezésű projekt számára készült háttértanulmányokra (Danis, 2012a, 2012b).

„A kora gyermekkor befektetés a jövőbe"[1] – Evidenciák a kora gyermekkori intervenció[2] jelentőségéről

Az utóbbi egy-két évtized idegélettani kutatásai bizonyították, hogy *az idegrendszeri fejlődés legdinamikusabb és egyben legérzékenyebb periódusa a kora gyermekkor időszaka* (lásd bővebben Egyed, 2011; Mustard, 2007; The Science of Early Childhood Development, 2007; Johnson, 2005; Shonkoff és Phillips, 2000). A fejlődés ekkor rohamléptekben zajlik. A „hierarchikus" felépülés értelmében *korai élményeink kihatnak teljes életpályánk alakulására, befolyásolják későbbi viselkedésünket, fizikai és lelki egészségünket, valamint az élethosszig tartó tanulásra való képességünk kibontakozását.*

Mind az újabb idegélettani, mind pedig a már több évtizedes múltra visszatekintő kötődéskutatások (lásd bővebben Tóth, 2011, uő. a jelen kötetben is; Cassidy és Shaver, 2010; Bowlby, 1969; Ainsworth és mtsai., 1974) koherens eredményei szerint *az agy és ezzel párhuzamban a megfigyelhető viselkedéses funkciók egészséges fejlődéséhez nemcsak az optimális mértékű ingergazdag tárgyi környezet, hanem a törődő korai kapcsolatok és a pozitív érzelmi-szociális gondozói háttér megléte is elengedhetetlen.* A megfelelő mértékű és minőségű – mások által nyújtott és önindított – szenzoros és mozgásos élmények, valamint a stabil, érzékeny szociális kapcsolatok együttesen alapozzák meg az egészséges agyi fejlődést, a komplex képességek kialakulását, valamint a magabiztos, örömteli, kapcsolatra és tanulásra kész személyiség fejlődését.

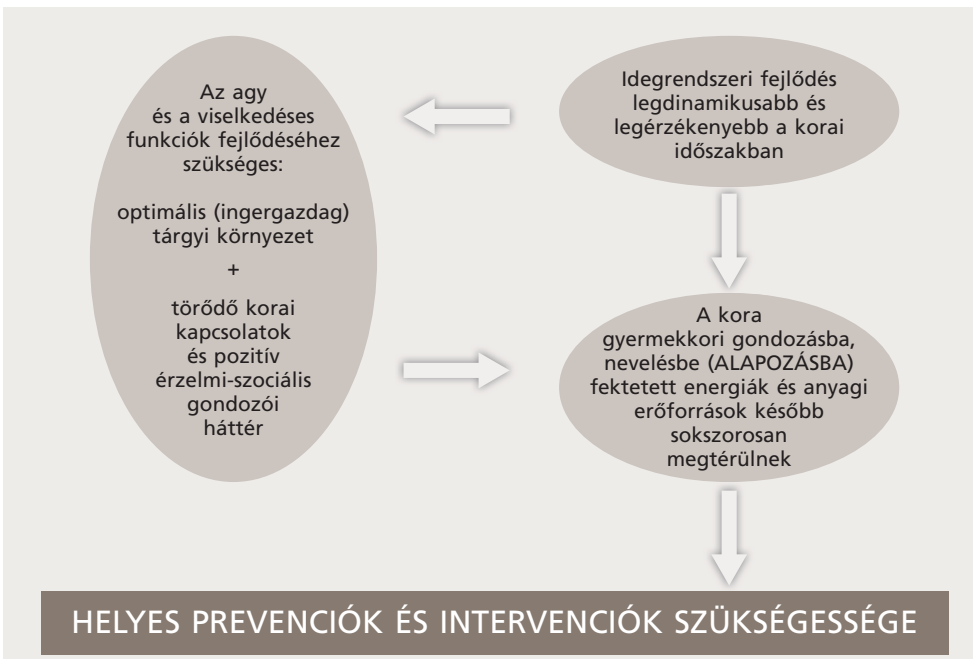
---

[1] Heckman és Masterov, 2007.

[2] Magyarországon ma sokan a kora gyermekkori intervenció fogalmat a korai fejlesztés szinonimájaként kezelik, holott a nemzetközi gyakorlatban ez ennél jóval szélesebb jelentéstartalommal bír. Jelen tanulmányban a szerző a fogalmat a legszélesebb értelemben használja mindazokra a korai beavatkozásokra, amelyek a kisgyermekek és családjaik fejlődésének és jóllétének előmozdítását célozzák meg.

Több modellkísérlet és intervenciós program hatásvizsgálata kapcsán az a hipotézis is bizonyítást nyert, hogy *a kora gyermekkori gondozásba, nevelésbe (vagyis az „alapozásba") fektetett energiák és anyagi erőforrások később sokszorosan megtérülnek* (Grunewald és Rolnick, 2007; Heckman és Masterov, 2007; Szilvási, 2011; Surányi és mtsai., 2010). Minden társadalomban szükséges tehát a „helyes", „jól célzott" kora gyermekkori prevenciós és intervenciós programok tervezése és a segítő-támogató szolgáltatások széles körű hozzáférhetőségének megteremtése (lásd összefoglaló 1. ábra).

A tervezett beavatkozások fókuszában nem lehet más, mint maga a gyermek, az őt nevelő-gondozó szülők és család, valamint az az intézményi háttér és szakmai team, amely a családot a különböző felmerülő problémák esetén segíti. A humán fejlődés ökológiai modelljének értelmében (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Bronfenbrenner és Ceci, 1994; lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát a modern fejlődéselméletekről jelen kötetben) egy kisgyermek és szülei életét számos *közeli (proximális) és távoli (disztális) hatás* befolyásolja. A közvetlen család, az ismerős embertársak, a kapcsolódó intézményi hálózat, a társadalom és a kultúra sajátosságai mind-mind hatnak a szülők ismereteire, értékeire, céljaira, döntéseire, vagyis a szülői-nevelői gyakorlatra, s így a gyerekek fejlődésére. *A közeli interakciók, vagyis a gyermeket körülvevő mikrorendszer, a család hatását semmi nem tudja felülmúlni a gyermeki fejlődés előmozdításában, azonban a bronfenbrenneri modell mezoszisztéma rendszere a 21. században kiemelten fontossá válik. Biológiai vagy társadalmi hátrány esetén gyermekek és családok sorsa függ attól, hogy milyen szervezett*



1. ábra A kora gyermekkori prevenciók és intervenciók szükségességét alátámasztó tudományos tapasztalatok (Danis, 2015, 101. o., vagy Danis és mtsai., 2011b, 6. o. alapján)

segítséghez, támogatáshoz férnek hozzá, és ezek a szolgáltatások (az egészségügy, az oktatás, a szociális ügyek és a családpolitika) milyen minőségűek, és mennyire alkalmazkodnak a valódi igényekhez és szükségletekhez (vagyis milyen mértékben „helyes" beavatkozások).

Szemben az iskoláskori évekre irányuló oktatási-nevelési programokkal, melyek a hatásvizsgálatok szerint általában nem, vagy csak igen kismértékben hozzák meg a várt eredményeket, a kora gyermekkori gondozásba, nevelésbe befektetett anyagi erőforrások társadalmi-gazdasági szinten bizonyítottan megtérülnek (Barnett, 2000, 2004; Belfield és mtsai., 2006; Rolnick és Grunewald, 2003). A megtérülés elsősorban a nők gyermek- és munkavállalási hajlandóságának növekedésében, a családok stabilitásának megőrzésében, a gyerekek későbbi tanulmányi, munkaerőpiaci és társadalmi sikerességében, valamint a speciális ellátások szükségességének és a társadalmi devianciák csökkenésében mérhető. A sokak által ismert heckmani befektetési görbét (Carnerio és Heckman, 2003) az utóbbi évek fejleményei kapcsán kiegészítették a születés előtti intervenciók jelentőségével is (Doyle és mtsai., 2009 – lásd 2. és 3. ábra). E szerint *minél hamarabb – már a gyermektervezés idején*[3]*, de legalább a várandósság korai szakaszában – azonosítjuk azokat a családokat, ahol akár biológiai, akár társadalmi helyzet miatti veszélyeztetettség áll fenn, és minél korábban vagyunk képesek a megfelelő szolgáltatásokba, programokba eljuttatni őket, annál sikeresebb lehet a társadalom a későbbi költségek lefaragásában és az előnyök megteremtésében.*

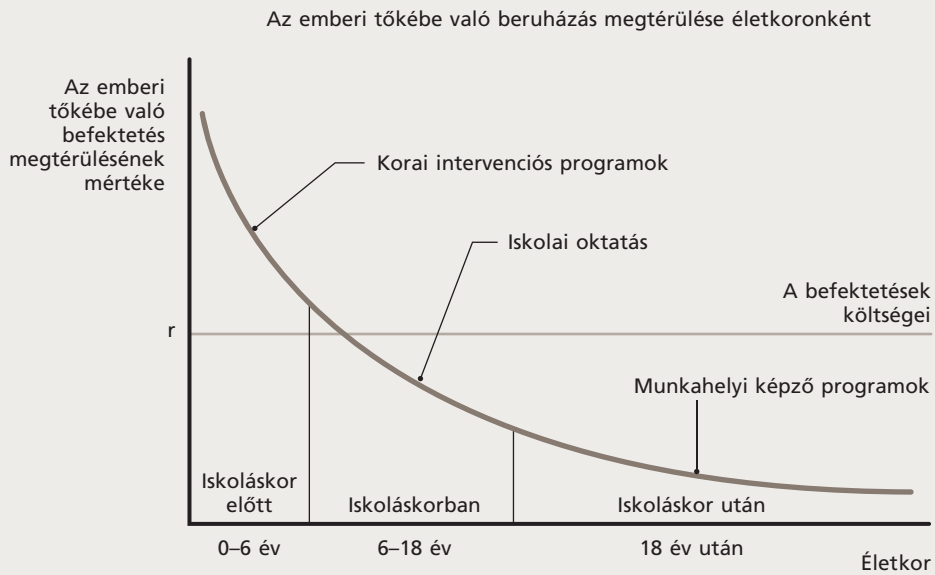
A kora gyermekkori intervencióba és a már születés előtti egészségvédelembe való társadalmi befektetések hatékonyságának indikátorait csak közép- és hosszú távra lehet kijelölni, ezért olyan nehéz a korai évekre összpontosítani azokban az országokban, ahol égető társadalmi-gazdasági-politikai problémákat kell megoldani a jelenben. A tudományos eredmények alapján azonban várható, hogy egy olyan társadalomnak, amely legalább a fogantatástól kezdve átfogó minőségi ellátást biztosít a korai életévekben, kevesebbet kell később speciális ellátásokra (pl. egészségügyi intézményekre, speciális oktatásra, családtámogatásra) költenie, hosszabb távon pedig több embert juttat el a keresőképességig és az önálló, önfenntartó életvitelig (lásd bővebben Danis és mtsai., 2011a). *A cél tehát az, hogy minden kisgyermek számára – függetlenül testi, pszichés és környezeti adottságaitól – már születéstől kezdve, sőt még előbb is, megteremtsük azokat a téri, tárgyi és személyi feltételeket, amelyek segítik őket képességeik és autentikus személyiségük maximális kibontakoztatásában.*

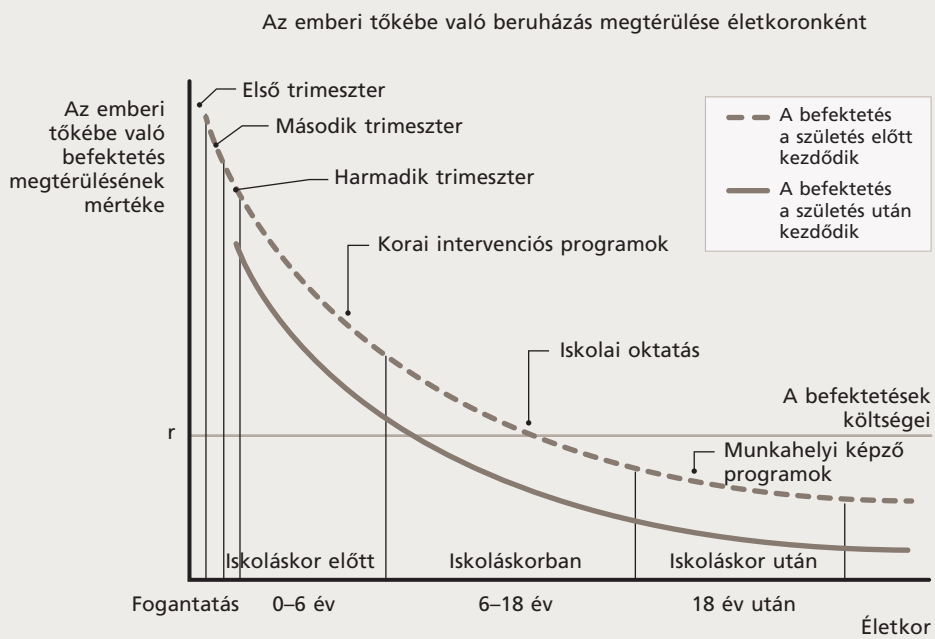
A társadalompolitika a korai évek fejlődésének támogatását két módon képes elősegíteni. *A célzott intervenciós programok*[4] *indítása mellett érdemes anyagi és szellemi tőkét fordítani az univerzális és a specifikus problématerületek kezelésére irányuló szolgáltatási rendszerek és hálózatok egyre hatékonyabb működésére*, minden releváns szektor, vagyis az oktatás, az egészségügy, a szociális ügyek és a családpolitika együttműködésével.

---

[3] A várandósság alatti nőgyógyászati, védőnői és gyermekorvosi nyomon követés előtt a pozitív családtervezésnek (Erős és mtsai., 2012) van preventív jelentősége, mivel ez a szolgáltatás a lehetséges organikus (fizikai és mentális) betegségek kivédését célozza. (A gyermektervezésről és várandósságról lásd bővebben Németh tanulmányát könyvünk II. kötetében.)

[4] Ezek a programok többnyire a szociális hátrány kezelésére terjedtek el, és éppen ezért nem érnek el minden támogatásra szoruló gyermeket.





2. és 3. ábra Az emberi tőkébe való beruházás feltételezett megtérülése a születés után és előtt induló intervenciós programoknál (Carnerio és Heckman, 2003; Doyle és mtsai., 2009, 10–11. o. alapján, in Danis, 2015, 102–103. o.; vagy Danis 2012a, 62. o. alapján)

Az univerzalitástól a speciális bánásmódot igénylő gyerekek célcsoportjáig

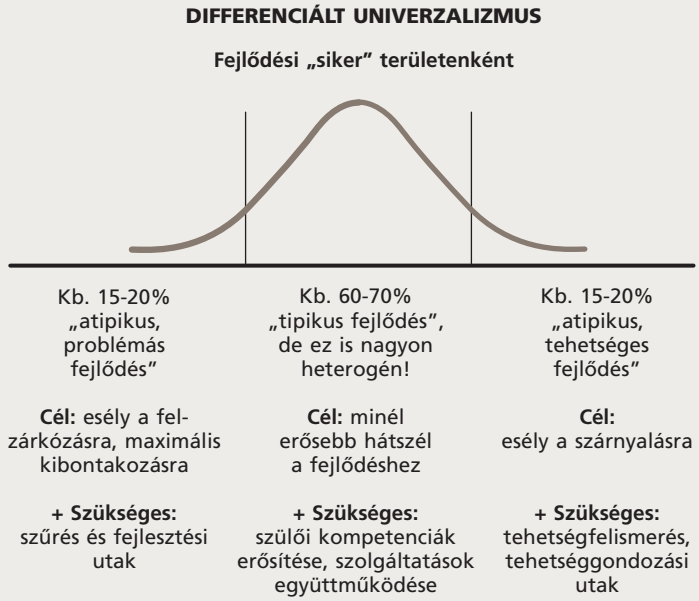
Stratégiai szempontból elsődleges feladat, hogy meghatározzuk azoknak a gyerekeknek és családjaiknak a csoportjait, akik a tárgyalt szolgáltatások fókuszában állnak. A kora gyermekkori intervenció fogalmának sokszínűségéről és változásairól Kereki (2010, 2011) már beszámolt. Több nemzetközi definíció áttekintése után *széles értelemben kezelve a kora gyermekkori intervenció fogalmát, ez olyan univerzális és célzott szolgáltatások (intézményi hálózatok és konkrét programok) összessége, amely a gyermektervezéstől, várandósságtól a gyermek iskolába lépéséig tartó időszakban a gyermeknek és családjának komplex segítséget és támogatást nyújt annak érdekében, hogy a gyermek fejlődési potenciáljait maximálisan kibontakoztathassa, a család kompetenciáit és kapacitásait pedig megerősíthesse.* A nemzetközi gyakorlatban ebbe a körbe tartoznak a gyerekek napközbeni ellátását biztosító tevékenységek (bölcsőde, óvoda), az egészséges fejlődést nyomon követő egészségügyi (gyermekorvosi, védőnői) programok, a családlátogató, szülőséget támogató és felzárkóztató szociális programok, valamint a sérült vagy fejlődési elmaradást mutató gyermekek korai fejlesztését, illetve a pszichés nehézségeket átélő családok támogatását végző hálózatok (Poley és mtsai., 2000). E bő definíció egyértelművé teszi, hogy *a hatékony kora gyermekkori intervencióban együtt jelennek meg univerzális és célzott szolgáltatások, amelyek együttesen képesek biztosítani, hogy minden gyermek speciális szükségleteinek megfelelően kapjon támogatást.*

Az általunk egy korábbi írásban használt *„differenciált univerzalizmus”*[5] fogalom (Danis és mtsai., 2011b) arra az igényre reagál, miszerint *minden gyermeknek szüksége van támogatásra az optimális fejlődéshez, azonban speciálisan saját adottságainak és szükségleteinek megfelelően.* Mindez vonatkozik a családjaik támogatására is, hiszen a szülők úgy tudják a legerőteljesebb pozitív hatást kifejteni gyermekeik fejlődése érdekében, ha ők maguk is megkapják az egyensúlyukat megteremtő és optimális működésüket inspiráló támogatást. Az angol kormányprogramok által (DH, 2007) is használt *„progresszív univerzalizmus”* kifejezés pedig arra utal, hogy *a problémák súlyossága határozza meg a szolgáltatástervezés fókuszpontjait és időbeli prioritásait (kiemeli annak szükségességét, hogy a valamilyen okból rászoruló gyerekek és családok számára tervezzünk és szolgáltassunk először segítséget).*

Azt, hogy mennyire sokszínű a fejlődés és ebből fakadóan a szükségletek köre, nagyon nehéz modellezni, azonban a főbb célcsoportokat könnyen kijelölhetjük. Célunk az, hogy a családok olyan szolgáltatásokat és válaszokat kapjanak, amire valóban szükségük van, és amelyeket kamatoztatni tudnak. Ha a fejlődési „sikert” fejlődési területenként próbáljuk körülírni, akkor minden egyes területen körvonalazódik három nagyobb csoport (lásd 4. ábra).

Egy-egy fejlődési területen (pl. mozgás, kognitív készségek, beszéd és kommunikáció, társas-érzelmi készségek, lelki egyensúly és stabilitás terén is) kb. a gyerekek 60-70%-a

[5] Kölcsönözzük Lister 2003-as emberjogi fogalmát. Ez egy olyan perspektívát fogalmaz meg, amely együtt láttatja a közös és a differenciált pozíciókat, tapasztalatokat és szükségleteket az adott szolgáltatásokat igénybe vevő polgárok között.



4. ábra Differenciált fejlődési célok és szükségletek (Danis, 2015, 105. o., vagy Danis és mtsai., 2011, 16. o. alapján)

mondható „átlagosan, tipikusan fejlődőnek"[6]. A természetes fejlődés spektruma széles és sokszínű, ezért az ún. tipikus fejlődés is nagyon heterogén mintázatban létezik[7]. Modellünk értelmében *ennél a csoportnál a cél az, hogy minél erősebb hátszelet biztosítsunk a gyermek és a család természetes fejlődéséhez.* Ehhez nem csupán arra van szükség, hogy *megerősítsük a szülői kompetenciákat* a gyerekek hatékony nevelése érdekében, hanem arra is, hogy *a családot körülvevő univerzális szolgáltatásokat modernizáljuk, a családok változó elvárásaihoz adaptáljuk*, és így olyan szolgáltatásokat tegyünk elérhetővé minden család számára, amelyek hatékonyan és modern eszközökkel képesek a velük való együttműködésre.

A célzott intervenciós törekvések (lásd korai fejlesztés, prevenciós és felzárkóztató programok stb.) a gyerekek *kb. 15-20%*-át és családjaikat célozzák meg, *ahol a gyerekeknél diagnosztikai alapunk van arra, hogy a fejlődésüket biológiai vagy szociális okokból „nehézségekkel telinek vagy atipikusnak" ítéljük meg.* E csoportoknál azt kell egyértelműen *célként kitűznünk, hogy a gyerekek felzárkózhassanak, illetve esélyük legyen adottságaik maximális kibontakoztatására.* Ehhez a fent már említett lépéseken (szülők megerősítése

[6] A nagy számok törvényéből és természetes variancia feltételezéséből következően a gyerekek képesség szerinti megoszlása egy Gauss-görbével jól leírható, ezt használja a 4. ábra.

[7] A modern fejlődéskutatók már nem is használják a korábban közkedvelt „normális" fogalmat.

és általános szolgáltatások hatékonyságának emelése) kívül megfelelő *monitorozó, nyomon követő módszerekre, szűrő és diagnosztikus eljárásokra és a fejlesztés megalapozott eszköztárára van szükségünk.*

Bár nem tanulmányunk fókuszában álló téma, de nem szabad elfeledkeznünk arról a fejlődési területenként szintén kb. *15-20%*-nyi gyerekcsoportról sem, *akik egy-egy vagy akár több területen kiemelkedően teljesítenek, és tehetségesnek mutatkoznak.* Ezeknél a gyerekeknél *célunk* az, hogy *esélyt teremtsünk számukra a „szárnyalásra", és ehhez a tehetség felismerésének és gondozási útjainak kidolgozását kell elérnünk.*

Vannak gyerekek, akik szinte minden területen átfogó gondoskodásra és iránymutatásra szorulnak, de sokkal gyakoribb az, hogy a gyerekek fejlődése területenként rendkívüli változatosságot mutat, és ezért a különböző területeken, részképességekben különböző szintű, módú segítséget igényelnek. Ha egy társadalom a fenti modellhez hasonlóan képes gondolkodni a megelőző és segítő beavatkozásokról, akkor érheti el a legnagyobb hatásfokot egy adott életkori kohorsz sikerét és teljesítményét illetően.

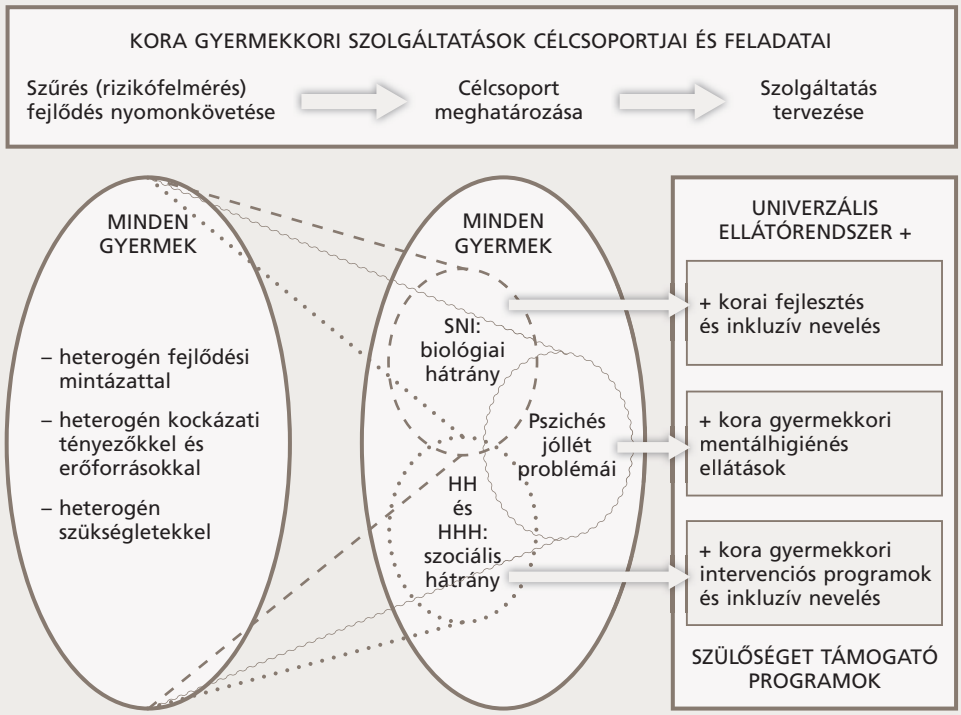
A speciális bánásmódot igénylő gyermekcsoportok hatékony támogatása

A leginkább rászoruló különleges bánásmódot igénylő csoportokat a teljes kisgyermek populációhoz viszonyítva körvonalazhatjuk (5. ábra).

Kiindulásunk *a teljes 0–7 éves korú gyermekpopuláció*, amely *heterogén mind az adottságok és képességek, mind a biológiai és környezeti kockázati- és védőfaktorok tekintetében, s emiatt a fejlődési mintázatok mentén is* (rezilienciáról és fejlődési pályákról lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát, jelen kötetben). Ezáltal *a szükségletek is nagyfokú változatosságot mutatnak.* Az *atipikus fejlődést mutató, problémás és nehézségekkel küzdő célcsoportban* (max. egy kohorsz 15-20%-a), ahol a célunk a felzárkóztatás, valamint a biológiai és környezeti lehetőségekhez mérten a fejlődési funkciók maximalizálása, három nagyobb alcsoportot körvonalazhatunk (lásd 5. ábra).

- Az egyik alcsoport olyan gyerekek csoportja, akik *vagy már a várandósság, vagy a születés, vagy a gyermekágy idején diagnosztizálható veleszületett fejlődési rendellenességgel, illetve a későbbi fejlődés során szerzett vagy manifesztálódó, fejlődést akadályozó biológiai kondíciókkal bírnak; ezek veszélyeztetetté (at risk child) teszik őket a fejlődés során,* s emiatt fokozott figyelemre van szükségük (lásd bővebben Kereki és Lannert, 2009; Kereki 2010, 2011, 2013).
- A másik fontos alcsoport azokat a gyerekeket foglalja magába, akik *társadalmi-gazdasági hátránnyal élnek, s emiatt nem férnek hozzá a fejlődésüket biztosító, segítő környezeti feltételekhez* (lásd bővebben Szilvási, 2008, 2011).

Természetesen e két alcsoportnak van közös metszete: nem kevés azoknak a gyermekeknek a száma, akik szociálisan hátrányos helyzetű körülmények között születnek, és éppen ezért biológiailag is veszélyeztetettekké válnak (pl. koraszülöttként, éretlen újszülöttként jönnek világra, vagy az édesanya táplálkozása, életmódja, károsító egészségma-



5. ábra Folyamatmodell a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások feladatairól (Danis, 2015, 106. o., vagy Danis 2012a, 8. o. alapján, Kerekivel való együttgondolkodás nyomán).

gatartása miatt szenvednek biológiai hátrányt is; lásd Kalmár, 2011). Független – összeadódó – hatásokra is gyakori a példa: ha valamilyen szervi fejlődési rendellenességgel, fogyatékossággal születik egy gyermek, aki a szociális hátrányos helyzet miatt kevésbé fér hozzá a szükséges fejlesztő szolgáltatásokhoz, a fejlődési kockázat még fokozottabb lesz.

Fontos *fejlesztendő terület a fenti két csoport differenciáldiagnosztikája* is, a gyakran nagyon hasonló problémakör (lásd általános fejlődési elmaradás) pontos okainak (lásd biológiai háttér vagy társadalmi hátrány, vagy akár a kettő interakciójának) feltérképezése, s az ennek megfelelő szolgáltatástervezés.

- Egy harmadik alcsoport, ahol nincs feltétlenül sem organikus sérültség, sem hátrányos szociális helyzet a háttérben, *a gyermek pszichológiai jólléte mégsem kielégítő.* Természetesen itt is gyakoriak a metszéspontok a másik két problémakörrel (Prónay és mtsai., 2015). Magyarországon a kora gyermekkori intervenciós tevékenységek közül ez a legfrissebb szolgáltatási terület, ahol a kora gyermekkori mentálhigiéné és pszichológiai egészségvédelem fejlesztendő kihívásaival állunk szemben (Németh, 2010, 2012). Köteteink e témakör elméleti és gyakorlati vonatkozásait dolgozzák fel.

Általában a külföldi célcsoport definíciók már inkább a gyerekek szükségleteire reagálnak, mintsem a diagnosztikus jellemzőikre. Az USA-ban például a *„speciális egészségügyi szükségletekkel élő gyerekek”* csoportjának (lásd CSHCN – Children with Special Healthcare Needs) azokat a gyerekeket tekintik, *„akik krónikus fizikai, fejlődési, viselkedési vagy érzelmi nehézségekkel élnek (vagy ennek későbbi előfordulására veszélyeztetettek), és ezek miatt olyan típusú és mennyiségű egészségügyi vagy más szolgáltatásokra van szükségük, amelyekre általában véve a gyerekek többségének nincsen”* (McPherson és mtsai., 1998, 139. o., id. Roberts és mtsai., 2004). Azok a gyerekek, akik e célcsoportba tartoznak, általában egynél több szolgáltatást kapnak az Államokban, tipikusan több forrásból és különböző helyszíneken: pl. otthon, orvosi és mentális egészségklinikákon, kora gyermekkori programokban, Head Start programokban, napközbeni ellátásban, óvodákban, általános iskolákban. Természetesen hasonló a helyzet más országokban, így hazánkban is. A speciális szükségletű gyerekek egynél jóval több szolgáltatóval, intézménnyel találkoznak ellátásuk során. Egész szolgáltatási háló veszi őket körül, amelynek egyes intézményei részben vagy egészben az oktatási, az egészségügyi vagy a szociális szektorhoz tartoznak. *A fejlődési célok maximalizálása érdekében az univerzális, minden gyermek számára nyújtott szolgáltatások és a specifikus problémákat kezelő szakellátások együttes ütőképességéről kell beszélnünk.*

A fenti modell szerint három fő területét jelölhetjük ki a kívánt intervenciónknak.

- *Biológiai, organikus érintettség* dominanciájával az univerzálisan minden gyermek számára elérhető (elérendő) *átfogó egészségügyi, szociális és oktatási szolgáltatások* mellett specifikusan a *korai fejlesztés rendszere*, majd az *inkluzív nevelési gyakorlat*[8] az, amellyel rendszer szinten számolnunk kell. (Fejlesztési előzmények hazánkban: többek között a korai fejlesztéssel és védőnői szolgáltatásokkal foglalkozó TÁMOP 3.1.1. és TÁMOP 6.1.4.[9] programok, a kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztését célul kitűző EFOP-1.9.5-VEKOP-16[10] program stb.)
- A túlnyomóan *szociális hátrány* miatt előre jelezhető problémák elkerülése érdekében a *célzott kora gyermekkori intervenciós programok látogatása* hoz látványos eredményeket. Kiemelendő feladat emellett az *egészségügyi és szociális alapellátásokhoz való hozzáférés*, valamint az *átfogó és inkluzív oktatás megteremtése,* ahol az óvoda vagy iskola képes befogadó lenni és adekvát módszerekkel válaszolni azoknak a gyermekeknek a sajátosságaira is, akiknek nehézségeik és lemaradásaik vannak bizonyos kompetencia területeken, leginkább kognitív és kommunikációs kompetenciáikban. (Fejlesztési előzmények: a társadalmi felzárkóztatást célzó Gyerekesély TÁMOP 5.2.1. és Biztos Kezdet TÁMOP 5.2.2. programok, a szociális szférában a családok megerősítését célzó TÁMOP 5.2.6. program[11] stb.)

---

[8] *Inkluzív nevelési gyakorlat:* az oktatás-nevelés folyamata rugalmasan képes alkalmazkodni a különböző egyéni szükségletekhez: az organikus érintettségből vagy szociális hátrányból fakadó tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek együtt oktatása-nevelése történik az egészséges, illetve problémamentes fejlődést mutató gyermekekkel.

[9] http://www.gyermekalapellatas.hu/

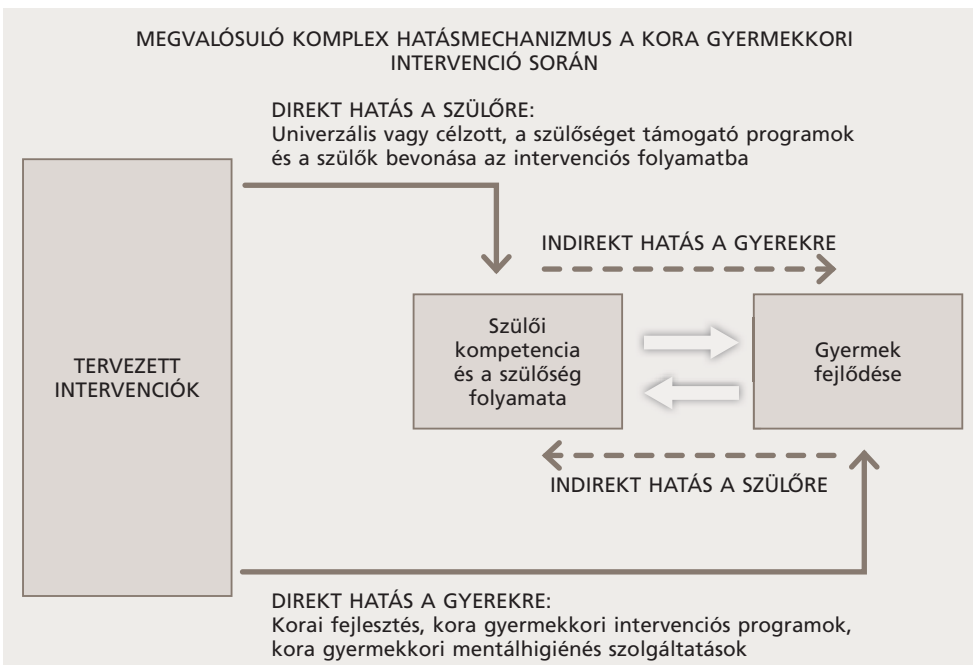
[10] https://www.csbo.hu/projektek

[11] http://www.tamop526.hu/

- Olyan kora gyermekkorban jelentkező *pszichoszociális és pszichoszomatikus problémák esetén, amelyek a lelki egészséget és jóllétet veszélyeztetik,* külföldön évtizedek óta *a csecsemő- és kisgyermekkori mentális egészséggel foglalkozó szolgáltatások (Infant Mental Health Services) szerepe kiemelt.* Magyarországon folyamatosan történnek erőfeszítések e terület megfelelő szakértői, intézményi és működési feltételeinek megteremtése érdekében, azonban átfogó fejlesztési program e területen forráshiány miatt még nem indult el (bővebben lásd későbbi fejezet).

Univerzális igény: a kompetens szülőség és a korai napközbeni ellátó intézmények minőségének preventív támogatása

Nem lehet elég erőteljesesen kihangsúlyozni, hogy *átívelő szolgáltatásként ma mind az univerzális, mind a speciális szolgáltatások körében szükség van a szülőséget támogató programok biztosítására.* A kisgyermekek fejlődésének kulcsa és motorja a szülő, és bizonyítottan semmi nem fejthet ki erőteljesebb hatást a fejlődésre, mint az otthoni, családi környezet (bővebben lásd Danis, 2010), így az intervencióban akkor érjük el a legnagyobb hatásfokot, hogyha a szülők direkt támogatásán keresztül is segítjük a gyermek fejlődését (lásd 6. ábra). A kompetens szülőséget sok csatornán keresztül, adekvátan



6. ábra Direkt és indirekt hatások a kora gyermekkori intervenció során (Danis, 2015, 108. o., vagy Danis, 2012, 11. o. alapján)

támogató programok is hiányterületet jelentenek ma még Magyarországon (korábbi és folyó fejlesztések: TÁMOP 6.1.4., TÁMOP 5.2.6.[12], Családbarát ország EFOP-1.2.6-VEKOP-17[13]).

A szülői gondozás egyre fontosabb kiegészítéseként jelenik meg világszerte a *napközbeni gyermekellátás* (Surányi és mtsai., 2010; Simonyi és mtsai., 2010; Hungerford és mtsai., 2005). Modern felfogásban e szolgáltatások *funkciója ma már nemcsak a szülők munkavégzésének támogatása, hanem a gyermekek egészséges fejlődésének segítése, jóllétének biztosítása, az iskolára való felkészítés, esélykiegyenlítés és szükség esetén a környezeti kockázati tényezők felismerése és kezelése is.* A formális gyermekgondozás életkorban lefelé (0–3 éves korra) történő kiterjesztését tehát nemcsak a női munkavállalás serkentése, hanem a gyermekek fejlődésének szempontjai is indokolják. Az elérhetőség szempontját követően a minőség szempontja a legfontosabb, amely nem merül ki a közismert strukturális szempontok biztosításában. A gyermekek fejlődési kimeneteinek közvetlen alakítója a gyermekgondozásban hasonlóan a szülőkhöz az, hogy a gondozó milyen kapcsolatot alakít ki a gyermekkel, mennyire érzékeny és válaszkész a szükségleteire (lásd „pozitív gondozás" – Danis, 2010), éppen ezért szükséges a kora gyermekkori intézményekben dolgozó nevelők naprakész tudásának és kompetens gondozói munkájának folyamatos támogatása is.

Összefoglalásként tehát elmondható, hogy egy társadalom helyes kora gyermekkori intervenciós stratégiája egyszerre képes a legtöbbet nyújtani az egészségesen fejlődő, többségi populáció és a nehézségekkel küzdő, kockázati csoportokba tartozó gyerekek és szüleik számára úgy, hogy közben különös figyelmet fordít a bármilyen okból hátrányos helyzetű családokra, és segíti a (széles értelemben vett) kisebbségi gyerekek és családok integrációját. Ez az elv ma az univerzalitás és célzottság együttes elve, ami alapján számos szülőséget és gyermeki fejlődést támogató program valósul meg külföldön (Shonkoff és mtsai., 2005).

Egy új fókusz Magyarországon: a kora gyermekkori lelki egészség támogatása

Magyarországon évtizedes hagyományokkal bír – a ma már preferáltan *családközpontú kora gyermekkori intervenciónak* nevezett – korai fejlesztés. A 2000-es évek közepétől Európai Uniós pályázati források segítségével valósultak meg olyan jelentős *intervenciós programok* is, amelyek kifejezetten a *szociálisan hátrányos helyzetű* települések kisgyermekeit és családjait célozták. E két intervenciós irány mellett erőteljes relevanciával bír a *kora gyermekkori lelki egészség támogatása* is, amely önálló, hazánkban viszonylag új és ezért mindenképpen fejlesztendő szakterület. A három fejlesztési terület természetesen sok átfedést mutat, mégis amellett érvelünk, hogy csakúgy, mint a nemzetközi szín-

[12] http://www.tamop526.hu/
[13] https://www.csbo.hu/projektek

téren, a kora gyermekkori lelki egészség és a korai szülő-gyermek kapcsolat támogatása kiemelt univerzális és célzott intervenciós programok, szolgáltatási hálózatok megteremtését indokolja.

Magyarországon az 1990-es évektől indult el, majd később a 2000-es évek folyamán bontakozott ki néhány fontos, a korai lelki egészség és szülő-gyermek kapcsolat támogatását célzó kezdeményezés, terápiás műhely, képzés, azonban ezek elszórtan léteznek és működnek a mai napig. Az egységes tudás és szakmai kompetenciák megszerzése, valamint a hálózatosodás még a magyar egészségügyi, oktatási és szociális ellátás előtt álló jövőbeli kihívás és célkitűzés, amelyhez mind a nemzetközi és hazai tapasztalatok összegyűjtése és integrációja, mind pedig egy egységes, mégis a sokszínűséget elfogadó szemlélet elterjesztése szükséges. Lássuk röviden, mire is építhetünk ma, a század harmadik évtizedének küszöbén.

Mire építhetünk? I. Külföldi példák

A *szülői (parental mental health)*, valamint a *csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség (infant and early childhood mental health; IECMH)* támogatása mint interdiszciplináris, szektorokon átívelő feladat a nyugat-európai országokban és a tengerentúlon, vagy integrált intézményekben részfeladatként (Anglia, Németország), vagy interdiszciplináris teameket foglalkoztató önálló hálózatként (Infant Mental Helth Services: USA, Kanada, Ausztrália) már évtizedek óta létezik (lásd bővebben Danis, 2012b). *Az integrált (egészségügyi, szociális és edukatív) szolgáltatások kiemelt célja a kompetens szülőség (szülők mentális egészsége és a gondozói-nevelői gyakorlat) és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat támogatása, melynek talaján teremthető meg a csecsemők/kisgyermekek optimális fejlődésének és lelki egészségének biztosítása.*

A szakembereket *(Infant Mental Health Specialist)* több szinten képzik, vannak már speciális alapképzettséget is nyújtó képzések[14], de az e területen működni kívánó speciális szakemberek leginkább kisgyermekekkel és családjaikkal foglalkozó humán segítő alapszakmákra ráépülő posztgraduális képzéseken sajátítják el a komplex elméleti, módszertani, gyakorlati ismeretanyagot (Zeanah és mtsai., 2005). Több irányzat létezik. *Az angolszász módszerek valóban interdiszciplinárisak: a konkrét szociális segítés mellett az érzelmi támogatás, a fejlődésről szóló szülő-edukáció, a korai kapcsolat felmérése és támogatása, érdekképviselet, valamint a szülő-csecsemő konzultáció és pszichoterápia tartozik egy specialista repertoárjába* (Weatherson, 2002), attól is függően, hogy a klinikai képzettség mely fokán áll. Természetesen folyamatos továbbképzésre is mód nyílik rövidebb tanfolyamok révén akár személyes, akár távoktatási rendszerben, valamint a rendszeres szakmai találkozókon, konferenciákon, fórumokon való részvétel és szakfolyóiratok, hírlevelek olvasása során. Európában Írországban vezették be először

[14] A Selma Fraiberg-i hagyományból a Michigani, majd a San Franciscó-i Egyetemen indult először képzés, azóta számtalan helyen személyes és távoktatási formákban is el lehet sajátítani a szakma alapjait.

azt a képzési rendszert *(Endorsement for Culturally Sensitive, Relationship-Focused Practice Promoting Infant Mental Health®)*, amely az USA számos tagállamában és Ausztráliában is elfogadott, és a Michigani Egyetemről, a Selma Fraiberg-i hagyományokra építkezve indult el[15].

A kora gyermekkori lelki egészség szakterület iránt érdeklődő szakembereket tömörítő *World Association of Infant Mental Health (WAIMH)*[16] világszervezet 1980 óta működik, azóta számos ország vagy országcsoport is csatlakozott alszervezetként. A WAIMH kétévente szakmai világkonferenciákat szervez (néha európai helyszínen), és a területen kiváló interdiszciplináris, tudományos cikkeket és bizonyítékokon alapuló (evidence-based) gyakorlatokat is közre adó *Infant Mental Health Journal* folyóiratot, valamint a szabadon letölthető *Perspectives in Infant Mental Health*[17] lapot adják ki.

Nagyon jelentős a szintén amerikai *ZERO TO THREE (ZTT)*[18] nonprofit szakmai szervezet munkája. A ZTT az Amerikai Egyesült Államok szakmai szervezete, amely a csecsemők és kisgyermekek fejlődéséért és a családok megerősítéséért végez elméleti, módszertani és szakmapolitikai munkát. Rendkívül informatív, szakembereknek és szülőknek egyaránt szóló honlapot üzemeltet, a szakterület hasznos szakkönyveit, kiadványait és a *ZERO TO THREE Journal* folyóiratot adja ki, kora gyermekkorral foglalkozó egészségügyi, pedagógiai és szociális programokat és projekteket monitoroz és támogat, jó gyakorlatokat gyűjt. Természetesen emellett több, a témában érdekelt szervezet és szakmai fórum működik világszerte.

Az amerikai és a területen nagyon erősen fejlődő *angolszász* (Anglia, Írország, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland) *hagyományok* mellett hazánk számára a *német és francia nyelvű* (Németország, Ausztria, Svájc, Franciaország) *műhelyek* adhatnak még jelentős támpontokat. Ezekben az országokban szintén évtizedek óta kiemelt prevenciós és intervenciós cél a korai érzelem- és viselkedésszabályozási zavarok felismerése és kezelése[19]. A skandináv országok innovációit is érdemes nyomon követni, mivel az elmúlt évtizedben számos angolszász programot adaptáltak sikerrel.

Számos országban élénk szakmapolitikai munka is folyik, sorra jelennek meg irányelvek, hivatalos dokumentumok a kora gyermekkori lelki egészség szakemberektől elvárt kulcskompetenciákról, a hatékony szolgáltatások tervezésének alapelveiről stb[20].

---

[15] https://www.allianceaimh.org/members-of-the-alliance

[16] www.waimh.org

[17] https://perspectives.waimh.org/

[18] www.zerotothree.org

[19] Németországban a papoušeki hagyományból induló szülő-csecsemő konzultáció Münchenben, majd több német képzőhelyen vált elérhetővé (erről bővebben lásd Hédervári-Heller tanulmányát a jelen kötetben).

[20] Két fontos példa a sok közül: az amerikai ZERO TO THREE gondozásában megjelent 2017-es összefoglaló (Infant and Early Childhood Mental Health Competencies: A Briefing Paper): https://www.zerotothree.org/resources/2116-infant-and-early-childhood-mental-health-competencies-a-briefing-paper, valamint az Egyesült Királyságban 2019-ben bevezetett Infant Mental Health Competencies Framework: https://aimh.org.uk/infant-mental-health-competencies-framework/

A szakemberekkel szemben támasztott, egységesen elvárt kompetenciákra (ismeretekre, attitűdre, gyakorlati készségekre) és a szolgáltatások, hálózatok tervezésére vonatkozó szakmapolitikai irányelvek, valamint az elérhető képzések összehangolása olyan feltétel, amely nélkül egy társadalom nem képviselheti ütőképesen a kora gyermekkori lelki egészség szakterületet.

Rendkívül bő – hiszen kb. 60 éve (!) élénk diskurzust folytat – a nemzetközi szakirodalom. Amellett, hogy a fentebb említett szakfolyóiratok követése nyújthat naprakész elméleti és gyakorlati tudást, az angol nyelvű szakmai kiadványok, szakkönyvek száma is temérdek (néhány alapmű: pl. Brandt és mtsai., 2014; Zeanah, 2018; Papoušek és mtsai., 2008; Osofsky és Fitzerald, 2000; Luby, 2006; Greenspan és Wieder, 2005; lásd még az Ajánlott szakirodalmat e tanulmány végén), amelyekből sajnos egyetlen átfogó kötet sem érhető el még magyar nyelven. Rengeteg kutatási és gyakorlati tapasztalat lenne megosztható és a képzésekbe beforgatható, e szakanyagok fordításának támogatása révén.

A jelen könyv két kötetével most első ízben teszünk kísérletet arra, hogy magyar szakemberek tollából néhány kulcstémában közreadjuk a jelentős nemzetközi és hazai eredmények összefoglalását, összehasonlítását, illetve illusztráljuk a nemzetközi és hazai gyakorlatok sokszínűségét[21].

Mire építhetünk? II. Magyarországi előzmények

Az elmúlt években több EU-támogatás segítségével megvalósuló, a gyermekszegénység elleni és a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek felzárkóztatását célzó kezdeményezés (pl. Gyerekesély projekt, Biztos Kezdet program, Kistérségi Komplex Program), valamint az organikus sérültség szűrését és támogatását, illetve az egészséges és atipikus gyermekfejlődés nyomon követését és támogatását célzó több TÁMOP/EFOP/VEKOP program indult el (lásd fentebb kifejtve). A több évtizedes nemzetközi gyakorlattal szemben a korai szülőség, valamint a csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészséget támogató programok jelentősége még nem került fókuszba Magyarországon, forráshiány miatt pedig csak kisebb léptékű fejlesztésekre kerülhetett sor a területen.

Néhány eddigi jelentős hazai törekvés, amelyek a kora gyermekkori lelki egészség támogatásának áramába tartoztak/tartoznak az 1990-es évektől napjainkig:

- *Családbarát program* (Németh és mtsai., a Szt. Rókus Kórház, később a Mentálhigiénés Programiroda, majd az Országos Gyermekegészségügyi Intézet keretében): egészségügyi fókuszú, de a társszakmákat folyamatosan invitáló, *interdisziplináris konferenciák* a kora gyermekkori fejlődés támogatásáról (Németh és mtsai., 2015, Családbarát konferenciák kiadványai); családtámogató tevékenységek: különböző szülőcsoportok *(szülői hivatásra felkészítés*[22]*, csecsemős és kisgyer-*

[21] Erre a Semmelweis Egyetemen zajló EFOP 3.4.3. pályázat (lásd Előszó) adott lehetőséget.

[22] A várandósság idején nemcsak a szülésre, hanem a korai gondozásra és a szülőségre való felkészítés az, amely a családdá alakulás pszichoszociális támogatását alapozza meg.

mekes klub), valamint a szülő-csecsemő konzultációk módszertanának, gyakorlatának beindítása (Németh, 2010, 2012; Németh és mtsai., 2015; valamint Németh és Hédervári-Heller tanulmányai könyvünk II. kötetében);

- *Alapítványi vagy magánintézményekben működő baba-mama pszichoterápiák, a szülő-kisgyermek kapcsolat analitikus, analitikusan orientált támogatása*: pl. EGO Klinika (az EGO Klinika tevékenységéről és képzéseiről lásd bővebben Halász és Jakab tanulmányát könyvünk II. kötetében), Vadaskert Alapítvány: HAWA Munkacsoport (lásd bővebben Frigyes és Molnár tanulmányát könyvünk II. kötetében), egyéb magánkezdeményezések;
- *A Szt. János Kórházban működő EGYÜTT Baba-Mama-Papa program*, amelyben a pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik együttkezelése történik interdiszciplináris team szemléletben (lásd bővebben Németh és Kurimay tanulmányát könyvünk II. kötetében).
- *A Budapesti Korai Fejlesztő Központ JóLenni evésterápiás műhelye*, amely a főleg atipikus fejlődésmenetű gyermekek etetési-étkezési problémáit kezeli interdiszciplináris team szemléletben (lásd bővebben Lengyel és Siba tanulmányát könyvünk II. kötetében).
- *A Heim Pál Országos Gyermekgyógyintézetének Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulanciája*, ahol a kora gyermekkori alvás- és táplálkozási zavarokat látják el interdiszciplináris team szemléletben (lásd bővebben Scheuring és Szabó tanulmányát könyvünk II. kötetében).

Nemcsak a szolgáltatások és módszertani fejlesztések jelentősek, hanem a szülő-gyermek kapcsolat támogatását célul kitűző szakemberek továbbképzése is:

- Az *EGO Klinika* módszerspecifikus gyermekterapeuta képzésének keretében *csecsemőmegfigyelés és anya-csecsemő terápia módszertanának oktatása* közel 30 éve zajlik (az EGO Klinika tevékenységéről és képzéseiről lásd bővebben Halász és Jakab tanulmányát könyvünk II. kötetében);
- *2010-ben elindult az első egyetemi diplomát adó posztgraduális szakirányú továbbképzés* (*Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde kidolgozásában: Integrált szülő-csecsemő konzultáció*; lásd Németh és Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk II. kötetében). 2010–2014 között a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen zajlott a képzés, 2014-től a *Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében* folytatódott, 2015-től pedig az *ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán* is elindult.
- A *Pázmány Péter Katolikus Egyetemen* 2015-ben indult el *Hámori Eszter vezetésével a Kapcsolatdiagnosztika és csecsemő-szülő konzultáció szakirányú továbbképzés* (lásd bővebben Hámori tanulmányát könyvünk II. kötetében), amely a fentihez hasonlóan szintén két év alatt képezi ki az érdeklődő szakembereket a szülő-csecsemő konzultáció módszertanára és kompetenciáira.
- A *Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében* – a köteteinket is támogató EFOP 3.4.3 pályázat keretében – 2019-ben akkreditálásra került egy – *nem diplomásoknak is szóló – 60 órás elméleti* és egy *30 órás gyakorlati szaktanfolyam* a kora gyermekkori lelki egészséggel foglalkozó szakemberek támogatására.

- *Rövidebb (1–4 napos) tanfolyamokat* a fentebb felsorolt *módszertani műhelyek* is szerveznek, amelyek során a szakterület egy-egy központi témájával foglalkoznak az érdeklődők.
- Mindemellett a pszichológusokat, védőnőket, gyógypedagógusokat képző BA/MA szakok kurzusai között a hallgatók már találkoznak egy-egy fontos témakörrel, azonban ezek inkább inspiratív jellegű bevezető órák.

Volt és van lehetőségünk a nemzetközi kutatási dialógusba is bekapcsolódni:

- *A Heim Pál Országos Gyermekgyógyintézet munkatársai (Scheuring és mtsai.)* 2010–2011-ben lefolytatták az *első magyar nagymintás kutatást a csecsemő- és kisgyermekkori érzelmi- és viselkedésszabályozási nehézségekről* (regulációs zavarokról). Az utóbbi évtizedben az eredményekről számos publikációban számoltak be[23].
- A *Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia* már működésének kezdeti fázisában elindította *tudományos nyomon követő vizsgálatát*, amelyben több módszerrel nyernek információkat a szolgáltatásban résztvevő családoktól (bővebben lásd Scheuring és Szabó tanulmányát könyvünk II. kötetében).
- A *Szt. János Kórház EGYÜTT Baba-Mama-Papa programjának* szintén elkészült a *tudományos nyomon követést szolgáló kutatási terv*, a pilotvizsgálatok megvalósulása jelenleg forrásokra vár (bővebben lásd Németh és Kurimay tanulmányát könyvünk II. kötetében).
- A *Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében* az e könyvünk kiadását is támogató EFOP 3.4.3. projekt keretében nyílt lehetőség az *első hazai – 3 év alatti gyermeket nevelő családok körében végzett – országos reprezentatív szülői survey kutatás lebonyolítására, kifejezetten a kora gyermekkori lelki egészség témakörökben*, amelyek eredményeiről a következő években számolunk be.

Magyarországi tennivalók: egy új szolgáltatási hálózat kiépítéséhez szükséges lépések

Képzés- és hálózatfejlesztés

Annak érdekében, hogy a kora gyermekkori lelki fejlődési zavarok felismerése és kezelése – új feladatként, mint a korai prevenció és intervenció tartópillére – a különböző szakmákban széles körben meghonosodjon Magyarországon, egy többszintű képzési programra és új specialitásokkal bővülő, széles körű ellátó hálózatra van szükség.

Hosszabb távon cél a kora gyermekkori lelki egészség tudományos és gyakorlati ismeretanyagának beépítése a hazai szakemberképzésbe graduális, posztgraduális, valamint

[23] http://heimpalkorhaz.hu/kutatasi-programok/ (Egészséges Utódokért Projekt)

folyamatos továbbképzési szinteken (minden olyan szakma esetén, amely kisgyermekekkel, szülő-gyermek párokkal, vagy kisgyermekes családokkal foglalkozik – lásd az eddigi kezdeményezéseket fent). A Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében tervezzük egy komplex, interdisziplináris, a nemzetközi tudományos és klinikai eredményeket is bemutató alapképzés (MA/MSc), és több erre épülő posztgraduális képzés létrehozását, amely a szakemberképzés lehetőségeit bővítené a következő évtizedben. Fontos, hogy a speciálisan képzett szakemberek országos szinten megjelenjenek az ellátásban.

Új, a nemzetközi tudományos és klinikai tapasztalatokon alapuló innovatív prevenciós és intervenciós programok csak közös társadalmi felelősségvállalás mellett ültethetők át a hazai gyakorlatba. Ez szoros összefogást igényel az egészségügyi, szociális és oktatási szektorok, a gyakorlati munka, klinikum és a tudományos szféra, valamint az irányadó szakmapolitikai törekvések között. Hazánkban strukturálisan ennek az új feladatnak a megvalósítását, koordinálását akár a gyermekegészségügy, akár az oktatási tárca felvállalhatja.

Prevenciós szinten az egészséges populáció támogatása célzott tevékenységként várandós csoportok, szülői hivatásra felkészítés, csecsemős és kisgyermekes klubok, illetve általános ismeretterjesztő vagy tematikus szülőcsoportok tartása révén valósulhat meg. A probléma-felismeréshez az egészséges fejlődés és a szülői gondoskodás sokszínűségének ismerete mellett szükséges az atipikus fejlődés jellegzetességeivel is tisztában lenniük a szakembereknek, hisz ennek alapján épülhet fel a támogatás intervenciós szintje. Az *intervenciós szinten* az egészségügyi alapellátásban a házi gyermekorvosok, szakorvosok, valamint a védőnői hálózat kaphat felismerő- és jelzőfunkciót (természetesen számítanunk kell a szociális és pedagógiai szféra szakembereinek segítségére is), míg a problémák megoldásában specifikusan a korai lelki egészség zavarok elméleti, módszertani és gyakorlati ismeretanyagában jártas konzulens és (pszicho)terapeuta szakemberek vehetnek részt az állami alap- és szakellátás, valamint a civil és magán kezdeményezések keretein belül.

Nemzetközi jó gyakorlatok (lásd fentebb) alapján a képzési rendszer felépítését és szélesítését követően – a megfelelő szaktudással és kompetenciákkal rendelkező szakemberek részvételével – a kora gyermekkori lelki egészség és szülő-gyermek kapcsolat intézményesített támogatására két lehetőség adott hazánkban is: vagy a jelenleg fennálló szolgáltatási hálózatokon belül az integrált team munka ösztönzése, vagy pedig külön hálózat (Infant and Early Childhood Mental Health Services) felépítése lehet a cél.

Diagnosztikai rendszer és finanszírozás

A Magyarországon használatos DSM-5 és BNO-10 kódrendszer a kora gyermekkori lelki egészség problémák diagnosztikájával nem foglalkozik mélyrehatóan (lásd Danis tanulmányát a diagnosztikai klasszifikációs rendszerekről, könyvünk jelen kötetében). 2019-ben az amerikai ZERO TO THREE és a hazai Medicina Könyvkiadó jóvoltából lehetőségünk nyílt a *DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere* (ZERO TO THREE, 2016/2019) magyar nyelven való megjelentetésére, amely nemcsak a klinikusok, hanem minden a korai

életidőszak iránt érdeklődő szakember számára támpontul szolgálhat a korai zavarok felismerésében.

Ahhoz, hogy az *állami gyermek-egészségügyi ellátásban* (pl. gyermekkórházakban, gyermek-szakrendelőkben) is lehetőség legyen a *támogatott szakszerű ellátásra*, a DSM-5 és BNO-10 használata mellett szakmai szempontból szükség van a kora gyermekkori lelki zavarok teljes spektrumára kiterjedő kiegészítő diagnosztikai rendszer alkalmazására, pénzügyi szempontból pedig az ellátásokhoz szükséges tevékenységi körök (lásd diagnosztika, kezelés) bekerülésére az *egészségügy finanszírozási rendszerébe*. Emellett szükség van az *oktatási* (pl. pedagógiai szakszolgálatok) és a *szociális* (pl. család- és gyerekjóléti szolgálatok, bölcsődék) *területeken a diagnosztikai tevékenység, valamint konzultáció vagy (pszicho)terápia szintű kezelés strukturális és személyi feltételeinek megteremtésére, optimális esetben interdiszciplináris teamek, minimálisan pedig szakmai network kapcsolatok kialakítására* (lásd fentebb képzés- és hálózatfejlesztés).

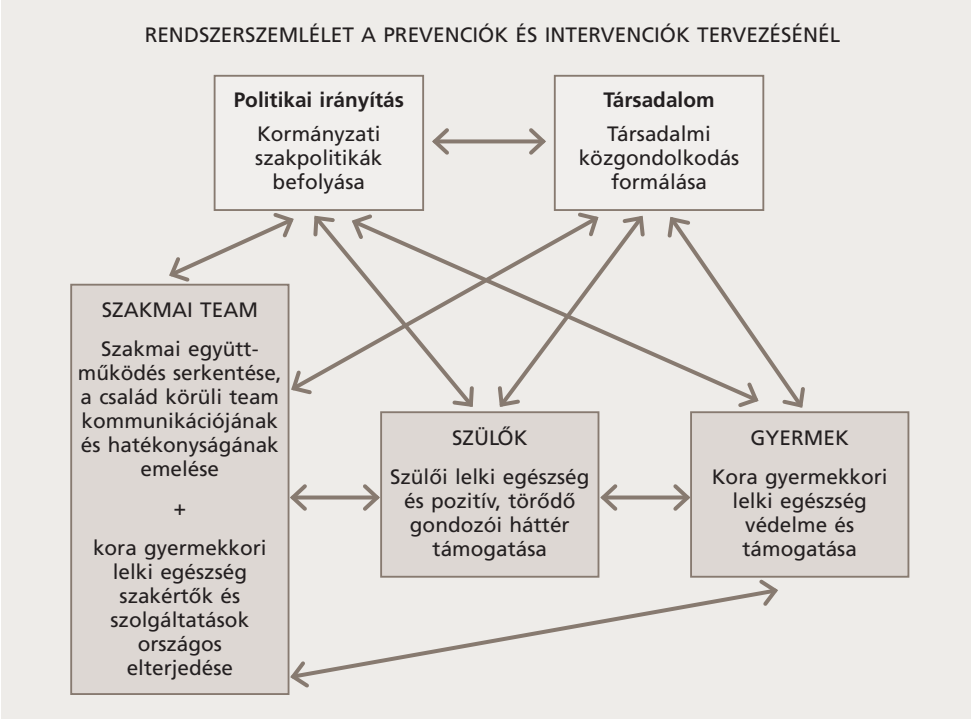
Módszertani és tudásközpont

Az új szakterület magyarországi kialakításához és elterjesztéséhez szükséges olyan *módszertani és tudásközpont létrehozása* is, amely a hazai és nemzetközi interdiszciplináris kutatásokért, a jó gyakorlatok összegyűjtéséért, képzések szervezéséért, módszertani ajánlásokért, a megvalósuló gyakorlat minőségbiztosításáért, elméleti-módszertani kézikönyvek, kiadványok szerkesztéséért, kiadásáért, szakmapolitikai döntéshozások előkészítő munkáiért, valamint a szakmai és laikus körökben végzett ismeretterjesztésért (honlap, szakmai találkozók: fórumok és konferenciák szervezése, szakmai folyóirat, hírlevél kiadás) vállal szakmai felelősséget. Fontos egy olyan *interdiszciplináris gyakorlati munkacsoport működtetése* is, melynek tapasztalatai modellértékű lehet a szakmai hálózat kialakításához. A Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézete a következő évtizedben tenni szeretne e célok eléréséért.

A közgondolkodás formálása

Mindezek mellett *a médiának és minden formális információs csatornának fontos szerepet kell vállalnia abban, hogy a kora gyermekkori fejlődésről és támogatásának adekvát módjairól tudományosan megalapozott üzenetek érkezzenek a gyermeket tervező, a várandós és kisgyermekes szülők, valamint a napközbeni gyermekellátó helyek gondozói felé*, ezzel is segítve a gondozói-nevelői gyakorlat pszichoszociális egészséget megalapozó funkcióját.

A 7. ábrán feltüntettük azokat a fontos „szereplőket", akik a kora gyermekkori intervenciók, és ezen belül a szülői és kora gyermekkori lelki egészséget támogató beavatkozások hatékony megvalósulásában szerepet játszanak. Fókuszban a gyermek, a szülők és a családot támogató szakmai team áll (lásd alsó sor), de nem feledkezhetünk el a társadalom többi tagjáról és a vezető politikai-gazdasági erőkről sem (lásd felső sor). A *rendszerszemlélet alapján bizakodhatunk abban, hogy ha a rendszer bármely pontján pozitív hatást érünk el, az tovagyűrűzik a rendszer többi részébe is.*



7. ábra A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának rendszerszemléleti modellje (Danis, 2015, 113. o., vagy Danis és mtsai., 2011, 18. o. alapján)

Zárszó

A nemzetközi elméleti és módszertani tudás, jó gyakorlatok és szakmapolitikai törekvések megismerése, illetve a fejlődő szakterület új eredményeinek követése, ezek alapján pedig a hazai műhelyek hagyományaira való építkezés, a szolgáltatások hálózatokká fejlesztése az a jövőbeni cél – amelyeket számos transzatlanti és nyugat-európai állam évtizedekkel ezelőtt már megtett.

Könyvünk e célkitűzések megvalósításához szeretne hozzájárulni: „szemezgetni" fontos nemzetközi és hazai ismeretanyagokból, és bemutatni a ma itthon elérhető hazai gyakorlatokat (képzéseket, módszertani műhelyeket, modellprogramokat) a kora gyermekkori lelki egészség támogatásának fejlődő szakterületén.

AJÁNLOTT IRODALOM

Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S., Tronick, E. (Eds.) (2014). *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice.* American Psychiatric Publishing, Washington/London.

Greenspan, S. I., Wieder, S. (2005). *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive, Developmental Approach to Assessment and Intervention.* American Psychiatric Association.

Luby, J. L. (Ed.)(2006). *Handbook of preschool mental health. Development, Disorders and Treatment.* The Guilford Press, New York/London.

Osofsky, J. D., Fitzgerald, H. E. (Eds.)(2000). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health.* Vol.1-4. WAIMH, Wiley, New York.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the First Years of Life: Early Risk and Intervention in the Developing Parent-infant Relationship.* ZERO TO THREE, Washington D.C.

Zeanah Jr., C. H. (Ed.) (2018). *Handbook of Infant Mental Health,* 4th Ed. Guilford Press, New York/London.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Ainsworth, M. D. S, Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Barnett, W. S. (2000). Economics of Early Childhood Interventions, In Schonkoff, J. P., Meisels, S. J. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge University Press. 589–613.

Barnett, W. S. (2004). *Benefits of Preschool Education*, www.nieer.org, BarnettBenefits.ppt

Belfield, C. R., Nores, M., Barnett, W. S., Schweinhart, L. (2006). The High/Scope Perry Preschool program: Cost-benefit analysis using data from the age-40 follow up. *Journal of Human Resources, 41 (1),* 162–190.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment.* (1982, 2nd edition). Hogarth Press, London.

Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S., Tronick, E. (Eds.)(2014). *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice.* American Psychiatric Publishing, Washington/London.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development.* Harvard University Press, Cambridge, MA.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspective. *Developmental Psychology, 22,* 723–742.

Bronfenbrenner, U., Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review, 101,* 568–586.

Carneiro, P., Heckman, J. (2003). *Human Capital Policy,* Working Paper 9495, NBER Febr.

Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.)(2010). *Handbook of Attachment 2nd Ed.: Theory, Research, and Clinical Applications.* The Guilford Press.

Danis, I. (2010). A fejlődéslélektani perspektíva: Gyermeki szükségletek. In Surányi, É., Danis, I., Herczog, M. (Szerk.). *Családpolitika más-más szemmel. Eltérő nézőpontok, megközelítések, változó gyakorlatok a hazai és nemzetközi családpolitikában.* Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest. 102–137.

Danis, I. (2012a). *Célok, kimenetek és indikátorok a kora gyermekkori intervencióban. Nemzetközi kitekintés.* Kézirat. Educatio, Budapest.

Danis, I. (2012b). *Gyerek-utak, protokollok és szolgáltatások a kora gyermekkori intervencióban. Nemzetközi kitekintés. Kézirat.* Educatio, Budapest.

Danis, I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a kora gyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle, 43(2),* 100–116.

Danis, I., Farkas, M., Oates, J. M. (2011a). Koragyermekkori fejlődés: hogyan gondolkodjunk róla? In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek II.: A koragyermekkori fejlődés természete: fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 24–67.

Danis, I., Szilvási, L., Surányi, É. (2011b). *„Iskola, iskola, ki a csoda jár oda?" I. Bevezető elméleti összefoglaló a gyermeki fejlődésről, a szülőségről, és e kettőt támogató programok jelentőségéről az iskolába lépés előtti életkorokban.* Kézirat. Bright Future, Göd.

DH (2007). *Facing the future: a review of the role of health visitors.* DH, London.

Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., Tremblayd, T. R. (2009). Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. In *Economics and Human Biology, 7(1),* 1–6.

Egyed, K. (2011). Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 166–205.

Erős, E., Hajós, A., Kovács, R., Supák, D. (2012). A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben az elmúlt hat év tükrében. *Orvosi Hetilap, 153(42),* 1667–1673.

Greenspan, S. I., Wieder, S. (2005). *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive, Developmental Approach to Assessment and Intervention.* American Psychiatric Association.

Grunewald, R., Rolnick, A. (2007). A Productive Investment: Early Child Development. In Young, M., E., Richardson, L. M. (eds.) *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity.* The World Bank, Washington D.C.

Heckman, J. J., Masterov, D. V. (2007). *The Productivity Argument for Investing in Young Children*, NBER Working Papers 13016, National Bureau of Economic Research, Inc.

Hungerford, A., Brownell, C. A., Campbell, S. B. (2005). Child Care in Infancy: A Transactional Perspective. In Zeanah Jr., C. H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd Ed. Guilford Press, New York/ London. 519–532.

Johnson, M. H. (2005). Sensitive periods in functional brain development: Problems and prospects. *Developmental Psychobiology, 46,* 287–292.

Kalmár, M. (2011). Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (Szerk.). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 206–229.

Kereki, J. (2010). A kora gyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. In *Gyógypedagógiai Szemle,* 2010/1., 32–45.

Kereki, J. (2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intervenciós intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kézirat. EDUCATIO, Budapest.

Kereki, J. (2013). A kora gyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In *Gyógypedagógiai Szemle,* 2013/1., 23–38.

Kereki, J., Lannert, J. (2009). *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kézirat. TÁRKI-TUDOK, Budapest.

Lister, R. (2003). *Citizenship: Feminist Perspectives.* Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Luby, J. L. (Ed.) (2006). *Handbook of preschool mental health. Development, Disorders and Treatment.* The Guilford Press, New York/London.

McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P. W. et al. (1998). A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics, 102,* 137–140.

Mustard, J. F. (2007). Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In Young, M., E., Richardson, L. M. (Eds.) *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity.* The World Bank, Washington D.C.

Németh, T. (2010). Itt és most – A kora gyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok. XII. Családbarát konferencia kiadványa.* OGYEI, Budapest. 7–12.

Németh, T. (2012). A kora gyermekkori regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat, 2012/6,* 320–325.

Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K.V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő, 25(5),* 16–26.

Osofsky, J. D., Fitzgerald, H. E. (Eds.) (2000). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health.* Vol.1-4. WAIMH, Wiley, New York.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the First Years of Life: Early Risk and Intervention in the Developing Parent-infant Relationship.* (K. Kronenberg. Trans) ZERO TO THREE, Washington D.C.

Poley, D., Goldfeld, S., McLoughlin, J., Nagorcka, J., Oberklaid, F., Wake, M. (2000). *A review of the early childhood literature. Prepared for the Department of Family and community Service sas a background paper for the National Families Strategy.* The Centre for Community Child Health, Australia.

Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Daritsné, Rajzó É., Jánosiné, Kakuk S., Németh, T. (2015). Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle, 2015/1.* http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=52&jaid=720

Roberts, R. N., Behl, D. D., Akers, A. L. (2004). Building a System of Care for Children With Special Healthcare Needs. In *Infants and Young Children, 17(3),* 213–222.

Rolnick, A., Grunewald, R., (2003). *Early Childhood Development: Economic Development with a High Public Return.* Tech. rep., Federal Reserve Bank of Minneapolis, Minneapolis, MN.

Shonkoff, J., Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.* National Academy Press, Washington, D.C.

Shonkoff, J., Lippitt, J. A., Cavanaugh, D. A. (2005). Early Childhood Policy: Implications for Infant Mental Health. In Zeanah, Jr., C. H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health,* 2nd Ed. Guilford Press, New York/ London. 503–518.

Simonyi, Á. (Szerk)(2010). *Családpolitikák változóban.* Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.

Szilvási, L. (2008). Egyenlőtlenségek és gyermeki fejlődés – beavatkozási lehetőségek. In Sallai, É. (Szerk.) *Társadalmi egyenlőtlenségek, a nem hagyományos családmodell, a szülői viselkedés és a gyermekek fejlődésének összefüggései.* EDUCATIO, Budapest. 13–38.

Szilvási, L. (2011). Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – a Magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 28–75.

Surányi, É., Danis, I., Herczog, M. (Szerk.)(2010). *Családpolitika más-más szemmel. Eltérő nézőpontok, megközelítések, változó gyakorlatok a hazai és nemzetközi családpolitikában.* Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest.

The Science of Early Childhood Development. (2007). National Scientific Council on the Developing Child. http://www.developingchild.net

Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–373.

Weatherston, D. J. (2002). Introduction to the Infant Mental Health Program. In Shirilla, J. J., Weatherston, D. J. (Eds). *Case studies in infant mental health: Risk, resiliency and relationship.* ZERO TO THREE, Washington D.C. 1–14.

Zeanah, Jr., C. H. (Ed.)(2018). *Handbook of Infant Mental Health,* 4th Ed. Guilford Press, New York/ London.

Zeanah, P. D., Larrieu, J. A., Zeanah, Jr. C. H. (2005). Training in Infant Mental Health. In Zeanah, Jr., C. H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health,* 2nd Ed. Guilford Press, New York/ London. 548–558.

ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* Zero to Three Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – *DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.)

I. RÉSZ

FEJLŐDÉSELMÉLETEK

Danis Ildikó
Kalmár Magda
Modern alkalmazott fejlődéselméletek – Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka hátterében

Koller Éva
Pszichodinamikus fejlődéselméletek

Danis Ildikó
Kalmár Magda
A fejlődési pszichopatológia alapjai – Kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban

Hivatkozás: Danis, I., Kalmár, M. (2020). Modern alkalmazott fejlődéselméletek – Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka hátterében. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 46–81.

Az alkalmazott fejlődéspszichológia, illetve a fejlődés megértése iránt elköteleződött tudományágak ismeretanyagát integráló alkalmazott fejlődéstudomány célja a kutatási eredmények gyakorlati és szakmapolitikai felhasználása a gyermekek jól(l)étének és egészséges fejlődésének szolgálatában. A legfontosabb, ma is inspiráló fejlődéselméletek az 1960-as évektől kezdődően kezdtek kibontakozni. A rohamosan fejlődő kurrens nézőpontok és az empirikus eredmények követése, valamint az e tanulmányban bemutatott alaptézisek ismerete és mérlegelése mind a fejlődés vizsgálata, kutatása, mind a prevenciós és intervenciós beavatkozások tervezése és a klinikai munka, mind pedig a szakmapolitikai döntéshozatalok során elengedhetetlen.

Írásunkban négy fontos témakör mélyebb kifejtésére kerül sor: először az öröklődés versus környezet kérdéskör történetének, majd a modern interakciós és tranzakciós fejlődéselméletek kialakulásának bemutatására törekszünk. Röviden érintjük az általános rendszerelméletet, illetve a humán fejlődés erre épülő ökológiai modelljét. Végül pedig a fejlődés legfontosabb evidenciájának – az időben zajló folyamatok és történések – jelentőségét feldolgozó életút- és élettörténet-elméletek alaptéziseit tárgyaljuk.

MODERN ALKALMAZOTT FEJLŐDÉSELMÉLETEK – FEJLŐDÉSI MODELLEK ÉS NÉZŐPONTOK A MINŐSÉGI GYAKORLATI MUNKA HÁTTERÉBEN

Danis Ildikó
Kalmár Magda

Bevezetés – Az alkalmazott fejlődéstudomány jelentősége

Öröklődés versus környezet? Vagy öröklődés és környezet? – Klasszikus és modern elméletek a fejlődés dinamikájáról
- Történeti gyökerek
- A fejlődés komplex modelljeinek fejlődése
- Mai gondolkodásunk és elméleti keret a fejlődésről

Az általános rendszerelmélet és a környezeti modellek a fejlődés megértésének szolgálatában
- Az általános rendszerelmélet mint tudományos paradigma
- A humán fejlődés ökológiai modellje
- Az életút (life span) és az élettörténet (life course) nézőpontok jelentősége a fejlődés értelmezésében

Zárszó – Az alkalmazott fejlődéspszichológia és fejlődéstudomány aktualitása, gyakorlati haszna

Bevezetés – Az alkalmazott fejlődéstudomány jelentősége[1]

Az ún. alkalmazott tudományok feladata az elmélet és a gyakorlat során felmerülő problémák és megoldások közti kapcsolat biztosítása. A valóságban az *„alaptudomány"* és az *„alkalmazott tudomány"* nem egymást kizáró, független logikai osztályok; nemigen lehet olyan definíciót megfogalmazni, amelynek alapján akárcsak a tudományterületek többsége egyértelműen, átfedések nélkül besorolható lenne az egyik vagy a másik kategóriába. Az *„alkalmazott fejlődéspszichológia (applied developmental psychology)"* (Wertlieb, 1983; Goldstein és mtsai., 1983), majd később a társtudományok eredményeinek és célkitűzéseinek integrációjával megszülető *„alkalmazott fejlődéstudomány (applied developmental science)"* (Lerner és mtsai., 2000a, 2000b) kialakulása és definíciói viszonylag új keletűek a szakirodalomban. Amit a fogalom fed, az még ma sem annyira önálló tudományágnak, mint inkább számos különböző szakterület integrációjára törekvő fórumnak tekinthető. Az integráció egy meghatározott cél érdekében történik. A cél a tudományos eredmények gyakorlati és szakmapolitikai felhasználása a gyerekek jól(l)étének és egészséges fejlődésének szolgálatában (Lerner és mtsai., 2003, 2005; Bronfenbrenner és Evans, 2000).

Az integráció időszerűvé válását a fejlődéspszichológia saját fejlődése készítette elő. Az utóbbi néhány évtized során ez a tudományág – a felhalmozódott empirikus információ összegzésének igénye, ennek nyomán a feszítő ellentmondások és a hiányok felismerése, a kutatási érdeklődés hangsúlyeltolódása, valamint a fokozódó módszertani igényesség következtében – olyan fázisba jutott, amelyben megcsillant az elmélet és a gyakorlat közti szakadék áthidalásának a reménye. Ennek egyik fontos összetevője volt az, hogy a pszichikus fejlődés elméleti összefüggései iránt érdeklődő kutatók figyelmének középpontjába kerültek olyan problémák is, amelyeket korábban csupán a gyakorló szakemberek által megoldandó feladatokként kezeltek, és feldolgozásukat a hagyományosan alkalmazott területeknek tekintett tudományágak – pedagógia, neveléspszichológia, klinikai pszichológia, gyermekgyógyászat, gyermekpszichiátria – illetékességi körébe utalták. A fordulathoz természetesen nagyban hozzájárult a fenti szakterületek tudományos színvonalának emelkedése, ami a felhalmozódott gyakorlati tapasztalatok módszertani szempontból egyre igényesebb dokumentálását is magával hozta.

Az alkalmazott fejlődéspszichológia és fejlődéstudomány ma széles körben elfogadott elméletei a kutatási eredmények és a gyakorlati tapasztalatok egymást megtermékenyítő dialógusában csiszolódtak az 1960-as évek végétől kezdődően. Az interdiszciplináris tudományterület nemcsak a szűken értelmezett fejlődéspszichológiai kérdések, hanem a

[1] A tanulmány nagyban alapoz a szerzők korábban, a Biztos Kezdet Kötetek I. kötetében megjelent munkájának ismeretanyagára (Danis és Kalmár, 2011). E fejezetben a korábban már ismertetett elméletek egy részének bővebb, mélyebb kifejtése történik, emiatt a könnyebb feldolgozás érdekében ajánljuk a 2011-es tanulmány megismerését.

társtudományok (pl. szociológia, szociálpolitika, pedagógia, klinikai pszichológia, orvos- és egészségtudományok) által felvetett problémák, dilemmák megválaszolására is törekszik. A rohamos fejlődést mutató kurrens nézőpontok, kutatási eredmények követése, valamint e tanulmányban bemutatott alaptézisek ismerete és mérlegelése mind a fejlődés vizsgálata, kutatása, mind a prevenciós és intervenciós beavatkozások tervezése, a klinikai munka, mind pedig a szakmapolitikai döntéshozások során elengedhetetlen (lásd még Danis és Kalmár fejlődési pszichopatológiáról és rezilienciáról szóló tanulmányát jelen kötetben).

A következőkben négy fontosabb témakör mélyebb kifejtésére kerül sor: először az öröklődés versus környezet kérdéskör történetének, majd a modern interakciós és tranzakciós fejlődéselméletek kialakulásának bemutatására törekszünk. Röviden foglalkozunk az általános rendszerelmélettel, illetve a humán fejlődés erre épülő ökológiai modelljével. Végül pedig a fejlődés legfontosabb evidenciájának – az időben zajló folyamatok és történések – jelentőségét feldolgozó életút- és élettörténet-elméletek alaptéziseit tárgyaljuk.

Öröklődés versus környezet? Vagy öröklődés és környezet? – Klasszikus és modern elméletek a fejlődés dinamikájáról

Az elmúlt évszázadok során több filozófiai irányzat, majd a 20. században számos fejlődéskutató foglalkozott a humán fejlődés dinamikájának megértésével. A fejlődés okaira, mozgatóira vonatkozó egyoldalú elképzelések – a *„preformizmus”*, *„nativizmus”* vagy *„innátizmus”* néven ismert, a fejlődést az éréssel azonosító szemlélet és ellentéte, a környezet és a tanulás mindenhatóságába vetett hit – tarthatatlansága már a 20. század közepére nyilvánvalóvá vált. Az alkalmazott területekről, sokszor a közvetlen gyakorlati munkából származó, de mind megbízhatóbban közreadott tényanyag elemzése hamarosan a két meghatározó oldal, az *érés és a környezethatás egyszerű összegződésén alapuló mechanisztikus magyarázatokat* is megkérdőjelezte (Sameroff, 2010; Sigelman és Rider, 2017). A korai *egyoldalú nézőpontoktól* mára eljutottunk a *többirányú, többszintű, komplexebb perspektívákig* (lásd 1. táblázat és a tanulmány fejezetei). A lineáris egyoldalú modelleket az 1970-es években már az *interakciós* (Lewis, 1972), majd a *tranzakciós* modell (Sameroff, 1975) megfogalmazása váltotta fel, míg mai feltételezéseink szerint az egyéni viselkedést a genetikai és a környezeti folyamatok mint *többszintű dinamikus fejlődési rendszerek* kölcsönhatásai befolyásolják és változtatják (lásd később részletesen).

Az egyik legnagyobb súlyú elvárás, amely különböző gyakorlati területek felől a fejlődéstudomány felé irányul, a *fejlődés előrejelzése*, egyrészt a biológiai tényezőkből és a környezeti feltételekből, másrészt a korábbi fejlődési szintből kiindulva. A több évtizedes kutatómunka eredményeként rengeteg statisztikailag jelentős összefüggés vált ismertté. A mai fejlődéskutatás már meglehetősen hatékony a rövid távú előrejelzések megfogalmazásában a valamennyire stabilitást mutató kognitív vagy érzelmi funkciók alakulását

tekintve, azonban a hosszú távú beválás bejóslása a mai napig bonyolult és bizonytalan, a korai fejlődés területeinek részletes feltérképezése ellenére is (Sameroff, 2010)[2].

A kutatási beszámolókban, szakcikkekben közölt statisztikai eredmények ritkán használhatók egyéni szintű előrejelzésre. Egy nagyobb csoportban mért statisztikai összefüggések tág teret engednek annak, hogy egyéni esetekre ne legyen érvényes az adott csoportban megragadott általános tendencia. Nem utolsó sorban a fejlődésben nagyon bonyolultak az *okozati viszonyok*. Ritka az *„egy ok – egyetlen, jól körülhatárolható következmény"* kapcsolat; a fejlődési események hátterében többnyire *többtényezős okság* áll (Bryant, 1990; Cicchetti és Rogosch, 1996; lásd bővebben Danis és Kalmár fejlődési pszichopatológiáról szóló írását jelen kötetben).

Az *öröklődés versus környezet (nature versus nurture)* kérdéskör hosszú évtizedekig volt égető témája a fejlődéskutatásoknak: folyamatosan változtak a nézőpontok, a hipotézisek, és kaptak inkább hangsúlyt a genetikai vagy a környezeti hatásokat jelentősebbnek ítélő magyarázó elméletek. Ez a dilemma a gyakorlatban még ma is gyakran felmerül, ha problémát észlelnek egy gyermeknél, mivel óhatatlanul felvetődik a „ki a felelős mindezért" kérdése. A szülők gyakran a gyermekben látják a probléma gyökerét, és azt keresik, hogy mindazt kitől örökölhette a gyermek, míg a szakemberek nem ritkán a szülőket teszik felelőssé, holott a tudomány évtizedek óta evidenciaként kezeli, hogy mind az alkati, biológiai, mind pedig a környezeti hatások, sőt ezek többszintű bonyolult rendszereinek dinamikus interakciója az, amely meghatároz egy-egy kialakult állapotot (Sameroff, 2010).

Történeti gyökerek

Korábban, az *egyoldalú nézőpontok* történelmi hullámzása során egyik vagy másik tényezőt tekintették hangsúlyosnak a személyiség és a viselkedés alakulásában. A modern 20. századi fejlődéspszichológiát inspiráló filozófiai gyökerek jelentősége miatt érdemes néhány évszázadra visszatekintenünk. A 17. században a *John Locke* (1632–1704) alkotta *tabula rasa elmélet* szigorúan a környezetelvűség példájaként ismert, míg a 18. században *Jean-Jacques Rousseau* (1712–1778) a spontán pozitív fejlődés kibontakozásának képessége melletti érveléssel *(„eleve jó gyermek" modell)* a biológiai meghatározottság képviselője lett. A 19. században *Francis Galton* (1822–1911) volt az, aki a *„nature versus nurture" dilemmát* először felvetette, útjára indítva e teoretikus hagyományt. Az ő elgondolása szerint is az öröklött tulajdonságok voltak az alapjai a humán természetnek. Az 1920-as évektől kezdődően egészen a 20. század második feléig a *behaviorizmus (viselkedéslélektan)* nézőpontja uralkodott (pl. *John Watson* [1878–1952] munkássága),

[2] A fejlett statisztikai modellekben a számos háttérváltozó alapos vizsgálata, mérése mellett már a zavaró tényezők kiszűrése és kontrollálása is sikerrel zajlik, azonban a legtöbb viselkedéses funkció változatosságának magyarázata legtöbbször így is alacsony szintű marad. Röviden szólva: *sokkal több tényező befolyásolja az egyes fejlődési állapotok, funkciók természetes változatosságát, egyéni változatait, mint amit statisztikai módszerekkel mérni tudunk* (Sameroff, 2010).

amely ismét egyértelműen a környezeti tanulás mellett tette le a voksát. Ugyanakkor az 1930-as években tett állatmegfigyelései nyomán *Konrad Lorenz* (1903–1989) megfogalmazta, hogy egy sor komplex viselkedés létrejöttéhez nem szükséges a környezeti megerősítés (Lorenz, 1930). Ezt az 1950–60-as években a humán fejlődés néhány területére (pl. az agresszióra: Lorenz, 1963/2013) is alkalmazta, amiért számos kritikát kapott. Az *etológia,* majd a *viselkedésgenetika* kibontakozásával tehát ismét az öröklődés és a biológiai háttér vizsgálatára terelődött az érdeklődés, azonban a viselkedésgenetikai vizsgálatok (pl. a híres ikervizsgálatok) már képesek voltak egy-egy viselkedés vagy tulajdonság hátterében elkülöníteni a genetikai és a környezeti háttértényezőket. Bár *Jean Piaget* (1896–1980) munkássága (1970, 1993) a kognitív fejlődés vizsgálatában kevésbé emelte ki a környezet aktív szerepét, mivel erőteljes univerzalitást mutatott ki a gondolkodás fejlődése terén, kortársa, *Lev Vigotszkij* (1896–1934) elméletében (1967, 1971) a kompetensebb társnak már elengedhetetlen szerepe volt a fejlődés előmozdításában. A pszichikus fejlődés e két legnagyobb teoretikusának elméletei természetesen már mentesek voltak a fejlődést genetikai vagy környezeti tényezőkre mint főhatásokra visszavezető magyarázatok mechanikus leegyszerűsítéseitől (lásd bővebben: Pléh, 2010; Danis és mtsai., 2011).

Az 1960-as évektől indult el az egyén-környezet interakcióinak valódi megfigyelése, leírása. Ezek eredménye például *Bell* (1968) nagy hatású tézise a *szocializáció kétirányúságáról*, vagy *Thomas és Chess* (1977) elmélete az *összeillés jóságáról*. Az 1970–80-as években sokak által vizsgált téma lett a szegénység és a depriváció hatása a fejlődésre. *Bronfenbrenner* (1979) átütő elmélete a *humán fejlődésre hatást gyakorló ökológiai rendszerekről* a következő két évtizedben erőteljesen befolyásolta az intervenciós kutatásokat. A kulturális pszichológia elterjedésével kezdték vizsgálni az *univerzalitást vs. a kulturális meghatározottságot mutató fejlődési kimeneteket* azzal a feltételezéssel, hogy a jelentésadás különbségei is fontosak az adott gyermeki sajátosságok vagy viselkedésformák értelmezésében. A 2000-es évek elején újra a nativizmus erősödése figyelhető meg a *molekuláris genetika és az idegélettani kutatások* elterjedésével és virágzásával. Az új technológiák, az agyi képalkotó eljárások és a humán genom megismerése új távlatokat nyitott a fejlődési funkciók strukturális megértésében (Sameroff, 2010; 1. táblázat).

1. táblázat Az öröklődés versus környezet dilemma és érdeklődés rövid története (Sameroff, 2010, 8. o. alapján)

Történelmi kor	Hangsúly	Empirikus fejlemények
1880–1940-es évek	Természet/öröklődés	Öröklött különbségek, ösztönök
1920–1950-es évek	Nevelés/környezet	Megerősítés elmélet, pszichoanalitikus elméletek
1960–1970-es évek	Természet/öröklődés	Etológia, faji különbségek, viselkedésgenetika, kognitív fejlődésvizsgálat
1980–1990-es évek	Nevelés/környezet	Szegénység, társas ökológia, kulturális dekonstrukció
2000–2010-es évek	Természet/öröklődés	Molekuláris genetika, idegtudomány

A *fejlődési kognitív idegtudomány* kibontakozásával napjainkban nagy jelentőséggel bír a különböző konstruktivista irányzatokat integráló *neurokonstruktivista* megközelítés, amely szerint *a megnyilvánuló viselkedés és a fejlődés megértése a fejlődő idegrendszer tapasztalatok nyomán leírható változásainak megértésével történhet.* A fejlődés minden szintjén konstruktív, reciprok folyamat zajlik: ugyanúgy, ahogy az egyén proaktív módon a környezetét változtatja, *az agy és az idegrendszer is alkalmazkodik a környezetéhez, ún. tapasztalatfüggő strukturális és működésbeli változásokon megy keresztül a fejlődés folyamán* (Munakata és mtsai., 2004; az agy fejlődéséről és plaszticitásáról lásd bővebben Egyed, 2011; az agy fejlődését veszélyeztető környezeti ártalmakról lásd bővebben Kalmár, 2011).

Hasonló reciprok folyamatok generációk között is látszanak érvényesülni, amely az *epigenetika* tudományágának fejlődését és egyre erőteljesebb térnyerését is magyarázzák. Kutatások bizonyítják, hogy *a környezeti tapasztalatok szülőkre gyakorolt hatása a DNS szekvencia megváltoztatása nélkül az utódok génkifejeződését képes módosítani*, ami pl. egészséggel és viselkedéssel kapcsolatos jellemzőkben mutatkozik meg (Willbanks és mtsai., 2016; genetikai és környezeti hatások interakcióiról lásd bővebben Lakatos, 2011).

Az öröklődés vs. környezet kérdéskör e komplexebb értelmezései már az egyén biológiája és környezete között zajló többszintű tranzakciós folyamatok feltételezése által inspirálódtak. Lássuk e komplex modellek kibontakozásának történetét.

A fejlődés komplex modelljeinek fejlődése

Míg a korai elméletalkotók egyoldalú elképzelésekben, inkább a biológiában, öröklésben vagy épp a környezeti hatásokban, tapasztalatokban gondolkodtak, addig ma a fejlődés hátterében zajló gén-környezet interakció evidenciának számít.

Az egyén és a környezet egymásra hatásának első dinamikus modelljeit *Piaget és Vigotszkij* alkotta meg. Sameroff (2009a) kiemeli, hogy sokan úgy tekintenek Piaget-ra, mint aki a gyermek oldalát képviseli, szemben Vigotszkijjal, aki a környezeti oldal jelentőségét hangsúlyozza. A gyakori olvasat szerint a Piaget-féle gondolkodásban (1967, 1993; Inhelder és Piaget, 1970) a környezetnek nincs aktív szerepe a fejlődésben, csak indirekt módon, annyiban, hogy megoldandó kihívások, problémák elé állítja a gyermeket. Hipotézise szerint a kihívások és az aktuális kompetencia és tudás között húzódó konfliktus a fejlődés mozgatórugója (lásd *akkomodációs és asszimilációs folyamatok az alkalmazkodásban*; bővebben: Danis és Kalmár, 2011). Vigotszkijnál a környezetnek már aktív hatóereje van a fejlődésben (1967, 1971), azáltal, hogy a nevelésben és az oktatásban résztvevő kompetensebb szereplők a gyermek aktuális állapotához alkalmazkodnak (lásd *legközelebbi fejlődési zóna*; bővebben: Danis és mtsai., 2011), és támaszt nyújtanak az autonóm megtapasztalás és ismeretszerzés egyes lépcsőfokain. DeVries (2000) viszont azzal érvel, hogy Piaget és Vigotszkij elméletében éppen hasonlóság az, hogy a társas tényezőket fontosnak tartják a gyermek fejlődésében. Vigotszkijnál vitathatatlanul központi szerepe van a társnak. DeVries szerint azonban Piaget-t gyakran félreértelmezik, mondván, ő „magányos felfedezőnek" tekinti a gyermeket, miközben fontos kiemelni,

hogy „Piaget célja az volt, hogy megfigyelje, hogyan fejlődik a tudás, nem az, hogyan fejlődik a gyermek" (190. o.). Már korai munkáiban megfogalmazza, hogy *„a társas élet szükségszerű a logika fejlődéséhez"* (Piaget, 1928, id. De Vries, 2000, 190. o.), míg későbbi munkájában ezt írja Piaget (1950, id. DeVries, 2000, 190. o.): *„az egyének közötti kapcsolatok… megváltoztatják az egyének mentális reprezentációit"*. Nem véletlen, hogy pl. Bowlby (1969), a kötődéselmélet alapítója, a korai szülő-gyermek kapcsolatokról alkotott *mentális munkamodellek* hipotézisének megfogalmazásakor épít Piaget elméletére a mentális reprezentációk alakulására vonatkozóan. A kortárs értelmezők általában egy-egy központi mozzanatot emelnek ki a nagy fejlődéselméletek kritikáinál, értelmezésénél. Piaget elméletében, a korábbi főleg környezetelvű fejlődésértelmezőkkel szemben a legátütőbb és ma is érvényes megfigyelés és érvelés az volt, hogy *a gyermek aktív ágens a tudása fejlődésében*. Ugyanakkor ez nem azt jelenti, hogy Piaget vitatta volna a környezeti ingerek és adottságok szerepét (már csak amiatt sem, mert egy gyermek spontán és megteremtett környezeti körülményei nagyban befolyásolják fejlődésének lehetőségeit, lásd Piaget pedagógia fókuszú írásaiban).

Sameroff (2010) is a dialektikára[3] hívja fel a figyelmet Piaget munkája kapcsán, mondván: „a világ nélkül nem lenne semmi, amit meg kellene ismerni, és a megismerő nélkül nem lenne megismerés … az egyén kogníciója az egyén akciójához vezet, amely a világ részévé válik, majd a megváltoztatott világ lesz az egyén kogníciójának része egy állandó dialektikus folyamatban" (9. o.). Piaget-nál a fejlődés mozgatója tehát az asszimiláció és az akkomodáció folytonos kiegyensúlyozódási törekvése, a belső és a külső feltételek állandó, dinamikus kölcsönhatása.

Nem véletlen, hogy e két dinamikus összefüggésekben gondolkodó teoretikus egyikéből sem hiányzott az alkalmazott vagy gyakorlati területek iránti érdeklődés, és mindkettőjüket foglalkoztatta elméleteik alkalmazásának gondolata: pedagógiai helyzetekben ragadták meg a gyermeki fejlődés szempontjából elemzendő kérdéseket, és javaslatokat tettek az oktatás megújítására (ma az ismert *felfedező tanulás* hívei Piaget, a *differenciált oktatást gyakorlók* Vigotszkij elméleteire alapoznak) (DeVries, 2000).

Piaget és Vigotszkij fejlődésértelmezése hosszú ideig elszigetelt maradt, és nem érintette meg a fejlődéspszichológiai kutatások fő vonulatait, lehetetlen azonban nem felismerni a hatásukat az először Horovitz (1969) munkájában felbukkant, de inkább *Michael Lewis* által ismertté vált *interakciós fejlődésmodellen* (Lewis és Fox, 1980; Lewis, 1972). Annak a tényanyagnak a zömét, amelyet Lewis e modell kidolgozásánál felhasznált, a nem optimális biológiai feltételekkel születő és fejlődő gyerekekkel foglalkozó kutatásokból merítette. Az interakciós modell értelmében *a fejlődő egyén aktuális állapota mindig az előző állapot és az aktuális környezethatások interakciójának eredménye* (1. ábra). Minthogy az előző állapotot is az akkor érvényesülő környezeti feltételek és a korábbi belső állapot közti interakció hozta létre, *a fejlődés végül is a belső és a külső közti kölcsönhatás szüntelen működésére, láncolatára vezethető vissza*.

Mint látjuk, *Lewis értelmezése a fejlődésről még egyirányú: a környezet hat az egyénre, és ezek a hatások befolyásolják a fejlődést.* A környezeti hatások érvényesülésének mér-

[3] Ebben az értelemben: ellentéteket magába foglaló, ellentétekre, egymást kiegészítő elemekre vonatkozó gondolkodásmód.

legelésekor egészen az 1970-es évekig a kutatók azt gondolták, vallották, hogy a szocializáció folyamatai is egyirányúak, vagyis a kompetens másiktól – a szülőktől, nevelőktől – az alacsonyabb kompetenciákkal bíró gyermekek felé hat. (Ez a vigotszkiji és a lewisi gondolkodással is párhuzamos.) Arról az 1960-as évek végéig nem gondolkodtak, hogy a gyermek hogyan hat a környezetének viselkedésére, sőt fejlődésére. *Bell* 1968-as írásában tette közzé a hipotézisét, hogy megfigyelései alapján a szocializációs folyamat kétirányú. Anyákat és csecsemőiket figyelt meg, és megfogalmazta *kölcsönös határ kontroll modelljét* (1974), amelyben mindkét partner esetében megállapított ún. *alsó és felső határküszöböket*, és azt feltételezte, hogy a partner viselkedése folytán a *határküszöbök elérésével kölcsönös szabályozó folyamatok indulnak be*. Ha a felső küszöb elérése történik, az a cél, hogy a másik fél intenzív ingerét csökkentsük, míg az alsó határ körüli értékeknél stimuláció provokálás történik (erre példa a csecsemő sírás-viselkedése akkor is, ha túlingerlődik, és akkor is, ha unatkozik). Bell e folyamattal bizonyította, hogy *a fejlődő gyermek is jelentős hatással van a gondozójára*, annak viselkedésére, valamint már felvetette a fejlődő egyén és a környezet egymásra hangolódásának, illeszkedésének, a *közös szabályozásnak* a jelentőségét (szabályozási folyamatokról bővebben még alább lesz szó, valamint lásd Cs. Ferenczi és Németh tanulmányát könyvünk jelen kötetében).

Thomas és Chess illeszkedés jósága modellje (1977) a mai napig nagy hatású, a gyakorlatban is alkalmazható teória, amely szintén szülő-csecsemő párok megfigyelése alapján született. Definíciószerűen „*az illeszkedés jósága akkor figyelhető meg, amikor a környezet jellemzői, elvárásai és igényei összhangban vannak az egyén saját képességeivel, tulajdonságaival és viselkedésmódjával. Ha harmónia van a szervezet és a környezete között, akkor lehetséges az optimális, előremutató fejlődés. Ezzel szemben az összeillés hiánya eltéréseket és disszonanciákat jelent a környezeti lehetőségek, valamint az egyén igényei és képességei között, így megzavart fejlődés és maladaptív működés lép fel. Az összeillés jósága sohasem absztrakció, hanem mindig az adott kultúra vagy társadalmi-gazdasági csoport értékeinek és igényeinek megfelelő illeszkedés.*" (Thomas és Chess, 1977, 11–12. o.) Szülők és gyermekeik nem feltétlenül illeszkednek adottságaikban, például temperamentumukban. Szerencsés eset, amikor az illeszkedésért nem kell sokat tenni a kapcsolatban lépő partnereknek. Többnyire *aktív tanulási folyamatról* van szó, amelyben elsősorban a szülő (mint kompetensebb másik) ráhangolódik a gyermek adottságaira, sajátosságaira, személyiségére, temperamentumára. Az elméletet ma már nemcsak a gyerekek és szülők között, hanem a gyerekek, felnőttek és a kultúra, társadalom viszonylatában is értelmezhetjük. Mint látjuk, az összeillés jósága is „*mozgó*" *jelenség*. Amennyiben folyamatos egyén-környezet interakcióban gondolkodunk, akkor, ha az illeszkedés jó egy adott életkorban, nagy valószínűséggel egészségesen és jól fog működni az egyén, és jó potenciálokkal rendelkezik egy következő periódusban is. Ha az illeszkedés nem jó, a jelenben és a jövőben is megemelkedik a problémák valószínűsége. Vagyis *az illeszkedés problémája sérülékenységet okoz, míg a jó illeszkedés védőfaktort képez*. Az időben, ahogy az interakciók és a külső-belső tényezők is változnak, az illeszkedés is változhat. A szerzők szerint a „*patológia az interakcióban van*", vagyis egy gyermekben akkor alakul ki pszichopatológiai zavar, amikor folyamatosak az illeszkedés problémák (Chess és Thomas, 2012). (Lásd a fejlődési pszichopatológiáról bővebben Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben.)

Az eredetileg temperamentum-különbségekkel kapcsolatban alkalmazott modell tehát használhatónak látszik a pszichikus fejlődés patológiás irányba fordulásának értel-

mezésére olyan esetekben, amikor a gyermek valamely önmagában nem kóros tulajdonsága és a környezet elvárásai nem felelnek meg egymásnak, és ez az illeszkedéshiány ördögi körbe torkolló negatív interakciós mechanizmushoz vezet (Papoušek, 2008; lásd még bővebben Hédervári-Heller tanulmányát a jelen kötetben). *A gyermek és a környezet közötti meg nem felelés tetten érése lehetővé teheti a veszélyeztetett gyerekek időben történő kiszűrését, így felbecsülhetetlen preventív jelentőséggel bírhat.* A tranzakció adaptív is lehet, ha a gondozó megfelelő érzékenységgel, támogató módon reagál a gyermek atipikus viselkedésére. Ennek felismerése nagyon fontos annak megértéséhez, hogyan fejlődhetnek jól egyes kifejezetten kedvezőtlen biológiai feltételekkel induló gyerekek (lásd még Danis és Kalmár másik tanulmányát, valamint Góczán-Szabó és Prónay írásait ebben a kötetben). *A modell háttérként a kompenzációs célú intervenciós programok tervezésénél is jelentőséggel bír* (Sameroff és Fiese, 2005; Shonkoff és Phillips, 2000).

Az 1970-es évektől egyre érlelődött az a felismerés, hogy az akár biológiai, akár környezeti-szociális tényezők szempontjából *atipikus fejlődési feltételek* bizonyos természetesen előállt kísérleti helyzetekként értelmezhetők, amelyben a fejlődés az általában szokásosnak ítélt körülményekhez képest módosult feltételek között folyik. Az ilyen *fejlődési utak* tanulmányozása lehetőséget adott a komplikációktól mentes, tipikus fejlődésmenet esetében rejtve maradó összefüggések feltárására. A fejlődéspszichológia gyakorlat felé orientálódásában társadalmi igények és politikai döntések is szerepet játszottak. Az életszínvonal emelkedése a gazdaságilag fejlett társadalmakban módot adott arra, hogy központi forrásokból jelentős anyagi eszközöket fordítsanak a gyerekek jól(l)étének, megfelelő fejlődésének elősegítésére. A források azonban korántsem kimeríthetetlenek, ami kritikus kérdéseket vet fel az optimális fejlődéshez leginkább szükséges feltételek azonosításával, a fenyegető veszélyek minél korábbi előrejelzésével, a beavatkozásra feltétlenül rászoruló gyerekcsoportok kiválasztásával és a valóban hatékony, az anyagi lehetőségeket gazdaságosan hasznosító intervenciós módszerek tervezésével kapcsolatban (Shonkoff és Meisels, 2000; Shonkoff és Philips, 2000; Heckman és Masterov, 2007; Doyle és mtsai., 2009; lásd bővebben Danis e könyvhöz írt bevezető tanulmányát). Effajta kérdésekre használható választ csak a leegyszerűsítéseket elkerülő, dinamikus, rendszerelvű fejlődésmodellekre alapuló kutatásoktól lehet várni; ilyen modellek kibontakozását pedig nem kis részben éppen a valóságos élethelyzetek szövevényességét nem megkerülni, hanem a bonyolult gyakorlati problémákkal is boldogulni próbáló munkáknak köszönhetjük (Bronfenbrenner és Ceci, 1994; Sameroff és Fiese, 2005; valamint lásd a kifejtést az alábbiakban).

Mint láttuk, Lewis modellje ugyan nem zárja ki, de nem is tartalmazza kifejezett módon az interakciónak azt az aspektusát, amelyet a fejlődő szervezetnek a környezetre gyakorolt hatása képez. Ennek az utóbbi összefüggésnek a hangsúlyozása az interakciós megközelítés továbbfejlesztéséhez vezetett, amelynek legpregnánsabb eredménye a *Sameroff* nevéhez fűződő *tranzakciós modell* (Sameroff és Fiese, 2005; Sameroff és Chandler, 1975; Sameroff, 1975). A tranzakciós szemléletnek a fejlődés megértése szempontjából az a legfontosabb vonása, hogy *a fejlődő egyént a legkorábbi időszaktól fogva környezete, így saját fejlődési feltételeinek aktív szervezőjeként kezeli* (lásd a következő keretes szöveget). A gyermek atipikus, esetleg kóros sajátosságai felfokozzák a társas környezetre irányuló hatás horderejét. Nem meglepő, hogy tranzakciós modelljét Sameroff is többnyire ilyen gyerekek fejlődésével illusztrálja.

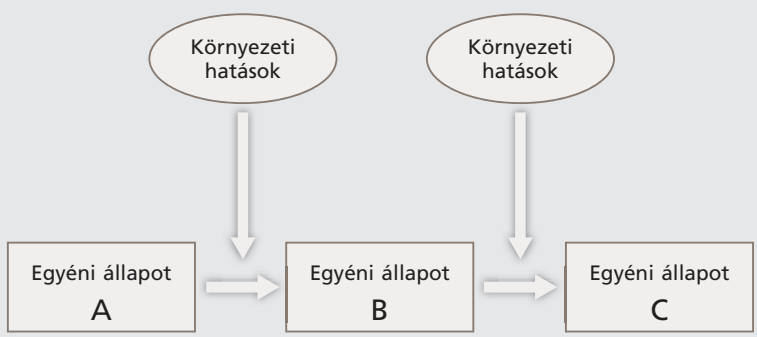
A fejlődésmodellek egy lehetséges osztályozása (Lewis és Mayes, 2012)

Vonás/sajátosság modell – A medikális modellel párhuzamos, amikor a korábbi állapotokból lineárisan (egyszerű ok-okozat kapcsolattal) jósolunk be következményeket. Nem érvényesül interaktív nézőpont, a környezetnek kicsi a szerepe, ha van is interakció, akkor is az adott sajátosság/vonás ettől nem változik. Ilyen sajátosságok pl. az öröklött, biológiai alapú vagy tanulás útján elsajátított, de a változásnak ellenálló tulajdonságok.

Környezeti modell – A környezet az, amely a változásokat előidézi, eszerint a viselkedés (legyen az tipikus vagy atipikus) a környezeti hatások eredője. A környezeti hatás folyamatos, egy adott viselkedésre vonatkozóan állandó megerősítés zajlik jutalmakkal és büntetésekkel. Így feltételezhetjük, hogy ha a környezet konzisztens, kiszámítható, akkor a gyermek viselkedése is konzisztens, kiszámítható. Ha a környezet változik, akkor a gyermek viselkedése is változni fog. Ez azt is implikálja, hogy a maladaptív (alkalmazkodást nehezítő/korlátozó) környezet maladaptív viselkedéssel, pszichopatológiával fog együtt járni, és így az intervenció célpontja a környezet kell, hogy legyen. Erőteljesen számítanak azok a jelentékeny (szenzitív) periódusok a fejlődésben, amikor a viselkedés optimalizálása érdekében megfelelőnek kell lennie a környezeti hatásoknak.

Interakciós modellek (interakciós: Lewis, 1972; tranzakciós: Sameroff és Chandler, 1975) – Mindkettőre igaz a feltevés, hogy mind az egyén, mind a környezet befolyásolja a fejlődést.

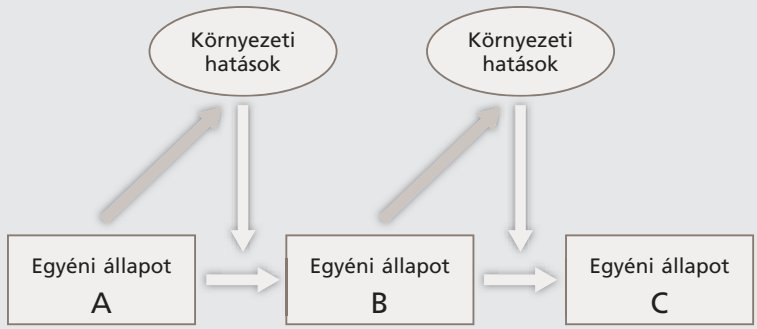
– Az *interakciós modellben* a belső és a külső feltételek interakcióba lépnek, új viselkedésformákat okoznak, de közben egyik sem változik meg az interakció kapcsán. Az új viselkedés nem más, mint a régi viselkedés vagy vonás és a környezet interakciójának eredője (lásd az egyszerű grafikus illusztrációt az 1. ábrán), és az új viselkedésformák bővítik a korábbi repertoárt. Pl. Thomasnál és Chessnél a problémás viselkedés nem a gyermek sajátosságából vagy a környezetben ered, hanem a kettő össze nem illéséből.



1. ábra Az interakciós modell egyszerű grafikus ábrázolása

– A *tranzakciós modellben* a sajátosságok és a környezet úgy lépnek interakcióba, hogy az új viselkedésformák kialakulása mellett a régi viselkedésformák és a környezet maga is megváltozik. Ez már egy transzformációs modell. A tranzakciós modellben már cirkuláris (körkörös) mintázat van az egyén és a környezet egymásra hatásában (lásd az

egyszerű grafikus illusztrációt a 2. ábrán; Sameroff és munkacsoportjának hivatalos ábráit lásd alább a tranzakciós modell fejlődésénél).



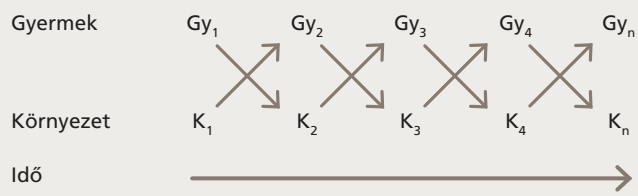
2. ábra A tranzakciós modell egyszerű grafikus ábrázolása

A *tranzakciók* folytonosak, a világon minden hat valamire és mindenre hatással van valami, ezt pedig a legalsóbb szintektől kezdve a globális szintekig feltételezhetjük (Bertalanffy, 1968; Sameroff, 2009a). A tranzakciós fejlődésmodell leírásával a kortárs rendszerelméleti gondolkodók hatására adott választ Sameroff (1975) olyan empirikus dilemmákra, amelyekben a kérdés az volt, hogy biológiai kockázatokkal induló újszülöttek később miért nem mutatnak feltétlenül fejlődési problémákat (Sameroff és Chandler, 1975; lásd a kérdéskörről még bővebben Kalmár, 1996, 2007; valamint Prónay és Góczán-Szabó tanulmányait a jelen kötetben), vagy épp hogyan lehet az, hogy rossz bánásmódot nyújtó szülőknek mégis jól működő gyermekük van. Az első kérdésre a válasz a jól működő környezet, a másodikra a jól működő egyén lehet. Interakciós nézőpontból a pozitív adottságok kompenzálják a negatív hatásokat, de ez nem ilyen egyszerűen megy végbe.

A gyermekek genetikai sajátosságaiból vagy a környezetből önmagában nem lehet jóslásokat tenni a későbbi fejlődésre vonatkozóan, de ugyanígy nem adnak elegendő magyarázatot a genetikai és a környezeti sajátosságok additív (egyszerűen összeadódó) kombinációi sem. A lewisi interakciós nézőpontban az egyén és a környezet még független egymástól, a feltételezés szerint nem spirális kölcsönkapcsolatban történik az egymásra hatás (lásd 1. vs. 2. ábra). A valóságban ez ennél sokkal dinamikusabb. *A tranzakciós fejlődésmodell hipotézise szerint a gyermek fejlődése a gyermek sajátosságainak és a környezetnek az állandó, dinamikus egymásra hatásából fakad.* Az egyén biológiai változása az egyedfejlődés során megtörténik, de az azt eredményező tranzakciók is egyre komplexebb humán társas környezetben és élmények során zajlanak. *A tranzakciók az életút folyamán folyamatosan változnak, az egyén és környezete közös fejlődésen megy keresztül. Az egyén természete megváltoztatja az egyén környezetét (lásd gyermek esetében annak neveltetését, szocializációját) és viszont, az egyén környezete megváltoztatja az egyén természetét. A kettő nem létezhetne egymás nélkül, ez a ko-evolúció folyamata* (Sameroff, 2009a, 2010).

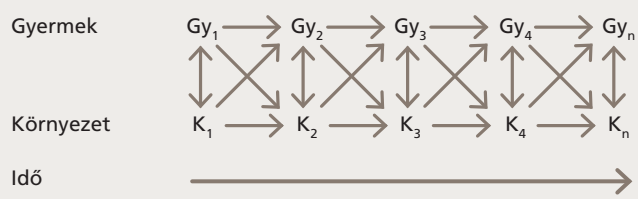
Az önszabályozás fejlődése erre jó példát nyújt. Az önszabályozás is kölcsönös viszonyban fejlődik (Sameroff és Fiese, 2005). A gyermek önszabályozása és a környezet szabályozó (regulációs) kapacitása és szándéka is kölcsönösen hat egymásra, ebből a közös konstrukcióból adódik a fejlődés. Nagyon ritkák azok az esetek, ahol a fejlődő gyermek önszabályozása vagy épp a környezet ko-regulációs (együtt szabályozási/közös szabályozási) kapacitása nem tud hatni az interakcióba lépő másik partnerre (pl. súlyosan kaotikus családi háttér vagy nagymértékű fogyatékosság, fejlődési rendellenesség esetén). Ilyenkor a tranzakció azért nem valósul meg, mert „a gyermek képtelen differenciáltan megtapasztalni a környezetet, vagy a környezet képtelen differenciáltan megtapasztalni a gyermeket". (Sameroff, 2009a, 11. o.) (Együtt/közös szabályozásról és az önszabályozás alakulásáról lásd még Cs. Ferenczi és Németh gondolatait a jelen kötetben.)

A tranzakciós modell alakulása az 1970-es évektől jól leírható a megjelentetett ábrákkal. Sameroff 1975-ös ábrája (3. ábra) még egyszerűen mutatta be a tranzakció folyamatát az időben (Sameroff, 2009a, 10. o. alapján).



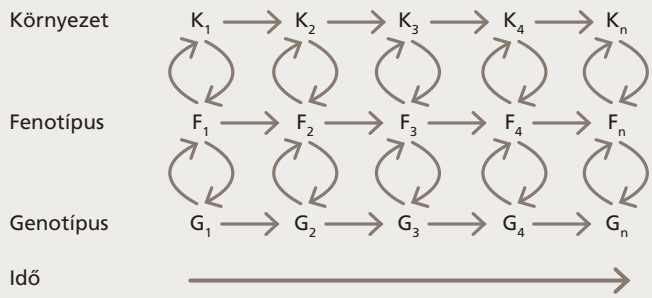
3. ábra A tranzakciós modell eredeti grafikus ábrázolása (Sameroff, 1975, in Sameroff, 2009a, 10. o. alapján)

Később egy új ábrát (4. ábra) vezettek be, amelyben már ábrázolták a normatív (önmagában zajló) fejlődési változásokat a gyermekben és a környezetben is (Sameroff, 2009a, 13. o. alapján)



4. ábra A tranzakciós modell továbbfejlesztése a gyermek és a környezet saját fejlődésének, valamint a jelen idejű és a hosszú távú interakciók ábrázolásával (Sameroff, 2009a, 13. o. alapján)

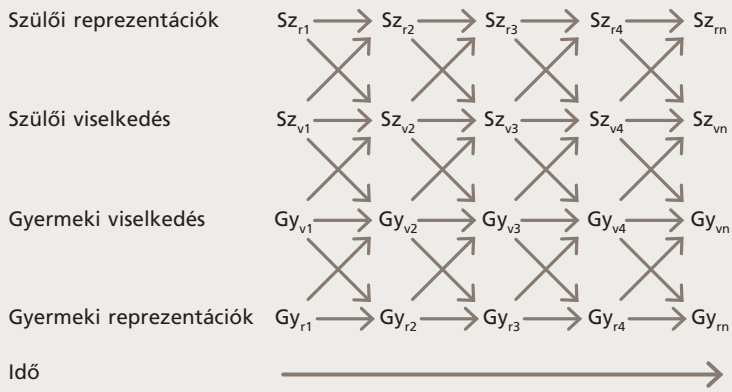
A legmodernebb ábrán a folyamatos genetikai és környezeti hatások folytán megvalósuló egyéni fejlődést szerették volna ábrázolni, és az 5. ábrán feltüntetetett logikát követték (Sameroff, 2009a). A genotípus az egyén genetikáját és biológiáját, a környezet a családi és kulturális szocializációs mintákat foglalja magában. Ezek hatásai és egymásra hatásai alakítják az egyén személyiségét, viselkedését, a fenotípust. *A gyermek viselkedése, állapota egy adott időpontban mindig a fenotípus (személyiség), a genotípus (a biológiai szerveződés), valamint a környezet (külső élmények) tranzakcióinak eredője.* Ez a szabályozó rendszer már reciprok (kölcsönös) módon meghatározott minden megfigyelési pontnál.



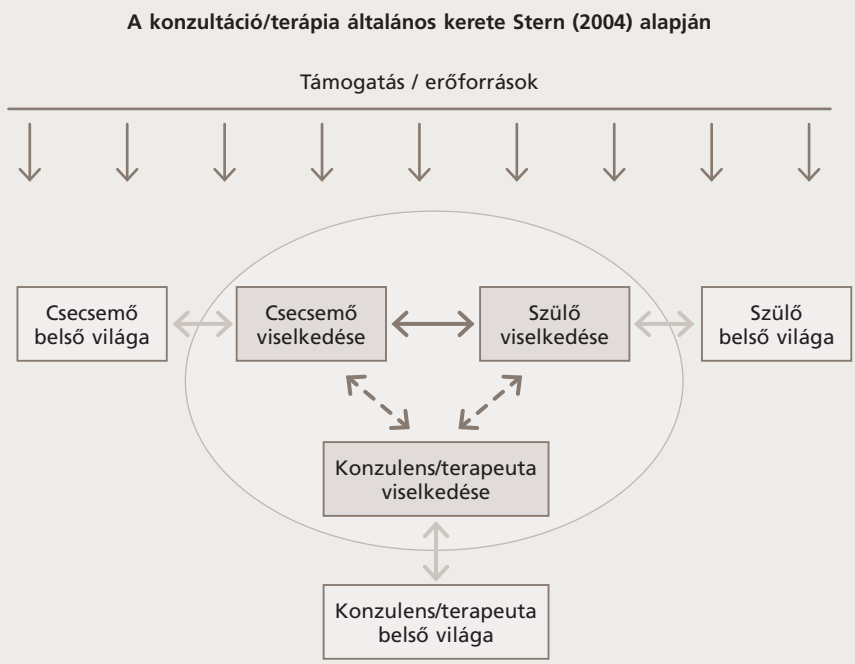
5. ábra A tranzakciós modell komplex ábrázolása a gén-környezet-fenotípus interakciók és fejlődés ábrázolásával (Sameroff, 2009a, 15. o. alapján)

A fejlődő gyermek számára a környezet kétségtelenül kitüntetett jelentőségű szereplője a szülő (elsődleges gondozó). A mindennapokat és a kapcsolatot is a megszületés pillanatától folyamatosan, több szinten és csatornán zajló szülő-gyermek interakciók építik fel (lásd bővebben Tóth korai kötődésről szóló tanulmányát a jelen kötetben).

Amennyiben a szülő-gyermek kapcsolatban érvényesülő tranzakciókról gondolkodunk, Sameroff (2009b) a kutatásokban és a klinikai gyakorlatban is érvényesülő két szintet, a *megnyilvánuló viselkedés* és a *mentális reprezentációk* szintjét is kezeli (lásd 6. ábra). *A közvetlen szülő-gyermek interakciók révén a két fél viselkedése hat egymásra, amely visszahat a reprezentációkra, és viszont, a reprezentációk befolyásolják, melyik fél hogyan vesz részt az interakciókban.* A gyermek reprezentációi a világ megismerésekor és megértésekor alakuló perceptuális-kognitív struktúrák, sémák, olyan hipotetikus munkamodellek saját magáról, a másikról és a környező világról, amelyek evolúciósan adaptív módon segítik az eligazodást és a történések előrejelzését, a másik reakcióinak a bejóslását. A kötődéselméletben Bowlby (1969) is hasonló munkamodellről számol be a kötődési személlyel zajló interakciók révén kialakuló kötődési reprezentáció leírásakor (kötődésről bővebben lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben). A szülő reprezentációi olyan személyes attribúciók (okfejtések), kulturális elvárások, nézetek, attitűdök, hiedelmek stb., amelyeket a gyerekekről, a szükségleteikről, a szülőségről és a nevelésről alkotott.



6. ábra A szülő-gyermek viselkedéses interakciók és a mentális reprezentációk egymásra hatásának tranzakciós ábrája (Sameroff, 2009b, 26. o. alapján)



7. ábra A viselkedés és a reprezentációk egymásra hatása klinikai helyzetekben Stern (2004) alapján

A *sameroffi modell* a szülő-gyermek kapcsolat két szintjének vizsgálatára akár *klinikai modellként* is használható, hiszen pl. a szülő-csecsemő konzultációban vagy terápiában is foglalkozunk a viselkedéses és a reprezentációs szinttel. Feltételezésünk szerint, ahogy Stern (2004) ír erről, *a kapcsolat a viselkedés szintjén jön létre, a viselkedést viszont folyamatosan befolyásolják a szülő és a gyermek reprezentációi, illetve azokat a viselkedéses akciók is folyamatosan változtatják.* „A kölcsönhatás ily módon híd a szülő és a csecsemő képzetei között[4] … nem léteznek olyan mágikus vagy összekötő képzetek, amelyek átívelnek a két (vagy három) személy elméje között. A hatást a konkrét interakció közvetíti köztük." (2004, 62. o.) A sterni kölcsönhatás rendszerét kicsit általánosabb formában a 7. ábra mutatja be. (Az interszubjektív kapcsolati nézőpontról lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk II. kötetében.)

Mai gondolkodásunk és elméleti keret a fejlődésről

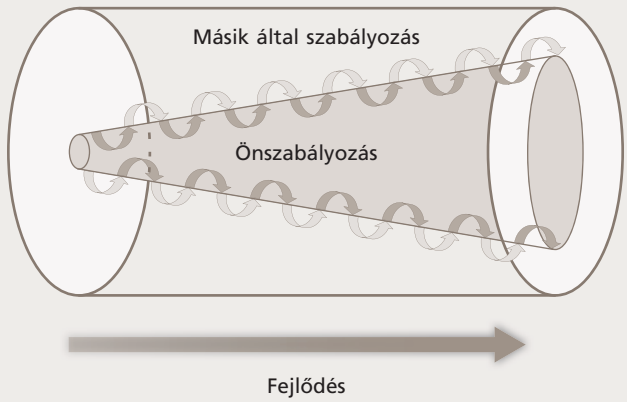
A fejlődéstudomány fentiekben ismertetett alakulása nyomán (lásd még a következő keretes szöveget a 62. oldalon) a mai tudásunkat a fejlődésről a kortárs fejlődéspszichológiában 4 modell integrációja adja (Sameroff, 2010).

(1) Az *egyéni változás vagy növekedési modell* annak követését hangsúlyozza, ahogyan a gyermek a különböző fejlődési területeken fejlődik újszülöttkortól élete végéig. Az életúton át mind mennyiségbeli, mind minőségbeli változások és fejlődés történik (lásd bővebben életút- és élettörténet-modelleket alább).

(2) A *kontextuális modell* (mint modern környezeti modell) a tapasztalatok sokféle forrásának nyomon követését emeli ki, amelyek hatással vannak az egyén fejlődésére. Ennek értelmében a gyermek a legközelebbi prototipikus mikrokörnyezettől, a családjától kezdve a legmagasabb szintű makrorendszerekig minden környezeti szegmensből tapasztal a fejlődését befolyásoló hatásokat (lásd bővebben a humán fejlődés ökológiai modelljét is).

(3) A *szabályozási modell* szerint a megszületéstől az életúton át az egyén szabályozási kapacitásai a biológiai, pszichológiai, társas szinteken egyre bővülnek. A modern rendszerelméleti alapokon (Bertalanffy, 1968; lásd bővebben a rendszerelméleti modellt alább) nyugvó szabályozási modellben az *önszabályozás* mindig kontextusban zajlik, ahol a másik partner vagy tágabban értelmezve a *környezet regulációja* is megtörténik (*ko-reguláció, együtt szabályozás/közös szabályozás*). Sameroff és Fiese (2005) modellje az önszabályozás fejlődéséről az életúti folyamatokat ragadja meg: a gyermek az időben, bővülő lehetőségeivel egyre inkább felelős a saját jóllétének szabályozásáért. Felnőttkorban az új generáció megszületésével újrakezdődik a közös szabályozás, ekkorra az egyén megérik arra, hogy részben ő legyen felelős egy másik fejlődő egyén érzelem- és viselkedésszabályozásáért (lásd 8. ábra; valamint az önszabályozás alakulásáról lásd bővebben Cs. Ferenczi és Németh tanulmányát ebben a kötetben).

[4] És ebben az értelemben a konzulens/terapeuta és a gyermek, valamint a konzulens/terapeuta és a szülő képzetei között is – a Szerzők megjegyzése.



8. ábra A másik által szabályozás és az önszabályozás változó egyensúlya az életút során (Sameroff, 2010, 15. o. alapján)

(4) A *reprezentációs modell* szerint a mentális reprezentációk az átélt tapasztalatokat egy absztraktabb szinten őrzik meg: ezek a külső világ belső összefoglalásai. Elkülöníthetünk kognitív, társas és kulturális reprezentációkat. A gyermek és a szülő is alkot reprezentációkat magáról, a másikról, a kapcsolatairól és a környező világról. Mivel ezek sűrített leképezései a világnak, adaptív funkciójuk a bejósolhatóság.

Sameroff (2010) nyomán e négy modell integrációjával modern feltételezésünk az, hogy az egyén mint a különböző fejlődési területek folyamatos belső kölcsönhatásával jellemezhető biopszichoszociális rendszer lép tranzakcióba a körülötte lévő környezeti ágensekkel.

A következő fejezetekben a fejlődés rendszerszemléleti, környezeti modelljeinek fejlődését, illetve az idő szempontját előtérbe állító életút- és élettörténet-elméleteket mutatjuk be röviden.

Riegel (1978, in Lewis és Mayes, 2012) osztályozása a gyermek és környezet közötti interakciókról alkotott modellek fejlődéséről

Riegel szerint a fejlődési modelleket az aktivitás-passzivitás dimenziója szerint kategorizálhatjuk:

Passzív egyén – passzív környezet (pl. Locke, Hume): a tanulás és tapasztalatszerzés passzívabb formája, ahol a környezet eseményei, hatásai alapján alakulnak benyomásaink, ideáink, tanulási tapasztalataink.

Passzív egyén – aktív környezet (pl. Watson, Skinner): a környezeti nevelés és kontroll nézőpontja (megerősítés elmélet, behaviorizmus), ahol a jutalmakkal és a büntetésekkel befolyásolhatjuk az egyén fejlődését, ilyen értelemben aktívabb kontrollt gyakorol a folyamatokon a környezet.

Aktív egyén – passzív környezet[5] (pl. Piaget): az aktív megismerés és konstruálás van előtérben, a kontroll a megismerő egyénben van, és az olyan intervenciós üzeneteket implikálja, mint „Küzdj meg a környezet kihívásaival!"

Aktív egyén – aktív környezet (pl. Lewis, Sameroff, Thomas és Chess, Garmezy, Masten): kreatív, innovatív együttműködés, ko-konstrukció (a világ és a mentális reprezentációk közös felépítése, rendezése) és ko-evolúció (közös fejlődés) az egyén és a környezete között. Ide tartozik az interakciós, a tranzakciós és az epigenetikai modell, a goodness-of-fit (összeillés jósága) modell vagy a reziliencia-szemlélet.

Az általános rendszerelmélet és a környezeti modellek a fejlődés megértésének szolgálatában

Az általános rendszerelmélet mint tudományos paradigma

A *rendszerelmélet* az 1970-es évek óta jelentős paradigma a társadalomtudományi, így a fejlődéspszichológiai jelenségek értelmezésében is. Ludwig von Bertalanffy 1968-ban írta le a *nyitott rendszerek elméletét*. A fizikában már korábban tárgyalt zárt rendszerekkel szemben a nyitott rendszerek jellemzője, hogy a *rendszer kapcsolatba lép a környezetével*. Bertalanffy megállapította a rendszerelmélet általános alkalmazhatóságát a különböző problémakörök tárgyalásában, és ez a társadalomtudományokra is hatott.

A rendszer egymással kapcsolatban lévő és kommunikáló, egymás működését, fejlődését befolyásoló *rendszerelemek* összessége. A rendszerelmélet bármely, elemekből álló egység működésére érvényesíthető (a családi rendszerszemlélet pl. a családra alkalmazza a téziseket, míg pl. a sameroffi tranzakciós elmélet a fejlődő egyénre és a környezetére).

A nyitott (élő) rendszereknek több megfigyelhető működési sajátossága van (Cowan és Cowan, 2006; Székely, 2003; Goldenberg és Goldenberg, 2008 alapján), melyek a következők szerint foglalható össze röviden.

A rendszer maga mindig több mint elemeinek összessége, tehát nem additív viszonyokról van szó, hanem egy *magasabb rendű, dinamikus szerveződésről*. Az energia, maga a hatóerő a rendszer része. Ez képes változást előidézni a rendszerben, nem kívülről származik. Viszont az *információ*, ami irányítja az energiát és *hat a rendszer szerkezetére és működésére, származhat a rendszeren belülről és a rendszer környezetéből is*. Az informá-

[5] A Szerzők megjegyzése: bár az itt idézett szerzők Piaget-nál a környezetet passzívnak értelmezték, ez azonban, mint fentebb láttuk, nem egyértelmű, hiszen Piaget pedagógiai vonatkozású írásaiban (többször éppen az őt ért kritikákra reflektálva) hangsúlyozta, hogy a gyerek számára a tanulási környezet strukturálható úgy, hogy az asszimiláció-akkomodáció egyensúlyra törekvése számára kedvező legyen. Vagyis a felfedező tanulás feltételeit is meg kell teremteni (akár az informális családi, akár formális oktatási környezetekben), ebben az értelemben tehát a környezet egyáltalán nem lehet passzív.

ció a *kommunikáció*, az *interakció* révén jut el a rendszer egyik elemétől a másikig. Ha a kommunikáció és így az információáramlás elakad, zavarttá válik, az a rendszert a *rendezetlenség (entrópia)* irányába tolja. A kommunikáció/interakció végbe mehet a rendszerelemek, a rendszer alrendszerei, valamint a rendszer és a környezete között.

Az élő, nyitott rendszer kommunikál és befolyással van a környezetére – és viszont. Egyrészt alkalmazkodik a külső és belső változásokhoz, másrészt megváltoztatja a környezetet is. A *rendszer önszabályozó, dinamikus egyensúlyra törekszik*. Két dinamikusan egyidejűleg zajló folyamat megy végbe a rendszeren belül:

- egyrészt *állandóságra törekszik a negatív visszacsatolások révén,*
- másrészt változásokat idéz elő a pozitív visszacsatolások révén.

Egy rendszer struktúráját a rendszert alkotó elemek és az *alrendszerek* elrendeződése képezi. A rendszer *hierarchikus struktúrát* alkot, alrendszerekre bomlik, és önmaga is egy alrendszere lesz komplexebb rendszereknek (pl. Bronfenbrennernél a mikrorendszer a többi rendszer része, lásd alább kifejtve). A rendszert *határok* választják el a környezetétől, ezek különbözőek lehetnek:

- Világosak, de rugalmasak, átjárhatóak: ilyenkor a kommunikáció és az információáramlás a rendszer és a környezet között optimális; hatékony a változásokhoz való alkalmazkodás.
- Rigidek, merevek: ilyenkor nincs elegendő információ és hatóerő; a rendszer így stagnálhat, nem fejlődik.
- Amikor a külső határok diffúzak és elmosódottak, a rendszer nem válik el a környezetétől, elveszíti egyedi identitását.

A rendszer alrendszerei között is határok húzódnak:

- Ha világosak, rugalmasak és átjárhatóak, az információáramlás, az interakció az elemek és alrendszerek között optimális, ez pedig segíti az alkalmazkodást.
- Ha rigidek, merevek, akkor nincs elegendő kommunikáció és információáramlás, elmaradnak az egymásra hatások, az elemek és az alrendszerek elszigetelődnek.
- Ha diffúzak, elmosódottak a határok, a rendszerelemek egyneműen, szimbiotikus módon működnek.

A rendszerben zajló folyamat minden megfigyelhető változás az elemekben, a hatóerőkben (energiában) és az információban. Az ismétlődő interakciók *kommunikációs mintázatokká* alakulnak, és *működési szabályokat* alkotnak.

Az ismertetett alaptézisek alkalmazhatók a fejlődő egyén és tágan értelmezett környezetének interakcióira, dinamikus egymásra hatására, specifikusabban pedig mindez vizsgálható a fejlődő egyén legközelebbi környezetének, a családnak a működésekor (lásd bővebben Danis és Kalmár, 2011; a családi rendszerszemléletről: Goldenberg és Goldenberg, 2008).

A humán fejlődés ökológiai modellje

A fejlődés kauzális (oki) összefüggéseinek felderítésére irányuló erőfeszítések az 1970-es években szükségszerűen elvezettek a családon kívüli környezet szerepe iránti érdeklődéshez is. A gyermekintézmények – bölcsőde, óvoda, iskola, nevelőotthon – és az ott dolgozó hivatásos nevelők hatásával természetesen már korábban is foglalkoztak, és ezek a munkák sok, gyakran egymásnak ellentmondó tapasztalatot halmoztak fel (Bornstein és mtsai., 2015). Az ellentmondások feloldásához azok a próbálkozások vittek közelebb – és ezzel együtt az alkalmazás szempontjából is ezek ígérkeztek a leggyümölcsözőbbnek –, amelyek a családot és a tágabb környezetet egymással való összefüggéseiben, rendszerként kezelték.

Urie Bronfenbrenner (1917–2005), orosz származású amerikai fejlődéspszichológus volt az, aki a *humán fejlődés ökológiai rendszerelméletét* megfogalmazta. Az 1970–80-as évektől egészen a 2000-es évekig csiszolta modelljét, amelyben az egyén fejlődését a tágabb ökológiai rendszerekben írta le. Munkájának három fázisát különíthetjük el, amelyeket a következőkben – Rosa és Tudge (2013) alapján – sorban tárgyalunk.

1. fázis: 1973–1979 – Fő fókusz: az ökológiai rendszerek szerepe a fejlődésben, a rendszermodell leírása

Bronfenbrenner már korábban is foglalkozott a környezet szerepével a fejlődés folyamatában. Elméleti téziseinek megfogalmazása egyértelműen az alkalmazott tudomány ismérveit követi, mivel megállapításai erőteljes szakmapolitikai relevanciával bírtak. A szegénység és aluliskolázottság hatásainak kompenzálására 1964-ben indult el a híres és azóta is sikeresen működő Head Start program az USA-ban (Ziegler és Muenchow, 1992). A Head Start program tervezésekor, majd később csiszolásakor is számítottak Bronfenbrenner gondolatai. Az 1970-es évek elejéig még főleg a laboratóriumi kísérletek, vizsgálatok voltak előtérben a fejlődéskutatásban (pl. Ainsworth korai ugandai és baltimore-i természetes megfigyeléseit követően a híres kötődéskutatások is laborhelyzetben zajlottak: Ainsworth és mtsai., 1978; lásd bővebben Tóth tanulmányát a jelen kötetben), és kevéssé vizsgálták a fejlődést befolyásoló környezeti hatásokat, a különböző környezeti ágensek szerepét. Általában a fejlődést más témafókuszokkal sem a gyermek természetes közegében vizsgálták (megjegyzés: ez ma is jóval ritkább, mint a laborvizsgálatok). Bronfenbrenner az 1970-es években számos tanulmányában éles kritikákat fogalmazott meg ezzel szemben (összefoglalóan lásd Rosa és Tudge, 2013). Bronfenbrennert nem csupán a környezet érdekelte, hanem a környezeti rendszerek működése, amelynek részeként tekintett a fejlődő egyénre. Az egymásba ágyazott *rendszerek hagymahéj modellként* jelentek meg nála vizuálisan: Bronfenbrenner a matrjoska babához hasonlította a modellt 1979-es könyvében. Az 1970-es években dolgozta ki a *mikro-, mezo-, exo-, makrorendszerekről* és azok fejlődésre gyakorolt hatásairól alkotott modelljét rendszerekről (lásd a következő keretes szöveget, valamint Danis és Kalmár, 2011), majd az 1980-as években, az életút-elméletekkel párhuzamosan (lásd alábbi fejezetek) dolgozta ki a kronoszisztéma koncepcióját, amelyben az idő szerepét tárgyalta a fejlődésben.

Bronfenbrenner ökológiai rendszerelméletének részei (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner és Crouter, 1983; Bronfenbrenner és Morris, 1998, 2006; Rosa és Tudge, 2013; lásd Danis és Kalmár, 2011 ábrája)

Mikrorendszer: A fejlődő egyén e rendszereknek közvetlenül része, itt zajlanak a legközelebbi közvetlen interakciók a fejlődő egyén és a környezet szereplői között. *Prototipikus és a fejlődéskutatásban a legtöbbet vizsgált mikrorendszer a gyermek és a családja*, azonban fontos mikrorendszer minden olyan élettér és közösség, amelynek a gyermek rendszeresen, időről-időre része (pl. bölcsődei-óvodai-iskolai környezet, helyi közösségek, kórház stb.). Ha a megfigyelési egységünk nem a gyermek, hanem egy felnőtt egyén, akkor az ő mikrorendszerei mások: pl. egyén és családja, egyén és munkatársak, egyén és helyi közösségek. A fejlődő egyén a különböző helyszíneken különböző tevékenységeket végez, különböző szerepeket vesz fel, és különböző kapcsolatokat alakít ki.

Mezorendszer: A fejlődő egyénre direkt módon ható mikrorendszerek hálózata a mezorendszer. Ezek közül éppen az válik mikrorendszerré, amiben aktuálisan részt vesz a gyermek, és ahonnan direkt hatásokat kap a környezetből. A mezorendszer az életút során formálódik, szélesedik, szűkül attól függően, ahogyan a fejlődő egyén az egyes átmeneti periódusokban belép-kilép különböző életterekbe. A mezorendszerek – helyzetfelmérés és intervenciótervezés szempontjából is – fontos jellemzője a *kiterjedtség*, ami azt fejezi ki, hogy mennyire széles az egyént körülvevő mezorendszer, hány mikrorendszerrel van rendszeres, közvetlen kapcsolata. Amennyiben ez kevésszámú, nagyobb veszélye van az izolációnak és a támogatási rendszerek hiányának. Az is fontos jellemző, hogy ezek a környezeti ágensek mennyire lépnek kapcsolatba egymással (lásd *kapcsoltság*), mennyire aktívan és hatékonyan kommunikálnak egymással. Az idő szerepének tárgyalásánál Bronfenbrenner használja az *ökológiai átmenetek* fogalmát, amely azt vizsgálja, megtörténik-e, illetve hogyan történik meg az egyik mikrorendszerből való átlépés egy másikba (lásd bővebben életút-/élettörténet-elméletek).

Exorendszer: Ezekben a rendszerekben a fejlődő egyén közvetlenül már nem vesz részt, azonban más családtagok – a szülők és testvérek – közvetítése révén mégis kap a fejlődését befolyásoló hatásokat. Egy gyermek esetében ilyen a szülők munkahelye, baráti köre, a szociális háló, a helyi lakóközösség, egy édesanya esetében ilyen az apa munkahelye, baráti köre. Ebbe a körbe tartoznak olyan szociálpolitikai döntések és programok is, amelyek célcsoportja a szülők, azonban a szülők révén a gyermekre is hatással vannak az adott intervenciók.

Makrorendszer: A legkülső hagymahéjban szerepel a tágabb társadalmi-kulturális rendszer (attitűdök, szokások, ideológiai eszmék, értékek, törvények és kulturális normák), a gazdasági-politikai berendezkedés. Távoli, de jelentékeny hatásnak bizonyul az absztraktabb szinten jellemezhető intézményrendszer is: egy társadalomban megvalósuló oktatásügy, egészségügy, szociális ügyek, családpolitika. Azok a természeti adottságok is idetartoznak, amelyek befolyásolják a társadalom szerveződését.

A modellben, akárcsak a rendszerelméleti gondolkodásban, a humán fejlődés egyszerre mutat *kontinuitást (folytonosságot) és változást*. Állandóság és közben progresszív változások jellemzik mind az egyént, mind pedig a környezetet. A közeli kapcsolatok és interakciók révén pedig mind az egyén, mind a környezete egy komplexebb irányba fejlődnek (lásd a ko-evolúció folyamatát Sameroffnál is).

2. fázis: 1980–1993 – Fő fókusz: az egyén és a fejlődési folyamat maga; a kronorendszer megfogalmazása

A *kronorendszer* megfogalmazásakor (Bronfenbrenner, 1986, 1989) az idő szerepe lesz kiemelt az addigi környezeti modell értelmezésében. Két időbeli szempontot érdemes figyelembe vennünk.

a) Egyrészt azokról az eseményekről és élményekről van szó, amelyeket az *egyén fejlődésének életútján* él meg, és amelyek befolyásolják a fejlődési pályáját (ez párhuzamos az élethossziglan tartó fejlődésről alkotott életút/life span nézőponttal). Ezek a változások mind az egyén biológiájából fakadhatnak (pl. serdülés, öregedés, betegség), mind pedig a különböző környezeti rendszerekből származhatnak (pl. iskolakezdés, testvérszületés). Ezek az események lehetnek *normatívak* (a természetes fejlődésből adódóak) és *paranormatívak* (akár megtörténtükben, akár időzítésükben nem elvárhatóak és nem bejósolhatóak) is (lásd bővebben Danis és Kalmár, 2011).

b) Másrészt kezelnünk kell a környezeti rendszerek változását és fejlődését a *historikus időben* is. Vagyis jelentősen másképp alakulhat egy fejlődő egyén mezorendszere életútja folyamán akkor, ha ő egy 21. századi európai nagyvárosban él, vagy épp a II. világháború után egy elnéptelenedett faluban (lásd a párhuzamokat az élettörténeti/life course nézőponttal).

A kutatásokhoz ajánlott modellek (Bronfenbrenner, 1986, 1989) szerint a biológiai és környezeti hatások közötti interakciók vizsgálata a cél, amelyek az egyént az egyre differenciáltabb és integráltabb fejlődési fokok felé vezetik.

3. fázis: 1993–2005 – Fő fókusz: a bioökológiai modell megfogalmazása és a proximális (közeli) folyamatok hangsúlya

Bronfenbrenner később ismét bővítette modelljét (Bronfenbrenner és Ceci, 1994), amely így már teljes összhangba került a Sameroff-féle tranzakciós modellel. *A humán fejlődést az egyén és a környezete közötti komplex kölcsönös interakciók révén értelmezte, ahol folyamatos együtt-fejlődés, ko-evolúció megy végbe.* Fontos új fókusz lett a fejlődés vizsgálatában az idő szerepe (lásd Folyamat-Egyén-Környezet-Idő kutatási modell). A fejlődő egyént aktív, hatni képes szereplőnek tekintette. A sikeres fejlődés akkor történik meg, ha az egyén biológiai sajátosságai (genetikai potenciáljai) úgy bontakozhatnak ki, hogy a környezet kompetenciát fejlesztő és problémaelhárító hatásai érvényesülnek a fejlődés során. A *fejlődésért* a legfontosabb mikrokörnyezetben, *a családban lezajló közvetlen közeli (proximális) folyamatok a leginkább felelősek*, de ezeket meghatározzák, befolyásolják a közvetetten ható státusz, vagy *távoli (disztális) faktorok* (mint pl. a szegénység vagy deprivált környezet). Ahhoz, hogy a genetikai változatosság megmutatkozhasson, szük-

ség van olyan környezeti feltételekre, amelyek támogatják a genetikai variációk kibontakozását (Bronfenbrenner és Ceci, 1994; Sameroff, 2009a). A proximális folyamatok (többnyire ezek családi környezetben zajlanak) azok, amelyek a genetikai adottságok, veleszületett potenciálok kiteljesedéséért leginkább felelősek. Ha ezek az interakciók rendszeresek, intenzívek, jó tartalommal és jó irányban működnek, akkor valószínűsíthetjük genetikai potenciálok nagyobb megjelenési változatosságát. Azokban az esetekben, ahol ezek a közvetlen környezeti hatások gyengék, elmaradnak vagy éppen gátlóak, korlátozóak, az örökletesen meglévő lehetőségek nem teljesednek ki, csökken az egyes viselkedésformák, készségek megfigyelhető változatossága. Bronfenbrenner 1998-tól a Folyamat-Egyén-Környezet-Idő (Process-Person-Context-Time; PPCT) kutatási modell fejlesztésével foglalkozott 2005-ben bekövetkező haláláig.

Kritikák

Többen megfogalmazzák (pl. Rosa és Tudge, 2013; Neal és Neal, 2013) kritikájukat a rendszerek ábrázolásával és metaforájával kapcsolatban (lásd egymásba illeszkedő „Matrjoska baba"). Érveik szerint a rendszerelemek sokkal inkább *hálózatot, network*öt alkotnak egymással, és nem egymást tartalmazzák. Bár Bronfenbrenner használta a hagymahéj modellt illusztrációként, értelmezésében a mezorendszer egy adott kiterjedtséggel és szövevényességgel leírható hálózat, amely a gyermek vagy a megfigyelt célszemély körüli közvetlen környezeti ágensek kapcsolatáról és egymásra hatásáról is szól. Sőt, ha a bronfenbrenneri érveléseket elvonatkoztatva áttekintjük, az összes környezeti hatótényező állandó reciprok kapcsolódásban van különböző sűrűségű találkozási pontokkal, ami a hálózatelméletnek is sajátja.

Egy másik kritika, hogy Bronfenbrenner „elhanyagolta" a makrorendszer, ezen belül is a *kultúra* szerepét, nem sokat értekezett róla, miután a bioökológiai modellt és a proximális kapcsolatok fontosságát hangsúlyozni kezdte (Rosa és Tudge, 2013). Vélez-Agosto és munkatársai (2017) Lev Vigotszkij, Barbara Rogoff és Thomas Weisner kulturális elméleteire alapozva úgy gondolják, hogy a kultúra a mindennapi interakcióink (tevékenységek, rutinok, szokások) része. Vagyis a kultúra nem egy független, disztális (távoli) makrorendszer, amely távol van az egyéntől, és csak közvetetten hat rá, hanem a mindennapi humán aktivitás produktuma és – a beszéden keresztül – a jelentésadás kulcsfolyamata, így a legközelebbi proximális folyamatokat folyamatosan átható elem. Véleményünk szerint Bronfenbrenner elméletének intervenciós „lenyomatai" (pl. a Head Start program), illetve a bioökológiai modell maga egyértelműen sugallják szemléletét, hogy mennyire áthatónak tartotta a kulturális és társadalmi-gazdasági közeg hatásait a proximális (pl. családi és pedagógiai) folyamatokban.

Az életút (life span) és az élettörténet (life course) nézőpontok jelentősége a fejlődés értelmezésében

Az egyén és a közvetlen, illetve tágabb környezete közti tranzakciós mechanizmust és a fejlődésben a múlt-jelen-jövő összefüggését integrálja a modern fejlődéspszichológia *életút (life span) szemlélete*, valamint az interdiszciplináris *élettörténet (life course) koncepció*. Az életút-perspektíva hangsúlyozza a folyamatosságot, de egyben rámutat a változások lehetőségeire és forrásaira is a különböző, egymással kölcsönviszonyban álló (biológiai, intrapszichés, diádikus, társas, társadalmi, kulturális és történelmi) szinteken működő hatásrendszerben (Sigelman és Rider, 2017; Elder és mtsai., 2015).

A fejlődéssel kapcsolatban az idő fontossága magától értetődőnek tűnik; az idő előrehaladása a fejlődő szervezet számára az érést és a tapasztalatszerzési alkalmak szaporodását jelenti. Az egyéni életpálya, illetve a család története során adódnak olyan nagy horderejű változások, amelyek hatása a fejlődésben csomópontokként jelenik meg (vö. Erikson klasszikus fejlődéselméletével és családi életciklus-elméletekkel). Ezek egy része az élet természetes velejárói, és bekövetkezésük törvényszerű, vagy legalábbis előre tervezhető (mint amilyen az iskolába lépés, munkába állás, házasság, nyugdíjazás), más események viszont nem jelentenek fejlődéslélektani szempontból elvárható eseményt (mint pl. egy kisgyermek halála) (lásd még Carter és McGoldrick, 1990 elméletét a normatív és paranormatív életeseményekről, krízisekről).

A fejlődést előmozdító erők és területek egy *biopszichoszociális elméleti keretben* (Kail és Cavanagh, 2019) kezelhetők, ahol az időnek lényegi szerepe van:

- *biológiai szint*: genetika és egészséggel kapcsolatos faktorok,
- *pszichológiai szint*: minden fejlődési terület (perceptuális, kognitív, érzelmi, személyiség, társas),
- *szociokulturális szint*: kapcsolati, társadalmi, kulturális, etnikai faktorok,
- *életciklus szintje*: egyes életesemények, történések sorozata, amelyek a különböző embereket különbözőképpen érintik.

Az, hogy miként értelmezzük az életút során bekövetkező események, élmények, életciklusok fejlődésre gyakorolt *időbeli hatását*, szintén nagy utat járt be az elméleti gondolkodásban. E gondolkodás fejlődésében a korai lineáris ok-okozati magyarázatoktól (amelynek feltételezései szerint pl. a kora gyermekkori hatások szinte az egész életutat meghatározzák) eljutottunk a fentebb már ismertetett bonyolult hatásrendszerekig (ahol ezek a valóban jelentős korai hatások mindig újabb és újabb környezeti hatásokkal lépnek interakcióba az idő múlásával, így nem jelzik előre egyértelműen a későbbi életút fejlődési jellemzőit). A modern és posztmodern konstruktivista, narratív irányzatokban már a szociális konstrukciók és a jelentésadás folyamatait is kihangsúlyozzák az elméletalkotók, mondván, hogy a korábbi életút hatásainak értelmezése mindig a személyes élettörténet és a jelen helyzet „szemüvegén" keresztül zajlik az egyénben, sőt a tágabb kulturális rendszerek is hatással vannak a kollektív narratívákra (lásd Lewis [2001] összefoglalását a következő keretes szövegben).

Az idő és a fejlődési periódusok egymásra hatásának modelljei (Lewis, 2001)

Lewis (2001) az ún. *organizmikus modellt* (pl. a freudi és a korai pszichoanalitikus gondolkodást) már túlhaladottnak tekinti. Ebben a nézőpontban a legkorábbi (csecsemő- és kisdedkori) élmények a gondozóval olyannyira meghatározóak, hogy az értelmezés szerint egyértelműen a kisgyermeki múltunk határozza meg a jelenünket és a jövőnket is. Az organizmikus modell állításai szerint a fejlődés egy irányban halad, és van egy végpontja, a korábbi események erőteljesen bejósolnak későbbi eseményeket, a változás lassú folyamat, és azok az élmények vannak ránk a legnagyobb hatással, amelyek a korai időszakban történnek velünk. Az anya mint (legtöbbször) elsődleges gondozó és az anyával való kapcsolat a legfontosabb környezeti ágensek, minden más hatás eltörpül mind a gyermekkorban, mind pedig később. Ezekből az állításokból az vezethető le, hogy a mostani állapotok és problémák, pszichopatológiák egyértelműen visszavezethetők korábbi történésekre.

A *növekedési modell* azt feltételezi, hogy bizonyos funkciók és struktúrák vagy képességek már felnőtt formájukban léteznek a fejlődés legelején, és így a fejlődés inkább mennyiségi, mintsem minőségre, tartalomra vonatkozó folyamat (lásd pl. fizikai növekedés). A fejlődés intenzitása, lefutása és csúcspontjai területenként változnak (pl. nem feltétlenül az élet kezdetén indul el egy területnek a fejlődése, mert a nemi érés pubertáskorban robban be.)

A *transzformációs modell* már sokkal érettebb elképzelés. Eszerint a viselkedés megnyilvánulásai nem redukálhatók korábbi formákra. A világgal való interakciók révén minőségi változások is megvalósulnak: más formák, más struktúrák alakulnak ki (pl. Piaget). Itt is pontos iránya van a fejlődésnek (A – B – C – D), gyakran szakaszokban képzelik el ezeket az ugrásokat, a feltételezés az, hogy nincs fordított sorrend. Három jellemző állítása van ennek a nézőpontnak:

- A és B állapot minőségileg különböznek, különböző formát öltenek,
- A és B állapot kapcsolatban van egymással,
- B az A állapotból származik úgy, hogy A és B pont között történik valamilyen interakció a környezettel.

Az *additív modellekben* a fejlődésnek szintén van iránya, A és B pont között valamilyen környezettel folytatott interakciónak hatása van a változásra. B követi A-t, de nem egyenlő az A-val, sőt nem is A által okozott. Új képesség hozzáadása történik a régiekhez, és hirtelen változás jön létre. Nincs végpont, hanem a korábbi képességek együtt létezése és folyamatos bővülése. E nézőpont megengedi a regresszió lehetőségét, és a képességek többszintű használatát (pl. egyszerre mozgásos repertoár a járás és a mászás is, és a mászást nem felejtjük el, nem marad abba azért, mert egy gyermek megtanul járni). Egy adott feladathoz illeszthető pontos képességszint használata vezet a maximális hatékonysághoz (van, hogy a mászás hatékonyabb megoldás, mint a járás).

A *kontextuális modellek* az organizmikus modellekkel szemben azt emelik ki, hogy a kora gyermekkori élmények és a későbbi életút között nincs egyértelmű lineáris kapcsolat. A mostani fejlődési állapot a jelen kontextusban és jelentésadási környezetben értelmezhető. Nincs végpont és nincs egyirányúság sem a fejlődésben. A múltról alkotott képzetek konstrukciók, nem tudjuk biztos kapcsolatukat a múlt valós történéseivel. Az önéletrajzi emlékezet és narratíva, az erről való gondolkodás relativisztikus, vagyis a múltról való gondolkodásunkat, emlékeinket átszínezik a jelen szükségletei, fejlődési állapotai.

2. táblázat Az életúti fejlődés periódusai (Sigelman és Rider, 2017, 6. o.)

Életperiódusok	Életkori szakaszolás
Prenatális életidő	fogantatástól a megszületésig
Csecsemőkor	az élet első két éve (az első hónap az újszülöttkor)
Kisgyermekkor	2–5. év (ebben benne a néhányak által kisdedeknek/tipegőknek hívott, már járni tudó 1–3 évesek)
Iskoláskor/(középső) gyermekkor	6–10. év (a pubertás megjelenése előtti időszak)
Serdülőkor	kb. 10–18. év (a pubertás megjelenésétől a viszonylagos függetlenedésig)
Kibontakozó (emergens) felnőttkor	18–25. év, de akár eltarthat a 29. évig (a serdülő- és a felnőttkor közötti átmeneti periódus)
Fiatal felnőttkor	25–40. év (a felnőtt szerepek már megszilárdultak)

Sigelman és Rider (2017) munkájából olvashatunk arról is, miszerint a ma használatos életkori szakaszok (2. táblázat) beemelése a történelem során különböző időpontokban történt meg. A 17. századig a *gyermekkor* nem volt kitüntetett, különleges jelentőségű életszakasz (lásd miniatűr felnőtt modell). A késő 19. században, a korai 20. században vezették be a *serdülőkort* is külön életszakaszként. A 20. században alakult ki az ún. *üres fészek* (gyerekek kirepülése) időszak, valamint a nyugdíjazás rendszere is. A késő 20. században, a korai 21. században alkották meg az *emergens (kibontakozó) felnőttkor* életszakaszát. Arnett 2000-ben publikált először erről az életszakaszról annak köszönhetően, hogy az oktatási lehetőségek bővülése és az önálló megélhetés nehézségei miatt a fejlett társadalmakban világszerte általános megfigyelés lett a kései elköteleződés és felnőtté válás.

A 20. század nagy részében a kutatások és a szakcikkek tematikájában egyértelműen a csecsemőkor és a serdülőkor fejlődéspszichológiája, illetve a felnőttkor pszichopatológiája volt előtérben. Az 1960–70-es években jelent meg a life span (életút) perspektíva (lásd alább bővebben), amely már a teljes életút fejlődési kihívásaival foglalkozott, és az idősebb kor fejlődéspszichológiájának kibontakozását is inspirálta. A század második felében és a 21. század elejétől az etikai és az alapvető fejlődéspszichológiai szempontok mellett demográfiai és gazdasági szempontok figyelembevételével emelkedett ki két életkori időszak, a *kora gyermekkor* és az *időskor*. A fejlődési és idegélettani kutatások mellett a közgazdasági és szociálpolitikai területek integrációjával lett nyilvánvaló a frázis: „a kora gyermekkor befektetés a jövőbe" (Heckman, 2004; Heckman és Masterov, 2007; Doyle és mtsai., 2009). Ma számos alap- és alkalmazott kutatás, intervenciós program célozza a korai időszakot, amelyet a fejlődési életút megalapozásának tekintünk (lásd bővebben Danis bevezető tanulmányát jelen kötetben). Az időskor időszakának vizsgálata korábban teljesen elhanyagolt volt. Ma, az egyre idősödő társadalmakban az egyik legégetőbb szakmapolitikai téma az „active ageing/aktív idősödés" támogatása (Foster és Walker, 2015), amely szintén főleg alkalmazott kutatási eredményekre alapoz, és átfogó rendszerszemléleti, szociálpolitikai relevanciával bíró fejlesztések tárházát inspirálja (pl. IT technológia az optimális időskor támogatására; Sixsmith és Gutman, 2013).

Életút/life span elméletek

Az életút-elméletek klasszikusai közé tartozik *Erikson pszichoszociális fejlődéselmélete* (1950, 1982) vagy *Levinson életstruktúra modellje* (1986, 1990), mivel ezek már a korábbi szakaszelméletekkel (pl. Freud vagy Piaget) ellentétben az életút végéig követik a személyiségfejlődést.

A *modern life span teória* az 1960-as évektől fogalmazódott meg és érlelődött annak nyomán, hogy egyre több longitudinális követéses vizsgálat lett elérhető a kutatók számára, valamint egyre több tudományág köteleződött el a fejlődés megértéséről szóló diskurzusban. Nemcsak a fejlődéspszichológia évtizedek óta kiemelt életszakaszai (gyermekkortól felnőttkorig) kerültek fókuszba, hanem az időskor és az életvég időszaka is. Az életút-perspektíva nem feltétlenül konkrét elméletként kezelendő, sokkal inkább szemléletként, ahogy a fejlődésre tekintünk.

A life span kutatók érdeklődési területe az 1960–70-es évek óta három nagy kérdéskört érint (Santrock, 2017):

- *Öröklődés versus környezet kérdéskörök*: az egyén biológiája és a környezet közötti folyamatos interakciók vizsgálata és tárgyalása, illetve az epigenetikai kutatások eredményeinek nyomon követése.
- *Stabilitás versus változás kérdéskörök*: a korán megfigyelhető vonások, sajátosságok stabilitásának vizsgálata az életút folyamán. (Vannak stabilitás- és változáspárti gondolkodók, azonban az egész életúton át megtartott, csak egyre csökkenő mértékű plaszticitás hipotézise állhat legközelebb a valósághoz).
- *Kontinuitás versus diszkontinuitás (folytonosság tárgyalásával foglalkozó) kérdéskörök*: annak vizsgálata, hogy a fejlődésben inkább mennyiségi vagy minőségi változások történnek.

Az irányzat jeles képviselője volt *Paul Baltes*. A következőkben az ő munkái alapján foglaljuk össze az irányzat fő fogalmait, alapvetéseit, azokat a mechanizmusokat, amelyek az érés-fejlődés-idősödés tematikában értelmezhetők. Baltes (1987) hét központi alapvetést foglalt össze a life span perspektíváról, amelyeket már részben megismertünk a fentebb kifejtett modern alkalmazott fejlődéselméletek ma elfogadott evidenciáiként. Ezek szerint:

- A fejlődés *élethossziglan* tart.
- A fejlődés *többirányú folyamat* (iránya éppen attól függ, milyen területet vizsgálunk: különböző fejlődési vonalak, csúcspontok, hanyatlások megfigyelhetők).
- A fejlődés során egyszerre élünk meg *nyereségeket és veszteségeket* (minden fázisban új dolgokat tanulunk és régieket vesztünk el).
- A fejlődés során élethossziglan jellemző a *plaszticitás* (a rugalmas kapacitás a változásra) strukturálisan és funkcionálisan is. (Ez egyre kevésbé jellemző, ahogy öregszünk, de az élet végéig van lehetőség az élményekre adott változásokra pozitív vagy negatív irányban).
- A fejlődést befolyásolja a *történelmi és kulturális kontextus*.
- A fejlődés *sok tényező által meghatározott* (lásd nature-nurture kérdéskör fentebb). A fejlődést *számos tudományágnak* (pl. pszichológia, szociológia, antropológia, neurobiológia, orvostudomány) együttesen kell vizsgálnia.

A fejlődésben az egyén és a környezet között zajló interakciókban háromféle környezeti hatást érdemes megkülönböztetnünk Baltes véleménye szerint (2003; Baltes és mtsai., 2006), ez párhuzamos néhány korábbi elméletalkotó kategorizálásával is (lásd normatív és paranormatív stressz/krízis: Carter és McGoldrick, 1990; kronoszisztéma: Bronfenbrenner, 1986, 1989):

- A *normatív, életkorhoz kötött hatások* között azokat tartjuk számon, amelyeket a hasonló életkorhoz kötött biológiai hatásokként vagy egy adott kultúra szokásos eseményeiként értelmezünk (pl. biológiaira: pubertás, menopauza; szociokulturálisra: iskolába lépés, nyugdíjazás).
- A *normatív, történelmi korszakhoz kötött hatásokat kohorsz hatásoknak* is nevezhetjük. Itt adott történelmi korban élő adott életkorú generációra vonatkozó hatásokról van szó (pl. szeptember 11-i terrortámadás New Yorkban). A *kohorsz* egy csoportnyi ember, akik ugyanakkor születtek egy adott helyen, ugyanolyan természeti, társadalmi, kulturális hatások érik őket a makrorendszerben (pl. háború, gazdasági válság, tömeges AIDS fertőzések stb.)
- *Nem normatív* (más koncepcióknál: paranormatív), *individuális életesemények* azok, amelyek nem történnek meg mindenki életútján.

Baltes (2006) szerint a fejlődés három egyidejű célja a *növekedés és fejlődés*, a *fenntartás és megtartás*, valamint a *veszteségekkel való megküzdés*. Itt már belép a gondolkodásba szempontként a fejlődés vs. öregedés, a kompetenciák megszerzésének vs. elvesztésének témaköre. Az életút elején az első cél a dominánsabb, ahogy idősödünk, a második kettő válik egyre kifejezettebbé. Az életút során történő változásokhoz való alkalmazkodás három folyamat interakcióiból származik (Baltes, 2006). Az életút során *feladatokat és célokat* választunk, a kiválasztott célok fenntartását és javítását pedig az *optimalizáció* és a *kompenzáció* folyamataival biztosítjuk. E három folyamat együttesen alakítja a *viselkedéses cselekvések rendszerét*, amely előmozdítja és szabályozza a fejlődést és az öregedést (SOC model = selective optimization with compensation). Az idősödéssel a fogyatkozó kapacitások kompenzálása zajlik annak érdekében, hogy a célok megtartása és megvalósítása sikerrel megtörténhessen. Az optimalizálás során pedig a veszteségek minimalizálása és a nyereségek maximalizálása jelentős, szolgálva az egyensúlyt az erőforrások és a vágyott célok között (Kail és Cavanagh, 2019).

A fejlődés és az idősödés folyamatainak leírása és megértése érdekében érdemes elkülöníteni az életkorok különböző értelmezési kereteit (Hoyer és Roodin, 2009):

- A *kronológiai életkort* foghatjuk fel valódi életkorunknak – ezt a születési időpontunk és az azóta eltelt valós idő határozza meg.
- A *biológiai életkor* a biológiai, a fizikai fittséghez, a vitalitáshoz, az egészség-betegség állapothoz viszonyított, becsült életkor, amely akár jóval alacsonyabb vagy magasabb lehet a kronológiai életkornál.
- Hasonlóképpen a *pszichológiai életkor* a pszichológiai funkciók működési szintje és az intrapszichés megélés alapján becsült életkor.
- Az ún. *társas életkor* pedig a társas kapcsolatokból és a beágyazottságból, tevékenységekből fakadó becsült életkort jelenti.

Neugarten (1988, id. Santrock, 2017) szerint a *kronológiai életkor* bizonyos területeken lassan érvényét veszti *a fejlett társadalmakban*, vagy más értelmezési keretet kínál, mivel *már nem jósolja be megbízhatóan a korábban megszokott életeseményeket* (lásd sorozatos újraházasodás akár 50-60 évesen is, első gyermek vállalása 45 évesen stb.). Megváltozik az egyes életkorok jelentése, szerepe, eltolódnak korszakhatárok. Egyrészt az átalakult környezet, újfajta hatások befolyásolják, hogy milyen életkorban milyen kompetenciák alakulnak ki, illetve megtartottak, és ezek alapján milyen életúti döntések és választások történhetnek meg. Másrészt a technológia „beleavatkozik" a biológiába is. A 45 éves korban történő gyermekvállalás mindkettőre példa lehet. A táplálkozás, az életmód és a fejlettebb egészségügyi ellátás következtében a 45 évesek ma biológiailag – átlagosan – fittebbek, mint 50 évvel ezelőtt. Ha a felelősség, valamint a pszichés szempontok felől közelítjük meg a kérdést, a várható élettartam is – átlagosan – hosszabb. Mindemellett az, hogy miért tolódik ilyen késő re az első gyermek vállalása, alapvetően társadalmi okokra vezethető vissza: kitolódott tanulási idő, nők karrierigénye stb. (lásd bővebben Danis tanulmányát a szülővé válásról ebben a kötetben). Természetesen a biológia egy adott kronológiai ponton mégis határt szab, azonban ez is változhat, mert elképzelhető, hogy az orvosi technológia ezt a határt is kitolhatja a jövőben.

Hogy egy adott társadalomban, adott kulturális, történelmi és gazdasági kontextusban milyen életúti döntések valószínűsíthetők, arról az élettörténet-elméletek (life course) tudósítanak, amelyek az életút-elméletek társadalomtudományi kiterjesztései.

Élettörténet/life course elméletek

A *life course elméletek* (jeles képviselői pl. Elder, Neugarten) multidiszciplináris paradigmák, mivel az emberek életét, környezetét és szociális viszonyait tárgyaló elemzések hátterében történelmi, szociológiai, demográfiai, fejlődéslélektani, biológiai és közgazdaságtani szempontok szintézise történik. Fókuszban az egyéni életút áll, illetve ennek kapcsolata a történelmi, társadalmi, szocioökonómiai környezettel. *A fejlődési változások és az öregedés értelmezése a személyes biográfia és fejlődés mellett a szociális és történelmi tényezők tükrében történik.* Így kiemelnek az egyéni élettörténetekben szociálisan és történelmileg meghatározott eseményeket és szerepeket, amelyek az egyes kohorszok esetén különbözőek lehetnek (Elder és Shanahan, 2006).

A család itt is mikroközösség, amely egy makroszociális környezetben létezik (Bronfenbreener nézőpontjához hasonlóan): „közös történettel rendelkező egyének közössége, akik a folyamatosan változó szociális környezetben, a szakadatlanul előrehaladó időben és növekvő térben lépnek interakcióba egymással" (Bengston és Allen, 1993, 470. o.). A life course nézőpontú elemzések az 1960-as években bontakoztak ki az 1920–30-as években indított amerikai longitudinális családkutatások eredményeinek értelmezésével.

A nézőpont (Elder, 1998) sajátosságait a *lehetséges életpályák nyomon követése*, illetve azok *elemzése* adja. Az irányzat legfőbb kérdéskörei a párhuzamos élettörténetek elemzésekor az, hogy *a történelmi hatások hogyan befolyásolták az életúti döntéseket, választásokat a család, a tanulás/oktatás és a munka terén, és ezek a döntések és pályák hogyan hatottak a viselkedésre és a fejlődésre.* Az irányzat általános feltételezése, hogy bár általában lehetőség van az életpályák megválasztására, vannak olyan történelmi időszakok,

pl. az amerikai Great Depression (nagy gazdasági válság) vagy a II. világháború, koreai háború gyerekgenerációi, akiknek ezek a szabad választások nem adattak meg. A life course szemlélet fő elemzési szempontjai és teoretikus hipotézisei tehát a következők (Elder, 1998, vö. Bronfenbrenner kronoszisztémáról alkotott téziseivel):

- *Historikus idő és hely:* az egyének életútját beágyazzák és alakítják azok a történelmi idők és színterek, amelyeket az egyének megtapasztalnak az életútjuk során.
- *Időzítés:* az életút változásai vagy az életesemények fejlődési hatásai különbözőek, attól függően, hogy azok mikor történnek meg az életút során.
- *Összekapcsolt életek:* az egyes individuális életutak egymással összefüggésben zajlanak, a társadalmi és historikus hatások is ezeken a kapcsolathálózatokon keresztül mutatkoznak meg.
- *Emberi hatóképesség:* az egyének maguk alakítják az életüket döntéseik és választásaik révén, amelyeket természetesen a társadalmi és történelmi körülményeik, lehetőségeik és korlátaik közepette tesznek meg.

Az élettörténet-perspektíva foglalkozik azokkal a kulturális hatásokkal is, amelyek egy-egy társadalomban segítenek az egyénnek könnyebben alkalmazkodni az átmeneti periódusok kihívásaihoz. Ilyen pl. *az életkori normák társadalmi/kulturális konstrukciója:* pl. pubertáskorúnak lenni vagy gyermeket vállalni nagyon korán és nagyon későn is nehézségeket okoz, nemcsak a biológiai életkor, hanem a társas normák miatt is. Neugarten már 1968-ban ír a *„társadalmi óráról”,* amely bár párhuzamos valamennyire a „biológiai órával”, mégis társadalmilag és történelmileg meghatározott, és jelentős kulturális, szubkulturális különbségeket mutat. Amikor a társadalmi óra „ketyeg”, az egyén azt kezdi érezni, valaminek most már tényleg itt az ideje, vagy épp már valami felett elszállt az idő (nem feltétlenül teljes párhuzamban a biológiai életkorral). A társadalom meghatároz elvárásokat, mit kell, és mit nem lehet már megtenni bizonyos életkorokban (Elder és Shanahan, 2006). Manapság pl. 30 év körül már elvárt a házasságkötés/elköteleződés, 35–40 körül a gyermekvállalás, 65–70 körül a „tényleges” nyugdíjba vonulás, míg 20 évvel ezelőtt mindez kb. 10 évvel volt korábban a társadalmi óránk szerint. Kultúrák és szubkultúrák között is lehet nagy különbség: különböző népcsoportok, etnikai csoportok, különböző szociodemográfiai háttérrel rendelkező csoportok gyakran különböző fejlődési ívet járnak be (Sigelman és Rider, 2017).

Az életút- és élettörténet-elméletek tehát az egyéni és a történelmi idő kontextusába helyezik a fejlődést (csakúgy, mint Bronfenbrenner kronoszisztéma koncepciója) *és e szerint értelmezik az életút során megtörtént fejlődési- és életeseményeket, autonóm vagy a környezet által „kikényszerített” döntéseket, választásokat.* Az életkori tipológiák (életszakasz-feladatok, egyéni és családi életciklusok) változásai mind a kultúrák között, mind a történelem folyamán tükrözik a *biológiai vs. társadalmi óra*, illetve a *kronológiai vs. biológiai/pszichés/társas életkor* dilemmák változásait, és nyomatékosítják a tágabb környezeti rendszerek és a történelmi idő szerepét a fejlődési feladatok, a kompetenciák és az élettörténeti események viszonylagos megítélésében.

Zárszó – Az alkalmazott fejlődéspszichológia és fejlődéstudomány aktualitása, gyakorlati haszna

A motivációk, amelyek az elméletileg jól megalapozott, korszerű fejlődésszemléletű és az alkalmazás lehetőségeit tekintve széles körben tájékozott szakemberek munkáját indokolják, mind nemzetközi, mind hazai tendenciákból következnek.

Az orvostudomány és az orvosi technológia fejlődése a korábbi évtizedekhez képest mind több, egyre éretlenebb állapotban levő újszülött életben maradását teszi lehetővé, akik jó részénél a biológiai rizikótényezők hosszú távú kihatására kell számítani. A súlyos krónikus betegségben szenvedő gyerekek, akiknek az életét a modern orvosi beavatkozások már jelentősen mind gyakrabban megmentik, meghosszabbíthatják, e jótékony eredmények mellett ugyancsak komoly pszichológiai kérdésköröket vetnek fel. E speciális igények mellett az univerzális (minden gyermek és család számára fontos) ellátásokhoz, a modern gyermekgyógyászati és a fejlődést nyomon követő és támogató egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés sem megoldott, hiszen mind földrajzi tekintetben, mind financiálisan, mind a fokozódó orvos- és egészségügyi szakdolgozó hiány miatt egyenlőtlenségek jellemzők hazánkban. E nehézségek lehetséges kompenzálása minden szakterület felelőssége.

A család válságának emlegetése már közhelynek számít: minden szektorban szükség van a rendszerszemléletű és kapcsolatfókuszú megközelítések alkalmazására ahhoz, hogy a törékeny családszerkezetekben megfelelően tudjuk támogatni a gyermekek és szüleik jóllétét.

Az jól ismert tény, hogy Magyarországon anyagi okokból depriváció fenyegeti a gyerekek jelentős részét. Évről évre mért adatok alapján a létminimum alatt él a kiskorú gyermekeket nevelő népesség 30–40%-a. A rendszerváltás évtizedeken át húzódó társadalmi-gazdasági hatásai, valamint a mai globális nemzetközi trendek is jelentős kihívásokat támasztanak a családokkal szemben. A családokra háruló terhek egyre fokozódnak, és a hátrányos helyzetű rétegek egyre gyorsuló, generációról generációra hagyományozódó leszakadása, valamint a gyermekek optimális fejlődési feltételeinek biztosítása égető probléma (lásd bővebben Biztos Kezdet Kötetek I–II., Danis és mtsai., 2011), miközben a szociális, család- és gyermekjóléti rendszer működése is bizonytalanságokat mutat.

A hazai gyermekintézmények is nehezített időszakot élnek át. A közoktatás átalakításának lassú, elhúzódó átmeneti időszaka, a bizonyos körzetekben súlyossá vált pedagógushiány, az ebből adódó kritikus helyzetek, valamint az anyagi természetű kihívások önmagukban is indokolják a fejlődés szempontjait képviselő szakértő segítség szükségességét a lehetőségek legjobb felhasználásához. Gyakran paradox helyzet alakul ki annak következtében, hogy az anyagi gondokkal küszködő intézményekkel szemben a gazdasági-társadalmi változásokat tükröző, gyökeresen új elvárások jelentkeznek a szülők, a szakemberek vagy a fenntartók oldaláról.

Ebben a bonyolult helyzetben a felnövekvő generáció valódi érdekeinek szolgálata rendkívüli szaktudást és szakmai felelősséget igényel. A fejlődéstudomány modern koncepciói elméleti keretet kínálnak a gyerekek és családjaik életében felmerülő kihívások értelmezéséhez, a megfelelő támogató intervenciók és szolgáltatások tervezéséhez, és ezek eredményességének vizsgálatához is.

AJÁNLOTT IRODALOM

Cole, M., Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan.* Osiris Kiadó, Budapest.

Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.)(2011). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.)(2011). *Biztos Kezdet Kötetek II.: A koragyermekkori fejlődés természete: fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (Eds.)(2000). *From Neurons to Neighborhoods: The science of early childhood development.* National Research Council and Institute of Medicine, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Academy Press, Washington, D.C.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55,* 469–480.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23,* 611–626.

Baltes, P. B. (2003). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation for developmental theory. In Staudinger, U. M., Lindenberger, U. (Eds.) *Understanding human development.* Kluwer, Boston. 17–43.

Baltes, P. B. (2006). *Facing our limits: The very old and the future of aging.* Unpublished manuscript, Max Planck Institute, Berlin.

Baltes, P. B., Lindenberger, U., Staduinger, U. M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. In Damon, W., Lerner, R. M. (Eds.) *Handbook of Child Pschology,* 6th Ed. Vol 1. Theoretical Models of Human Development. 569–664.

Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review, 75,* 81–95.

Bell, R. Q. (1974). Contributions of human infants to caregiving and social interaction. In Lewis, M., Rosenblum, L. (Eds.) *The Effect of the Infant on its Caregiver.* Wiley, New York. 1–19.

Bengtson, V. L., Allen, K. R. (1993). The life course perspective applied to families over time. In Boss, P. G., Doherty, W. J., LaRossa, R., Schumm, W. R., Steinmetz, S. K. (Eds.) *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach.* Plenum Press. 469–504.

Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory.* Braziller, New York.

Bornstein, M. H., Leventhal, T., Lerner, R. M. (2015). *Handbook of Child Psychology and Developmental Science.* 7th Ed. Volume 4: Ecological Settings and Processes. Wiley, New York.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss.* Vol. 1. Attachment. Hogarth Press, London.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Harvard University Press, Cambridge.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22,* 723–742.

Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development, 6,* 187–249.

Bronfenbrenner, U., Ceci, S. J. (1994). Nature–nurture reconceptualized: A bioecological model. *Psychological Review, 101,* 568–586.

Bronfenbrenner, U., Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In Mussen, P. H. (Series Ed.), Kessen, W. (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology.* Vol. 1: History, theory and methods (4th ed.). Wiley, New York. 357–414.

Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. (1998). The ecology of development processes. In Damon, W. (Series Ed.), Lerner, R. M. (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology.* Vol. 1. Theoretical models of human development. Wiley, New York. 993–1027.

Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In Damon, W. (Series Ed.), Lerner, R. M. (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology.* Vol. 1. Theoretical models of human development. Wiley, New York. 793–828.

Bronfenbrenner, U., Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. *Social Development, 9(1),* 115–125.

Bryant, P. (1990). Empirical evidence for causes of development. In Butterworth, G., Bryant, P. (Eds.) *Causes of development: interdisciplinary perspectives.* Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf. 33–45.

Carter, E. A., McGoldrick, M. (Eds.) (1990). *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy.* Gardner Press, New York.

Chess, S., Thomas, A. (2012). Goodness of Fit: A Special Developmental Concept and its Clinical Applications. In Chess, S., Thomas, A. (Eds.) *Goodness of Fit – Clinical Applications from Infancy through Adulthood.* Routledge. 3–9.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. Editorial. *Development and Psychopathology, 8,* 597–600.

Cowan, P. A., Cowan, C. P. (2006). Developmental psychopathology from family systems and family risk factors perspectives: implications for family research, practice, and policy. In Cichetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental Psychopathology.* 2nd Ed. Vol.1. Theory and Method. John Wiley & Sons Inc. 530–577.

Danis, I., Farkas, M. Oates, J. M. (2011). Koragyermekkori fejlődés: hogyan gondolkodjunk róla? In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek II.: A koragyermekkori fejlődés természete: fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 24–67.

Danis, I., Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 76–125.

Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.)(2011). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.)(2011). *Biztos Kezdet Kötetek II.: A koragyermekkori fejlődés természete: fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

DeVries, R. (2000). Vygotsky, Piaget, and Education: a reciprocal assimilation of theories and educational practices. *New Ideas in Psychology, 18(2–3),* 187–213.

Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., Tremblayd, T. R. (2009). Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Economics and Human Biology, 7(1),* 1–6.

Egyed, K. (2011). Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 165–205.

Elder, G. H. (1998). The life course as Developmental theory. *Child Development, 69(1),* 1–12.

Elder, G. H., Shanahan, M. J. (2006). The life course and human development. In Damon, W., Lerner, R. M. (Eds. in Chief), Lerner, R. M. (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology.* Vol. 1. Theoretical models of human development (6th ed.). John Wiley & Sons Inc. 665–715.

Elder, G., H., Shanahan, M. J., Jennings, J. A. (2015). Human Development in Time and Place. In Bornstein, M. H., Leventhal, T., Lerner R. M. (Eds.) *Handbook of Child Psychology and Developmental Science.* 7th Ed. Vol. 4. Ecological Settings and Processes. Wiley, New York. 6–54.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* Norton, New York.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review.* Norton, New York.

Foster, L., Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist, 55(1),* 83–90.

Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2008). *Áttekintés a családról I–III.* Animula Kiadó, Budapest.

Goldstein, D., Wilson, S. J., Gerstein, A. I. (1983). Applied developmental psychology: Problems and prospects for an emerging discipline. *Journal of Applied Developmental Psychology, 4(4),* 341–348.

Heckman, J. J. (2004). Invest in the very young. In Tremblay, R. E., Barr, R. G., Peters, R. De V. (Eds.) *Encyclopedia on Early Childhood Development [online].* Montreal, Centre of Excellence for Early Childhood Development. http://www.child-encyclopedia.com/documents/HeckmanANGxp.pdf.

Heckman, J. J., Masterov, D. V. (2007). *The Productivity Argument for Investing in Young Children.* NBER Working Papers 13016, National Bureau of Economic Research Inc.

Horowitz, F. D. (1969). Learning, developmental research, and individual differences. In Lipsitt. L. P., Reese, H. W. (Eds.) *Advances in Child Development and Behavior.* Vol. 4. Academic Press, New York.

Hoyer, W. J., Roodin, P. A. (2009). *Adult development and aging* (6th ed.). McGraw-Hill, New York.

Inhelder, B., Piaget, J. (1967). *A gyermek logikájától az ifjú logikájáig: A formális műveleti struktúrák kialakulása.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Kail, R. V., Cavanagh, J. C. (2019). *Human Development: A Life Span View.* 8th Ed. Cengage. 3–38.

Kalmár, M. (1996). The course of intellectual development in preterm and full-term children. An 8-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development, 19(3),* 491–516.

Kalmár, M. (2007). *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai. Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Kalmár, M. (2011). Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 206–229.

Lakatos, K. (2011). A gének és a környezet szerepe az emberi viselkedésben. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 126–165.

Lerner, R. M., Fisher, C. B., Weinberg, R. A. (2000a). Toward a Science for and of the People: Promoting Civil Society through the Application of Developmental Science. *Child Development, 71(1),* 11–20.

Lerner, R. M., Fisher, C. B., Weinberg, R. A. (2000b). Applying developmental science in the 21st century: International scholarship for our times. *International Journal of Behavioral Development, 24 (1),* 24–29.

Lerner, R. M., Jacobs, F., Wertlieb, D. (Eds.)(2003). *Handbook of Applied Developmental Science: Promoting Positive Child, Adolescent, and Family Development Through Research, Policies, and Programs* (The SAGE Program on Applied Developmental Science). Sage Publications.

Lerner, R. M., Jacobs, F., Wertlieb, D. (Eds.)(2005). *Applied Developmental Science – An Advanced Textbook.* SAGE Publications.

Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist, 4,* 3–13.
Levinson, D. J. (1990). A theory of life structure development in adulthood. In Alexander, C. N., Langer, E. J. (Eds.) *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth.* Oxford University Press. 35–53.
Lewis, M., Fox, N. (1980). Assessment and detection of handicap in early life: current theory and research. In Camp, B. (Eds.) *Advances in Behavioral Pediatrics.* Vol. 1, Greenwich, Connecticut, JAI Press.
Lewis, M. (1972). State as an infant-environment interaction: An analysis of mother-infant interaction as a function of sex. *Merrill-Palmer Quarterly, 18,* 95–121.
Lewis, M. (2001). Issues in the Study of Personality. *Psychological Inquiry, 12(2),* 67–83.
Lewis, M., Mayes, L.C. (2012). The Role of Environments in Development: An Introduction. In Mayes, L.C., Lewis, M. (Eds.) *The Cambridge Handbook of Environment in Human Development.* Cambridge University Press. 1–14.
Lorenz, K. (1937). The Companion in the Bird's World. *The Auk, 54(1),* 245–273.
Lorenz, K. (1963/2013). *Das Sogenannte Böse, Zur Naturgeschichte der Aggression.* Verlag Dr Borotha-Schoeler, Vienna, Austria. Magyarul: *Az agresszió.* Helikon Kiadó, Budapest.
Munakata, Y., Casey, B. J., Diamond, A. (2004). Developmental cognitive neuroscience: progress and potential. *TRENDS in Cognitive Sciences, 8(3),* 122–128.
Neal, J. W., Neal. Z. P. (2013). Nested or Networked? Future Directions for Ecological Systems Theory. *Social Development, 22 (4),* 722–737.
Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. In Neugarten, B. L. (Ed.) *Middle age and aging: A reader in social psychology.* University of Chicago Press, Chicago.
Papoušek, M. (2008). Disorders of behavioral and emotional regulation: Clinical evidence for a new diagnostic concept. In Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship.* ZERO TO THREE, Washington, D.C. 53–84.
Piaget, J. (1970). *Válogatott tanulmányok.* Gondolat Kiadó, Budapest.
Piaget, J. (1993). *Az értelem pszichológiája.* Gondolat Kiadó, Budapest.
Pléh Csaba (2010). *A lélektan története.* Osiris Kiadó, Budapest.
Rosa, E. M., Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory and Reviewww, 5(4),* 243–258.
Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development, 18,* 65–79.
Sameroff, A. (2009a). The Transactional Model. In Sameroff A. (Ed.) *The Transactional Model of Development – How Children and Contexts Shape Each Other.* APA, Washington D.C. 3–21.
Sameroff, A. (2009b). Design for Transactional Research. In Sameroff A. (Ed.) *The Transactional Model of Development – How Children and Contexts Shape Each Other.* APA, Washington D.C. 22–32.
Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development, 81(1),* 6–22.
Sameroff, A. J., Fiese, B. H. (2005). Models of Development and Developmental Risk. In Zeanah, C. H. (Eds.) *Handbook of Infant Mental Health.* 2nd ed. The Guilford Press, New York/ London. 3–19.
Sameroff, A. J., Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. In Horowitz, F. D. (Eds.) *Review of child development research.* Vol. 4. University of Chicago Press, Chicago. 187–244.
Santrock, J. W. (2017). *Life Span Development.* 7th Ed. McGrawHill Education. 1–46.
Stern, D. (2004). *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest.
Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge University Press, Cambridge.

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (Eds.) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The science of early childhood development.* National Research Council and Institute of Medicine, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. National Academy Press, Washington, D.C.

Sigelman, C. K., Rider, E. A. (2017). *Life Span Human Development*, 9th Ed. Cengage Learning.

Sixsmith, A., Gutman, G. M. (2013). *Technologies for Active Aging.* Springer, Berlin.

Székely, I. (2003). *Tárgykapcsolat a családterápiában*. Animula Kiadó, Budapest.

Thomas, A., Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/Mazel.

Vélez-Agosto, N. M., Soto-Crespo, J. G., Vizcarrondo-Oppenheimer, M., Vega-Molina, S., García Coll, C. (2017). Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: Moving Culture From the Macro Into the Micro. *Perspectives in Psychologycal Science, 12(5),* 900–910.

Vigotszkij, L. Sz. (1967). *Gondolkodás és beszéd.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Vigotszkij, L. Sz. (1971). *A magasabb pszichikus funkciók fejlődése.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Wertlieb, D. (1983). Some foundations and directions for applied developmental psychology. *Journal of Applied Developmental Psychology, 4(4),* 349–358.

Willbanks, A., Leary, M., Greenshields, M., Tyminski, C., Heerboth, S., Lapinska, K., Haskins, K., Sarkar, S. (2016). The Evolution of Epigenetics: From Prokaryotes to Humans and Its Biological Consequences. Genetics and Epigenetics, 8, 25–36.

Zigler, E. F., Muenchow, S. (1992). *Head Start: The inside story of America's most successful educational experiment.* Basic Books, New York.

Hivatkozás: Koller, É. (2020). Pszichodinamikus fejlődéselméletek. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 82–107.

A pszichodinamikus fogalmak kidolgozása Sigmund Freud nevéhez és a pszichoanalízis kialakulásához kapcsolódik. A pszichoanalízis az 1900-as évek elején alakult ki, azt feltételezte, hogy a hisztéria tünete mögött lelki okok állnak, és a múltban történt eseményekre adott pszichés reakciók tehetők felelőssé a tünet kialakulásáért. A pszichoanalízis ezeknek az összefüggéseknek az elemzésére, értelmezésére és gyógyítására vállalkozva kidolgozta fogalomrendszerét, ezzel párhuzamosan fejlődéselméletet fogalmazott meg, és terápiás módszert hozott létre, melynek fejlődése és átalakulása a mai napig folyamatos. Az elmélet központi szerepet tulajdonított a tudattalan lelki folyamatoknak, megalapozta a társadalmi folyamatok és a kultúra elemzésére alkalmas szociális és kultúraelméletet.

E tanulmány a pszichoanalízis pszichodinamikai fogalmainak és folyamatainak kialakulását Freud elméletén keresztül mutatja be, a továbbiakban azokat a jelenleg is használt pszichoanalitikus elméleteket ismerteti, melyek az anya-gyermek kapcsolatot helyezik a középpontba a gyermekkori fejlődés leírására. Ezek az elméletek többek között Anna Freud, Margaret Mahler, Donald Winnicott és a Budapesti Iskola képviselői, ezen belül kiemelten Ferenczi Sándor koncepciói. A tanulmány végén szót ejtünk a jelenkori pszichoanalízis egyik központi elméletéről, a mentalizációs elméletről is.

A tanulmány keretei mindössze vázlatos áttekintést tesznek lehetővé. Célja a pszichodinamikus fogalmak és gondolkodásmód rövid ismertetése olyan szakemberek (pl. szülő-csecsemő konzulensek) számára, akik nem pszichoterápiás képzettséggel folytatnak rövid konzultációt pszichés elakadások kapcsolati megsegítésére.

PSZICHODINAMIKUS FEJLŐDÉSELMÉLETEK

Koller Éva

Sigmund Freud és a pszichoanalízis
I. szakasz: az affektus-trauma modell (1895–1900)
II. szakasz: a topográfiai modell (1900–1910)
III. szakasz: a strukturális modell (1914–1925)
Freud terápiás megközelítésének fejlődése, értékelése

Anna Freud – védekezési mechanizmusok, fejlődési vonalak

Margareth Mahler – A szeparáció-individualizáció elmélete

Donald Winnicott – Átmeneti jelenségek, az elég jó anya fogalma

A Budapesti Iskola: Ferenczi, Bálint, Hermann

Mentalizáció, reflektív működés

Összegzés és kritikák

A pszichodinamikus elméletek vázlatos ismeretének hasznossága a nem pszichodinamikusan képzett szakemberek számára

Zárógondolatok

Az analitikus gondolatok mostani világunkban is egyértelműen alkalmazhatók a valódi életet élő valódi emberek valódi gondjainak a megoldására.

(Mitchell és Black, 2000, 18. o.)

Sigmund Freud és a pszichoanalízis

Sigmund Freud (1856–1939) bécsi ideggyógyász dolgozta ki a *pszichoanalízis klasszikus kereteit és fogalomrendszerét*, mely forradalmi változást hozott a lelki jelenségekről való gondolkodásban. Bár elgondolásait sok kritika érte, azonban az nem vitatott, hogy munkássága olyan fejlődést indított el a lelki jelenségekről való gondolkodásban, mely nagy hatást gyakorolt – és jelenleg is hatással van – a pszichológiára, a pedagógiára és a társadalomtudományokra egyaránt.

Freud 1885-ben párizsi tanulmányútján *Charcot* előadásait hallgatta, aki *a hisztériás tüneteket hipnózissal*[1] *kezelte*. A hisztériás tünetek abban az időben nagy figyelmet keltettek, mivel neurológiai tünetekhez voltak hasonlatosak (pl. bénulás, érzéskiesés), azonban neurológiai elváltozások nem álltak a tünetek mögött. A hipnózissal átmenetileg lehetett javulást vagy változást elérni ezekben a tünetekben, de a hipnózis hatása nem volt értelmezhető. Freud magyarázatot keresett a lelki folyamatok és a tünetek közti tudattalan összefüggésre. Meglátása szerint, ha egy látszólag neurológiai tünet befolyásolható hipnózissal, akkor nem szervi, hanem *lelki eredetű*. Amire még felfigyelt, az a *poszthipnotikus jelenség* volt. Ha a beteget a hipnózisban arra utasítják, hogy a hipnózis után bizonyos cselekedetet hajtson végre, akkor azt megteszi. Ha arra is utasítják a hipnózisban, hogy ne emlékezzen arra, hogy milyen utasításokat kapott a hipnózisban, az utasításokat akkor is végrehajtja, de nem tudja megmagyarázni, miért is teszi ezt. *Freud* ezek alapján *feltételezte, hogy a cselekedet mögött tudattalan mozgatórugók állhatnak* (Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

Párizsból visszatérve Bécsben Freud *Josef Breuerrel* közösen kezelt egy hisztériás beteget hipnózis segítségével (Anna O. eset). Azt tapasztalták, hogy a hipnózisban a beteg szívesen és sokat beszélt, erős érzelmeket élt meg, majd a hipnózis után a tünetek átmenetileg csökkentek.

1895-ben Freud és Breuer közösen jelentettek meg egy tanulmányt a hisztériáról, melyben a hisztéria tünetéről alkotott elméletüket és annak gyógymódját ismertették. Ehhez a tanulmányhoz köthetőek az *első olyan megállapítások, tételek, melyekkel a pszichoanalitikus elmélet kidolgozása elindult.* Kezelési technikájukat „katartikus módszernek" nevezték, mivel azt tapasztalták, hogy a megrekedt élményanyag elmondása, átélése megkönnyebbülést hoz. Elméletükben megfogalmazták, hogy *bizonyos lelki hatások, melyek*

[1] Klasszikus és a mai napig élő terápiás módszer, amelyben szuggesztiók révén alváshoz hasonlatos módosult tudatállapotba kerül a kliens, és belső érzések és gondolatok áthangolása történhet meg a szakember segítségével.

elfogadhatatlanok, így sem feldolgozódni, sem levezetődni nem tudnak, károsítják a lelki rendszert; lelki sérülést, pszichotraumát okoznak. A nem elfogadható érzelmi élmények, tartalmak kirekesztődnek a tudatból, *elfojtódnak*. Ezeknek a tartalmaknak érzelmi feszültségei, energiái okozzák a testi tüneteket, ez a *konverzió* jelensége, azaz a lelki tartalmak testi tünetekké „konvertálódnak" (Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

Freud elméleti fogalmainak változását 3 szakaszra oszthatjuk (Fonagy és Target, 2005 elnevezéseivel), ezeket röviden ismertetjük az alábbiakban.

I. szakasz: az affektus-trauma modell (1895–1900)

Az affektus-trauma modell a fent leírtak elméletére vonatkozik, vagyis a nem elfogadható érzelmi behatások (affektusok) traumát okoznak és tüneteket hoznak létre. A hisztériás tünet nem az idegrendszer „elfajulása", hanem a tudat számára nem elfogadható érzelmi behatáshoz, *traumához* köthető. A trauma *elfojtás* alá kerül, de a hozzá kapcsolódó energiák létrehozzák a tünetet a *konverzió* mechanizmusa által. A hisztériás tünetek kezelése ekkor még hipnózissal történt, az elfojtott érzelmek átélhetővé, „lereagálhatóvá" váltak (katarzis), az energiák levezetődtek. A traumát okozó életeseményeket vizsgálva Freud azt találta, hogy azok hátterében gyermekkori szexuális élmények (csábítások) álltak, melyek kirekesztődtek a tudatból. A gyermekkori szexuális traumák feltételezése miatt Freudot sok támadás érte. A hipnózis mint kezelési technika sem bizonyult hatékonynak. Sok esetben a betegek nem voltak hipnotizálhatók, vagy a tünetek csak átmenetileg enyhültek, így új kezelési módszer és új modell kidolgozása vált szükségessé (Freud, 1910/1977; Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

II. szakasz: a topográfiai modell (1900–1910)

Freud a gyermekkori szexuális traumákról szóló elgondolásait visszavonta, a csábítástörténeteket *fantáziáknak* minősítette. Feltételezte, hogy velünk született késztetések, ösztönök hozzák létre ezeket a szexuális fantáziákat. Az *ösztönkésztetések* közül a *szexuális ösztön* feltételezése elméletében megmaradt, az *énfenntartás ösztöne* és a később felmerült *halálösztön* egyaránt elvetésre került. A fejlődés mozgatójának a velünk született ösztönkésztetéseket tekintette, ezáltal elfordult a külső, környezeti hatásoktól (Freud, 1910/1977; Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

Topográfiai modelljében a lélek hármas szerkezetét feltételezte, a *tudattalan,* a *tudatelőttes* és a *tudatos* szinteket. *A tudattalan* szintet Freud szerint olyan ösztönkésztetések és vágyak alkotják, melyek főként szexuális természetűek, és gyakran destruktívak (romboló hatásúak, pl. szeretett személy halálának kívánása). A *tudattalan* vágyteljesülésre törekszik, azaz az *örömelv* vezérli, működésmódjára az *elsődleges (gondolkodási) folyamatok* jellemzőek, melyek archaikusak, irracionálisak, nem érvényesül bennük az időbeli sorrend és a logika. Ez jellemző pl. az álomra. A *tudatelőttes* szint azokat a képzeteket és vágyakat foglalja magába, melyek korábban tudatosak voltak, de elfogadhatatlannak bizonyultak a tudat számára, kínt, érzelmi feszültséget okoztak, ezért *elfojtás* alá kerültek. A *tudatos* szinthez kapcsolódnak a külső valóságot követő érzékszervi észlelések, műkö-

désmódjára jellemzők a *másodlagos (gondolkodási) folyamatok*, a logika és az ésszerűség, mely a *valóságelvet* követi. A *tudatos* szint kapcsolódik a környezethez és szervezi a civilizált viselkedést (Freud, 1910/1977; Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

Ebben a modellben a patogén (megbetegítő) emlékanyag és feszültség tudattalan. A *trauma* azt jelenti, hogy a lélek *tudatos* részét elöntik a *tudattalan* vágyak és azok kielégítésének igénye. Ez nem tud feldolgozódni, károsítja a lelki apparátust. Így a cél ebben a modellben a *trauma* feltárása (*affektus-trauma* modell, lásd fent) helyett *a tudattalan vágyak tudatosítása*, integrálása a tudatba. Ehhez azonban hatástalanítani kell a *cenzúrát*, azaz az *örömelvet* képviselő késztetéseket elfogadhatóvá kell tenni a *valóságelvet* képviselő *tudat* számára. A módszert abban látta Freud, hogy a beteg mondjon ki mindent, ami az eszébe jut, nem törődve a tiltásokkal, azzal, hogy a kimondott tartalmak kellemetlenek vagy sértőek lehetnek. Ez a *szabad asszociáció* módszere. Feltételezte, hogy az asszociációk sorrendje nem véletlen, belső összefüggésük meghatározott, és hogy *az asszociációk elvezetnek azokhoz a tudattalan élményekhez, amelyeknek a tünetképzésben szerepe van* (Freud, 1910/1977; Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

Mint említettük korábban, Freud a tudattalan tartalmakat főleg szexuális késztetésként vagy destruktív tartalomként értelmezte, mellyel szemben a társadalmi elvárások, a kulturális szabályok állnak. Ezek az elvárások alkotják a *cenzúrát*, mely megakadályozza a tudattalan tudatosítását. Ugyanakkor az ösztönök azok a hajtóerők, amik a fejlődés energiáját adják. Ezeket a hajtóerőket kell kezelni úgy, hogy azok a társadalmi elvárásoknak is megfeleljenek, és elfogadhatók legyenek a tudat számára.

Álomfejtés című könyve a századfordulón jelent meg (Freud, 1900/1985). *Az álmot regresszív jelenségnek tartotta, melyben a tudattalanra jellemző elsődleges folyamatok uralkodnak, tudattalan tartalmak jelennek meg a cenzúra által eltorzított formában. A cenzúra mechanizmusának tartotta a sűrítést, az eltolást és a szimbolizációt*, melynek köszönhetően az álomban feltörekvő tudattalan tartalmak a tudat számára is elfogadható módon fejeződnek ki. Az álomtartalmak megfejtésével a tudattalan tartalmakhoz lehet eljutni. Az álomban a képi megfogalmazás kerül előtérbe, gyakran szimbólumok formájában, a vágyak és a kielégülés szimbolikus képekben jelennek meg. Mivel az álmok a tudattalan tartalmak szimbolikus kifejeződései, ezért megfejtésükkel, az álom elemzésével eljuthatunk a tudattalan tartalmakhoz és a tudattalan működési törvényszerűségeinek a megismeréséhez. Ennek alapján Freud megállapította, hogy a tudattalanban nincs okság, nincs tér és idő, az emléknyomok tartalmi azonosság mentén áramlanak, nincsenek ellentétek, az azonos tárgyra vonatkozó pozitív és negatív érzelmek megférnek egymással. Az álomban is az *örömelv* uralkodik, azaz az álmok vágyteljesítők. További megállapítása volt még, hogy – mivel a *cenzúra* az álomban is megjelenik, és mivel mindannyian álmodunk – *az elfojtás általános jelenség, az egészséges psziché megnyilvánulása is*, nemcsak a patológiás folyamatok jellemzője (Freud, 1900/1985; Buda, 1971).

Ebben az időszakban foglalkozott Freud *az elfelejtések, az elszólások és a vicc lélektani hátterével* (Freud, 1905/1982), melynek következtében újabb fontos alapelveket fogalmazott meg. A *dinamikai elv* szerint ellentétes erők állnak a lelki történések mögött, míg az *ökonómiai elv* szerint az erősebb lelki történés határozza meg a viselkedést. Ezért is hívják Freud elméletét konfliktuselméletnek. Általában a tudatos szempontok erősebbek, de alvás közben az elfojtott, tudattalan késztetések is felszínre kerülhetnek. *A traumát ekkor Freud már nem tartotta a tünetek egyedüli okának, úgy gondolta, hogy*

az elfojtott vágyak és az elfojtó erők ütközése, mely a tünetet létrehozza (Fonagy és Target, 2005; Buda, 1971).

A tudattalan vizsgálata mellett ebben az időszakban a másik fő érdeklődési területe a *szexualitás* volt. A betegek elmondása alapján a neurotikus tünetek mögött szexuális traumát feltételezett, később azonban módosította elgondolását. Abból indult ki, hogy a *korai emlékek* ugyanúgy átalakuláson mennek keresztül, mint az álmok, *gyermekkori rejtett vágyakat fejeznek ki, fantáziák*. A betegek fantáziáját megismerve az a meggyőződése alakult ki, hogy a szexualitás megjelenik a gyermekkorban, és valószínűleg az ellentétes nemű szülőre irányul, ez volt az *ödipális komplexus* elméletének alapja.

Freud a szexualitásról szóló elméletét az 1905-ben kiadott könyvében fejti ki (Freud, 1905/1995). A szexualitást tágabb értelemben határozza meg: minden késztetés szexuális, ami (biológiailag erre alkalmas ún. *erogén zóna* ingerléséből származó) örömszerzésre törekszik, vagy amely másik emberrel való érzelmi kapcsolattal függ össze. A szexuális ösztönök vágyakban nyilvánulnak meg és tárgyakra (külső személyekre) irányulnak, hogy kielégüléshez jussanak. Freud a pszichoszexuális fejlődést a testtájakra való irányulás alapján *orális, anális, fallikus* és *genitális* fázisokra osztja, ez utolsó előtt beiktatva a *latencia* fázisát, melyre az ösztönök átmeneti lecsendesülése jellemző. A serdülőkorban, a *genitális fázisban* alakul ki a szexuális élet felnőttkorra jellemző szerkezete. A szakaszokat Freud eredeti műve (1905/1995), valamint Buda (1971) és Frenkl és Rajnik (2007) elemzései alapján mutatjuk be.

- Az első, az *orális fázis (első életév)* erogén zónája a száj, a csecsemőkor és a korai gyermekkor örömszerzési zónája. A *szopáshoz* kapcsolódik, Freud szerint a passzivitás és a függőség jellemzi ezt a szakaszt. Az orális szakaszhoz tartozik a *harapás* is, mely az elválasztáskor jelenhet meg, jellemző rá az aktivitás és az agresszió. A (későbbi felnőttkori) *orális jellemvonásokhoz* kapcsolható az adás és az elvétel, a függés és a függetlenség, az optimizmus és a pesszimizmus ellentétpárjai, melyet a kielégülés mértéke dönt el. *Az ösztönszükséglet kielégülése végződhet teljes frusztrációval vagy túlzott kielégítéssel, mindkét esetben fixáció jön létre*, azaz az életút során későbbi frusztráció esetén a személy ezekre a *fixációs pontokra regrediál*, lép vissza. (Pl. orális fixáció esetén nagyobb gyermekek is hajlamosak lehetnek feszültség esetén szopni az ujjukat vagy éppen megharapni másokat. Felnőttkorban feszültség esetén az evés, az ivás vagy a dohányzás, akár a beszéd szolgálhatja a feszültség csökkentését.)
- Az *anális fázis (1–3. életév)* erogén zónája a végbélnyílás és a *szobatisztaságra szoktatáshoz* köthető, a széklet visszatartásához és kontrollált kiengedéséhez. A *kontroll* a gyermek számára lemondással jár, amelyre akkor hajlandó, ha a környezet jutalmazó, és kompenzálja a lemondásért. A szülőkkel való pozitív kapcsolat segíti a szobatisztaságra szoktatást, míg a *kontrollért való harc* és a bizalmatlanság nehezíti azt. Az *anális* fázis lezajlása ezért szorosan köthető az *agresszió kezelésének* későbbi módjához is.
- A *fallikus fázisban (3–6. életév)* Freud elmélete szerint a kisgyermekek vágyai *az ellentétes nemű szülő kizárólagos birtoklására irányulnak, az azonos nemű szülő helyére szeretnének lépni*, ez az *ödipális konfliktus*. Ehhez a fázishoz kapcsolható a *versengés*. Freud elmélete szerint a fiúk és a lányok fejlődése ezen a szinten szétválik, eltérő okok miatt mondanak le erről a vágyukról, és az azonos nemű szü-

lővel *azonosulva* kapcsolódnak az ellentétes nemű szülőhöz. A fiúknál a *kasztrációs fenyegetés* az, ami miatt az anyáról lemondva az apával azonosulnak. A *fiú* kizárólagosan szeretné birtokolni anyját, apját vetélytársnak tekinti. Azonban fél az apa haragjától, hogy az megfosztja péniszétől. Emiatt *lemond az anyáról mint szexuális tárgyról, és az apával azonosulva kapcsolódik az anyához*. A kasztrációs fenyegetés gondolatát Freud a lányoknál is érvényesnek tartja. Elgondolása szerint a *lányok* észlelik, hogy nincs péniszük, ezért elégedetlenek az anyával, és az apa felé fordulnak csábító módon. Azonban félnek, hogy emiatt elvesztik az anya szeretetét, és ezért *lemondanak az apáról, és az anyával azonosulva kapcsolódnak az apához.* A két nem közül a lányok azonosulási folyamata bonyolultabb, mivel míg a fiúknak csak egyszer, a lányoknak kétszer kell kötődési tárgyat váltaniuk, emiatt a lányok azonosulási folyamatát Freud bizonytalanabbnak tartja, több elakadási lehetőséget feltételezve. Maga Freud is megfogalmazta, hogy a lányok apa felé kötödése megmaradhat, és elmaradhat az anyával való azonosulás. Az *ödipális konfliktus* megoldása, lezárulásának eredményessége, *az azonosulás lezajlása Freud szerint meghatározó fontosságú a további fejlődést illetően.*

- A *latencia fázis (6–11. életév)* az ösztönök lecsillapodásának időszaka. A gyermekek *érdeklődése a környezet és az ismeretszerzés felé* fordul, amit a szexuális késztetések csökkenése tesz lehetővé. Ez az iskolakezdés időszaka, amikor a gyermek családon kívüli kapcsolatokat alakít ki kortársaival és új tekintélyszemélyekkel, érdeklődése intellektuális irányba fordul.
- A *genitális fázis (serdülőkor)* beálltával jelentős változások indulnak meg, ennek az időszaknak a fejlődési feladata, hogy a szexualitás elnyerje végleges és szabályos formáját. A részösztönök a *genitális zóna* vezérlése alá kell, hogy kerüljenek, a szexuális késztetéseknek a családon kívüli tárgyra kell irányulniuk. A szexuális érés szükségessé teszi a serdülő *leválását* a családjáról, hogy *szexuális érdeklődését külső kapcsolatban érvényesíthesse*.

Freud szexualitásról szóló elméletével megjelenik a *fejlődés* fogalma, mely korábbi elméleteiben nem szerepelt.

III. szakasz: a strukturális modell (1914–1925)

A korábbi topográfiai modell sok kérdésre nem adott választ, túlzottan leegyszerűsítettnek bizonyult. Freud számára világossá vált, hogy a *tudattalan* nem azonos a vágyakkal és a *tudatos* sem az *elfojtással*, hiszen maga az *elfojtás tudattalan*. Freud újragondolva korábbi elképzeléseit, három lelki szerkezetet tételezett fel, ezek: az *ösztön-én, a felettes-én és az én* (Freud, 1923/1991; Fonagy és Target, 2005).

- Az *ösztön-én* teljesen *tudattalan*, a fentebb vázolt *elsődleges folyamatok* jellemzik. Elfojtott lelki tartalmak és késztetések, azaz *szexuális* és *agresszív* késztetések alkotják, célja az ösztönök kielégítése, vagyis az *örömelv* vezérli.
- A *felettes-én* a gyermekkori autoriter szülőképet reprezentálja, ami szigorúbb és keményebb, mint a valódi szülő. *A felettes-én tartalmát az ödipális konfliktus megoldásaként a szülővel való azonosulás határozza meg.* Az azonosulással beépülnek

a gyermekbe a szülők által képviselt ideálok, erkölcsi normák és tilalmak. Működése főként *tudattalan*, célja a tilalmak érvényesítése a bűntudat segítségével.

- Az *én feladata az ösztön-én, a felettes-én és a külvilág elvárásainak egyeztetése, összehangolása*. Részben *tudatos*, nagyrészt *tudattalan* szinten működik. Az elvárások összehangolásában, az én-részek közti közvetítésben eszközként a *védekezési (elhárító*[2]*) mechanizmusok* segítik, amelyek az *én* működésének *tudattalan* részei, céljuk a belső egyensúly megteremtése (létrehozása és megvédése).

Ebben az elméletben még döntően a biológiai meghatározottság dominál, de a szexuális ösztönökhöz képest nagyobb hangsúlyt kap a veszteségtől való *szorongás* és a *bűntudat*, így a külső események nagyobb szerephez jutnak. A szorongás főként jelzés, hogy *az ösztön-én és a felettes-én között ellentét áll fenn*, és hogy *a külső valósághoz is igazodni kell.* A szorongás jelzi, hogy az *én védekezési mechanizmusaira* van szükség az egyensúly megteremtéséhez.

A védekezési mechanizmusok tudattalan stratégiák, a külső-belső konfliktusok elhárítása a cél. A *védekezési mechanizmusok* közül elsődleges az *elfojtás*, mely az elfogadhatatlan impulzusokat kiszorítja a tudatból. Ha az *elfojtás* hatása nem kielégítő, akkor van szükség a további hárításokra. A további elhárítások közé tartozik a *projekció (kivetítés)*, ami a nemkívánatos gondolatokat másoknak tulajdonítja. A *tagadás* mechanizmusa az észleltek tudomásul vételének elutasítását eredményezi. A *reakcióképzés (ellentétbe fordítás)* mechanizmusa a késztetés tagadását ellentétébe fordítással éri el. Az *izoláció* mechanizmusa lehasítja az érzelmeket a hozzá tartozó gondolatokról. A *szublimáció* mechanizmusa a késztetések társadalmilag elfogadható módon való kielégítésére törekszik. A *regresszió* visszatérést jelent egy korábbi kielégülési szinthez. Az *intellektualizáció* a fenyegető impulzusok elkülönítésére törekszik az érzelmi környezettől, és racionális keretek közé helyezi azt. Ezek alapján Freud szerint a *neurotikus megbetegedés a lehető legjobb kompromisszum az egymással szembenálló késztetések között, mely viszonylagos alkalmazkodást biztosít, tünet árán* (Fonagy és Target, 2005). (A védekezési/elhárító mechanizmusokkal lánya, Anna Freud is tovább foglalkozott, lásd alábbi fejezet).

Freud terápiás megközelítésének fejlődése, értékelése

Összegezve Freud terápiás megközelítésének alakulását, a patológiák, tünetek mögött elfogadhatatlan érzelmi élményeket tételez fel. Az *affektus-trauma modellben* az érzelmi behatás kívülről érkezik. A traumatikus élmény elfojtódik, energiái a konverzió által testi tüneteket hoznak létre. Ebben a modellben Freud terápiás eszköze a *hipnózis*, melynek segítségével az elfojtás felfüggesztésre kerül, az elfojtott élmények átélhetővé válnak (katarzis), az energiák levezetődnek, a tünet megszűnik. A tapasztalatok csupán a tünetek átmeneti javulását okozták.

A *topográfiai modellben* a traumatikus külső események (csábítás) helyett belső fantáziákat feltételez, ezeket a tudattalan ösztönkésztetések mozgatják, amelyeknek tudatba

[2] A fordítástól függően vagy az egyik, vagy a másik fogalmat használják a magyar nyelvű szakirodalomban.

kerülését a cenzúra akadályozza. A trauma ebben a modellben azt jelenti, hogy az ösztönkésztetések a tudatba kerülnek, de nem elfogadhatók a tudat számára, és ezért tüneteket okoznak. Ebben a modellben Freud terápiás célként a cenzúra hatástalanítását jelöli meg, hogy az örömelvet képviselő ösztönkésztetések elfogadhatóvá váljanak a tudat számára. Eszközként a *szabad asszociáció* módszerét alkalmazza, feltételezve, hogy ennek segítségével eljuthatunk a tudattalan élményekhez. E módszer sem hozta meg a várt sikert, mivel az elfojtó erőket nem lehetett tudatosan felfüggeszteni, hiszen maga az elfojtás is tudattalan.

A *strukturális modellben* az ösztön-én, az én és a felettes-én feltételezése mellett felfedezte a védekezési mechanizmusok jelenségét is. A védekezési mechanizmusok az én tudattalan stratégiái annak érdekében, hogy az ösztön-én által képviselt örömelv, a felettes-én által képviselt morális elvek és az én által képviselt valóságelv között egyeztessen. E modellben terápiás eszközként Freud a *védekezési mechanizmusok értelmezését* tartja szükségesnek, melynek célja hogy az ösztön-én késztetések a felettes-én részéről nagyobb elfogadásra leljenek. Az értelmezésben az analitikus törekvése, hogy a páciens által közölt anyag és az analitikus megértése által új összefüggések átélése segítségével a páciens örömelv késztetései és a morális elvek között jobb kompromisszumot tudjon kötni.

Freud felfigyelt a terápiás folyamatban az *indulatáttétel* jelenségére. Megfogalmazása szerint a páciens korábbi érzelmi, kapcsolati viszonyait hozza létre az analitikus helyzetben, az analitikusra vetítve szüleihez való korábbi kapcsolatát. Ez lehetővé teszi az analitikus helyzetben, hogy értelmezés segítségével a korábbi érzelmi, kapcsolati viszonyok átélhetővé, megérthetővé, átdolgozhatóvá váljanak. Az analitikus késztetést érezhet, hogy a páciens *indulatáttételes* reakciójára válaszoljon, *viszontáttételes* reakciót adva, válaszolva a páciens indulataira (érzéseire, vágyaira). Freud még terápiás hibának tartotta az analitikus *viszontáttételes* megnyilvánulásait, az analitikus helyzetben neutrális magatartást tartott szükségesnek az analitikus részéről. Az analitikus terápiás eszközének az *értelmezést* tartotta, míg a későbbiek során (lásd alább) a viszontáttétel megértése az analitikus számára hatékony eszközként szolgált a terápiában.

A mai modern pszichoanalízisben, sőt minden olyan szakterületen, ahol kapcsolati viszonyokkal dolgozunk, a szakemberek számára alapvető az áttételi-viszontáttételi folyamatok azonosítása és megértése a kapcsolati helyzet szakmai kezelése érdekében (pl. a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációban). A pszichoterápiás folyamatokban a kapcsolat kezelése mellett az áttételi-viszontáttételi folyamatok lehetőséget adnak a páciens kapcsolati folyamatainak közös, mélyebb megértésére és átdolgozására, amely terápiás változást tesz lehetővé.

Freud nem dolgozott közvetlenül gyermekekkel, elképzelését a gyermekkori fejlődésről felnőtt páciensei gyermekkori emlékei alapján alakította ki. Ezért a gyerekekről alkotott képét „rekonstruált csecsemőképnek" nevezzük, szemben a mai csecsemőkutatások „megfigyelt csecsemőképével".

A tanulmány további részében azokat az elméletalkotókat ismertetjük, akik gyermekekkel végeztek analitikus munkát, és elméleteiket személyes tapasztalataik alapján építették fel (Anna Freud, Mahler, Winnicott). A Budapesti Iskola úttörő volt abban, hogy már Freud korában behozta a gyermeki szempontot, a Freud által képviselt ödipális konfliktus hangsúlyozásával szemben a korai preödipális kapcsolati történéseket és az anya-gyermek kapcsolatot helyezte elméletalkotása középpontjába.

Anna Freud – védekezési mechanizmusok, fejlődési vonalak

Anna Freud (1895–1982) gyermekanalitikus és pedagógus, Sigmund Freud lányaként hű maradt a strukturális modellhez és az ösztöntanhoz. Az *elhárító (védekezési) mechanizmusokkal* (A. Freud, 1936/1994) foglalkozva az *énpszichológia* kidolgozására helyezte a hangsúlyt. Elsők között alkalmazta a fejlődési megközelítést a pszichopatológiában, a *fejlődési vonalak* elméletével megmutatta, hogy a normalitásnak megfelelő és a patológiás fejlődés követhető és bejósolható (A. Freud, 1966/1993).

Anna Freud – Melanie Kleinnel[3] párhuzamosan – *a pszichoanalitikus gyermekpszichológia és gyermekterápia megalapítója.* Elméleti munkájában *csecsemő- és gyermekmegfigyelései* is segítették. Ő volt az első, aki a pszichoanalízis új ismereteit átültette a korai gyermekkor és az iskoláskor pedagógiai alkalmazására. Bölcsődei nevelőknek, tanároknak, szociális munkásoknak és szülőknek tartott Bécsben, majd később Londonban rendszeres pszichoanalitikus előadásokat és szemináriumokat. 1936-ban megnyitott Bécsben egy pszichoanalitikus bölcsődét („Jackson Kinderkrippe"). A pedagógiai elméletekre és gyermeknevelésre kiható pozitív, fejlődésközpontú, humánus nevelési elképzelései napjainkig fontos elemei az erőszak- és büntetésmentes gyermeknevelésnek. A. Freud munkája által vált a pedagógia a pszichoanalízis első, terápián kívüli alkalmazási területévé (Hédervári-Heller, 2008/2020). Dorothy Burlinghammel közösen 1940-ben létrehoztak Londonban egy gyermekotthont a II. világháborúban árván maradt gyermekeknek (Hampstead Nurseries), és 1952-ben megalapították a hampsteadi gyermekterápiás központot (Hampstead Clinic), ami ma is terápiás, gyermekanalitikus kiképző és kutatási központként működik. A hampsteadi gyermekterápiás központ Anna Freud nevét viseli (Anna Freud National Centre for Children and Families).

Első jelentősebb könyvében az *elhárító mechanizmusokkal* foglalkozik, melyet az *én* működéseként határoz meg (A. Freud, 1936/1994). A Sigmund Freud által kidolgozott *strukturális* modellben (*ösztön-én – én – felettes-én*) az *én* feladata az *ösztön-én* által képviselt *örömelv*, a *felettes-én* által képviselt morális elvek és a *valóságelv* közti egyezség kialakítása. Az *én* eszközei ebben a folyamatban az *elhárító mechanizmusok*, melyek úgy alakítják át az ösztönök követeléseit, hogy az a felettes-én számára elfogadható legyen. (Például a gyermek testvére születésekor haragját túlzott kedvességgé alakítja a *reakcióképzés* elhárító mechanizmus révén, így a felettes-én számára az elfogadhatóvá válik.)

A. Freud az én analízisének fontosságát hangsúlyozta szemben a korábbi felfogással, mely az ösztön-én tartalmának tudatosítását tartotta célnak. Az *én* működése által, konfliktus és szorongás esetén válik felismerhetővé. *Ami láthatóvá válik, az az elhárító mechanizmusok következménye*: valami hiányzik *(elfojtás)* vagy túlzások jelennek meg *(reakcióképzés).* A. Freud megfogalmazta, hogy az analitikus szerepét át kell értékelni az analitikus folyamatban. A páciens megígérheti tudatos együttműködését az analitikussal,

[3] *Melanie Klein (1882–1960)* pszichoanalitikus és a gyermekanalízis megalapítója A. Freud mellett, a tárgykapcsolat-elmélet létrehozója. Anna Freuddal egyidejűleg dolgozott a Tavistock Klinikán (munkáiról lásd bővebben: Klein, 1986/1999).

de a tudattalan elhárítások így is működésbe lépnek. Az analitikus feladata ezért az, hogy mindazt tudatosítsa, ami tudattalan, tekintet nélkül arra, hogy melyik lelki struktúrához tartozik, ezután figyelmét az elhárító mechanizmusok felbukkanására kell fordítania. Ebben segítségére van az elhárító mechanizmusok ismerete (Mitchell és Black, 2000).

Az elhárító mechanizmusok középpontba helyezésével kevésbé az elhárított anyag, mint inkább a lelki struktúra feltárása válik hangsúlyossá. Az elhárító mechanizmusok azonosításával és az elhárítás folyamatának ismeretében van lehetősége az analitikusnak, hogy a struktúra elemei (ösztön-én, felettes-én, én) közötti kompromisszumot „újratárgyalja", és egy kedvezőbb kompromisszum feltételeit teremtse meg. Ez az új szerkezeti megegyezés lehetőséget adhat arra, hogy a „jobb kompromisszum" által a tudattalan energiák egy része felszabaduljon. Az alkalmazott *elhárító mechanizmusok* a fejlődés szintjét tükrözik, vannak alacsonyabb és magasabb szintű elhárító mechanizmusok. Ezek a személyiségfejlődés során változnak, differenciálódnak, és egyre rugalmasabbá válnak. Olyan mechanizmusok, amelyek pl. kisgyermekkorban természetesek (lásd hasítás jóra és rosszra), ha később fennmaradnak a felnőttkorban, merevséget és rugalmatlanságot okoznak a valósághoz való viszonyulásban. Ezt a természetes fejlődési ívet követve az elhárító mechanizmusok három nagy csoportját különíthetjük el:

- Primitív elhárítások: *hasítás, projektív identifikáció, projekció, tagadás, idealizáció, szomatizáció, regresszió*.
- Magasabb szintű elhárítás: *azonosulás, intellektualizáció, izoláció, reakcióképzés, elfojtás, meg nem történtté tétel.*
- Érett elhárítás: *humor, elnyomás, aszketizmus, altruizmus, szublimáció* (Gabbard, 2016, lásd még bővebben: A. Freud, 1936/1994).

A. Freud tapasztalatai alapján elmélete bővítését látta szükségesnek. Pár évtizeddel később egy új elméletet dolgozott ki, így alkotta meg a *fejlődés vonalak* fogalmát (A. Freud, 1966/1993). Megfogalmazta, hogy *minden fejlődési fázis az előző fejlődési fázis eredményeire épül* (vö. Erikson pszichoszociális elméletével is, ahol szintén az egyes krízisek megoldása után várható kiegyensúlyozott fejlődés a következő fejlődési lépcsőfokokon). *Az egyedi fejlődési profil alkalmas a későbbi pszichopatológiai zavar kockázatának bejóslására* (Fonagy és Target, 2005). Elmélete *konfliktuselmélet*, azaz *a fejlődés az egymással szembenálló erők között létrejövő kompromisszum eredménye*. Az ösztönkésztetéseknek a kielégüléshez tárgyra van szüksége, azaz olyan személyre, akinek a segítségével megvalósítja célját. Ez Sigmund Freud feltételezése, melyet Anna Freud megőrzött elméletében, azaz *a tárgy az ösztön kielégítése révén nyer csak jelentőséget, nem a kapcsolat révén*. Ezért nem sorolódik A. Freud a *tárgykapcsolati* elméletalkotók közé. Ugyanakkor mégis foglalkoztatta a reális szülők szerepe, akik véleménye szerint modellfunkciót töltenek be mind a *felettes-én*, mind az *én* felépülésében. A. Freud a tárgykapcsolatokat is fontos tényezőnek tekintette, de nem tartotta helyettesíthetőnek az ösztönelméletet és a strukturális elméletet. Így A. Freud egyedülálló pozíciót foglal el a *tárgykapcsolati* és az *énpszichológiai* elméletalkotók között (Fonagy és Target, 2005).

A fejlődési vonalak elméletében a libidinális (pszichoszexuális) fejlődésből (lásd fentebb kifejtve S. Freudnál) indul ki, de fontos szerepet tulajdonít az érési és a környezeti tényezőknek is. *A patológiás fejlődés forrásának az egyes fejlődés vonalak (lásd alább) érettségi szintje közti egyenlőtlenséget, vagy az összes fejlődési vonal mentén való elmara-*

dást látja. A fejlődési vonalak leírásával kísérletet tett a fejlődés komplexitásának megragadására.

Elméletében számos fejlődési vonalat[4] állított fel, melyek közül kiemelkedik a *függőségtől az érzelmi önállóságig és az érett tárgykapcsolatokig* vonal, mely az anya-gyermek kapcsolat változásait írja le. Az első fázis az anya-csecsemő pár biológiai egysége: az anyai nárcizmus kiterjed a gyermekre, és a gyermek saját részének tekinti az anyát. A második fázis a *tárgyrészesség*, melyben a szülőhöz való kapcsolódás a testi szükségletek kielégítésére jön létre, és megszűnik a kielégülés elérésekor. A harmadik fázis a *tárgyállandóság*, melyben a tárgy belső képe állandósul, a kielégítéstől függetlenül fennmarad. A preödipális, anális fázis (lásd fentebb Sigmund Freudnál) jellemzője, hogy a gyermek a tárgyához (anyához) ambivalensen viszonyul, ragaszkodás, elutasítás, uralkodás és kontrolltörekvés jellemzi egyszerre. A fallikus-ödipális fázisban az ellentétes vagy azonos nemű szülőre irányuló kizárólagos birtoklási vágy és a másik szülővel való vetélkedés, féltékenység jelenik meg. A *latencia* időszakában az ösztönkésztetések csökkennek, a libidó áthelyeződik a szülőkről a kortársakra, közösségekre, melyet a szülő leértékelése kísér. A serdülőkori lázadás szakaszában visszatér az ambivalencia és a tárgyrészesség a szülőkhöz való viszonyban, amiben ismét a szükségletek kielégítése dominál. A serdülőkorral a szülőkhöz való kötődés lazítása, tagadása indul el, majd külső tárgy választása történik (A. Freud, 1966/1993).

A. Freud szerint *a fejlődési vonalak ismeretében értelmezhetőek a szeparáció hatásai, attól függően, milyen fejlődési fázisban van a gyermek*. Ugyanakkor a szakember lehetőségének látja a szülők segítését abban, hogy mi várható szeparáció esetén az egyes életkorokban, és hogy mi várható el a gyermektől. A *tárgyállandóság* kialakulása szükséges a szülőktől való elválás elviselhetőségéhez. A többi gyermekhez való kapcsolódáshoz a társkapcsolatok vonalán el kell jutnia a partnerség szintjéhez, amikor a másik gyermeket mint saját jogú partnert tudja elfogadni (A. Freud, 1966/1993).

A. Freud elgondolása szerint a *regressziónak* helye van az egészséges fejlődésben, az új fejlődési szint elérése előtt gyakori a visszalépés az előző fejlődési szintre. A *regresszió* vonatkozhat az *ösztön-énre*, az *énre* és a *felettes-énre* is. Az egyén rugalmasságát jelzi, amennyiben a visszacsúszás időleges, és spontán megfordul. A fejlődés normálisnak tekinthető, ha a gyermek időszakosan visszatér korábbi fejlődési fokokra, mielőtt biztosan elsajátítaná a következőt, a környezet elfogadása segíti a rugalmas fejlődést (A. Freud, 1966/1993).

Mint fentebb már kifejtettük, A. Freudot a pszichoanalitikus gyermekpszichológia egyik megalapítójaként tartják számon Klein mellett. A módszertani elvekben azonban éles ellentét jellemezte kettőjük kapcsolatát. Míg Klein a gyermekek játékterápiás kezelését egyenrangúnak tekintette a felnőttek pszichoanalízisével és az értelmezést tekintette legfőbb eszköznek, addig A. Freud az ödipális kor alatti gyermekeknél a pedagógiai-nevelői attitűdöt tartotta fontosnak a gyermekek terápiájában. Hangsúlyozta, hogy az

[4] Ilyenek pl. a testi önállósághoz vezető fejlődési vonalak, az egocentrizmustól a társkapcsolatokig vezető fejlődési vonal, a testtől a játékig, és a játszástól a munkáig vezető fejlődési vonal (A. Freud, 1966/1993).

áttételi reakciók és az értelmezés mellet a terapeutának figyelembe kell vennie, hogy reális tárgy is a gyermek számára (A. Freud, 1966/1994).

Anna Freud érdeme, hogy felismerte a korai anya-csecsemő kapcsolat jelentőségét és a szeparáció súlyos hatását. Bár kitartott apja, Sigmund Freud ösztönelmélete mellett, az én fejlődésének tanulmányozásával a környezet, a kapcsolatok és az élettörténet jelentőségére hívta fel a figyelmet. A fejlődési vonal fogalmával fejlődéselméletet hozott létre. A fejlődési vonalak lehetőséget adnak arra, hogy a gyermek fejlődését felbecsüljük. Az egyes vonalak szintje mutathat kisebb eltéréseket egészséges fejlődés esetén is. Az egyes vonalak közti súlyos eltérések, vagy több fejlődési vonal elmaradása patológiás fejlődést valószínűsít. Ezek a szempontok a mai napig használatban vannak.

Margareth Mahler – A szeparáció-individualizáció elmélete

Margareth Mahler (1897–1985) Sopronban született, tanulmányait Magyarországon kezdte, analitikus képesítését Bécsben szerezte meg. 1938-tól az Amerikai Egyesült Államokban, New Yorkban élt és dolgozott. Mahler érdeklődése a gyermekekre, az anya-gyermek kapcsolatra irányult, gondolkodási rendszere közel áll a Budapesti Iskola szemléletéhez. Fontosnak tartotta a *csecsemőmegfigyelést*, melyhez a *cönesztéziás empátiát*, a zsigeri beleélést tartotta szükségesnek. Ő alkalmazta először az anya bevonását a gyermekekkel folytatott terápiás folyamatba. Elméletét – a *szeparáció-individualizáció* folyamatáról – súlyosan zavart gyermekek megfigyelése alapján dolgozta ki, amely miatt kritikák érték a későbbiekben. Az elmélet több állítását nem igazolták a későbbi kutatások, és volt, amit maga Mahler vont vissza *(autisztikus fázis)*. Elmélete számos eleme, köztük az *újraközeledési krízis* ma is hatékonyan segíti modellezni a gyermekekkel foglalkozók számára a fejlődés folyamatát, a megjelenő problémák értelmezését (Fonagy és Target, 2005).

Gondolatmenete szerint „az egyén biológiai és pszichológiai születése nem esik egybe"(Mahler és mtsai., 1975, 3. o., in Fonagy és Target, 2005, 119. o.). Az egyén pszichológiai megszületése a *leválás* és az *individualizáció* folyamatában történik. „A leválás az anyával való szimbiotikus egységből való felmerülést jelenti, míg az individuáció az egyes személyiségjegyek kialakulását" (Mahler és mtsai., 1975, in Alpár, 1987, 2. o.). A két fejlődési folyamat, a *leválás* és az *indiviualizáció* párhuzamosan zajlik, de két különálló folyamatról van szó. A *leválás* alatt „az anyától és a világtól való különállás érzésének elérését érti, mely végül a szelfreprezentációk megszerzéséhez vezet" (Alpár, 1987, 4. o.). Mindehhez szükséges megfogalmazni a *szelf* és az *én* fogalmát. Egyszerűen fogalmazva, a *szelfet* alkotja mindaz, amit önmagunkkal kapcsolatban megtapasztalunk, míg az *ént*, amit önmagunkkal kapcsolatban megfigyelünk. A gyermek különbséget tesz önmaga és nem önmaga között. Mahler feltételezi, hogy a patológiák oka a nem megfelelő anyai magatartás, a gyermek igényeihez való nem megfelelő alkalmazkodás, a szimbiotikus kielégülés (lejjebb kifejtve) és az anyai érzelmi rendelkezésre állás hiányosságai.

Mahler elmélete szerint a csecsemő az élet első heteiben *normál autisztikus* állapotban van, melyet „ingergát" véd a zavaró külső ingerekkel szemben. Ebben az időszakban

a csecsemő az anyát sem képes érzékelni mint szükségletei kielégítőjét. Ezt a fázist később maga Mahler is elvetette. A következő szakasz a *szimbiotikus* fázis, melyben a csecsemő még nem képes különbséget tenni az én és a nem én között, az anyával fúziót alkot, a folyamatot a mindenhatóság érzése kíséri, melyet az „ingergát" véd a külvilágtól. Elképzelése szerint ennek a fázisnak a kielégítő volta alapozza meg a *szelfre* és a *tárgyra* vonatkozó pozitív érzelmi viszonyulásokat, a bizalmat és a biztonságérzetet a későbbi kapcsolatokban. Ez az időszak a *testséma* kialakulásának kezdete, melynek érzelmi jelentését a kielégítő anyai gondoskodás alapozza meg. A *szimbiotikus* fázisban az anya tudatos viselkedése és nem tudatos fantáziái nagymértékben befolyásolják az időszak történéseit.

A *szeparációs-individualizációs* fázis a 4–5 hónapos kor körül kezdődik, a *differenciáció* alfázisával, melyet „kikelésnek", a testkép elkülönülésének nevezett Mahler (Fonagy és Target, 2005). A csecsemő elfordul az anyától a tőle való elkülönülés érdekében, és szemügyre veszi a haját, az ékszereket, a szemüvegét. Ekkor történik az *átmeneti tárgyak* és az *átmeneti helyzetek* megjelenése. Az átmeneti tárgyak az anya egyes részletét képviselik, az átmeneti helyzetben a csecsemő kicsúszik az anya öléből, de a közelében marad. 7–8 hónapos korban jelentkezhet az *idegen félelem* (amikor a gyermek az idegenek közelségét már nem viseli el feszültségmentesen, szorongani kezd), mely jelzi a korábbi anya-csecsemő kapcsolat minőségét. Az *ősbizalom* meglétekor, azaz a kielégítő szimbiotikus kapcsolat esetében a csecsemőt a kíváncsiság és a rácsodálkozás jellemzi, míg ha bizalmatlanság jellemzi e kapcsolatot, ez az idegenektől való félelemben is megnyilvánulhat. A leválás és az individualizáció optimális esetben együtt halad előre. A leválással elindul az anyától való fizikai elhatárolódás, melyet az individualizáció előrehaladásával az énfunkciók érése, az intrapszichés autonómia (érzelmi, akarati önállósodás), majd a kognitív, megismerési képességek kibontakozásával a realitásvizsgálat (a valóságos viszonyok megértésének) fejlődése követ (Mahler és mtsai., 1984, in Alpár, 1987).

A *szeparáció-individualizáció* második alfázisa a *gyakorlás*, mely a 9–15 hónap között zajlik, a csecsemő tipeg, feláll, de még az anya közelében marad. A voltaképpeni gyakorló fázis a járással indul el, mely gyors differenciálódást indít el az anya testétől, egyben az anyával való kapcsolattartás új módjainak kialakítását teszi szükségessé. *Az anyától való távolodás a környezet tárgyainak explorációját is lehetővé teszi*. A gyakorló fázis *ellentétes-ambivalens érzéseket* mobilizál a csecsemőben, míg az anyától való távolodás szorongáskeltő, addig a világ felfedezésének képessége a mindenhatóság érzését erősíti. A csecsemő szinte „szerelembe esik a világgal", de időnkét visszatér az anyához támogatásért, *„érzelmi feltankolásért"*. A járás képessége jelzi az anya felé, hogy el kell engednie csecsemőjét, és le kell mondania az anyai mindenhatósági érzéséről. Az anyákat ez némi szomorúsággal tölti el, de képesek lehetnek „gyengéd lökéssel" segíteni gyermekük önállósodását. Ebben az esetben az anyák optimális viselkedése inkább a bátorítás, mint a támogatás nyújtása. A *gyakorló* fázis lehetőséget ad a korábbi szimbiotikus fázis elégtelenségeinek korrekciójára, a nagyobb távolság létrejötte csökkentheti a korábbi szoros kapcsolat feszültségeit (Mahler és mtsai., 1984, in Alpár, 1987).

Az *újraközeledés* a harmadik alfázis, mely a 15–18. hónaptól a 24. hónapig zajlik. Ez az a szakasz, amit Mahler is fontosnak tart, és más kutatók is ezzel a szakasszal hozzák kapcsolatba a későbbi patológiák kialakulását. Ebben a szakaszban a gyermek számára egyre inkább tudatosul anyjától való különválása, így újraéled *szeparációs szorongása* és

az anyával való együttlét fokozódó igénye. Ezzel egyidejűleg megjelenik a gyermekben az anyával való *(újra) összeolvadás félelme* is. A gyermek követi anyját, majd elrohan tőle. Az újraközeledés szakaszát a *kapcsolati ambivalencia* jellemzi, melynek megoldása ennek a szakasznak a feladata. Az anya feladata, hogy jól tudjon viszonyulni ehhez az ambivalenciához, melyben a gyermek szeretne az anyával egyesülni, de fél az összeolvadástól, az autonómia elvesztésétől. Ez az időszak a *„dackorszak"*, melyben a gyermek próbálja egyedül megoldani a problémáit, visszautasítva a segítséget, de ugyanakkor mégis igényelve az anya támogató részvételét. Az anya feladata az érzelmi rendelkezésre állás biztosításával támogatni a gyermeket, aki egyedül próbálkozik megoldani a helyzetet, ám szembesül vélt mindenhatósága hiányosságaival. Ezt nevezi Mahler *újraközeledési krízisnek*. A gyermeknek tudomásul kell vennie, hogy szülei önálló lények, és hogy fel kell adnia saját mindenhatósági illúzióját (Mahler és mtsai., 1984, in Alpár, 1987).

Az anyai támogatás segíti a gyermeket abban, hogy ezt a mindenhatósági illúziót fokozatosan el tudja engedni, miközben énfunkciói fejlődhetnek. Nehézséget jelent ebben a folyamatban, ha az anyák fokozottan követik a gyermeket, vagy ha magára hagyják ebben a folyamatban, és nem állnak támogatóan a gyermek önállóságához. Az *újraközeledési krízis* konszolidációját, megoldását jelzi, hogy a gyermek számára fontossá válnak a szülőkkel való interakciók. E folyamatok jelzik a gyermek szülőkkel való azonosulását, azaz, hogy a szülők képe már belsővé vált. Az újraközeledési krízis megoldását segíti a beszédfejlődés elindulása, ami segíti az optimális távolság megtalálását. A szülőkkel való azonosulás és a szabályok belsővé tétele a *felettes-én* kialakulásának kezdete. Összességében úgy tűnik, hogy az *újraközeledési krízis* megoldása nagyban függ a korábbi szakaszok kielégítő voltától, az anya-gyermek kapcsolat minőségétől, főleg a szimbiotikus szakasz pozitív érzelmi minőségétől (Mahler és mtsai., 1984, in Alpár, 1987).

A negyedik alfázis az *egyéniség megszilárdulása* és az *érzelmi tárgyállandóság* kezdete, amely a harmadik életévtől kezdődik. Az egyéniség kialakításában segíti a gyermeket az önmagáról szerzett tapasztalatok összegzése és a szabályok belsővé tétele, azaz a *szelf* és a *felettes-én* kialakulása. Az érzelmi tárgyállandóság kialakulásának feltétele, hogy a pozitív anyakép fokozatosan belsővé válik, a pozitív és a negatív aspektusok integrálódnak, egységes képbe szerveződnek. Mindehhez szükséges a bizalom, mely a szimbiotikus fázis sikerességén múlik. A tárgyállandóság kialakulásának zavarát jelzik az érzelemszabályozás nehézségei, a dühkitörések, melyek a szülőket szabályozóként hívják be a helyzetbe. A tárgyállandóság kialakulása a feltétele az egyéniség megszilárdulásának. Az önértékelés alapja az anyával való pozitív kapcsolat belsővé válása (Mahler és mtsai., 1984, in Alpár, 1987).

A modern csecsemőkutatások eredményei azt bizonyították, hogy a gyerekek kezdettől fogva sokkal aktívabbak a kapcsolat kezdeményezésében, alakításában, szabályozásában, mint azt a korai analitikus gondolkodók feltételezték. Így bár Mahler elméletének több pontját (autizmus, szimbiózis) megcáfolták, az 1–3 éves kor közötti fejlődésről alkotott részletes és szemléletes modellje, különösen az újraközeledési krízis, segít értelmezni az ezzel a korosztállyal foglalkozóknak az anya-gyermek kapcsolatban zajló történéseket, az anya és a gyermek kapcsolati reakcióit. A korai mahleri szimbiotikus fázisnak – amit ma már a fentiek miatt is inkább ráhangolódásnak hívnánk – elégséges volta vagy hiányai magyarázatul szolgálhatnak a későbbi szakaszok nehézségeire vagy reparációs lehetőségeire.

Donald Winnicott – Átmeneti jelenségek, az elég jó anya fogalma

Donald Winnicott (1896–1971) a Brit Pszichoanalitikus Társaság „független" csoportjához sorolódik, mely A. Freud, Klein és követőik mellett, tőlük független analitikusokból állt. Míg A. Freud és Klein elméletében megtartotta a *freudi strukturális modellt*, a „függetlenek" a *tárgykapcsolati modellt* alakították ki, melyben – a csecsemőkori fejlődésből kiindulva – a fejlődés feltétele a környezet támogatása a kapcsolatok által. *A tárgykapcsolati modellben a gondozó már nemcsak a libidinális szükségletek kielégítőjeként fontos, hanem a csecsemő fejlődésének feltétele maga a kapcsolat* (Fonagy és Target, 2005).

Winnicott angol származású gyermekorvos és pszichoanalitikus volt, így sok tapasztalattal rendelkezett az anya-gyermek kapcsolatot illetően. Elmélete szerint *a csecsemő az anya-csecsemő kapcsolatból bontakozik ki. A csecsemő csak az anyai gondoskodással együtt képzelhető el*, melynek fontos eleme az anyai *holding*, a csecsemő belső állapotainak anyai tartalmazása. Az anya csecsemője születésekor az *elsődleges anyai ráhangolódás* állapotába kerül, saját szükségleteit háttérbe szorítva a csecsemő szükségleteire hangolódik, hogy maradéktalanul kielégítse azokat. Ezzel létrehozza a csecsemőben a *szubjektív mindenhatóság* érzését. A csecsemő szükségleteinek zökkenőmentes kielégítése biztosítja a csecsemő számára a *létezés folytonosságát*, mely az autonóm én kialakulásának feltétele. Az anyai alkalmazkodásban az idő előrehaladtával zökkenők jelenhetnek meg, a csecsemő megtapasztalja, hogy anyja tőle függetlenül létező, hogy létezik egy külső valóság, és ő mindkettőtől függ (Winnicott, 2004). Ez elindítja az anya és a csecsemő különválását, melynek fokozatosságában az *átmeneti tér* ad segítséget. *Az átmeneti tér az anya és a csecsemő közti hipotetikus tér, mely a csecsemő belső valósága és a külső valóság között helyezkedik el, a kapcsolat tere.* Ez a hipotetikus tér teszi lehetővé, hogy miközben a csecsemő átéli *szubjektív mindenhatóságát*, azt az *illúziót*, hogy ő „teremti a világot", eközben képes a valóságot is fokozatosan érzékelni. Ehhez kell az *anya mint befogadó környezet*, aki támogató, ha kell, de visszahúzódik, ha már nincs rá szükség, majd alkalmazkodása a csecsemőhöz fokozatosan csökken. Ez a fokozatosság segít megőrizni az *átmeneti teret*, melyben a csecsemő leválása fokozatos, így nem traumatikus (Mitchell és Black, 2000). Ha az anyai alkalmazkodás/befogadás hirtelen és drasztikusan csökken, a *potenciális tér* összeomlik, a leválás traumatikus szeparációvá válik, a *létezés folytonossága* megszakad, az énfejlődés sérül (Winnicott, 1999).

Az anyai befogadó környezet, az *elég jó anyaság* biztosítja a gyermeki én autonómmá válását. A folyamatot jelzi az *átmeneti tárgy* megjelenése, mely *a gyermek számára az anyával való kapcsolatot jelképezi*. A gyermek érzékeli, hogy az anya függetlenedik tőle, viszont az *átmeneti tárgy* kontrollálhatósága biztonságot ad neki, részben segíti megőrizni a *mindenhatóság érzését*, de egyben a valósághoz is kapcsolódik. Tehát az *átmeneti tárgy részben az anyát képviseli, részben a gyermek énjének kiterjesztése*, tehát egyidejűleg a gyermek által teremtett szubjektív anyát és a valóságban létező objektív anyát is képviseli. Az *átmeneti tér* és az *átmeneti tárgy* az *átmeneti jelenségek* csoportjába tartozik. Az *átmeneti élmény* fogalma a kreativitás és a játék terét jelenti, mely figyelembe veszi az objektív valóságot, de lehetőséget ad a *szubjektív mindenhatóság* érzésének is, ez a kultúra és a művészet tere is (Mitchell és Black, 2000).

Winnicott foglalkozik elméletében a *szelf* kialakulásával, ezen belül a *hamis szelffel* (lásd alább kifejtve) és ennek patológiás következményeivel. Elmélete szerint az *elég jó anyaság*, a jól tartó környezet szükséges a *valódi szelf* kialakulásához a *létezés folytonosságának* biztosítása révén. Az anya, ráhangolódva csecsemőjére, annak hangulataira, fizikai megnyilvánulásait célorientáltnak tekinti, jelentést tulajdonít neki, elfogadja és támogatja. A csecsemő megnyilvánulásait ebben a támogatott helyzetben Winnicott *kreatív gesztusoknak* tekinti, melyek a csecsemő által kontrolláltak, így saját megtapasztalását segítik, ez teszi lehetővé a *szelf* kialakulását (Mitchell és Black, 2000). Abban az esetben, ha a környezet nem támogató, nem hangolódik rá a csecsemőre, az anya gesztusai nem „értelmezik" a csecsemő reakcióit, akkor a csecsemőnek kell alkalmazkodni környezetéhez, annak elvárásai szerint. A csecsemő az anya gesztusait követi, mintha az a sajátja volna, és ez vezet a *hamis szelf* kialakulásához. A *hamis szelfből* hiányzik a spontaneitás és a kreativitás. A gyermek saját *valódi szelfjének* gesztusait nem ismerhette meg, ezért a *hamis szelf* a *valódi szelfet* helyettesíti, elfedi. A *valódi szelf* ebben az esetben „üres", nincsenek saját tapasztalások a saját belső állapotokról. A gyermek a későbbiekben keresni fogja azokat a kapcsolatokat, melyek elárasztóak, hogy *szelfjét* a tőlük kölcsönzött erővel, szándékkal feltöltve saját magát létezőnek érzékelhesse (Fonagy és Target, 2005).

Winnicott terápiás megközelítésében feltételezi, hogy a pszichoanalitikus helyzet alkalmas arra, hogy az egyén szubjektivitását újraélessze, az elakadt énfejlődést újraindítsa. Befogadó környezet biztosítását tartja szükségesnek a terápiás helyzetben, a terapeutának rá kell tudni hangolódni a páciens gyermekkori kielégítetlen énje szükségleteire. A páciens belső szubjektív világa újraéledhet a terápiás kapcsolatban, és *szelfje* valós tapasztalatokkal erősödhet (Mitchell és Black, 2000).

Winnicott gyermekorvosként közvetlenül tapasztalta meg munkája során az anya-gyermek kapcsolatot, és analitikusként sok fogalmat alkotott, mely a mindennapi gyermeknevelésben is ismertté vált, ilyen pl. az „elég jó anya" fogalma, mely megnyugtatóan hangzik az anyák számára, támogatja kompetenciaérzésüket. Nem kell tökéletesnek lenniük, elég, ha elég jók. Az anyák és az apák támogatására a londoni BBC rádióban beszélgetéssorozatot indított a gyermeknevelésről, közvetlenül szólva a szülőkhöz. Ez a műsor később könyvformátumban is megjelent (Winnicott, 1964/2000).

A Budapesti Iskola: Ferenczi, Bálint, Hermann

A magyar pszichoanalitikusok a kezdetektől jelentős szerepet töltöttek be a pszichoanalízis fejlődésében. A Budapesti Iskola egyik legjelentősebb képviselője, *Ferenczi Sándor (1873–1933)* szoros baráti és munkakapcsolatban állt Sigmund Freuddal. Bár Ferenczi mesterének tekintette Freudot, és egyetértésre törekedett, az általa képviselt elgondolások több szempontból is új elveket képviseltek. A freudi elgondolással szemben, mely a tünetek okának az elégtelenül megoldott ödipális konfliktust tartotta, *Ferenczi és követői a korai anya-gyermek kapcsolat hiányosságait helyezték a középpontba* (Vikár, 1984).

Ferenczi figyelme a pszichoanalitikus technikán belül a pszichoanalitikus-páciens közti kapcsolatra irányult. Az *indulatáttételt* és a *viszontáttételt* nem az analízist akadályozó tényezőként, hanem *a terápiás munka fontos eszközének tekintette*. A páciens az *indulatáttétel* által újrateremti az analitikus kezelési helyzetben korai kapcsolatainak jellegzetességeit. Az analitikus *viszontáttételi* érzései segítségével képes megérteni a páciens hiányait, kielégítetlen szükségleteit. Ebben a folyamatban Ferenczi a Freud által kívánatosnak tartott semlegességgel szemben az *analitikus beleélését* látta fontosnak a páciens szubjektív világába, mely által kapcsolódni tud a pácienshez. Ferenczi hangsúlyozta a *kapcsolat fontosságát az analízisben*, az analitikusnak a *regresszió* azon szintjén kell kapcsolódnia pácienséhez, ahol a páciens tart. Így, szemben Freuddal, aki nem tartotta alkalmazhatónak az analízist regresszív állapotú pácienseknél, Ferenczi regresszív állapotban lévő páciensekkel is dolgozott. Fontosnak tartotta, hogy *az analitikus és a páciens a terápiában egyenrangú szerepbe* kerüljenek, érzelmileg kielégítő viselkedést tartott hasznosnak az analitikus részéről. Ez az érzelmi viszonyulás és a kapcsolati helyzet hangsúlyozása mint gyógyító/támogató tényező terápiás megközelítések, tágabban értelmezve a segítő kapcsolati munka alapja lett (Haynal, 1987/1996).

Ferenczit kapcsolatközpontú elmélete és pszichoterápiás gyakorlata miatt ma a pszichoanalízis *interszubjektív kapcsolati elméletének* első képviselőjeként tartják számon (Mitchell és Black, 2000; Hédervári-Heller, 2008/2020, lásd az interszubjektív kapcsolati elméletről bővebben Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk II. kötetében).

Ferenczi jelentős elméleti elgondolásai közül a *nyelvzavarról* szólót ismertetem, mint a tanulmány szempontjából leginkább illeszkedőt (Ferenczi, 1932/1997). A *nyelvzavar* Ferenczi szerint a felnőtt és a gyermek között jelenik meg abban az esetben, ha a gyermek gyengédségre vágyik, de a felnőtt a szenvedély nyelvén válaszol, mely traumatizáló a gyermeknek. A folyamat az ödipális helyzet félreértése, ahol az elmélet szerint a lánygyermek az anya szerepébe helyezkedik az apával szemben, közelséget és gyengédséget vár el az apától. Az apa azonban félreérti, saját felnőtt nyelvén szexuális közeledésként értelmezi azt, és ennek megfelelően reagál rá. A gyermeket megriasztja a felnőtt szenvedélyének intenzitása, de a közelség fenntartása érdekében behódol a felnőtt közeledésének, miközben zavart, és szorongást él át. A felnőtt a helyzet után, részben bűntudata miatt elutasítóvá válik, a gyermek pedig a bűntudattal azonosulva próbálja továbbra is fenntartani a felnőttel a kapcsolatot. A gyermek egyszerre érzi bűnösnek és ártatlannak magát, viselkedése zavarttá válik. Ferenczi szerint a gyermek túlingerlése válik traumatikussá, de ugyanúgy traumatikusnak tartja az alulingerlést, az elhanyagolást, a szülő érzelmi odafordulásának hiányát. Ferenczi traumaelméletében megfogalmazódik, hogy a gyermeki traumatizáció hátterében a nem megfelelő szülői bánásmód áll, mely nem hangolódik a gyermek igényére, ez lehet túl- és alulingerlés is (Ferenczi, 1932/1997).

Bálint Mihály (1896–1970) Ferenczi tanítványa volt, szintén a korai anya-gyermek kapcsolat jelentőségét hangsúlyozta. *Őstörés* fogalma a korai kapcsolati sérülést írja le, még az ödipális helyzet előtt, a kétszemélyes anya-gyermek kapcsolatban (Bálint, 1967/1994). *Az agressziót a korai szeretetteli kapcsolat hiányaira adott reakciónak tartja.* A terápiás megközelítésben a már Ferenczi által megfogalmazott *újrakezdést* tartotta fontosnak, hogy a terápiás helyzetben újra megjelenjen a korai, bizalmi kapcsolat. Hangsúlyozta a *regresszió* szerepét, a páciens korábbi kapcsolati szintjére való visszalépést a terápiában,

amely lehetővé teheti *a korai sérülések és hiányok átélését és kielégülését a biztonságos terápiás kapcsolatban*. Az értelmezéssel szemben az *analitikus-páciens kapcsolat minőségét* hangsúlyozza, amely az *újrakezdéssel* biztonságos kapcsolati hátteret ad (Bálint, 1967/1994).

Bálint Mihály nevéhez fűződik a *Bálint-csoport*[5], melyet orvosoknak hozott létre, mivel úgy gondolta, hogy a szomatikus gyógyítási folyamatban is meghatározó az *áttételi-viszontáttételi* folyamat és annak tudatos használata (Haynal, 1987/1996).

Hermann Imre (1889–1984) hosszú és termékeny életutat járt be, melyben a pszichoanalízis mellett kísérleti lélektani, etológiai, etnológiai, antropológiai, mitológiai, szociálpszichológiai ismeretek képezték munkássága alapját (Hermann, 1943/1984). A *megkapaszkodási ösztönről* szóló elmélete *a gyermek anyjához való kapcsolódásának alapvető szükségletét* fogalmazta meg, melyet ösztönnek tekint, de az énfejlődés szempontjából is fontosnak tart. Így ő is ahhoz a *tárgykapcsolati* csoporthoz tartozik, mint a Budapesti Iskola többi tagja, aki *a korai anya-gyermek kapcsolatot a fejlődés alapvető feltételének tartja*. Az *agressziót* a *frusztrált megkapaszkodást következményének tartja* és nem önálló ösztönnek. Úgy véli, hogy a *titok* elszigetelő, magányossá tesz, mivel a nyílt kommunikációt és ezáltal a kapcsolódást – hermanni kifejezéssel – a megkapaszkodást gátolja. A *szégyenről* úgy véli, hogy a környezet által megparancsolt érzés, mely alárendelődést követel (pl. gátolja a szemkontaktust), ezáltal szintén lehetetlenné teszi a megkapaszkodást. A pszichoanalízisről szóló tanulmányai mellett foglalkozott a gondolkodással, a térélmény hatásával, a tehetség és az alkotás pszichológia jellegzetességeivel (Nemes, 1984).

Összegzésképpen, a Budapesti Iskola a korai anya-gyermek kapcsolat középpontba állításán túl kapcsolati szemléletében jelölt ki új megközelítést. Megfogalmazásuk szerint a terapeutának azon a regresszív szinten kell kapcsolódnia a pácienshez, ahol az tart. A viszontáttétel segítségével bele kell élnie magát a páciens helyzetébe a jobb megértés érdekében, és a páciensekkel partneri viszonyra kell törekednie. Ez a megközelítés kifejezetten hasznos olyan kliensekkel, akik esetlegesen aktuális életesemények (pl. normatív: szülés; paranormatív: trauma) miatt regresszív érzelmi állapotba kerülnek. E kapcsolati szemlélet és viszonyulás mindezek miatt is válik kiemelkedően fontossá a szülőcsecsemő konzultációk, terápiák módszertanában (lásd még bővebben: Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk II. kötetében).

[5] A *Bálint-csoportokat* Bálint Mihály körzeti orvosok számára hozta létre, melynek célja az volt, hogy az orvosok szemléletében, hozzáállásában változást hozzon létre, mely lehetővé teszi számukra, hogy az orvos-beteg viszonyt és saját személyiségük szerepét jobban átlássák a gyógyításban (Bálint, 1955/2004; Haynal, 1987/1996). A Bálint-csoport módszertana világszerte elterjedt, hazánkban is elsajátítható a Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság képzésein.

A pszichoanalízis folyamatosan, napjainkban is fejlődő elméleti és módszertani szakterület. A klasszikus elméletek ismerete és értelmezése mellett az 1990-es évektől kezdődően indult el a mentalizációról és reflektív működésről való gondolkodás, amely mind a modern csecsemőkutatások paradigmáiban, mind pedig új terápiás megközelítések kidolgozásában jelentős újítás volt. Mivel a kora gyermekkori lelki egészség témakörök, pl. az érzelemszabályozás alakulásának megértésében ma ez egy kulcsteória, ezért néhány fontos ismeretet foglalunk össze a következőkben.

Mentalizáció, reflektív működés

A mentalizáció és a reflektív működés a korai kötődési kapcsolatban alakul ki, a szelf fejlődésében és az érzelmi szabályozásban játszik alapvető szerepet (Fonagy és Target, 1998). A mentalizáció fogalma szerint magunk és mások viselkedésének megértéséhez *mentális állapotokat, vágyakat, vélekedéseket, szándékokat tételezünk fel magunkban és a másikban*. A mentalizáció az első négy életévben, a korai kötődési kapcsolatokban alakul ki, úgy, hogy a szülő érzelmi jelentést tulajdonít a csecsemő viselkedésének, és ennek megfelelően reagál rá. A mentalizáció kialakulásához szükséges, hogy a szülő képes legyen csecsemőjére hangolódni. A kötődés minősége meghatározza a gyermekben kialakuló mentalizációs képesség színvonalát (Fonagy és Target, 2005; Hédervári-Heller, 2008/2020).

A szülői érzelemtükrözés *szociális biofeedback modellje* (Gergely és Watson, 1998) feltételezi, hogy a *szülői érzelemtükrözés* „megtanítja" a csecsemőt belső állapotainak érzelmi jelentésére. A csecsemő három hónapos kortól megjelenő automatikus érzelemkifejezése összekapcsolódik a szülői tükrözéssel, és ezáltal jelentést kap a csecsemő számára. Ahhoz, hogy a szülői visszatükrözést a csecsemő ne a szülő belső állapotának tartsa, a visszatükrözésnek *jelöltnek* kell lennie, azaz egyfelől a szülő visszatükrözi a csecsemő belső állapotát, de egyidejűleg jelzi, hogy az nem a szülő belső állapota (a csecsemő erős sírására az anya, odalépve hozzá azt mondja: – Jajjaj, nagyon éhesek vagyunk! – és közben mosolyog). A biztonságos gondozó úgy nyugtatja meg a csecsemőt, hogy tükrözést olyan jelzéssel keveri, ami nem egyeztethető össze a csecsemő érzéseivel, tartalmazza a csecsemő érzéseit, de egyben segít szabályozni azokat (Fonagy és Target, 2005). Így a tükrözés az érzelmi állapotok belső képét, reprezentációját hozza létre a csecsemőben, lehetővé téve az érzelmek szabályozását. Amennyiben a szülői tükrözés *nem jelölt* módon történik, a csecsemő azt élheti meg, hogy érzései ragályosak, nem szabályozhatóak, veszélyesek. A környezet reakciója a csecsemő érzelmi állapotára jelzi a csecsemőnek, hogy érzései megoszthatóak. Befolyásolni képes a környezetét, hatást gyakorol rá, mindez alapja a *szelférzés* és hatóerő, *ágencia* kialakulásának.

Fonagy és munkatársai feltételezik, hogy a csecsemő belső állapotait kezdetben úgy éli meg, mintha azok valóságosak lennének és nem a valóság leképeződései, ez a *pszichés egyenértékűségi mód* (Fonagy és Target, 1998; Gergely és Watson, 1998). A csecsemő a szülői visszatükrözés által sajátítja el, hogy a belső érzések és a külső valóság elválasztható egymástól. Ezzel alakul ki a *tettetett mód*, ami a belső és a külső valóságot leválaszt-

ja egymásról (játék közben úgy tesz, „mintha", de tudja, hogy cselekedete játék és nem valóság, saját gondolatait elválasztja a realitástól – Hédervári-Heller, 2008/2020). A kora gyermekkori reflektív funkciót a belső élmények és külső helyzetek közti kapcsolatteremtés két módja jellemzi: a *pszichés egyenértékűségi mód*, melyben a belső élmény és a külső valóság megfelel egymásnak és a *tettetett mód*, melyben a gyermek tudja, hogy belső élményében nem a külső valóság tükröződik. A mentalizáció és a reflektív funkció kialakulásához egyesíteni kell ezeket a módokat, mely által a belső és a külső valóság összekapcsoltnak, de különbözőnek tekinthető, a mentális állapotok reprezentációként élhetők meg (Fonagy és Target, 2005). Ez az integráció a feltétele az érzelemszabályozás kialakulásának. Az integráció létrejöttét a kötődési kapcsolat hiányosságai, a szülői visszatükrözés hibái megakadályozhatják, patológiás fejlődést eredményezve.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy a mentalizációs elmélet a jelenkori pszichoanalízis egyik legismertebb és legszélesebb körben alkalmazott elmélete. Például a szülőcsecsemő konzultációban/terápiában a mentalizációs folyamatok megfigyelése a szülőcsecsemő interakciókban segíti az érzelmi kapcsolat értékelését, a szülői reprezentáció és a reflektív működés megértését (Hédervári-Heller, 2008/2020, lásd bővebben még Hédervári-Heller tanulmányait könyvünkben).

Összegzés és kritikák

A tanulmány zárásaként elengedhetetlen értékelnünk a pszichoanalitikus elméletek hatásait, helyét és értékét, figyelembe véve a kritikákat a pszichoanalitikus gondolkodás jelenlegi érvényességéről. „A pszichológia és a mentális rendellenességek iránt érdeklődők legnagyobb alakjai közül többen tárták fel és vették át a pszichoanalízis vonatkoztatási keretét. Feltehetően azért cselekedtek így, mert az kínálta a gondolatok leggazdagabb tárházát a mentális működés leírásához." (Fonagy és Target, 2005, 328. o.)

Az eredeti freudi gondolatok az ösztönkésztetésekről, az ödipális komplexusról, a szexuális és agresszív késztetésekről mint elsődleges motivációs késztetésekről – elutasításra kerültek (Mitchell és Black, 2000). Ugyanakkor a freudi tanok kritikája nem jelenti a pszichoanalitikus eredmények elutasítását. A tudattalan lelki állapotok viselkedést meghatározó, motiváló jelentősége számos új kutatási területre hatott inspiráló módon. A dinamikus megközelítés, mely szerint a fejlődés kompromisszumkötések sorozata, összhangban áll az idegtudományok és a fejlődési pszichopatológia eredményeivel (Fonagy és Target, 2005). A pszichoanalitikus figyelem, függetlenül a hátterében álló elmélettől, a lelki jelenségek megértésének mélyebb és összetettebb módját teszi lehetővé (Fonagy és Target, 2005). A kora gyermekkori élmények minden pszichoanalitikus elméletben a középpontban vannak, magyarázatot adva a fejlődés és a patológia alakulásának folyamatára (Fonagy és Target, 2005). A pszichoanalitikus fejlődéspszichológia „rekonstruált csecsemő" képéből a csecsemőmegfigyelések és -kutatások eljutottak a „reális csecsemő" képéig, mely alapvetően megváltoztatta a csecsemő- és a kisgyermekkorról kialakult felfogást. Ugyanakkor a „rekonstruált csecsemő" képe segítséget ad a szülő-csecsemő konzultációban a szülőkkel való munkához.

A szülő saját gyermekkorára vonatkozó emlékei a konzultációs folyamatban segíti őket abban, hogy megértsék csecsemőjüket és a hozzá való viszonyukat (Hédervári-Heller, 2008/2020).

A freudi elmélet szemléletváltást hozott, új fogalmakat, módszereket és felismeréseket eredményezve. A tudattalan lelki folyamatok létezésének feltételezésével az elgondolhatóság határa kiszélesedett. Ez jelentős változást hozott a klinikai lélektanban, de lehetővé tette a kognitív kísérleti pszichológia kialakulását is. Ezek az ismeretek a kultúra részévé váltak, meghatározva a mindennapi gondolkodásunkat az emberi élményekről (Mitchell és Black, 2000). Megváltoztatta a csecsemők gondozását, a gyermekekkel való bánásmódot, a szociális gondozást, az oktatást. A pszichoanalitikus elméletek alapgondolatainak megismertetése részét képezi minden olyan képzésnek, melyben az emberi kapcsolatok szerepet játszanak (szociális munka, oktatás, gyógyítás, jogalkotás stb.).

A pszichoanalitikus elméletekkel és kezelésekkel szemben felmerül a vizsgálhatóság és a tudományos igazolhatóság kérdése. Ezen a területen számos törekvés és kezdeményezés van, hogy a pszichoanalízis fogalmai, hatásmechanizmusa vizsgálhatóbbá és tényekkel, adatokkal alátámaszthatóbbá váljanak. Martin Dornes a *csecsemőkutatás* hasznosságát hangsúlyozza, mert véleménye szerint a csecsemőkutatás „pontosabbá teszi a pszichoanalitikus rekonstrukciókat és lehetővé teszi ellenőrzésüket". (Dornes, 1993/2002, 217. o.) Kiemelve a csecsemőkutatás modern eredményeit, véleménye szerint *az érzelmi élet kezdettől fogva differenciált.* A csecsemő- és kisgyermekkutatás pl. a nonverbális viselkedés mikroelemzésével körülhatárolhatóbbá teheti a pszichoanalitikus fejlődéslélektan által leírt jelenségeket: árnyaltabbá válhatnak a gyermekkori események, a régi fogalmak pontosodhatnak, és új megvilágításba kerülhetnek.

Mások (pl. Fonagy és Target, 2005) véleménye szerint a pszichoanalízis alkalmas arra is, hogy integráló tudományként más tudományágak és információforrások eredményeit összegezze a fejlődési pszichopatológia jobb megértése érdekében.

A pszichodinamikus elméletek vázlatos ismeretének hasznossága a nem pszichodinamikusan képzett szakemberek számára

A Sigmund Freud által kidolgozott fogalmak (*tudattalan, trauma, elfojtás, regresszió, felettes-én, indulatáttétel* stb.) ma már a mindennapi élet és a kultúra részét képezik. A fogalmak jelen vannak az emberekkel foglalkozó szakmák (kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok, szociális munkások, pedagógusok, egészségügyi dolgozók stb.) oktatásában és a hétköznapi beszédben is. A freudi elmélet fejlődésének ismerete lehetővé teszi a fogalmak pontosabb használatát. Az emberi kapcsolatokkal és kapcsolatokban dolgozók számára a pszichodinamikus elvek elsajátítása – pl. hogy a cselekvések mögött ellentétes késztetések állnak, és az erősebb késztetés határozza meg a cselekvések kimenetelét – támogatja a kapcsolati folyamatok mélyebb megértését, árnyaltabb átlátását.

Anna Freud fogalmai közül általánosabban ismertnek tekinthető az *elhárító/védekező mechanizmusok, a fejlődési vonalak és a regresszió* fejlődésben betöltött szerepe. Az elhá-

rító mechanizmusok működésének figyelembevételével tekinthetünk a viselkedés mögé, tudva, hogy nem minden az, aminek látszik. (A reakcióképzés elhárító mechanizmusának ismerete például segít megérteni, hogy a testvér születésénél csak pozitív érzéseket mutató kisgyereknél miért jelenhetnek meg tünetek, pl. alvásproblémák.) A regresszió fejlődésben betöltött szerepének ismerete segíti a környezet toleráns viszonyulását. Elfogadjuk, hogy betegségben vagy nagyobb élethelyzeti változásoknál (pl. óvodakezdés, költözés, testvér születése) a gyerekek regresszívebben viselkedhetnek, jobban igénylik a gondozó közelségét, érzelmileg önmaguk elért szintjéhez képest visszaesnek: nyűgösebbek, esetleg elért szobatisztaságukat elvesztik. A szakemberek ennek ismeretében támogathatják a szülőket a gyermek megértésében és a türelmesebb viszonyulásban.

Margaret Mahler modellje a *szeparáció-individualizációról* közismertnek mondható a kisgyerekekkel foglalkozók körében. Szemléletesen és jól követhetően írja le az anya-gyermek kapcsolat változásait a 0–3 éves korban. Segíti megérteni mind a szakembereknek, mind a szülőknek, hogy fejlődési változások esetén a már kialakult egyensúly miért borul fel. Például miért kezd el a gyermek kizárólagosan ragaszkodni anyjához 8 hónapos korban, miközben előtte mások gondozását is elfogadta (lásd idegen félelem, szeparációs szorongás). Az *újraközeledési krízis* ismerete segít megérteni a szakembereknek és megértetni a szülőkkel, hogy miért válik nehezebben kezelhetővé a gyermek 1,5–3 éves kor között: miért válik ismét érzékenyebbé az anya távollétére, miközben gyakrabban mutat szélsőségesebb érzelmi állapotokat is. A szakember támogatásával lehetővé válik, hogy a szülők elfogadják, ezek az érzelmi állapotok és folyamatok a fejlődés velejárói, nem az anyák elutasítását, hanem a gyermeki autonómia alakulását jelzik.

Donald Winnicott fogalmai jól ismertek a köztudatban anélkül, hogy mindezt Winnicott munkásságához kötnék. Ma már elfogadott a világ számára, hogy a gyermek „*átmeneti tárgya*" vagy alvós állata, ahogy ezt az óvodákban hívják, különleges tárgy, rendkívüli fontossággal bír. Elvesztése esetén „mozgalmak" indulnak, hogy jogos tulajdonosához, a gyermekhez visszakerülhessen. Az „*elég jó anyaság*" fogalma is széles körben elterjedt, megnyugtatóan hat az anyák számára, hogy a gondozásban, nevelésben természetesen előforduló zökkenők a gyermekek számára viselhetők, sőt alkalmazkodási folyamataikat és önállóságuk fejlődését is támogatják. Mindezek ismerete és elfogadása a környezet számára lehetővé teszi, hogy a gyermek nézőpontjával azonosuljon.

A Budapesti Iskola már az 1930-as évektől a *korai anya-gyermek kapcsolat* fejlődésben meghatározó szerepét képviselte. Elméletei középpontjában a gyermek érzelmi reakciója áll a felnőtt bánásmódjára. Erre világít rá például Ferenczi Sándor *nyelvzavar* fogalma, mely szerint a gyermek számára a felnőtt intenzív érzelmei traumatikusak. Új szempontot vezet be, miszerint a „kevés" érzelem mellett a „sok", vagyis az érzelmi elhanyagolás mellett az elárasztás is sérülést okoz a gyermek számára. A korai időszakkal való foglalkozás a *regresszív állapotokat* is a figyelem középpontjába állította, megfogalmazva, hogy azon a regresszív szinten kell kapcsolódni a páciensehez, ahol éppen ő tart. Ennek az elvnek az elfogadása különösen segítségünkre lehet az olyan anyákkal való munkánkban, akik anyaságuk kialakulásában elakadtak valamely múltbéli nehézség feldolgozatlansága miatt. Már a probléma meghallgatása és elfogadása is elindíthatja a feldolgozást és az elakadás oldódását, ahogy azt a szülő-csecsemő konzultáció folyamatában gyakran tapasztaljuk.

A *mentalizációs elméletek* felhívják a figyelmünket arra, hogy a gyermek érzelemszabályozása csak a szülő segítségével képes kibontakozni (lásd még bővebben önszabályozás alakulásáról Cs. Ferenczi és Németh tanulmányát a jelen kötetben). A csecsemő, elsajátítva a szülői szabályozási működést (lásd a saját és a másik érzéseinek különválasztása, a másik érzéseinek jelölt visszatükrözése, ezáltal modulálása), képes lesz a későbbiekben saját érzelmeit szabályozni. A folyamatban a szülő jelentést tulajdonít a csecsemő érzelmi állapotainak, azaz mentalizálja azokat. A csecsemő ezt megtanulja, és ennek következményeként magának és másoknak is érzelmi állapotokat, szándékokat tulajdonít, és ez alapján vár el viselkedést a másiktól, szervezi saját viselkedését, kapcsolódását. A konzultációs folyamatokban a konzulens/terapeuta is e folyamatok alapján tájékozódik a szülő-gyermek kapcsolatokban, így válik lehetővé a szülő megerősítése, illetve a szülő-gyermek kapcsolatban szükséges korrekciók közös megértése.

Zárógondolatok

E tanulmány célja egyrészt az volt, hogy betekintést nyújtson a pszichodinamikus fejlődéselméletek alapfogalmainak kialakulásába azon elméletek fejlődésén keresztül, melyek középpontjában az anya-gyermek kapcsolat áll. Másrészt törekedtünk arra, hogy azok a szakemberek kapjanak tájékozódási keretet, akik nem pszichodinamikusan orientált pszichoterápiát folytatnak, de mégis használják a fenti elméletek folyamatait és fogalmait mindennapi gyakorlatukban.

AJÁNLOTT IRODALOM

Dornes, M. (1993/2002). *A kompetens csecsemő. Az ember preverbális fejlődése.* Pont Kiadó, Budapest.
Fonagy, P., Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében.* Gondolat Kiadó, Budapest.
Mitchell, S. A., Black, M. J. (2000). *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története.* Gondolat Kiadó, Budapest.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Alpár, Zs. (1987). *Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1984). Die psychische Geburt des Meschen. Fischer TaschenbuchVerlag, Frankfurt am Main.* Referátum kézirat. MPT Pszichoterápiás szekciója.
Bálint, M. (1967/1994). *Az őstörés.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
Bálint, M. (1955/2004). *Az orvos, a beteg és a betegsége.* Animula Kiadó, Budapest.
Buda, B. (1971). Bevezetés. In Buda, B. (Szerk.) *A pszichoanalízis és modern irányzatai.* Gondolat Kiadó, Budapest.
Dornes, M. (1993/2002). *A kompetens csecsemő. Az ember preverbális fejlődése.* Pont Kiadó, Budapest.
Ferenczi, S. (1932). *Nyelvzavar a felnőttek és a gyermekek között*. In Ferenczi, S. 1997. Technikai írások. Animula Kiadó, Budapest.
Frenkl, S., Rajnik, M. (2007). *Életesemények a fejlődéslélektan tükrében.* Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest.
Fonagy, P., Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében.* Gondolat Kiadó, Budapest.
Fonagy, P., Target, M. (1998). *A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében.* In Thalassa 98/1. Thalassa Alapítvány, Budapest.
Freud, A. (1966/1993). *Normalitás és patológia a gyermekkorban.* Animula Kiadó, Budapest.
Freud, A. (1936/1994). *Az én és az elhárítómechanizmusok.* Párbeszéd Könyvek, Budapest.
Freud, S. (1910/1977). *Pszichoanalízis.* Kriterion Könyvkiadó, Bukarest.
Freud, S. (1900/1985). *Álomfejtés.* Helikon Könyvkiadó, Budapest.
Freud, S. (1905/1995). *A szexuális élet pszichopatológiája.* Cserépfalvi Kiadó, Budapest.
Freud, S. (1905/1982). *Esszék. (A vicc viszonya a tudattalanhoz)* Gondolat Kiadó, Budapest.
Freud, S. (1923/1991). *Az ősvalami és az én.* Hatágú Síp, Budapest.
Gabbard, G. O. (2016). *A pszichodinamikus pszichiátria kézikönyve.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
Gergely, Gy., Watson, J. S. (1998). *A szülői érzelemtükrözés szociális biofeedback modellje.* In Thalassa 98/1. Thalassa Alapítvány, Budapest.
Haynal, A. (1987/1996). *Viták a pszichoanalízisben.* Freud, Ferenczi, Bálint. Thalassa Alapítvány, Cserépfalvi Kiadó, Budapest.
Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia.* Animula Kiadó, Budapest.
Hédervári-Heller, É. (Ed.) (2019). *Eingewöhnung und Bindung. Psychoanalytische und bindungstheoretische Grundlagen für gelingene Eingewöhnungsprozesse in Kindertageseinrichtungen.* Frankfurt am Main, Brandes & Apsel.
Hermann, I. (1943/1984). *Az ember ősi ösztönei.* Magvető Kiadó, Budapest.
Klein, M. (1986/1999). *A szó előtti tartomány.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Mitchell, S. A., Black, M. J. (2000). *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története.* Gondolat Kiadó, Budapest.
Nemes, L. (1984). Hermann Imre Munkássága. In Hermann, I. *Az ember ősi Ösztönei.* Magvető Kiadó, Budapest.
Vikár, Gy. (1984). A pszichoanalízis „Budapesti Iskolá"-ja. In Vikár, Gy. *Gyógyítás és öngyógyítás.* Magvető Kiadó, Budapest.
Winnicott, D. W. (1999). *Játszás és valóság.* Animula Kiadó, Budapest.
Winnicott, D. W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek.* Péley, B. (Szerk.) Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
Winnicott, D. W. (1964/2000) *Kisgyermek, család, külvilág.* Animula Kiadó, Budapest.

Hivatkozás: Danis, I., Kalmár, M. (2020). A fejlődési pszichopatológia alapjai – Kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 108–136.

A tanulmány célja a fejlődési pszichopatológia történetéről, érdeklődési területéről, modern nézőpontjairól és a lelki egészség problémáiról, azok kialakulásának lehetséges alapmechanizmusairól való gondolkodás. Szándékunk továbbá a fejlődést befolyásoló kockázati és védőfaktorok egymásra hatásának, a reziliencia dinamikájának bemutatása is. A reziliencia-szemlélet mint keret és nézőpont a mindennapi támogató munkában a korábban megszokott problémafókuszú vagy deficitorientált perspektíva helyett az erősség- és erőforrás-alapú szemlélet és intervenciótervezés mellett teszi le a voksát. Célunk a fejlődési pszichopatológia és a reziliencia-szemlélet hátterét támogató teoretikus összefüggések és empirikus eredmények összefoglalása, és e szemlélet alkalmazásának ösztönzése a mindennapi gyakorlatban is.

A FEJLŐDÉSI PSZICHOPATOLÓGIA ALAPJAI – KOCKÁZATI ÉS VÉDŐTÉNYEZŐK, SÉRÜLÉKENYSÉG ÉS REZILIENCIA A KORA GYERMEKKORBAN

Danis Ildikó
Kalmár Magda

A fejlődési pszichopatológia fogalma és témái
Hogyan definiáljuk a pszichopatológiát?
Fejlődési pályák, fejlődési útvonalak

A reziliencia
A fejlődési rizikó fogalma és a védőtényezők felfedezése
Alkalmazkodás és kompetencia
A reziliencia feltételét képező promotív és protektív faktorok és folyamatok
A reziliencia dinamikája – a kockázati és védőtényezők interakciói
A reziliencia pályái
A reziliencia mint specifikus vagy általános folyamat
Összefoglalás: mit tudunk ma a rezilienciáról?

A fejlődési pszichopatológia jelentősége az alkalmazott területeken

Zárszó

A fejlődési pszichopatológia fogalma és témái[1]

A *fejlődési pszichopatológia* rendkívül dinamikusan fejlődő szakterület, miközben mindössze négy évtizedes múltra tekint vissza. E tudományág az 1970-es évektől folytatott követéses kutatások eredményeinek összegzésével, a *Child Development* szaklap 1984-ben megjelent *tematikus számával,* majd 1988-ban a *Development and Psychopathology* című szakfolyóirat indításával kezdte el kibontakozását. A terület mozgalmassága szakkönyvsorozatokban is nyomon követhető: mind az először 1990-ben megjelent *Handbook of Developmental Psychopathology* (Lewis és Miller, 1990), mind az először 1996-ban (Cicchetti és Cohen, 1996) kiadott – mára monumentálissá duzzadt négykötetes – *Developmental Psychopathology* kézikönyvek immár a harmadik kiadásnál tartanak (Lewis és Rudolph, 2014; Cicchetti, 2016).

A fejlődési pszichopatológia kifejezetten *multidiszciplináris ág.* Több társtudomány (pl. embriológia, idegtudomány, molekuláris genetika, pszichiátria, kísérleti pszichológia, szociálpszichológia, rendszerelmélet, filozófia) ismeretanyaga mellett *elsősorban az általános fejlődéstudomány és a pszichopatológia fontos koncepcióit integrálja abból a célból, hogy modelleket fogalmazhasson meg a tipikus vagy normatív, illetve a pszichopatológiai fejlődési pályák magyarázatára. A fejlődés egészséges és problémás útvonalainak megértéséhez a fejlődést kockáztató és veszélyeztető, valamint védő és támogató tényezők, így a sérülékenység és a reziliencia meghatározásával, felmérésével, nyomon követésével és több szintű elemzésével járul hozzá.* Egyértelműen *alkalmazott szakterületnek* tekinthető, hiszen központi motivációja, hogy az összefüggések megértésével ne csak a tudományos munkát, hanem a gyakorlatban az egyre hatékonyabb prevenciós és intervenciós programok, diagnosztikai klasszifikációs rendszerek és terápiás kezelések fejlesztését is inspirálja (Cummings és Valentino, 2015; Sroufe, 2013; Cicchetti és Toth, 2009; Hinshaw, 2008; Cicchetti, 2006).

„A fejlődési pszichopatológia nézőpontjának fő feltevése az, hogy *a pszichopatológia fejlődik.*" (Sroufe, 2013, 1215. o.) Egészen az 1960–70-es évekig a gyerekek klinikai zavarainak magyarázatában általában a felnőtt pszichopatológiák *etiológiájára (kórtörténetére)* vonatkozó megfigyelésekből, hipotézisekből, értelmezésekből indultak ki. A fejlődési pszichopatológia pont e tradíció ellen lépett fel. Több évtizede a kutatási és klinikai tapasztalatok folyamatos nyomon követése és integrációja révén *komplex, fejlődésorientált magyarázatokkal szolgál a gyermekkori lelki egészség zavarok kialakulására és lefolyására vonatkozóan.* Míg a tudományág korai történetében egyértelműen a gyermekkor volt fókuszban, mára az *életúti (life span) nézőpontok* beemelésével az időskor, illetve az egész életúton át tartó normatív és pszichopatológiás fejlődés elemzése is a szakterület

[1] A tanulmány nagyban alapoz a szerzők korábbi, a Biztos Kezdet Kötetek I. kötetében megjelent munkájának ismeretanyagára (Danis és Kalmár, 2011). E fejezetben a korábban már ismertetett elméletek, összefüggések egy részének bővebb, mélyebb kifejtése történik, emiatt a könnyebb feldolgozás érdekében ajánljuk a 2011-es tanulmány megismerését. Ugyanakkor szintén előzetes feldolgozásra ajánljuk a kötetben szereplő másik tanulmányunkat a modern alkalmazott fejlődéselméletekről, hiszen mind a fejlődési pszichopatológia, mind annak egyik részterülete, a reziliencia-kutatások ismeretanyaga e fejlődésmodellek alapvetéseire épül.

érdeklődési területévé vált (Cummings és Valentino, 2015; életúti és élettörténeti nézőpontokról bővebben lásd Danis és Kalmár másik tanulmányát a jelen kötetben).

Cicchetti korai tanulmányában (1990, 20. o., id. Cicchetti, 2006, 2. o.) fogalmazza meg a szakterület hitvallását: „A fejlődési pszichopatológiának több vizsgálati területet kell összekötnie, a teljes életúttal kell foglalkoznia, segítenie kell új összefüggések felismerését a sikeres és a problémás alkalmazkodás mögött húzódó folyamatokkal kapcsolatban, valamint a legkiválóbb eszközökkel kell támogatnia a pszichopatológia megelőzését, enyhítését. … A tudományágnak nagyban hozzá kell járulnia ahhoz, hogy csökkenthessük a kettősséget a gyermekkori és felnőttkori rendellenességek klinikai vizsgálata és kutatása között, a viselkedés- és a biológiai tudományok között, a fejlődéspszichológia és a pszichopatológia között, valamint az alap- és az alkalmazott tudományok között."

A fejlődési pszichopatológia tehát mindenképpen innovatív szerepet vállal fel a kifejezetten multidiszciplináris szakágak körében, ugyanis *a teljes életkori spektrumban szeretné legnagyobb komplexitásában megérteni az emberi viselkedés fejlődését*.

A szakterület él néhány olyan feltételezéssel, amelyet képviselői ma már evidenciaként kezelnek (Cicchetti, 2006; Cummings és Valentino, 2015):

- Egy gyermeknél megfigyelhető és diagnosztizálható *pszichopatológia* nem a gyermek betegsége vagy sajátossága, hanem *maladaptív (az alkalmazkodást hátráltató) működési folyamatokkal leírható jelenség*.
- Ahhoz, hogy megértsük a gyerekek maladaptív reakcióit, feltétlenül *ismernünk kell az adaptív (alkalmazkodást segítő), normatív reakciók spektrumát*.
- Az *idővel párhuzamosan mind az adaptív, mind a maladaptív reakciómódok fejlődnek és változnak*, ezért értelmezésükkor az általános fejlődési és komplex környezeti folyamatok mérlegelésére van szükség (lásd bővebben Danis és Kalmár másik tanulmányát a jelen kötetben).

A fejlődési pszichopatológia érdeklődési köre széles. Kiterjed globálisabb, általánosabb fejlődési kérdésekre, valamint konkrét klinikai zavarok teoretikus és empirikus elemzésére. Néhány dilemma és feladat központinak tűnik (Hinshaw, 2008; bővebben még ezekről a témákról: Cicchetti, 2006; Cicchetti és Toth, 2009), amelyek a következők:

- Az *egészséges és a kóros fejlődés egymás melletti, összefüggő tanulmányozása* és az eredmények szintézisének szükségessége a jelenségek megértéséhez,
- *tulajdonságok/vonások/sajátosságok, komplex viselkedési mintázatok, érzelmi reakciók, klinikai zavarok folytonosságának és változásának vizsgálata* a fejlődés során,
- az érvényesülő *kockázati és védőtényezők feltárása, ezek kölcsönhatásainak értelmezése*, amelyek segítségével megérthető a kompetens és reziliens működés (lásd alább a Reziliencia alfejezetet), valamint a pszichopatológia és a funkcionális károsodások dinamikája,
- a *reciprok tranzakciós modellek alkalmazása*, amellyel az okozati összefüggések lineáris mintázatainak helyébe *valószínűségi, dinamikus, nem-lineáris és komplex modellek* kerülnek (lásd alább a Fejlődési pályák alfejezetet),
- *mind a pszichobiológiai, mind a társadalmi/kulturális összefüggések fontosságának felismerése* a viselkedéses és érzelmi funkciók mintázatainak megértésében. (Az alkalmazott fejlődéselméletekről lásd bővebben Danis és Kalmár másik tanulmányát a jelen kötetben.)

Mint látjuk, a szakterület megközelítésében a *több szinten zajló folyamatok és a tágabb társas-ökológiai környezet szerepének hangsúlyozása* jelentős. A fejlődési és a környezeti tényezők (Bronfenbrenner, 1979, 1986) mérlegelése nemcsak a klinikai zavarok megértésében, hanem a diagnózisalkotásban és az intervenciótervezésben is elengedhetetlen, hiszen dinamikus kölcsönhatásokat feltételezünk a gyermek és a környezete között (Sameroff, 2009). A fejlődő egyén saját élményeinek, tapasztalásainak mozgatórugója. A környezet nem csupán megteremti az egyén élményeit, az egyén saját maga is alakítja környezetét és az abból származó tapasztalatokat (Scarr és McCartney, 1983). *Az interakció tehát mindig a folyamatosan változó és fejlődő egyén, illetve a folyamatosan és dinamikusan változó környezet között zajlik, így a nehezített alkalmazkodás is ebben a tranzakcióban képzelhető el* (lásd Sameroff munkáit bővebben Danis és Kalmár másik tanulmányában a jelen kötetben). *A maladaptív működés az egyén sajátosságainak, adottságainak, alkalmazkodási történetének és a jelen kontextusnak az eredője* (Cicchetti, 2006).

„A fejlődés több eseményt és folyamatot szabályoz, és önmaga is több olyan esemény és folyamat által szabályozott, amelyek egyidejűleg és az idő múlásával párhuzamosan történnek az elemzésünk több szintjén." (Cummings és Valentino, 2015, 570. o.) Mivel *a fejlődés egyre differenciáltabb és integráltabb szintek felé halad*, ebben a logikában követhetők nyomon a folytonosság és a változás hullámai a normatív és a pszichopatológiai fejlődésben is az életút során (Cummings és Valentino, 2015).

Egy adott történelmi kor fejlődéselméletei mindig tükrözik az egyénekről, a világról és a környezet hatásairól szóló általános nézeteinket, feltételezéseinket, így a rendellenes működésről és fejlődésről kialakult nézeteink is ezen alapulnak (Lewis, 2014). A ma érvényes fejlődéselméletek (lásd Danis és Kalmár másik tanulmányát a jelen kötetben) lényege az, hogy a fejlődés variációinak magyarázatára törekszenek, hangsúlyozva az egészséges és az atipikus vagy zavart mutató fejlődés közötti határ viszonylagosságát.

A mikro- és makroszintek integrálásával kaphatunk egyre tisztább képet. Fontos feladat, hogy összefüggést találjunk a génhatások, a neurotranszmitterek működése, az agy neuroanatómiai fejlődése, valamint a temperamentum, a társas megismerés és az érzelmi válaszok mintázatai között *(alulról felfelé, „bottom-up" folyamatok)*. Ugyanígy fontos értenünk azt, milyen módon képesek hatni a családi interakciós minták, a testvérkapcsolatok, az iskolai élmények, a környező kisközösségek a formálódó, plasztikus agy és a génexpresszió szintjére *(felülről lefelé, „top-down" folyamatok)* (Hinshaw, 2008).

A tapasztalatfüggő, környezeti hatásokra érzékeny agyi fejlődés az ún. szenzitív periódusokban kifejezetten nyitott a viselkedéses és érzelmi funkciók változására. A környezeti hatások (minőségüktől függően) és az agy strukturális változásai körkörös tranzakcióban erősíthetik vagy enyhíthetik a klinikai zavarok kialakulásának vagy fennmaradásának esélyét is. Ebben az értelemben kétirányú plaszticitásról beszélhetünk, ez adja a sérülékenység és a reziliencia vagy felépülés lehetőségeinek neurobiológiai hátterét (Cicchetti, 2006; Cicchetti és Toth, 2009).

Korábban, a tudományág kibontakozásának idején elsősorban a klinikai lelki egészség zavarok és a nehezített alkalmazkodás bejóslására szolgáló prediktorok és indikátorok azonosítása volt a cél. Ma sokkal inkább a klinikai zavarok megjelenéséhez és adott lefolyásához vezető interaktív folyamatoknak a leírása és vizsgálata képezi a fejlődési pszichopatológia tárgyát. A szakterület fő kérdései tehát a következők (Cicchetti és Toth, 2009):

- Melyek azok a faktorok, amelyek egy adott zavar kialakulásának útjára terelik a fejlődést (lásd *etiológia* és a pszichopatológia fejlődésének magyarázó modelljei)?
- Mi különbözteti meg a zavart mutató gyerekcsoportokat azoktól, amelyeknél semmiféle zavar nem jelentkezik, akik esetében egészségesnek és tipikusnak bizonyul a fejlődés (lásd *diagnosztika*)?
- A problémás csoportban mi különbözteti meg a különböző zavarokat mutató gyerekeket egymástól (lásd *differenciáldiagnosztika*)?

E tanulmányunkban a pszichopatológia és az egészségesség fejlődésének magyarázó modelljeivel foglalkozunk, diagnosztikai kérdéskörökről lásd bővebben Danis tanulmányát a jelen kötetben.

Hogyan definiáljuk a pszichopatológiát?

A fejlődési pszichopatológia nézőpontja szerint a *zavar* nem egy adottság vagy kategória, sokkal inkább *fejlődési eltérésként vagy kisiklásként értelmezhető*, mivel a maladaptív folyamatok mintázatait tükrözi. Sroufe (1997) után *a klinikai zavarokat adaptációs hibákként értelmezhetjük*.

A fejlődés az időben az egészséges/tipikus és a rendellenes/atipikus közti kontinuumon zajlik (mindenkinél a kontinuum más-más szegmenseiben). Ugyanakkor a fejlődés nem teljesen egyvonalú, lehet hullámzó, hiszen a széles és sokszínű szegmensbe tartozó normatív/tipikus fejlődés során is regisztrálhatók nehézségek és problémák. Diagnózist a problémák súlyossága, tartóssága és egyéb jellemzői alapján lehet felállítani, amennyiben a gyermek fejlődése az egészségestől egyértelműen eltérő pályára kerül (Hinshaw, 2008; Cummings és Valentino, 2015).

Statisztikai értelemben *a pszichopatológia a természetben megfigyelhető fejlődési kontinuum vagy eloszlás extrém értékein értelmezhető*. Ugyanakkor a fejlődési pszichopatológia képviselői nagyon is érdeklődnek az átlagos és az extrém viselkedéses jellemzők közötti variációk iránt is. Bár egyes gyermekek egy adott időpontban nem mutatnak még klinikai zavarra utaló tüneteket, mégis olyan jellemzőkkel bírnak, amelyek egy későbbi időpontban elmozdulhatnak a szélsőséges viselkedésformák irányába. Huzamosabb ideig *kompenzáló folyamatok* csitíthatják el a tünetek megjelenését, azonban később, nehezített élethelyzetekben a tünetek erősödhetnek, és elérhetik a klinikai zavar szintjét (Cicchetti, 2006; lásd még a mozgó rizikó jelenségét alább kifejtve).

Fejlődési pályák, fejlődési útvonalak

Több szinten és több tényező között zajló tranzakciós folyamatokat feltételezünk, amelyek az idő folyamán a fejlődést alakítják (Sameroff, 2009; Sameroff és Fiese, 2005). Individuálisan a gyermekben is több szinten és területen zajlik a fejlődés és a változás, és mint aktív ágens lép kapcsolatba környezetének számos szintjével és színterével (család,

közösség, etnikai, kulturális csoport, még szélesebb ökológiai hatások; részletes elemzést lásd Danis és Kalmár másik tanulmányában a jelen kötetben). Éppen ezért *az individuális jellemzők önmagukban csak korlátozottan képesek magyarázni a gyermekek viselkedésének és egyéb fejlődési jellemzőinek változatosságát.* Ma már azt gondoljuk, hogy *a klinikai zavarok, de az egészséges működés is rengeteg, több szinten érvényesülő kockázati és védőfaktor együttmozgásából, összjátékából adódik, a konstellációk pedig folyamatosan változnak az időben* (Cummings és Valentino, 2015). Vagyis *mind az egészséges, mind a patológiás fejlődés mögött a dinamika azonos, csupán az arányok és az éppen érvényesülő mögöttes mechanizmusok lesznek azok, amelyek eltérítik a fejlődést az egészséges pályáról.* Az egyéni fejlődési pályák a fejlődési területeket, folyamatokat és működéseket jellemző dimenziókon belül zajlanak, ráadásul dinamikus mozgásban, így elképzelhetjük, milyen bonyolult és sokszínű a normatívnak vélhető fejlődés is.

A fejlődési pszichopatológia képviselői kutatásaikban statisztikai modellekkel próbálják meg leírni, magyarázni (előre jelezni, bejósolni) a pszichopatológiák és a megzavart fejlődési pályák mögött húzódó okokat és ezek összefüggéseit. Erre azért van szükség, hogy a kellő számú megbízható, egymással összhangban álló eredmények nyomán *evidence-based (tudományos alapokon nyugvó) intervenciókat* tudjunk tervezni.

Mivel egy-egy fejlődéstörténet, sőt egy-egy időpontban megfigyelhető állapot mögött a lehetséges okok és háttértényezők nagyon komplex konstellációit feltételezhetjük, ezért a leíró és magyarázó modellekben helyet kell kapjanak az ún. mediáló (közvetítő) és moderáló (módosító) tényezők (Hinshaw, 2008; Cummings és Valentino, 2015).

- *Moderáló (módosító) hatást* akkor azonosítunk, ha egy megfigyelt összefüggés vagy fejlődési pálya, trend csak bizonyos csoportokra érvényes (pl. lányokra igen, de fiúkra nem; óvodáskorúakra igen, de tipegőkre nem), vagy a csoportokra jellemző összefüggés az irányt vagy az intenzitást tekintve jelentősen különbözik (pl. a lányok növekedést mutatnak az idővel egy sajátosságban, míg a fiúk „stagnálnak", nem változnak az adott sajátosságban a kutatás ideje alatt). Az idő és a krónikusság szempontja is ilyen moderáló tényező lehet: pl. azokra a fiatal felnőttekre, akik tartósan éltek gyermekkorukban bántalmazó környezetben, gyakrabban jellemző átfogó személyiségzavar, mint azokra, akik egy rövid életszakaszban voltak kitéve bántalmazásnak.

- *Mediátor (közvetítő) hatásról* pedig akkor beszélünk, amikor egy adott tényező hatását valamilyen mögöttes mechanizmus közvetíti a magyarázni kívánt kimenet felé. Pl. a társadalmi helyzet (és kiemelten a szegénység) kockázati hatása a gyermeki fejlődésben évtizedek óta fontos témája az alkalmazott fejlődéskutatásoknak. Ha egy kutatásban azt találjuk, hogy a lakhely típusa – lásd falu vs. város – összefüggésben áll a gyerekek szocio-kognitív fejlettségi szintjével, kiderülhet, hogy nem önmagában a lakhely típusa magyarázza az összefüggéseket, hanem a lakhely negatív hatását számos más, a lakhely típusából adódó változó, pl. a társas izoláció, a kapcsolati háló szűkössége vagy épp a tárgyi környezet korlátai közvetíti.

Az egészségesség és a pszichopatológia egy másik fontos kérdésköre az életúton át húzódó folytonosság vagy változékonyság. A fejlődés mutathat *folytonosságot, stabilitást* bizonyos jellemzőkben, míg másokban nagyfokú *változást, instabilitást* érhetünk tetten. A fejlődési pszichopatológia használja a homotipikus és a heterotipikus folytonosság fogalmát (Hinshaw, 2008; Sroufe, 2013; Cummings és Valentino, 2015).

- A *homotipikus folytonosság* azt jelenti, hogy az életút különböző pontjain nagy hasonlóság mutatkozik a viselkedésben, egy adott, megfigyelt jellemzőben vagy a zavart működésben. Pl. hevesen dacos kisgyermeknél később gyakoriak a dühkitörések iskoláskorban, majd hevesen lázadó kamasszá válik. Ebben az esetben az impulzivitás és az indulatszabályozás nehézségei nagyon hasonlóan jelennek meg az életút különböző szakaszaiban.

- A *heterotipikus folytonosság* sokkal gyakoribb a természetes fejlődésben, ilyenkor a viselkedés mögöttes jelentésében és szerveződésében találunk időbeli koherenciát, de nem feltétlenül a konkrét viselkedésben. Pl. egy gyermeknél kisgyermekkorban szeparációs szorongás, iskoláskorban hangulati zavarok és agresszív viselkedés, majd fiatal felnőttként pánikproblémák alakulnak ki egy-egy szeretett személy elvesztése után. Ebben az esetben a hasonlóság a veszteségekre adott megszokottnál magasabb fokú érzelmi instabilitás, de a megjelenési formák nem hasonlítanak nagymértékben.

Mindebből az következik, hogy *a fejlődés egy későbbi pontjának állapotát a fejlődés korábbi pontjai előre jelezhetik.* A pszichopatológia szempontjából ez azonban gyakran nem a korábbi szinten tapasztalt zavarok vagy tünetek megismétlődését jelenti. A folytonosság inkább a fejlődés aktuális állapota és a különböző hatótényezők által kijelölt valószínűségi útvonalakon érvényesül (Hinshaw, 2008; Sroufe, 2013; Cummings és Valentino, 2015).

A *többtényezős okság* fogalmának megismerésével válhat érthetővé a pszichopatológiák fejlődésének sokirányúsága. Már Bowlby korai munkájában (1973, in Sroufe, 2013) ír e fogalomkör jellemzőiről. Számos megállapítását ma is elfogadja a fejlődési pszichopatológia:

- Bármely kiindulási pontnak lehet számos lehetséges következménye (multifinalitás).
- Többféle kiindulás vezethet el azonos kimenetelhez (ekvifinalitás).
- A változás az egész fejlődési úton lehetséges.
- A változás attól függően korlátozott, hogy mennyi ideje követ egy utat az egyén.
- A patológia a funkcionális útvonalaktól való tartós eltéréssel definiálható.

Vagyis *a pszichopatológiában többszörös pályákat feltételezünk. Különböző útvonalak vezethetnek hasonló viselkedéses vagy érzelmi problémákhoz (ekvifinalitás), és egy adott időpontban megfigyelhető állapot számos fejlődési útvonalat rajzolhat ki a közeli és távoli jövőben (multifinalitás)* (Hinshaw, 2008; Cicchetti, 2006; Cicchetti és Toth, 2009).

Az ekvifinalitás-multifinalitás koncepciója az *általános rendszerelméletből* (Bertalanffy, 1968, lásd bővebben Danis és Kalmár másik tanulmányát a jelen kötetben) származik. A nyitott, környezetükkel kommunikáló rendszerekben (ilyen az egyén és a család is, attól függően, mi a megfigyelési egységünk) az egy adott állapothoz vezető útvonalak sokasága megszámlálhatatlan, és ugyanígy egy adott állapotból származó következmények is nagy változatosságot mutatnak. Vagyis *egy adott kedvezőtlen életesemény nem feltétlenül vezet mindenkinél ugyanahhoz a pszichopatológiai kimenethez, a fejlődési pályákon hozott döntések és választások a hatékony és a nehezített alkalmazkodás nagyon különböző mintázatait eredményezhetik* (Cicchetti és Rogosch, 1996).

„*A fejlődési útvonalak a múltbeli fejlődési működés, az egyén jelenlegi működése és a fejlődési kontextusok (például család, közösség, iskola, kulturális környezet) között zajló dinamikus, kölcsönösen egymást befolyásoló kapcsolati tranzakciók sorozatából adódnak. Így a pszichopatológia etiológiája az együttműködő rendszerek komplex okozati mintázatát tükrözi, amelyben a maladaptív működés nem egy betegség, hanem a fejlődés kimenetele.*" (Cummings és Valentino, 2015, 580. o.)

Pickles és Hill (2006) a fejlődési útvonalakról összefoglalóan a következőket állapítják meg:

- A fejlődés során a relatív *folytonosságot* és a relatív *változást* mutató szakaszok váltják egymást.
- Egy adott fejlődési útvonalon a működést *befolyásoló tényezők és folyamatok is változhatnak*.
- Az idő folyamán a fejlődési pályák *változási dinamikája, iránya is megváltozhat* (pl. stagnálások, regressziók, romlás után javulás, felépülés stb.).
- A gyermek egy bizonyos időpontban bizonyos kockázatra adott reakciója néha eredményezhet későbbi *megerősítő („acélosító") hatásokat (rezilienciát,* lásd alább részletesen kifejtve), vagyis hosszabb távú előnyökkel járhat, még ha az aktuális kihívásokkal való megküzdésben ez nem is figyelhető meg (bővebben: Rutter, 2012).
- *A fejlődést befolyásoló dinamikus folyamatok relatív magyarázó ereje is változhat* egy fejlődési útvonalon.

A következő alfejezetben a fejlődési pszichopatológia egyik kulcstémájának vázlatát mutatjuk be: a reziliencia jelenségével foglalkozunk. A jelenség felismerése, leírása ma már a gyakorlati munkában kamatoztatható szemléleti iránnyá nőtte ki magát, ezért is érdemes részletesebben foglalkoznunk a témakörrel.

A reziliencia[2]

A fejlődési pszichopatológiának, illetve egyik kulcstémájának, a reziliencia-nézőpont fejlődésének többek között olyan első generációs kutatók adtak inspirációt az 1970-es évektől, mint Norman Garmezy, Michael Rutter, Emmy Werner, Glen Elder, Arnold Sameroff, Ed Zigler, Byron Egeland, Alan Sroufe, míg a második generációban Dante Cicchetti (Sroufe és Garmezy mentoráltja), Suniya Luthar (Zigler tanítványa), Ann S. Masten (Egeland és Sroufe tanítványa) munkáit érdemes nyomon követni (Masten és Tellegen, 2012).

A korai reziliencia-kutatás az 1970-es évektől eredeztethető, Garmezy (1974) klasszikus vizsgálatától, amelyben skizofrén szülők gyermekeinek fejlődését követte nyomon. A hosszan követett gyerekcsoportban rálelt egy olyan alcsoportra, akiknél annak ellenére, hogy nagy kockázatnak voltak kitéve, nem alakult ki súlyos pszichopatológia (Luthar és mtsai., 2015; Ungar és mtsai., 2013).

A reziliencia legtöbb korai kutatója (Garmezy, Rutter, Werner) olyan klinikusok voltak, akik szerették volna minél pontosabban érteni a pszichopatológiák kórtörténetét, meghatározni azokat a biológiai vagy környezeti tényezőket, amelyek sérülékennyé, sebezhetővé tesznek egy szervezetet. Céljuk volt ezzel együtt megtalálni a leghatékonyabb kezelési módszereket is.

Gyakorlati tapasztalataik szerint a stressznek való kitettség általában viselkedési problémákat jelzett előre, ugyanakkor ez nem következett be minden gyermeknél. Amikor a követéses vizsgálatok során sikerült elkülöníteni azokat a csoportokat, amelyekben a gyerekek nehezített körülmények hatására is jó adaptációt mutattak, elkezdtek érdeklődni a „sebezhetetlen" alcsoport fejlődése mögött húzódó dinamikák iránt. A *stresszel szembeni ellenálló képességet (rezilienciát)* három párhuzamosan jelenlévő folyamattal definiálták:

- *A stresszteli életesemények, kedvezőtlen élettapasztalatok, traumák vagy tartós, veszélyeztető háttér ellenére*
- *a gyermek kompetens működést mutat, és ez*
- *a gyermek vagy közvetlen környezetének olyan kapacitásaira hívja fel a figyelmet, amelyek a sikeres alkalmazkodást, a stresszel szembeni ellenállást lehetővé teszik* (Cicchetti, 2006; Masten és Tellegen, 2012; Luthar és mtsai., 2015).

Ez a reziliencia klasszikus és a mai napig elterjedt értelmezési kerete (lásd a további definíciókat a következő keretes szövegben).

[2] A hazai érdeklődés is egyre nagyobb a reziliencia kérdésköre iránt. Kiváló összefoglaló tanulmányok születtek az elmúlt néhány évben, amelyekben szintén érdemes tájékozódni: pl. Ribiczey, 2008; Szokolszky és V. Komlósi, 2015; Szabó, 2017; Az Alkalmazott Pszichológia folyóirat 2015/1 tematikus száma.

A reziliencia néhány definíciója

„A reziliencia a kihívások vagy veszélyeztető körülmények ellenére megfigyelhető sikeres alkalmazkodás folyamata, képessége vagy kimenete." (Masten és mtsai., 1990, 425. o.)

„A reziliencia egy dinamikus folyamat, amely magában foglalja a jelentős hátrány ellenére tapasztalható pozitív alkalmazkodást." (Luthar és mtsai., 2000, 543. o.)

A reziliencia „multidimenzionális tulajdonságok halmaza, amelyek a környezet, az idő, az életkor, a nem és a kulturális háttér szerint is változhatnak, csakúgy, mint az egyén különböző életkörülményei esetén." (Connor és Davidson, 2003, 76. o.)

A reziliencia „dinamikus rendszer, amely jelentős fenyegetések esetén képes ellenállni vagy helyreállítani stabilitását, életképességét vagy fejlődését." (Masten és Cicchetti, 2010, 494. o.)

A fentivel összhangban a *reziliencia-kutatások* három fő kérdéskörét is e halmazok jelölik ki. A vizsgálatok során szeretnék feltérképezni, hogy

- *milyen kihívások és kockázati tényezők fejtik ki hatásukat,*
- *a negatív hatások milyen terület sérülésében, diszfunkciójában érhetők tetten,*
- *és melyek azok a folyamatok, amelyek a kedvezőtlen feltételek mellett mégis pozitív kimenetet biztosítanak, és ezzel erősítik meg a reziliens működés hipotézisét* (lásd 1. táblázat, Masten és Barnes, 2018 alapján).

1. táblázat A reziliencia-kutatások három fő témaköre: a kockázatok, a kompetenciák és a támogató/védő tényezők vizsgált területei (Masten és Barnes, 2018, 4. o. alapján)

Mik a kihívások?	Hogyan működik az egyén?	Milyen folyamatok segítik a sikert?
Kockázatok	Az alkalmazkodás sikerének kritériumai	Támogató és védőtényezők
Trauma Elhanyagolás Kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok (ACE; Adversed Childhood Experiences) Szegénység Természeti katasztrófa Háború	Fejlődési feladatok Lelki egészség Fizikai egészség Boldogság Iskolai/Munka teljesítmények Gondoskodás	Neurobiológiai Viselkedéses Családi vagy kapcsolati Közösségi Kulturális Társadalmi

Az alábbi fejezetekben röviden érintjük ezt a három területet, a fejlődési rizikó fogalmát, a kompetens működés ismérveit és az ezeket támogató védőfaktorok szerepét.

A fejlődési rizikó fogalma és a védőtényezők felfedezése

A fenti definíció szerint *a reziliencia jelenségének első feltétele tehát, hogy a kockázati faktorok jelenléte bizonyított legyen.* A tudományág korai fejlődésekor – összhangban az akkor elterjedt medikális modellel – a kockázati és veszélyeztető faktorok felismerése és nyomon követése volt az elsődleges célkitűzés, olyan tényezőknek a felderítése, amelyek egyértelmű (statisztikailag igazolt) összefüggésben állnak az alkalmazkodás és a funkcionálás problémáival. A *lineáris oksági viszonyok feltételezése* elterjedt volt ebben az időszakban. Bár a fejlődési állapotok előrejelzésében a kockázati kérdéskör a mai napig rendkívül fontos, később egyértelmű célkitűzéssé vált a pozitív folyamatok, védőfaktorok és védőmechanizmusok integrálása a fejlődési pszichopatológiai modellekbe (lásd később részletesen kifejtve). A szakterület így jutott el a *sérülékenység mellett a reziliencia fogalomköréhez* is (Luthar, 2006; Cummings és Valentino, 2015).

Az oksági kapcsolatok összetettségének felismerését tükrözi a szakirodalomban az a tendencia, hogy az elmúlt évtizedekben az *„ártalmas", „károsító" hatásokra* való hivatkozás egyre inkább átadta a helyét a *„rizikó", „kockázati" vagy „veszélyeztető" tényezők* taglalásának. A *fejlődési rizikó (kockázat)* az alkalmazott fejlődéspszichológia számára kitüntetett fontosságú fogalom. *A kockázati tényező jelenléte megnöveli a károsodás bekövetkezésének valószínűségét*, de egyéni szinten ennek bejóslására csak egyéb feltételek számbavételével lehet vállalkozni. Bizonyos tényezők fokozzák a veszélyt, mások viszont esélyt adhatnak arra, hogy a rizikó által érintett egyén elkerülje a negatív kimenetelt. Így a rizikó mellé a szakirodalomba bevonult a *protektív (védő-)faktor* fogalma is (lásd majd bővebben az erről szóló alfejezetet). *Mai tudásunk szerint a rizikó- és a védőfaktorok arányában számíthatunk az egyén sérülékenységére vagy ellenálló képességére* (Cicchetti, 2006).

Azt, hogy a kockázatok mennyiben befolyásolták az egyén fejlődési perspektíváit, csak hosszú távú követéssel lehet megállapítani. *Egyrészt az aktuális fejlődési pálya függvényében változik, hogy van-e és milyen nyoma van az egyén állapotán a korábbi hatásoknak, másrészt a fejlődés folyamán bármikor megjelenhetnek a korábbi hatásokkal interakcióba lépő további veszélyeztető és védő tényezők.* Ennek a bonyolult mechanizmusnak az értelmezésére javasolta már az 1980-as évek végén Gordon és Jens a *„mozgó rizikó" modellt* (Gordon és Jens, 1988; Jens és Gordon, 1991). Ez a modell arra hívja fel a figyelmet, hogy ha a veszélyeztetettség nyomai a fejlődés valamelyik állomásán nem mutatkoznak meg, az nem garancia arra, hogy az érintett gyermeknél a későbbiekben – új feltételek hatására, de az eredendő rizikótényezőktől nem függetlenül – nem fognak újra problémák jelentkezni. Ez az oda-vissza lépés többször is megismétlődhet.

Hosszú távú longitudinális vizsgálatok megvalósításához rengeteg technikai nehézséggel kell megküzdeniük a kutatóknak, ezért a szakma érthetően nem bővelkedik a megbízható információkban. A rizikó- és a védőfaktorok működéséről először az a nagyszabású kutatás szolgáltatott számos tanulságot, amelyet Emmy Werner és munkatársai 1955-ben kezdtek el a Hawaiihoz tartozó Kauai nevű szigeten. A kutatásban (*Kauai Longitudinal Study*) az 1955-ben született kohorszot (698 gyereket) követték 30 éves korukig, egészen rendkívüli hatásfokkal, mivel az eredeti csoport 80%-át sikerült elérniük (Werner, 2000; Werner és Smith, 1992, 2001).

A Hawaii projekt (lásd az alábbi keretes szöveget) a követés kivételesen hosszú tartama, a minta mérete és az adathalmaz sokoldalúsága révén olyan jelentős összefüggésekre derített fényt, amelyek iránymutatóak voltak az alkalmazott fejlődéspszichológia és a fejlődési pszichopatológia körébe sorolt alapvető problémák megoldásához. A Hawaii vizsgálat egyik legfontosabb tanulsága az volt, hogy a védőmechanizmusoknak köszönhetően a rizikós alminta 1/3-ának – fiatal felnőttként – teljesítménye és a társadalomba való beilleszkedése szempontjából nem különbözött szerencsésebb körülmények között induló kortársaiétól. Ez az eredmény nagy nyomatékkal támasztotta alá Rutternek (1986) azt az irodalom áttekintésére alapozott korai megállapítását, hogy *még az igen súlyos rizikótényezőknek kitett gyerekek között is mindig vannak szép számmal olyanok, akik elkerülik a maradandó következményeket.*

A Hawaii projekt jelentősége a korai reziliencia-kutatásban

Emmy Werner és munkatársai 1955-ben kezdték el követéses kutatásukat a Hawaiihoz tartozó Kauai nevű szigeten. A kutatásban (*Kauai Longitudinal Study*) az 1955-ben született kohorszot (698 gyereket) 30 éves korukig követték nyomon. A kutatók (Werner, 2000; Werner és Smith, 1992, 2001) a fejlődés különböző fontos pontjaira időzített követő vizsgálatok eredményeit a szülést megelőző időszaktól fogva rögzített gazdag háttérinformáció tükrében elemezték. A gyerekek egy részét nem optimális pre- és perinatális állapot, valamint kedvezőtlen családi körülmények miatt veszélyeztetettnek tekintették. A kimenetel változatos mutatói közt szerepelt a fejlődési szint, ezen kívül a viselkedésnek a beilleszkedés, az életben való boldogulás szempontjából döntő aspektusai, pl. az iskolai előmenetel, a társas magatartás (különös tekintettel az antiszociális viselkedésre) és a beavatkozást igénylő pszichopatológiai tünetek; felnőttkorban az iskolázottság, a munkahelytalálás és -megőrzés, a kapcsolatlétesítés, a családalapítás sikeressége, valamint a deviancia bármely formája.

A rizikótényezők jelentősége a fejlődés különböző szakaszaiban a *„mozgó rizikó”* modellnek (Gordon és Jens, 1988) megfelelően változó képet mutatott. Az egyik határozott tendencia az volt, hogy a kimutatható idegrendszeri sérülést nem okozó pre- és perinatális történések hatását 10 éves korra teljesen elmosták a környezeti feltételek. A serdülőkor viszont súlyosbította az egyéni sajátosságokból és a környezeti háttérből összeadódó veszélyeztetettséget: 18 éves korra gyakoribbá váltak az alkalmazkodási problémák, főleg a deviáns viselkedés. Azonban azoknak a serdülőknek, akik ebben a korban összeütközésbe kerültek a rendőrséggel, felnőttkorban csak egyharmadánál fordult elő bűnelkövetés.

A „mozgó rizikó” dinamika mellett a kockázatok és a protektív faktorok között mutatkozott egy egyszerű mennyiségi összefüggés is: minél nagyobb számban fordultak elő az előbbiek, a negatív következmények kivédéséhez annál többre volt szükség az utóbbiakból.

Az egyes veszélyeztető és a veszély elhárítására alkalmas tényezők között természetesen specifikus kapcsolat is van. Védőfaktorokként működhetnek a gyerek bizonyos tulajdonságai, valamint olyan feltételek, amelyeket a család vagy a tágabb környezet nyújt (lásd részletes táblázat Danis és Kalmár, 2011 tanulmányában, 11. o.). Egy gyermek kockázatokkal szembeni védelmét szolgáló saját jellemzői az életkor előrehaladtával egyre inkább a genetikai adottságok és a környezeti hatások interakciójának eredményeként alakulnak ki.

A korai vizsgálatokban számos kockázati faktor azonosítása mellett kihívást jelentett az egyes faktorok hatásainak statisztikai tesztelése. Egy idő után nyilvánvalóvá vált, hogy hatékonyabb az egyes kockázatok helyett azok *összeadódó „dózishatását"* vizsgálni. Az ún. *többszörös (kumulatív) kockázati faktorok* vizsgálatával foglalkozó korai kutatások (Rutter, 1979; Sameroff és Chandler, 1975; Sameroff későbbi empirikus munkáiról összefoglalás: Sameroff, 2005) tanulságai szerint *a többszörös rizikó indexek használata szignifikánsan jelzi előre a későbbi pszichopatológiák előfordulását*. Általános megfigyelés, hogy a gyerekeknek nemcsak egy-egy kockázati faktorral kell megküzdeniük, általában a kockázati faktorok bizonyos konstellációjával állnak szemben. Gyakran ezek a tényezők átfednek, össze is függenek, azonban megemelkedett veszélyeztető hatást gyakorolnak ahhoz képest, mintha csak önmagukban vizsgálnánk hatásukat (Evans és mtsai., 2013). (Lásd 1. táblázat 1. oszlopa, valamint a kutatásokban még tipikusan előforduló részletesebb kockázati és védőfaktorokat Danis és Kalmár, 2011, 11. o.)

Wernerék óta az elmúlt évtizedekben a *kockázati tényezők* (traumák, kedvezőtlen kora gyermekkori tapasztalatok, hátrányos helyzet) egészségügyi és a pszichoszociális jóllétre gyakorolt *rövid- és hosszú távú hatásait* számos kutatás foglalta össze. A tapasztalatok szerint ezek *a hatások akkor súlyosabbak és intenzívebbek, ha tartósak vagy kumulatívan jelentkeznek a veszélyeztető tényezők, illetve ha épp fontos neurobiológiai fejlődési fázisok szenzitív periódusaiban sújtják a gyerekeket* (összefoglalás: Masten és Barnes, 2018).

Ez utóbbival kapcsolatban O'Connor (2006) három fejlődési hipotézist foglal össze a korai tapasztalatok későbbi hatásainak magyarázatában. Szerinte a *szenzitív periódusok hipotézise (lásd tapasztalat-elváró plasztícitás)* és a *tapasztalatfüggő alkalmazkodás modellje* mellett (ahol mindkettőben inkább az események biológiai működésre gyakorolt hatása a jelentős, amely a viselkedéses funkcionalitásban is nyomot hagy, lásd bővebben Egyed, 2011) az *életúti modellben* megfogalmazottak állnak leginkább kapcsolatban a fejlődési pszichopatológia nézőpontjával. E szerint *az egyedi fejlődési utakon tapasztalt jelentős kockázati és védőfaktorok különbségei körvonalazzák a fejlődésben mutatkozó egyedi különbségeket*. A korai tapasztalatok nem egy az egyben, lineáris módon hatnak a későbbi életúti periódusokra, hanem *a korábbi tapasztalatok hatásai későbbi kockázati és védőfaktorok közvetítésén keresztül érvényesülnek*.

Hangsúlyoznunk kell, hogy nem minden egyénnél vezet ugyanahhoz, sőt egyáltalán pszichopatológiához egy-egy kedvezőtlen tapasztalat, életesemény vagy hátrányos helyzet. Mint érveltünk már korábban, *a különböző időpontokban, különböző kontextusokban zajló választások és döntések különböző fejlődési útvonalakat jelölnek ki. Empirikus adatok szerint éppen ezért csak valószínűségi becsléseket, jóslásokat tehetünk adott oki háttér feltételezett következményeiről* (Cicchetti, 2006).

Alkalmazkodás és kompetencia

A reziliencia jelenségének második feltétele, hogy a gyermek a kedvezőtlen élethelyzet és kockázati faktorok ellenére elkerülje a fejlődés atipikus, patológiás irányba fordulását, jól alkalmazkodjon, kompetensen működjön. Mit is jelent a *jó alkalmazkodás*, a *kompetens működés*? Mi lehet indikátora a reziliencia jelenségének?

Gyermekkorban a kompetenciát a környezeti kihívásokkal való megküzdésként, a fejlődési feladatok megoldásaként, a fejlődési mérföldkövek megugrásaként, az adott környezet, kultúra által támasztott fejlődési elvárások teljesítéseként jellemezhetjük. Leggyakrabban három fontos területet vizsgálnak a kutatók: (1) a *tanulmányi teljesítményben*, (2) a *társas kompetenciákban, a közeli (családi és kortárs) kapcsolatokban*, valamint (3) *a viselkedés- és érzelemszabályozásban* megfigyelhető kompetenciákat és kapacitásokat. Longitudinális követéses vizsgálatokban a *felnőttkorra* alkalmazott kritériumok három leggyakoribb területe pedig a következő: (1) *személyes jóllét*, (2) *teljesítmények (továbbtanulás, sikerek a munkában, kiegyensúlyozott partnerkapcsolat és barátságok)*, (3) *anyagi biztonság (lakás és egyéb ingóságok megteremtési lehetősége).* (Lásd Masten és Tellegen, 2012; Herrman és mtsai., 2011.)

A reziliencia feltételét képező promotív és protektív faktorok és folyamatok

A reziliencia jelenségének harmadik feltétele a kompenzáló és ösztönző tényezők, támogató- és védőfaktorok jelenléte.

A *promotív (támogató, ösztönző) és protektív (védő) faktorok* fogalmi megkülönböztetése fontos az irodalomban (Sameroff, 2000). Promotív tényezőként kezel az irodalom minden olyan pozitív hatást, amely a kockázati kitettség bármely szintjén (vagyis akár a kockázatok hiánya esetén is) érvényesül, és támogatja a minél sikeresebb, kompetensebb működés elérését (lásd még *erőforrások, erősségek, humán és társas tőke* fogalmakat). A *protektív faktor* fogalmat viszont azoknak a jótékony hatásoknak a leírására tartja fenn az irodalom, amelyek kifejezetten a kockázati, veszélyeztető háttér esetén fejtik ki hatásukat, és ezáltal támogatják a rugalmas ellenálló képesség, a reziliencia megjelenését. *A védőfaktorokként számon tartott tényezők rendszerint egy kontinuumnak a kiegyensúlyozott középső értéke és a pozitív szélső értéke közti tartományt jelentik, míg a negatív póluson az adott téma vagy dimenzió kockázati faktorai találhatók* (pl. a szülői gondozás érzékenysége dimenzión a szenzitivitás mindenképpen promotív, de rizikós fejlődés esetében hatványozódik a jelentősége: a fokozott szenzitivitás védőfaktorként működik, míg kockázati faktor az inszenzitív, nem válaszkész szülői magatartás – Masten és Tellegen, 2012; Masten és Barnes, 2018; Danis és Kalmár, 2011, 111. o., táblázat). A protektív faktoroknak tipikusan *három forrását* szokták elemezni a kutatások: *a gyermekben rejlő (individuális) sajátosságokat, a család jellemzőit és a szélesebb környezeti háttérben érvényesülő tényezőket és folyamatokat* (Luthar és mtsai., 2015; Masten és Barnes, 2018, 6. o., 2. táblázat).

2. táblázat A gyermekkori fejlődésben általánosan vizsgált és regisztrált reziliencia (promotív és protektív) tényezők listája (Masten és Barnes, 2018, 6. o. alapján)

Egyéni vagy az egyénre irányuló jellemzők	Családi vagy a családra irányuló jellemzők
Gondoskodó család, szenzitív (érzékenyen válaszkész) gondozás	Családtagokkal való törődés
Közeli kapcsolatok, érzelmi biztonság, összetartozás	Családi kohézió, valakihez tartozás
Gyakorlott, tudatos szülőség	Gyakorlott, tudatos családi menedzsment
Ágencia (egyéni aktív hozzájárulás), motiváció az alkalmazkodásra	Aktív megküzdés, készségek elsajátítása
Problémamegoldó készségek, tervezés, végrehajtó funkciók készségei	Együttműködő problémamegoldás, családi rugalmasság
Önszabályozási készségek, érzelmek szabályozása	Ko-reguláció/együtt szabályozás, a családi igények, szükségletek kiegyensúlyozása
Énhatékonyság, pozitív önkép és identitás	A családról és a családi identitásról alkotott pozitív kép
Remény, hit, optimizmus	Remény, hit, optimizmus, családi távlatok pozitív értékelése
Jelentésadás, az élet értelmében való hit	Koherencia, családi célok, kollektív jelentésadás
Szokások, rutinok és rituálék	Családi szokások, rutinok és rituálék, családi szerepelosztás
Elkötelezettség egy jól működő iskola mellett	
Kapcsolatok jól működő közösségekkel	Kapcsolatok jól működő közösségekkel

A védőmechanizmusok tehát interakcióban hatnak. Egy adott védőfaktor magas kockázati csoportban csökkenti a negatív kimenet esélyét, míg nem feltétlenül mutat jelentékeny hatást alacsony kockázati csoportban (Cicchetti, 2006). A veszélyeztető hatásokkal szembeni védelem többféle módon működhet.

A legegyszerűbben belátható mechanizmus a *kompenzáció.* Ha a csecsemő az anyától való szeparációra kényszerül, vagy az anya érzelmileg nem hozzáférhető (pl. pszichés betegség miatt), a biztonságos kötődés lehetőségét nyújtó gondozó pótolhatja az anya hiányát vagy pszichés elérhetetlenségét (Werner, 1990; Werner és Smith, 1992). Meglepőnek tűnhet az anya munkába állásának említése a protektív faktorok közt, rögtön érthető azonban, ha tekintetbe vesszük ennek anyagi és tágabb szociális vonzatait az apa munkanélkülisége esetében, vagy akár az apa hiányában, otthon lévő nagymama mellett.

A másik lehetőség az, hogy bizonyos tapasztalatok *immunizálhatják* a gyereket későbbi kedvezőtlen események negatív hatásával szemben. Azok a gyerekek, akiket szüleik többször bíztak a nagyszülők vagy más felnőttek gondjaira, jobban viselték el a

kórházba kerülés miatti elválást szüleiktől (Rutter, 1986), tehát önmagukban egyáltalán nem örömteli élmények mintegy megacélozták a gyerekeket (Goodyer, 1990).

Nehézségek átélése tartalékokat mobilizáló *kihívásként* is működhet. Olyan amerikai fiúk közül, akik a nagy gazdasági válság idején serdültek fel, a válság által jobban sújtott családok gyerekei teljesítménymotiváció és karrierorientáció terén felülmúlták azokat a társaikat, akik a válságot könnyebben átvészelt családokból kerültek ki (Bronfenbrenner, 1986; Elder, 1981). Hasonlóképpen hátrányos körülmények között élő lányok személyiségfejlődése szempontjából jótékony hatásúnak bizonyult, ha kisebb testvéreikről kellett gondoskodniuk (Werner és Smith, 1992). *Vagyis a gyermek olyan képességei, amelyek révén az aktuális kompetencia és az énhatékonyság érzése fokozódhat, közvetlenül segítik a nehézségekkel való megbirkózását.*

Más tulajdonságok protektív szerepe a *tranzakció* működését példázza: azok a temperamentumjellemzők és társas viselkedési sajátosságok, amelyek a felnőttekből pozitív reakciót váltanak ki, a felnőttek befolyásolásán keresztül csökkentik a gyereket fenyegető veszélyeket, vagy kompenzálhatják bizonyos feltételek hiányát (Werner és Smith, 1992). A csecsemő vagy kisgyermek bizonyos jellemzőinek, mint a könnyű temperamentum, érzelmi válaszkészség vagy a szociabilitás, megnövekszik a jelentősége az anya személyiségében vagy körülményeiben rejlő rizikótényezők jelenléte mellett, vagy amikor helyettesítő gondozó lép be a gyermek életébe.

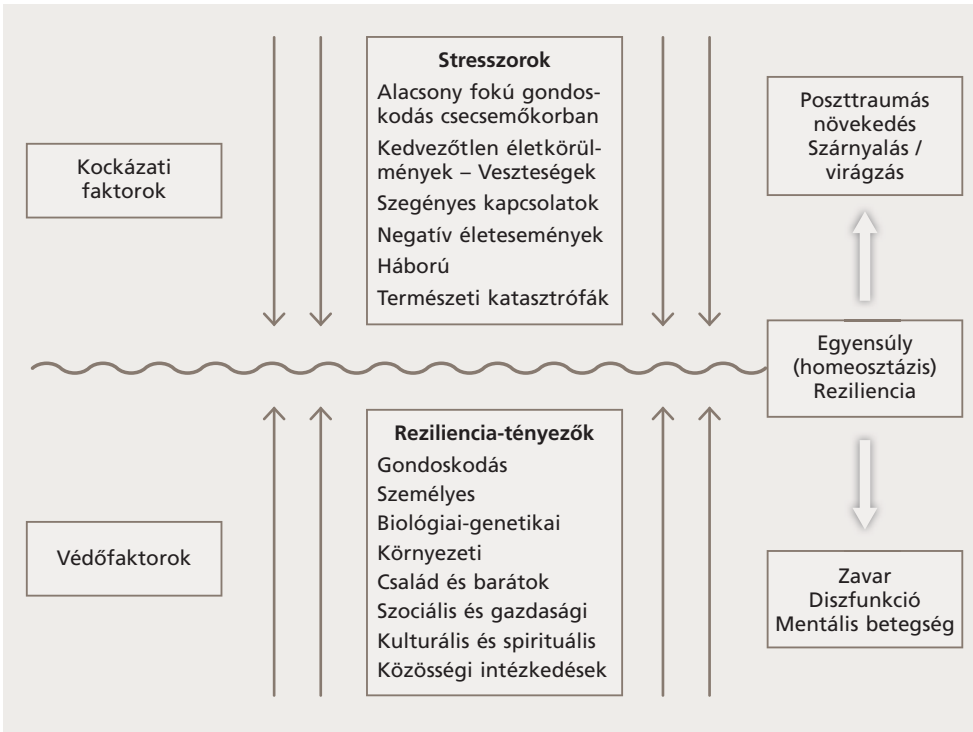
Masten több tanulmányában (leginkább: Masten és Tellegen, 2012) összefoglalja azokat az erőteljes *adaptív rendszereket* a személyiségfejlődés folyamán, amelyek akár biológiai, akár társadalmi-kulturális szempontból támogatják, védik a fejlődést. Ilyennek írja le *a kötődési rendszert, a teljesítménymotivációs rendszert, a problémamegoldással összefüggő kognitív rendszereket és végrehajtó funkciókat, a vallásos/spirituális rendszereket*. Ezek az alapvető rendszerek akkor szolgálják a rezilienciát, *ha az egyén legalább a tipikus, vagy annál jobb szegmensén működik a spektrumoknak*.

Összefoglalóan, a védőfaktorok, csakúgy, mint a kockázati tényezők, több területen és több szinten jelentkezhetnek: az egyén genetikai, biokémiai, fiziológiai, strukturális idegélettani szintjén, a kognitív, nyelvi, érzelmi és társas fejlődési területeken, a társkapcsolati viszonylatokban és a tágabb közösségi, kulturális és szocioökonómiai szinteken (Cicchetti, 2006). Minél jobban megismerjük a rizikó- és a védőfaktorok közti szövevényes kapcsolatrendszert, annál elfogadhatatlanabbnak érezzük a patológiás fejlődés okaira vonatkozó korábbi leegyszerűsítő, sematikus magyarázatokat.

A reziliencia dinamikája – a kockázati és védőtényezők interakciói

A reziliencia környezet- és időfüggő lehet, és nem feltétlenül jelentkezik minden életterületen. Többféle egymással interakcióba lépő forrása és többféle útvonala lehet a biológiai, a pszichológiai, a társas és egyéb környezeti szinteken (lásd Herrman és mtsai., 2011, 261. o., 1. ábra alapján). Összefoglalóan, *a reziliencia több szinten zajló események és erők (genetikai örökség, gén-környezet interakciók, pozitív és negatív tapasztalatok az életúton, az egyén társas helyzete, közösségeiben érvényesülő hatások és a tágabb társadalmi-kultu-*

rális környezet) komplex kölcsönhatásaiból, összjátékából származik. Ugyanakkor *egy gyermek minél inkább ki van téve a fenti szinteken érvényesülő kedvezőtlen feltételeknek (kockázati faktoroknak), rezilienciája annál inkább függ a közvetlen környezetének minőségétől (inkább, mint egyéni jellemzőitől) és az erőforrásoktól, amelyek elérhetők számára* (Ungar és mtsai., 2013).



1. ábra Kockázati és védőtényezők dinamikája a reziliencia hátterében (Herrman és mtsai., 2011, 261. o.)

A reziliencia is, csakúgy, mint a kockázatok (lásd előbb), mozgó jelenség (Luthar és mtsai., 2015), a gyerekek ugyanis jól működhetnek egy nehezített életperiódus után, ugyanakkor érzékenyebbek lehetnek későbbi más helyzetekben, amikor újra funkcionális problémákat mutathatnak (Sroufe, 2013).

Egy másik fontos jelenség a *„differenciális érzékenység"* (Belsky, 1997; Belsky és Pluess, 2009a), melynek hátterében genetikai és korábbi tapasztalatokból (tehát adottságokból és tanulásból) származó magyarázatokat is megfogalmazhatunk. *A korai eseményeknek* (pl. gyermekkori traumatikus tapasztalatoknak, rossz bánásmódnak) *nem minden esetnél tapasztalhatók az egyébként gyakran előforduló későbbi következményei* (pl. disszociatív működésre utaló jegyek). Ez nem feltétlenül csak az egyszerű sérülékenység-reziliencia kontinuumon értelmezhető, mivel gyakori megfigyelés, hogy *azok a gyerekek, akik érzé-*

kenyebbek a hátrányos, veszélyeztető tényezőkkel szemben, egyben sokkal érzékenyebbek lehetnek a pozitív tapasztalatok, így akár a célzott intervenciós programok hatásaira is (Belsky és Pluess, 2009b). E gyerekek erőteljesebben reagálhatnak a kockázati faktorok jelenlétére (sérülékenység), ugyanakkor, ha informális vagy formális úton mozgósítani tudjuk számukra a fontos individuális és környezeti erőforrásokat, e támogatással rezilienciájuk is erőteljesebben mutatkozhat meg.

A reziliencia megértésének kulcsa az egyén és a környezet közötti reciprok viszony megértése, mivel a jelenséget sem a gyermek egyéni sajátosságaival, sem a környezet sajátosságaival nem tudjuk önmagában jól leírni, sokkal inkább a kettő közötti kölcsönhatással, ahogyan ezt a tranzakciós modell tételezi (Sameroff, 2009; Sameroff és Fiese, 2005). *A lényegi kérdés az, hogyan tudja a fejlődő egyén mozgósítani a belső és külső erőforrásait a környezetében. Így a reziliencia az egyén-környezet kölcsönhatások plaszticitásával (rugalmasságával), a kölcsönös szabályzással és alkalmazkodással írható le legjobban* (Lerner, 2006).

A reziliencia pályái

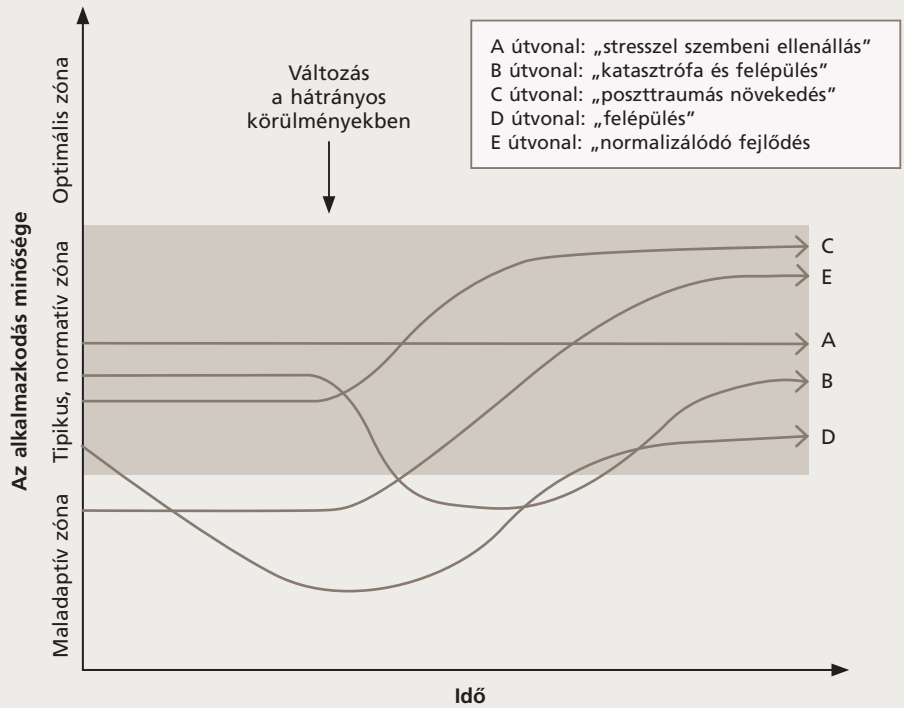
A rezilienciára a korai értelmezés szerint vagy *individuális jellemzőként, adottságként, vonásként* tekintettek, vagy az *egyéni, a társas és a tágabb környezeti védőfaktorok összességeként*, amely valakit ellenállóvá tesz. A rezilienciát tehát egy ideig úgy kezelték, mint a *sebezhetetlenség* adottságát, amely vagy van, vagy nincs. Ma már konszenzus van arról, hogy a *reziliencia sokkal dinamikusabb jelenség,* sőt a folyamatban az agy idegsejt-szintű, fiziológiai, neuroendokrinológiai és epigenetikai történései is nyomon követhetők (Cummings és Valentino, 2015).

Az 1960–70-es évek kezdeti kutatásai után elég hamar megfogalmazódott a *reziliencia mint folyamat* hipotézise. Megfigyeltek ugyanis különböző mintázatokat, ahogyan az egyének képesek voltak megküzdeni aktuális vagy múltbeli nehézségekkel. Mindez azt is implikálta, hogy a reziliencia tanulható, fejleszthető, az időbeni tapasztalatoktól függő működés is.

A Masten és munkatársainak elemzései nyomán született 2. ábra (Masten és Tellegen, 2012, 352. o. alapján) a különböző dinamikájú reziliencia-jelenségeket foglalja össze (lásd még a következő keretes szöveget is). A reziliencia leggyakoribb útvonalait a következőképpen ábrázolhatjuk:

- Az A útvonal a „*stressznek való ellenállást*" illusztrálja, ahol a nehezített élethelyzet ellenére nem változik az alkalmazkodás, teljesen megtartottak a funkciók.
- A B *(„katasztrófa és felépülés")* útvonal egy akut, nagymértékű stresszt (pl. természeti, társadalmi katasztrófa helyzetet, akut traumát) követő hosszabb krízis után mutatja be a felépülési útvonalat (a megrázó traumákból való felépülés modelljeit lásd még a keretes szövegben).
- A C útvonal a „*poszttraumás növekedés*" példája, amikor is az akut traumának való kitettség nem a megszokott krízissel jár, hanem bizonyos funkciók emelkedett szintjével.
- A D útvonal a tartósan fennálló, súlyos környezeti kitettség enyhülését követő „*felépülést*" mutatja be (pl. rossz bánásmódot, bántalmazást átélt gyermekek átkerülése biztonságot nyújtó gondozásba).

- Az E útvonal illusztrálja azt a gyakran megfigyelt dinamikát, amikor a nevelési körülmények jelentős javulását követően „*normalizálódik a fejlődés*” (pl. intézményes gondozást követő örökbefogadás gondoskodó, törődő otthonba).



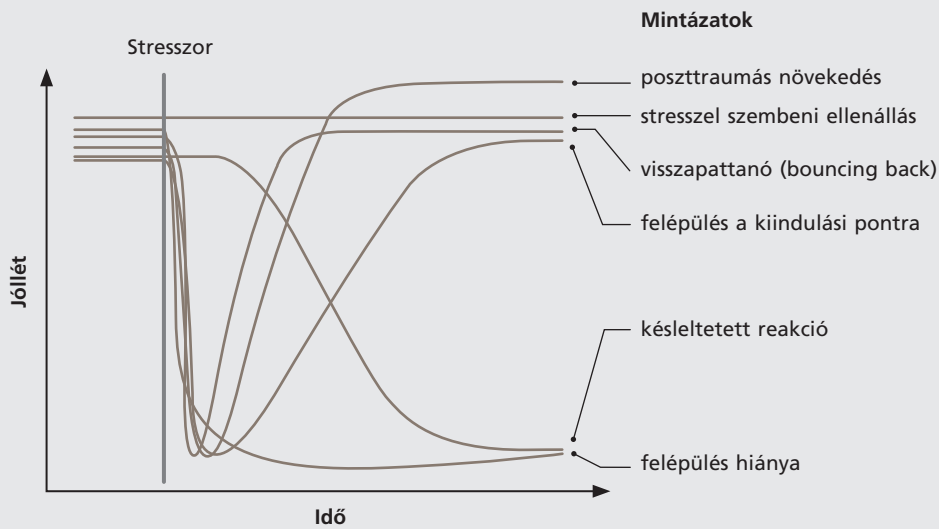
2. ábra A reziliencia jelenségének lehetséges dinamikái (Masten és Tellegen, 2012, 352. o. alapján)

Megrázó traumákból való felépülés lehetséges mintázatai

A reziliencia egyik specifikus jelensége az, ahogyan a traumák és destruktív hatások által sújtott helyzetből, krízisből fel tud épülni valaki (lásd Masten és Tellegen ábráján a B útvonalat). A megrázó traumákból való felépülés tipikus mintázatait is leírták kutatók, ezt a 3. ábrán láthatjuk (Bonanno, 2004, 2005 alapján Harms és mtsai., 2018, 3. o.; trauma témában bővebb információk Lénárd tanulmányában a jelen kötetben):

- A „*stresszel szembeni ellenállás*” a kedvezőtlen feltételek ellenére teljesen megtartott funkcionálást mutatja.
- Az ún. „*visszapattanó (bouncing back) reziliencia*” esetén nagyfokú veszteségek és krízis történik, azonban az egyén nagyon hamar visszaáll a normál megszokott működésre.

- A *„poszttraumás növekedés”* hasonló a visszapattanó dinamikához, azonban nem feltétlenül olyan gyors, és a lényeg, hogy nemcsak visszatérés történik a megszokott szintre, hanem bizonyos társas, pszichológiai funkciókban a korábbi szintet meg is haladja az egyén.
- A *„felépülés a kiindulási pontra”* mintázat esetén sikerül a visszatérés a trauma előtti állapotba, azonban ez sokkal hosszabb időt vesz igénybe, mint a fentebbi mintázatoknál.
- A *„késleltetett reakció”* mintázat azért érdekes, mert ilyenkor az egyéneknél eleinte megtartott funkciókat tapasztalhatunk, azonban utána szépen lassan mutatkoznak meg, majd mélyülnek el a distressz jelei. Később akár stagnáló maradhat a diszfunkciók szintje, vagy lassú felépülés következhet be.
- A *„felépülés hiánya”* mintázat a feldolgozatlan traumákkal élő személyek sajátja, akikre erőteljes hatást gyakorolt az átélt trauma vagy kedvezőtlen élethelyzet, és ebből nem épültek fel, hanem tartósan hordozzák a feldolgozatlan trauma okozta diszfunkcionális működést.



3. ábra A traumából való felépülés lehetséges dinamikái (Harms és mtsai., 2018, 3. o. alapján)

Mint láthatjuk, amellett, hogy az egyének egy része hosszabb távon is jelentős pszichés nehézségekkel küzd, a reziliencia számos mintázatát is nyomon követhetjük tartós vagy akut traumák, kedvezőtlen élettapasztalatok esetén. Az egyéni pálya dinamikája a fentebb már bemutatott ágensektől függ: az egyén alkati sajátosságaitól, eddigi élettörténetétől (benne a már sikeres vagy épp sikertelen megküzdési fázisokban szerzett tapasztalatoktól), valamint a szűkebb és tágabb közösségtől és támogató hálózattól. (Kora gyermekkori traumákról és hatásairól lásd még bővebben Lénárd tanulmányát a jelen kötetben.)

A reziliencia mint specifikus vagy általános folyamat

Az irodalomban érdekes kérdés, hogy a rezilienciát mint jellemzőt csak azok számára tartjuk-e fenn, akik a nehézségek és kihívások ellenére jól működnek, vagy ez lehet egy sokkal általánosabb fogalom is, ami mindenkire alkalmazható. Luthar és mtsai. (2000) szerint is csak azok nevezhetők reziliensnek, akik valamilyen kockázati faktorok jelenléte mellett, vagyis az általánosságban sérülékenységet okozó körülmények ellenére is mutatják a jó alkalmazkodást (feltételezhetően védőfaktorok és védőmechanizmusok segítségével). Ezt a klasszikus, a fentiekben részletesen bemutatott irányt néhányan a *reziliencia deficit/probléma alapú megközelítésének* nevezik (Cummings és Valentino, 2015).

Ezzel szemben, egy másik, újabb keletű nézőpont szerint a reziliencia sokkal szélesebb *általánosságban is alkalmazható fogalom*, mintegy védőfolyamatként az általános kihívásokkal szemben. E szerint nem kell, hogy nagyon magas szinten megjelenő kockázatokról legyen szó, elegendő, ha a mindennapokat nehezítő körülményekkel kell szembeszállni (pl. egy szülőpár jó problémamegoldó képessége és közös szülői együttműködése általános védőfaktor, és így reziliencia-faktor a család életében). E nézőpont nehézsége, hogy kevésbé lehet elkülöníteni a reziliencia jelenségét az általános alkalmazkodás területeitől (Cummings és Valentino, 2015).

Összefoglalás: mit tudunk ma a rezilienciáról?

Masten és Barnes (2018) összefoglalta az elmúlt 50 év kutatásainak eredményeit arról, mi mindent tudunk ma a reziliencia jelenségéről, fejlődéséről (az empirikus kutatások összefoglalásairól lásd bővebben: Luthar és mtsai., 2015):

- *A kockázati faktorok számának, mértékének való kitettség számít*, vagyis jelentős a *dózishatás*. Akár egyetlen nagyon súlyos traumának, akár többszörös, halmozódó rizikónak való kitettség jelentősebb, negatívabb, súlyosabb következményekkel jár, mint amikor kevesebb számú vagy enyhébb fokú nehézségek terhelik az egyént.
- *A promotív és protektív tényezők jelenléte és átfogó volta is számít*. A Masten által leírt lista (lásd 2. táblázat, Masten és Barnes, 2018, 6. o. alapján) az alkalmazkodási rendszereknek az irodalomban mért, megfigyelt alapkészlete. A gyerekek esetében ezek a tényezők hangsúlyosan egyéni és családi jellemzők, mint ahogy azokat a 2. táblázat is felsorolja.
- *Az időzítés is számít*, mind a kockázati, mind a promotív és protektív faktorok érvényesülésekor. A nagyon korán elszenvedett súlyos és/vagy tartós traumák, kedvezőtlen kora gyermekkori tapasztalatok az idegrendszer fejlődésének *szenzitív periódusaiban* képesek erőteljes, maradandó egészségi és pszichoszociális károsodásokat okozni. A támogató intervencióknak is vannak szenzitív ablakai, amikor a kockázati faktorok okozta károsodások leginkább ellensúlyozhatók. A korai időszak mellett a serdülőkor és a korai felnőttkor időszaka nyit még ablakot a nagyobb változásokra a pszichés funkciók érzékenysége és képlékenysége, illetve a háttérben zajló rohamos agyi fejlődés miatt. Az éréssel a végrehajtó- és kontrollfunkciók, az önszabályozási folyamatok és a tervezés magasabb szintű funkcionalitása válik lehetővé.

Összefoglalhatunk még néhány alaptézist, amit ma bizonyítottan elfogadhatunk a reziliencia jelenségének és kutatásának témaköreiben (Luthar és mtsai., 2015 alapján):

- *A rezilienciára rendszeresen rálelhetünk*, hiszen megnyilvánul mindenféle kockázati helyzetben, különböző életkori csoportokban. Szinte mindig megfigyelhetünk egy alcsoportot, amelynek tagjai pozitív alkalmazkodást mutatnak a nehézségeik ellenére.
- *A reziliencia jelensége alapvetően a kapcsolatokban létezik*. (Hiszen maga a kapcsolat is védőfaktor, és kapcsolataink révén tudjuk mozgósítani a külső, környezeti erőforrásainkat is.)
- *A reziliens működés hátterében több rendszer folyamatos tranzakciójáról van szó*: egyrészt a fejlődő gyermek és környezete állandóan hatnak egymásra, másrészt a különböző környezeti rendszerek is interakcióban állnak egymással (lásd Bronfenbrenner és Sameroff gondolatait Danis és Kalmár másik tanulmányában a jelen kötetben).
- *A reziliencia*, mint a kockázati és védőfaktorok is, *az időben változó, mozgó jelenség*: a reziliencia néha elül, kihunyni látszik, néha pedig nagyon erőteljesen megmutatkozik.

A reziliencia területén is érvényesül a koegzisztencia (fejlődési együttállás) törvénye: vagyis általános vagy specifikus jó adaptáció és kompetens működés mellett lehetséges, hogy bizonyos területeken markáns diszfunkció mutatkozik[3].

Összefoglalva a fentieket, *a bronfenbrenneri ökológiai szemléletet követve a reziliencia az egyének kapacitása arra, hogy azokat a fizikai, pszichológiai, társas és kulturális erőforrásaikat mozgósítani tudják, amelyek a jóllétük fenntartását biztosíthatják.* Vagyis a reziliencia is a társas ökológiai helyzetekben és színtereken nyilvánul meg (Ungar és mtsai., 2013). *A reziliencia mértéke függ az egyén más személyekkel és rendszerekkel való kapcsolathálózatának kiterjedtségétől és interakcióinak hatékonyságától.* Így a reziliencia *komplex alkalmazkodási rendszernek* fogható fel, amelyben az egyénen és kapacitásain kívül a család, a közösségek, intézmények is részt vesznek. Magában foglalja az egyén alkalmazkodó kapacitását egy adott időpontban, adott környezeti kontextusban, mind rövid, mind hosszú távú kihívásokkal való szembenézés esetén (Masten és Barnes, 2018).

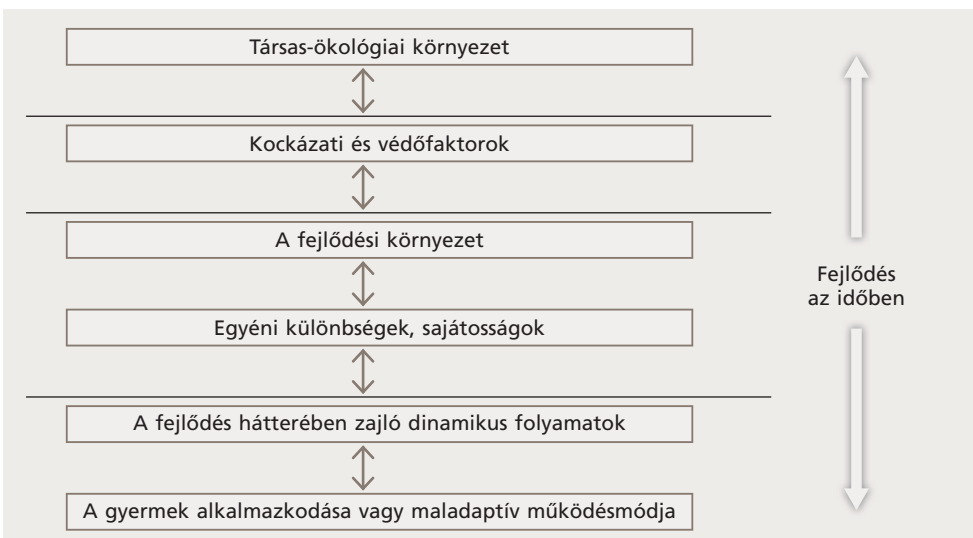
A reziliencia mint a fejlődési pszichopatológia egyik fontos résztémájának kutatása egyértelműen alkalmazott terület, célkitűzései révén erős a kapocs elmélet és gyakorlat között (Luthar és mtsai., 2015). Ennek jelentőségét lásd az alábbi alfejezetekben.

[3] Pl. egy alapvetően jól funkcionáló autizmus spektrum zavarral élő gyermeknél, akinek nagyon jók a kognitív képességei, támogató a családi és iskolai környezete, és már korán részese lehet fejlesztő foglalkozásoknak is, az intellektusa és speciális tehetsége oly fokban megerősödhet, ami a tanulható stratégiák terén kompenzálni képes az egyébként markáns deficiteket a társas megismerés és kommunikáció funkcióiban. Ekkor ő reziliensnek mondható a saját referenciacsoportjában.

A fejlődési pszichopatológia jelentősége az alkalmazott területeken

Az egészséges és kóros működést együtt vizsgáló fejlődési pszichopatológia nézőpontjából megfogalmazott kölcsönkapcsolatok és folyamatok összefoglalásaként Cummings és Valentino (2015, 584. o. alapján) elméleti ábráját használjuk. A rendszerek, szintek, amelyek folyamatos kölcsönkapcsolatai révén alakul a fejlődés (egészséges vagy épp zavart működést mutatva), a következők (4. ábra):

- A *társas ökológiai környezet* megegyezik a bronfenbrenneri makrorendszer ágenseivel, vagyis azzal a tágabb kulturális, gazdasági, politikai stb. közeggel, amiben a gyermek fejlődése ágyazott (pl. háborús övezet).
- A *kockázati és a protektív faktorok* a környezetek több szintjén érvényesülhetnek közvetlen hatóerőként (pl. anya alkoholizmusa, depressziója, a lakóhely izolációja, társas elszigeteltség).
- A *fejlődési környezet* szintje a közvetlen hatásokat foglalja magában, azokat a proximális (közvetlen közeli) kapcsolatokat és folyamatokat, amelyekben a gyermek fejlődése zajlik (pl. szülőség, házastársi konfliktusok, testvérkapcsolatok).
- Az *egyéni sajátosságok* olyan biológiai adottságokra vonatkoznak, mint pl. a temperamentum vagy az állapotszabályozás.
- A *mögöttes dinamikus folyamatok* az egyes fejlődési területek hátterében feltételezett fejlődési mechanizmusokra utalnak.
- Mindezeknek a szinteknek és folyamatoknak a folyamatos egymásra hatása fogja eredményezni a gyermek *alkalmazkodási szintjét*, tüneteit, amelyeket mindig egy adott kontinuumon, spektrumon vagy dimenzión érdemes elgondolnunk.



4. ábra A lelki egészség és a pszichopatológia fejlődésének hátterében álló kölcsönkapcsolatok (Cummings és Valentino, 2015, 584. o. alapján)

- A teljes modellben az *időnek* és az időben zajló folyamatos változásnak nagy szerepe van, hiszen a fejlődési útvonalak a különböző hatótényezők közötti tranzakciók mentén alakulnak.

Az alkalmazott elméleteknek és kutatásoknak az igazi jelentősége abban áll, hogy megtermékenyítik és inspirálják a gyakorlati munkát, míg a gyakorlat folyamatosan fontos megoldandó kérdéseket tesz fel a terepen tapasztaltak alapján, és ez a fenti összefoglaló ábra minden szintjén, sőt összefüggéseiben érvényesül a szakirodalomban. A *transzlációs kutatás* fogalma a teoretikus és az empirikus kutatási eredmények, valamint a gyakorlati, klinikai alkalmazások közötti hidat jelenti, *célja az, hogy a bizonyítékokon alapuló (evidence-based) gyakorlati munka minél hatékonyabb legyen* (Cicchetti és Toth, 2009). A transzlációs kutatások magukban foglalják az egyszerű alapkutatásokat, meta-analíziseket, hatás- és eredményesség vizsgálatokat, amelyek a felismerés, diagnosztika, prevenciós és intervenciós programok, kezelések fejlesztését képesek irányítani. Inspirálják a multi-, inter- és transzdiszciplináris együttműködéseket, a szolgáltatások fejlesztését. Az intervenciós kutatások azért fontosak, mert *az univerzális és célzott intervenciókban a kockázati és protektív faktorok dinamikájának ismeretében a teoretikus alapokon nyugvó, empirikus eredményekkel alátámasztott programtartalom kidolgozása a cél* (Cicchetti, 2006).

A *kompetens működést támogató intervenciós programok* kívánalmait az alábbiakban foglalhatjuk össze (Luthar és Cicchetti, 2000; Cicchetti, 2006):

- Szigorúan elméleti és tudományos alapokon (empirikus bizonyítékokon) kell nyugodniuk.
- Nemcsak a pszichopatológia és a nehezített alkalmazkodás csökkentését kell célul kitűzniük, hanem a kompetens fejlődés támogatását is.
- Kifejezetten olyan erősségeken és erőforrásokon kell alapulniuk, amelyek a különböző specifikus gyermekpopulációk számára adottak.
- Mind a sebezhetőséget, mind pedig a védőmechanizmusokat fókuszba kell állítaniuk, figyelembe véve, hogy ezek több területen és több szinten fejtik ki hatásukat.
- Az intervenciókat erőteljes fejlődési és környezeti szemléletbe ágyazottan kell megvalósítani.

Az intervenciók tervezése és kivitelezése során rendkívül fontos a kulturális érzékenység, ugyanis a kockázati és védőfaktorok dinamikája és eredője különbözőképpen hathat attól függően, milyen kulturális normák, szokások, gyakorlat és hiedelmek jellemzik a fejlődő gyermek környezetét, így *a tervezett intervencióknak is adekvátnak kell lenniük az adott célcsoport kulturális sajátosságaira vonatkozóan* (Cicchetti, 2006).

A diagnosztikai rendszerek fejlesztése is olyan terület, amelyet a fejlődési pszichopatológia nyomon követ, és gyakran kritikával illet, szemléleti váltásokat ösztönöz (Cummings és Valentino, 2015; lásd bővebben Danis tanulmányát a diagnosztikai klasszifikációs rendszerek történetéről a jelen kötetben).

A reziliencia-szemlélet elterjedése minden gyakorlati terepen (orvoslásban, pedagógiában, lelki egészség zavarok kezelésében, gyermekjóléti és gyermekvédelmi területeken, intervenciótervezésben) fontos és ígéretes hatás, ugyanis még a mai napig élő *deficitorientált látásmód* helyett egy *erősség- és erőforrás-alapú nézőpontra* ösztönöz. A reziliencia-szemléletben való gondolkodás és működés alapelemei a következők (Masten és Barnes, 2018):

- pozitív célok megfogalmazása,
- a promotív és protektív faktoroknak (erősségeknek, erőforrásoknak), valamint a sikeresség pozitív kritériumainak a beépítése az elméleti és klinikai modellekbe, valamint a mérésekbe,
- módszerek fejlesztése a kockázat csökkentésére, a szükséges javakhoz való hozzáférés biztosítására és az adaptív rendszerek mozgósítására,
- több szektor többszintű összehangolása a változások eléréséhez,
- a változás esélyének maximalizálása a megfelelő időzítés és célcsoport-specifikus beavatkozások révén.

Populációszintű, az életúton át rezilienciát támogató intervenciók között említhetjük meg a jóléti programokat, a csecsemők és kisgyermekek szüleinek támogatását, a kora gyermekkori intervenciós programokat, az iskolában zajló intervenciókat, a munkahelyi és a munkanélkülieknek szóló, vagy az aktív idősödést támogató programokat, amelyek érzékenyek a környezeti, nemi, kulturális, életciklus különbségekre, valamint a specifikus populációk sérülékenységére is (Herrman és mtsai., 2011). (A nemzetközi kora gyermekkori intervenciós programokról lásd bővebben Danis tanulmányát könyvünk II. kötetében).

Zárszó

A fejlődési pszichopatológia hipotézisei és így a rezilienciával kapcsolatos koncepciók is számos fejlődési lépcsőfokon haladtak keresztül az elmúlt 50 évben. Mint az elméleti kötetbe foglalt két tanulmányunkban bemutattuk, az egészséges és a pszichopatológiai fejlődés hátterében zajló folyamatok dinamikájának párhuzamossága adott, csupán a vágányok és pályák térnek el egymástól annak függvényében, milyen egyéni és környezeti sajátosságok veszik körül a gyermeket, és ezek pontosan hogyan lépnek interakcióba egymással az idő folyamán. *Az egyén és pszichopatológiájának fejlődése különböző szintű rendszerek megszámlálhatatlan interakcióiból származik, amelyek mind az egyénen belül, mind az egyén és környezete között érvényesülnek, vagyis egészen a molekuláris szintektől a nagyon tágan értelmezett bronfenbrenneri makrorendszerekig. A fejlődés dinamikus, nem-lineáris, inkább valószínűségi folyamat, amely az említett rendszerek összes szintjének hatásait és interakcióit tartalmazza. A pszichopatológia, illetve a reziliencia fejlődését és alakulását is ebben a keretben érdemes elképzelnünk* (Masten és Barnes, 2018).

A fejlődési pszichopatológia és a reziliencia megközelítéseinek befogadása jó alapot nyújthat arra, hogy az eddig számunkra nem nyilvánvaló elemekre is felfigyeljünk, eddig nem használt eszközöket is alkalmazzunk, eddig nem kutatott témaköröket is megvizsgáljunk. Az emberi szervezetnél nincs rugalmasabb rendszer az ökológiai környezetben. Ez lehetőséget és egyben felelősséget ró azokra a szakemberekre, akik problémák megelőzését, felismerését és kezelését tűzték ki célul. A szakértelem integrálása, az interdiszciplináris team és hálózati munka megalapozhatja az erőforrás-alapú szolgáltatásfejlesztés feltételeit.

AJÁNLOTT IRODALOM

Alkalmazott Pszichológia folyóirat 2015/1-es tematikus száma: *A reziliencia mint rendszerjelenség.*

Danis, I., Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 76–125.

Ribiczey, N. (2008). A rizikótényezőktől a protektív mechanizmusokig: A reziliencia fogalmának alakulása a pszichológiában. *Alkalmazott Pszichológia, 10(1–2),* 161–171.

Szabó, D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: Kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle, 72(2),* 247–262.

Szokolszky, Á., V. Komlósi, A. (2015). A „reziliencia-gondolkodás" felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia, 15(1),* 11–26.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Belsky, J. (1997). Variation in Susceptibility to Environmental Influence: An Evolutionary Argument. *Psychological Inquiry, 8,* 182–186.

Belsky, J., Pluess, M. (2009a). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin, 135,* 885–908.

Belsky, J., Pluess, M. (2009b). The Nature (and Nurture?) of Plasticity in Early Human, Development. *Perspectives on Psychological Science, 4(4),* 345–351.

Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory.* Braziller, New York.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59,* 20–28.

Bonnano, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14,* 135–138.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation.* Basic Books, New York.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Harvard University Press, Cambridge, MA.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22,* 723–742.

Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development, 55,* 1–7.

Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental psychopathology (2 ed., Vol. 1).* Wiley, New York, NY. 1–23.

Cicchetti, D. (Ed.)(2016). *Developmental Psychopathology, Vol. 1-4. (3rd Ed.).* Wiley, New York, NY.

Cicchetti, D., Cohen, D. (Ed.)(1996). *Developmental Psychopathology, Vol. 1-4. (1st Ed.).* Wiley, New York, NY.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8,* 597–600.

Cicchetti, D., Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50(1-2),*16–25.

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

Cummings, E. M., Valentino, K. (2015). Developmental Psychopathology. In Lerner, R. M. (Editor-in-Chief), Overton, W. F., Molenaar, C. M. (Volume Eds.). *Handbook of Child Psychology and Developmental Science. 7th Ed. Vol 1: Theory and Method.* Wiley, New York, NY. 566–606.

Danis, I., Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 76–125.

Egyed, K. (2011). Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (szerk.). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 165–205.

Elder, G. H. (1981). History and the Family: The Discovery of Complexity. *Journal of Marriage and the Family, 43(3),* 489–519.

Evans, G. W., Li, D., Sepanski Whipple, S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin, 139(6),* 1342–1396.

Garmezy, N. (1974). *The study of competence in children at risk for severe psychopathology.* Wiley, Oxford.

Goodyer, I. M. (1990). *Life experiences, development and childhood psychopathology.* Wiley, Chichester.

Gordon, B. M., Jens, K. G. (1988). A conceptual model for tracking high-risk infants and making early service decisions. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics, 9,* 279–286.

Harms, P. D., Brady, L., Wood, D., Silard, A. (2018). Resilience and well-being. In Diener, E., Oishi, S., Tay, L. (Eds.) *Handbook of well-being.* DEF Publishers, Salt Lake City, UT.

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry, 56(5),* 258–265.

Hinshaw, S. P. (2008). Developmental psychopathology as a scientific discipline: Relevance to behavioral and emotional disorders of childhood and adolescence. In Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P. (Eds.) *Child and adolescent psychopathology.* John Wiley & Sons Inc. 3–26.

Jens, K. G., Gordon, B. N. (1991). Understanding risk: Implications for tracking high-risk infants and making early service delivery decisions. *International Journal of Disability, Development and Education, 38,* 211–224.

Lerner, R. M. (2006). Resilience as an attribute of the developmental system: comments on the papers of Professors Masten & Wachs. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094(1),* 40–51.

Lewis, M. (2014). Toward the development of the science of developmental psychopathology. In Lewis, M., Rudolph, K. D. (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology.* Springer Science+Business Media, New York. 3–23.

Lewis, M., Miller, S. (Eds.)(1990). *Handbook of Developmental Psychopathology (1st Ed.)* Springer

Lewis, M., Rudolph, K. D. (Eds.)(2014). *Handbook of Developmental Psychopathology (3rd Ed.)* Springer

Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation.* John Wiley & Sons Inc. 739–795.

Luthar, S. S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for intervention and social policy. *Development and Psychopathology, 12,* 857–885.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71(3),* 543–562.

Luthar, S. S., Grossman, E. J., Small, P. J. (2015). Resilience and adversity. In Lamb, M. E., Lerner, R. M. (Eds.) *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes.* John Wiley & Sons Inc. 247–286.

Masten, A. S., Barnes, A. J. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children, 5(7),* 98 (1–16.)

Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2(4),* 425–444.

Masten, A. S., Cicchetti, D. (2010). Editorial: Developmental cascades. Developmental cascades. *Development and Psychopathology, 22,* 491–495.
Masten, A. S., Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 24(2),* 345–361.
O'Connor, T. G. (2006). The persisting effects of early experiences on psychological development. In Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation.* John Wiley & Sons Inc. 202–234.
Pickles, A., Hill, J. (2006). Developmental pathways. In Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods (2nd ed.).* John Wiley & Sons Inc. 211–243.
Ribiczey, N. (2008). A rizikótényezőktől a protektív mechanizmusokig: A reziliencia fogalmának alakulása a pszichológiában. *Alkalmazott Pszichológia, 10(1-2),* 161–171.
Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine, 8,* 324–338.
Rutter, M. (1986). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Cicchetti, D., Neuchterlein, K., Weintraub, S. (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* Cambridge University Press, Cambridge.
Rutter, M. (2012). Resilience: Causal pathways and social ecology. In Ungar, M. (Ed.). *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice.* Springer Science + Business Media. 33–42.
Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology, 12,* 297–312.
Sameroff, A. J. (2005). *The Science of Infancy: Academic, Social, and Political Agenda. Infancy, 7(3),* 219–242.
Sameroff, A. J. (2009). The Transactional Model. In Sameroff A. (Ed.). *The Transactional Model of Development – How Children and Contexts Shape Each Other.* APA, Washington D.C. 3–21.
Sameroff, A. J., Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. In Horowitz, F. D. (Eds.) *Review of child development research.* Vol. 4. University of Chicago Press, Chicago. 187–244.
Sameroff, A. J., Fiese, B. H. (2005). Models of Development and Developmental Risk. In Zeanah, C. H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health.* 2nd ed. The Guilford Press, New York – London. 3–19.
Scarr, S., McCartney, K. (1983). How people make their own environments: a theory ofgenotype environment effects. *Child Development, 54,* 424–435.
Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology, 9,* 261–268.
Sroufe, L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology, 25,* 1215–1224.
Szabó, D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: Kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle, 72(2),* 247–262.
Szokolszky, Á., V. Komlósi, A. (2015). A „reziliencia-gondolkodás" felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia, 15(1),*11–26.
Ungar, M., Ghazinour, M., Richter, J. (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54(4),* 348–366.
Werner, E., Smith, R.S. (1992). *Against the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood.* Cornell University Press, Ithaca.
Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In Meisels, S. J., Shonkoff, J. P. (Eds.) *Handbook of early childhood intervention.* Cambridge University Press, Cambridge. 115–132.
Werner, E. E., Smith, R. S. (2001). *Journey from childhood to midlife: Risk and recovery.* Cornell University Press, Ithaca, NY.

II. RÉSZ

AZ EGÉSZSÉGES LELKI FEJLŐDÉS HÁTTERÉRŐL

Németh Tünde — Családtervezés, várandósság, szülés, korai gyermekágy a gyakorlati tapasztalatok alapján – Fókuszban a pszichoprofilaxis egy modellje, a „Szülői hivatásra felkészítő kurzus”

Danis Ildikó — Társadalmi és pszichológiai folyamatok a gyermekvállalás hátterében és a szülővé válás során

Cs. Ferenczi Szilvia, *Németh Tünde* — Az önszabályozás alakulása és jelentősége kora gyermekkorban

Tóth Ildikó — Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség – Legújabb fejlemények

Hivatkozás: Németh, T. (2020). Családtervezés, várandósság, szülés, korai gyermekágy a gyakorlati tapasztalatok alapján – Fókuszban a pszicho profi laxis egy modellje, a „Szülői hivatásra felkészítő kurzus". In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 138–163.

A családtervezés, a várandósság, a szülés és a születés eseménye, az anya-gyermek-apa kapcsolat indulása, vagyis a család születése egyrészt biológiailag meghatározott folyamat, másrészt a szülők egyéni és családi története, valamint a társadalmi és kulturális környezet is jelentős hatással van ezekre a folyamatokra a mindennapok és a fejlődés során. A pszichés, pszichoszomatikus és magatartásproblémák kezelésében a perinatális időszak eseményeiről és folyamatáról való tudás jelentőségteljes. Ez az időszak kiindulási pontot és optimális lehetőséget jelent a korai beavatkozásokra, a pszichés és pszichoszomatikus betegségek, valamint a kapcsolati zavarok megelőzésére.

A szülővé válás folyamatának támogatása a kora gyermekkori regulációs, viselkedési és érzelmi zavarok megelőzésének az alappillére. A fejezet fókuszába a regulációs zavarok megelőzésének lehetőségeit helyeztük a perinatális periódus vetületében. Először az oktatási szférát, majd az egészségügy területét érintjük, és kiemelten tárgyaljuk a pszichés vonatkozásokat, melyek az ellátás során ma még sajnos kisebb teret kapnak a mindennapi gyakorlatban. A negatív és pozitív családtervezéshez kapcsolódva a várt, tervezett és a nem várt gyermek témájával is foglalkozunk. Ezt követi röviden a várandósság indulása, három trimesztere, a szülés és születés témaköre, majd a korai gyermekágyas időszak tárgyalása, amelynek keretében a szoptatás sikeres indításáról és támogatásáról, a Bababarát Kórházakról is szót ejtünk. Részletesen bemutatjuk a megelőzés szempontjából figyelemre méltó Szülői hivatásra felkészítő kurzus módszerét, kitekintve más országok ez irányú tevékenységeire.

A fejezet jelentőségét az adja, hogy gyakorlati szempontokat figyelembe véve bemutat olyan a családtervezéssel induló prevenciós és intervenciós törekvéseket, melyek jelentősen támogatják a családok jóllétét, a következő generáció egészséges testi-lelki fejlődését és nem utolsósorban – nemzetközi tapasztalatok alapján – gazdaságilag is bizonyítottan hatékony befektetést jelentenek a társadalom számára.

CSALÁDTERVEZÉS, VÁRANDÓSSÁG, SZÜLÉS, KORAI GYERMEKÁGY A GYAKORLATI TAPASZTALATOK ALAPJÁN – FÓKUSZBAN A PSZICHOPROFILAXIS EGY MODELLJE, A „SZÜLŐI HIVATÁSRA FELKÉSZÍTŐ KURZUS”

Németh Tünde

Múlt és jelen

Családtervezés – röviden a várandósgondozásról

Várt/nem várt gyermek

Rövid áttekintés a várandósság idejéről

Felkészülés a szülésre, a szülői szerepre

Röviden a szülésről
Fókuszban a természetes szülés
Bababarát Kórház Program

Röviden a gyermekágyról – gyakorlati szemmel

Család születik – hétköznapi nehézségek és örömök a családdá/új családdá válás idején. Tapasztalatok a terapeuta szemszögéből

Összefoglalás

Múlt és jelen

Az egészségügyben megindult prevenciót támogató szemléleti változások mellett még ma is a gyógyító orvoslás túlsúlya jellemző. A betegség és egészség relációjában a betegségen van a fókusz. Az egészségügy nagyrészt *biomedikális modellben* gondolkozik, ahol a figyelem a tünetre irányul, így a holisztikus látásmód helyett szinte részekre bontja a pácienst (Fabian, 1994). A gyógyítást az Engel (1978) által leírt *biopszichoszociális modellbe* helyezve lehetőség nyílik a szakember és betege (kliense) közötti partneri viszonyra, a közös gondolkodásra az egészség mint végső cél elérése érdekében. Ez a modell, mely rendszerszemléleten alapul és interdiszciplináris teammunkában gondolkodik, a hazai gyakorlatban a mai napig nem nyert széles teret.

Definíciószerűen a *prevenció* körébe tartoznak *„azon orvosi és nem orvosi egészségügyi eljárások, életviteli módok, valamint motivátorok, amelyek célja a betegségek megelőzése, korai felismerése, a szövődmények kialakulásának megelőzése"*[1]. Témánk szempontjából ez a fejlődési problémák megelőzését, az egészséges fejlődés támogatását, atipikus fejlődés esetén pedig a minél korábbi beavatkozást jelenti, amely egyben lehetőséget teremt a későbbi viselkedési és kapcsolati zavarok, pszichés és pszichoszomatikus megbetegedések megelőzésére. A sokak által ismert Heckman-féle befektetési görbét (Carneiro és Heckman, 2003) követően Doyle és mtsai. (2009) azt is bizonyították, hogy egy társadalom számára a már várandósság idején megkezdett kora gyermekkori befektetések gazdasági megtérülése a leghatékonyabb (lásd bővebben Danis bevezető tanulmányát könyvünk jelen kötetében).

A fenti kutatási eredmények igazolni tudják a korábbi hazai kezdeményezések társadalmi hasznosságát, így a Pest megyében 1993-ban a *Szent Rókus Kórházból elindított Családbarát Program* indokoltságát is. A Szent Rókus Kórház pszichoszomatikus, szoptatási és veszteség rendelésén szerzett (gyermekorvosi és pszichoterápiás) tapasztalatok, valamint az 1987-ben a MTA Szociológiai Intézetében, Losonczi Ágnes által vezetett „Terhesség-Szülés-Születés" című tudományos kutatás (Hanák, 1988) hatására indítottuk el 1993-ban a Családbarát Programot (Németh, 2003). *Ez a kétgenerációs primer prevenciós modell, mint egy egészségügyi minőségfejlesztési részprogram az egészséget, a gyermekvállalást és a családdá alakulást helyezte középpontba.* Gyakorlatban ez a program komplexen támogatta a szülők egyéni személyiségfejlődését, párkapcsolatát, szülői szerepüket és a családdá alakulást, valamint gyermekük optimális fejlődését. Hangsúly került a nagyszülőség témájára is, kiemelve, hogy ezt az új szerepet is tanulni kell, és ebben a többgenerációs családi átrendeződésben az új egyensúly megtalálásáig sok türelemre, egymásra figyelésre, minősítés nélküli nyílt kommunikációra van szükség. Továbbá a laikusoknak szóló ismeretterjesztés, az interdiszciplináris szakmai együttműködés, az éveken keresztül szervezett szakmaközi konferenciák, a társszakmák és a kliensek informálása, valamint a média segítségével az információátadás került a középpontba. *A családbarát ellátás alapelveit a következőkben foglaltuk össze: emberközpontúság, holisz-*

[1] https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Prevenci%C3%B3

tikus szemlélet, paritásos viszony, rendszerszemlélet, azonos információ szakembernek és kliensnek, támogató kapcsolat, a kliensek aktív részvétele a prevenciós és a gyógyító folyamatban (Németh és mtsai., 2015). Kronológiai sorrendben a program fókuszába a magzati életkor, az anya-gyermek-apa kapcsolat, a területi és kórházi várandósgondozás, a védőnői és gyermekorvosi ellátás (anya-csoportok, szoptató klub) és a gyermekintézmények (bölcsőde, óvoda, iskola) kerültek. A Program az *Országos Gyermekegészségügyi Intézet* (OGYEI) keretében 2003-tól kiegészült a (pozitív) családtervezési programmal, mely így komplexen támogatta az optimális életkezdést, az egészséges kora gyermekkori fejlődést.

Az Egészségügyi Világszervezet az 1980-as évektől foglalkozott aktívan az *egészség mint érték* fogalmával. Egyik kezdeményezésük volt 1990-ben a Bécsből elindított *„Egészséges Kórházak" program (HPH – Health Promoting Hospital)*. A program céljait, feladatait az 1986-os Ottawai Charta[2] és az 1991-es budapesti deklaráció tartalmazza. 1995-ben 20 európai kórház kezdte meg az egyes országok Nemzeti Hálózatainak építését. Magyarországon az Egészségmegőrző Kórházak Nemzeti Hálózatához a Szent Rókus Kórház is csatlakozott a Családbarát Programmal, mely jól illeszkedett a HPH által meghirdetett *Családcentrikus Szülészet* és *Bababarát Kórház* programokhoz (Németh, 1998).

A 2010-es években újabb hullám indult el Magyarországon a szakmaközi gondolkodás és együttműködés ösztönzésére. Kereki és mtsa(i) (2010, 2011, 2012) munkájához köthetőek azok a hazai felmérések, valamint a *TÁMOP 3.1.1.* pályázati projekt[3], melyek először *a köznevelés területén*, a korai ellátásban foglalkoztak kiemelten a szektorok közötti összehangolt fejlesztéssel. Ezt a hagyományt folytatta a *TÁMOP 6.1.4.* projekt[4] is, mely *a gyermekegészségügyi alapellátásban* dolgozók részére biztosított továbbképzéseket, szakmai útmutatókat, kézikönyveket. A program része volt a szülői kompetencia támogatása, valamint a gyermek egészséges életkezdetének rendszeres követése (szülői kérdőívekkel, rizikó kérdőívvel), mely azóta beépült a mindennapi védőnői praxisba. A *TÁMOP 5.2.6.* projekt[5] a *szociális szféra* jól működő bölcsődei, gyermekjóléti és családsegítő hálózatában két nemzetközi projektet adaptált a családok megerősítésének és rezilienciájának (a rezilienciáról lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát ebben a kötetben) támogatására, valamint a szociális szférában dolgozók gyakorlati munkájának integrálására. Ezek mellett a kora gyermekkori érzelmi- és viselkedésszabályozási zavarok megelőzésére, ellátásának elindítására tett lépéseket a kisgyermeknevelők körében. Napjainkban is folyik a 2017 tavaszán elindult *EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 számú, „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése"* elnevezésű projekt, amely az atipikus fejlődést mutató gyermekek és családjaik hatékonyabb ellátását célozza. A jelenben zajló *Család-*

---

[2] A WHO szervezésében Ottawában tartott konferencián határozták meg az egészség előfeltételeit, és alkották meg az egészségfejlesztési tevékenység definícióját. Bővebben lásd még: https://www.arcanum.hu/hu/online-kiadvanyok/TenyekKonyve-tenyek-konyve-1/medicina-1B567/fontos-intezmenyek-szervezetek-egyesuletek-1BA07/egeszsegmegorzo-korhazak-nemzeti-halozata-1BA41/

[3] TÁMOP 3.1.1. *„21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció"* c. kiemelt projekt.

[4] TÁMOP 6.1.4. *„Koragyermekkori (0–7 év) program"* c. kiemelt projekt.

[5] TÁMOP 5.2.6. *„A korai életszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása"* c. kiemelt projekt.

barát Ország projektek pedig olyan célokat is megvalósítanak a különböző szektorokban országos szinten, amelyek az 1990-es évektől kezdődően lokális kezdeményezésekként már elindultak hazánkban.

Mind az 1990–2000-es évek Családbarát programjának, mind pedig a 2010-es évektől induló Európai Uniós fejlesztési projekteknek fontos célcsoportja a gyermeküket tervező párok, a várandós és a kisgyermekes szülők. A továbbiakban a gyakorlati tapasztalatok, a mindennapi praxis szemszögéből tekintjük át a családtervezés, a várandósság, a szülés és a szülőség indulásának időszakát. (A szülővé válás pszichológiai és társas vonatkozásainak elméleti összefoglalását lásd Danis tanulmányában a jelen kötetben.)

Családtervezés – röviden a várandósgondozásról

Családtervezési ismereteket a fiatalok elsősorban otthonról, az iskolából és a barátoktól szereznek. A szexualitással kapcsolatos edukációs órákon – a nem kívánt terhesség megelőzésére – rendszerint bemutatásra kerülnek a párok rendelkezésére álló, ma már a gyógyszeren kívül is alkalmazható alternatív módszerek (Szőnyi, 2003). Ezek az információk tehát kiemelten a fogamzásgátlásra, az ún. *negatív családtervezésre* irányulnak. Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedben egyre több intézet foglalkozik a tudatos gyermekvállalás, az ún. *pozitív családtervezés* (lásd később részletesen) témájával, a fiatalok körében még kevéssé ismert, nem elterjedt ez a szolgáltatás (Póhr és mtsai., 2019).

Korábban e korosztályban személyes tapasztalatszerzésre is volt lehetőségünk, 1998-ban és 2003-ban egy *iskolai családi életre nevelési program* keretében. A fogamzásgátlás áttekintése után a pozitív családtervezésről esett szó a szülői hivatásra felkészítő kurzus (lásd később) szakmai anyagának átdolgozásával. A diákok, a szülők és a pedagógusok között a közös tudást és közös nyelv használatát azonos információk átadásán keresztül sikerült megteremtenünk. A serdülőkkel folytatott programot hatékonynak találtuk a majdani családtervezés előhangolásához. Külön öröm volt, amikor évekkel később a szülői hivatásra felkészítő kurzuson olyan pár is részt vett, akivel még az iskolai „órákon" találkoztunk.

A pozitív családtervezést mint perikoncepcionális (fogantatás körüli) ellátási modellt Czeizel Endre (1993, 1999) dolgozta ki 1984-ben egy nemzetközi, WHO kutatási programra alapozva. Ennek célja a strukturális fejlődési rendellenességek (elsősorban a velőcsőzáródási rendellenességek) és a koraszülés megelőzése volt. Az utóbbi évek kutatási eredményeit adaptálva e modell szerint működik az Erős Erika (Erős, 2010) által vezetett munkacsoport (korábban az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, majd a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, jelenleg pedig az Állami Egészségügyi Ellátó Központ keretén belül) és több pozitív családtervezési szolgáltatást nyújtó magánintézet az országban.

Kiemelt jelentősége van annak, hogy a családot tervező pár egészségi állapota a várandósságot megelőzően a lehető legoptimálisabb legyen, mivel ez csökkentheti a várandósság és szülés alatti komplikációkat, a fejlődési rendellenességek előfordulását, a kis súlyú újszülöttek számát és a koraszülés kockázatát (Erős, 2010, 2019).

A pozitív családtervezés a fogamzást megelőző 3 hónappal kezdődik, és a várandósság 3. hónapjáig tart. A családtervezési program (Erős, 2010) ebben a kitüntetett időszakban speciális figyelmet, vizsgálatokat, konzultációt, szükség esetén kezelést biztosít. Az ellátás alapszerkezete három lépcsőből áll: *konzultációból, laboratóriumi vizsgálatokból és pszichológiai tesztekből.* Az alapellátáshoz *speciális orvosi konzultációk* (pl. genetikai tanácsadás) csatlakoznak. A családtervezés központi eleme a *folsav szupplementáció.*

A várandósság során és a szülést követő periódusban kiemelt jelentőségű a *pszichiátriai konzultáció lehetősége* a posztpartum depresszió (PPD) és egyéb mentális betegségek megelőzésére, ellátására, illetve a gyógyszeres kezelés vezetésére. (Bővebben lásd Hortobágyi és munkatársainak tanulmányát jelen kötetben.)

Ma már a 13. héttől *omega 3 zsírsav adása* is javasolt az anya lelki egészségének és a magzat – később, a szoptatás alatt pedig a csecsemő kognitív és pszichomotoros – fejlődésének a támogatására (Erős, 2010).

A magzati élet védelméről szóló törvény[6] 1992-ben történt megjelenése óta többek között a *Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ)* védőnői foglalkoznak a családtervezés támogatásával. A CSVSZ vezetőivel való találkozások alkalmával és a szolgálat által szervezett képzéseken tartott előadásainkon igyekszünk a védőnőket inspirálni arra, hogy a szolgálat – a negatív családtervezésben végzett munkája mellett – vállalja fel országosan, szervezett formában, térítésmentesen a pozitív családtervezési szolgáltatást is az önkéntesen jelentkező párok számára. Ezt indokolja, hogy a CSVSZ védőnői szolgáltatások közelében – a szakemberek perikoncepcionális témában kapott képzése után – rendelkezésre állnak a pozitív családtervezéshez szükséges alapszolgáltatások (nőgyógyászat, urológia, laboratórium). Ennek megvalósulása jelentőségteljes a családok testi, lelki egészsége szempontjából.

A pozitív családtervezés széles körű elterjedése jól illeszkedne a magyar várandósgondozási rendszerhez, mivel a *várandósgondozás* akkor indul, amikor a nőgyógyász megállapítja a méhen belüli várandósságot, azaz, amikor a sikeres pozitív családtervezési program lezárul. Nemzetközi szinten is kiemelt minőségű a Magyarországon a 26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet alapján megvalósuló várandósgondozás, az a komplex egészségügyi szolgáltatás, mely a nőgyógyász, védőnő, szülésznő, háziorvos és a várandós együttműködésével valósul meg. A védőnői szakmai protokoll illeszkedik a körültekintő, a várandósságot követő vizsgálatokhoz, és kiegészítő feladatként jelöli meg a szülői szerepre, szülésre való felkészítést (együttszülés, szoptatás, terhes torna stb.).

Várt/nem várt gyermek

A *perinatális pszichológia* kutatási eredményei bizonyítják, hogy a magzati fejlődés és kompetenciák már a korai időben lehetőséget biztosítanak az anya és az apa számára a kapcsolatfelvételre. Az ektodermából fejlődő idegrendszer és kültakaró, majd az érzék-

[6] https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv

szervek kialakulása támogatja ezeket a korai érintéses interakciókat (Chamberlain, 1988; Andrek, 1997, 2019). Chamberlain (1993) a magzati mozgásokat 3 csoportba sorolja: az önindította aktivitásra, a reaktív és az interaktív viselkedésre, vagyis *feltételezhetünk olyan interakciókat, amelyek során a szülők érintése és hangadása már a hasfalon keresztül kapcsolódásra „hívja" a magzatot.* A *haptonómia* (az érintés tudománya) bővíti a magzattal való kapcsolatfelvétel lehetőségeit már a várandósság alatt.

Azoknál a szülőknél, akik már a kezdetek kezdetén érzelmileg ráhangolódnak a várandósságukra, és aktív érintéses, verbális interakciókat kezdeményeznek magzatukkal, fantáziáik a gyermekről és kapcsolatukról beindítják a *szülői ráhangolódás folyamatát.* Ezek az interakciók a magzatot is megerősítik létében, és lehetőséget kínálnak arra, hogy ő is aktív résztvevője legyen a szüleivel zajló kommunikációnak. Az így kialakult találkozások támogathatják a szülés, majd a szülést követő első találkozás történéseit is (Veldman, 1989). Bizonyított, hogy már *az újszülöttek is tanulnak és emlékeznek*, megkülönböztetik és preferálják az anya illatát, hangját, szívfrekvenciáját, dalait stb. (összefoglalóan: Cole és Cole, 2006). Amennyiben az apa is gyakran részt vesz a várandósság alatti interakciókban, az újszülöttnek róla is lehetnek emlékei, amelyek megnyugtatóan hatnak a születést követően.

> Álljon itt egy példa a sok közül: a szülés közben kialakult magzati bradycardia[7] miatt végzett akut császármetszésből született kisfiú nagyon sírt, mozgolódott, így a nővérek a kötelezően előírt súly- és hosszmérést nem tudták elvégezni. Az együttszülésben résztvevő apuka, aki jelen volt az újszülött ellátásánál, és a várandósság alatt járt a szülői hivatásra felkészítő kurzusra (lásd később), megkérte a nővéreket, hogy megfoghassa kisfiát. Az újszülött pár másodperc múlva elhallgatott, belesimult édesapja tenyerébe, mintha még szimatolt is volna (szagemlékezet). Olyan volt ez a találkozás, mely már ismerős lehetett mindkettőjük számára, hisz az édesanya hasán keresztül, az apai érintések és hangadások során már sokszor találkoztak. Ugyanakkor ez volt az első közvetlen találkozás apa és fia közt. Mindenkit nagyon meghatott a jelenet. Ebben a helyzetben sem sikerült rögtön lemérni a gyermeket, de úgy értelmeztük, hogy az újszülött apja biztonságos ölelésében megnyugodott, „feltankolt", és utána „bizalmat szavazott" a nővéreknek is, mert csendben le tudták mérni.

Számos lehetséges ok miatt (akár egészségügyi vagy szociális, akár pszichés okokból) nem minden szülő képes azonnal ráhangolódni a várandósságára, illetve magzatára. Amennyiben a várandósság elfogadásra kerül, és az anyát érzékenyen támogatja környezete az anyává válás útján, a megszületést követően minden bizonnyal egymásra találnak gyermekével. *A gyermek biztonságos kötődésének feltétele a mindennapi interakciók során gyakorolt szenzitivitás, ami szintén tanulható* (bővebben később, illetve lásd Tóth korai kötődésről szóló tanulmányát a jelen kötetben és Danis kötődésfókuszú intervenciókról írt tanulmányát könyvünk II. kötetében).

[7] A szívritmuszavar azon formája, amikor a pulzusszám csökkent.

Amennyiben az informális környezet nem elegendő a szülők megtartásához, a várandósságtól kezdődően fontos lehet az anya és az apa szakmai támogatása is, akár egyéni vagy csoportos pszichoterápia keretében. A nem várt, nem kívánt gyermekek esete kifejezett figyelmet igényel. Ők nemcsak a fenti korai élményekből maradnak ki, hanem a *foetomaternális endokrin (az anya és a magzat közötti hormonális) körön* keresztül az anyai stressz okozta hormonális változások is hatással vannak rájuk, melyek tovább ronthatják helyzetüket (Cole és Cole, 2006). Azt mondhatjuk, magára hagyva, elutasítottan töltik a várakozás idejét, az anyai elutasítás pedig a szülés folyamatára is hátrányosan hathat.

Hidas (1997) idézi az analitikus Budapesti Iskola képviselőjének, Ferenczi Sándornak korai megfigyeléseit (*A nem kívánt gyermek és az ő halálösztöne,* 1929), aki terápiás gyakorlata során felismerte, hogy az anya születendő gyermekével szembeni ellenérzései, a magzata létezése elleni tudatos és/vagy tudattalan beállítódásai jelentősen befolyásolják utóda testi-lelki fejlődését, az élethez való viszonyulását. Ma is tudjuk, hogy terápiás beavatkozás nélkül a *pozitív anyai attitűd hiánya* fennmaradhat a születés után is, és ez jelentősen befolyásolhatja a korai anya-gyermek interakciókat és akár a későbbi életutat is. *Az anya fel nem dolgozott traumái és az ezzel összefüggő elutasítás a szülést követően elhanyagolásban, bántalmazásban vagy atipikus magatartásmódokban is megnyilvánulhat* (lásd bővebben Lénárd tanulmányát ebben a kötetben), *amely a kötődési biztonság kialakulását veszélyeztetik* (lásd bővebben Tóth tanulmányát ebben a kötetben). Számos *felnőttkori pszichoszomatikus és többféle pszichiátriai betegség* (depresszió, sikertelen szuicidium utáni állapot, szorongás) esetén többek között a terápia során feltárt korai elutasítottság feldolgozása adhat magyarázatot a gyógyulásra. A szülés előtti és a megszületést követő törődő interakciók nélkülözésének tapasztalatai a korai emlékezeti szerveződés miatt implicit módon (tudattalan élményként) maradnak meg, amelyek verbálisan általában nem hozzáférhetők. A korai kedvezőtlen élettapasztalatok – feldolgozás nélkül – később is negatív hatással lehetnek a fizikai és mentális egészségre, de a folyamatban mindenképpen figyelembe kell venni a szocializáció közegét is. Következményeik közt találhatunk számos testi tünetet, pszichoszomatikus betegséget (pl. diffúz szorongást, lehangoltságot, az üresség, kisebbrendűség, értéktelenség érzését, antiszociális viselkedést, drog- és alkoholproblémákat, valamint további önromboló tendenciákat is, úgy, mint étvágytalanság, szuicid késztetések, heves légzészavarok – Janus és Häsing, 1994; Hidas, 1997). A szakmában a prágai vizsgálat néven ismert (Matejzek, 1994) kutatás számolt be arról, hogy a nem kívánt várandósságból született gyermekeknél a kontrollcsoporthoz képest háromszor gyakrabban találtak fejlődési, pszichológiai, szociális lemaradást, antiszociális viselkedést.

Szeretnénk összefoglalóan újra hangsúlyozni, hogy *amennyiben az édesanya a várandósság során, vagy a születést követő korai időszakban kap segítséget, illetve a gyermek saját környezetében talál korrigáló kapcsolatot, vagy felnőtt korában terápia segítségével feldolgozásra kerülnek korai nélkülöző élményei, lehetősége van jó testi, lelki egészségben élni.* Mindig figyelembe kell venni a rizikó és a protektív faktorokat egyaránt. A reziliencia-kutatások igazolják, hogy az idegrendszeri állapot, az egyéni viselkedés és a környezeti tényezők együttesen alakítják az egyén változásokhoz való alkalmazkodó képességét. (Cicchetti és Cohen, 2006; lásd bővebben Danis és Kalmár fejlődési pszichopatológiáról írt tanulmányát ebben a kötetben.)

Rövid áttekintés a várandósság idejéről

A nő és a férfi életében is életre szóló változásokat hoz a várandósság. Ez az életszakaszváltás, kiemelten az első gyermek várása és születése bonyolult és összetett folyamatokat indít el. Várt, tervezett gyermek esetén is krízishelyzet jön létre – a kialakult egyensúlyi állapot felbomlik, új egyensúlynak kell kialakulni. Ez egy *normatív, vagyis fejlődéslélektani szempontból várható, bejósolható krízis* (Carter és McGoldrick 1990), amelyben a serdülőkori krízishez hasonlóan szintén rövid idő alatt következik be jelentős testi, lelki és szociális területeken változás.

E krízis – veszélyként értelmezve – előhívhat, ismételhet múltbeli traumákat, de lehet lehetőség a változtatásra, a saját szülőség építésére, az identitás újraszervezésére is. A belső átrendeződést segíti az anyával kapcsolatos korai élmények felelevenedése, a tudattalan fantáziák aktiválódása az anya preverbális korából. *Az anya saját kötődési tapasztalatai is aktiválódnak, önmagáról és másokról való reprezentációi újrarendeződnek. Új reprezentációk alakulnak ki a magzatról és a gondozói szerepről is* (Stern, 1995/2004).

A várandósság során, majd a szülés utáni periódusban fontos, hogy a szakemberek az adott családdal tudjanak beszélni az *„elég jó szülőségről"*[8] (Winnicott 1971/1999), a Stern által leírt *anyasági trilógiáról*[9], az *anyai konstellációról*[10], az *anyai ráhangolódásról*[11] (Stern, 1995/2004), az ainsworth-i *anyai szenzitivitásról*[12] (Ainsworth és mtsai., 1978), valamint reflektíven az interakciók befolyásáról a gyermek fejlődésében (idegrendszeri fejlődés, önszabályozás, szociális kapcsolat, személyiségfejlődés). (E fogalmakról lásd még bővebben Hédervári-Heller, Koller, valamint Tóth tanulmányait ebben a kötetben).

A gyakorlati tapasztalatok alapján *a várandósság alatt leggyakrabban a következő témák jelennek meg* az anyánál és optimális esetben az apánál is:

- a termékenységhez való viszony,
- a magzat életben tartása,

---

[8] Donald D. Winnicott az *„elég jó anya"*, *„elég jó szülő"* fogalmával azt fejezte ki, hogy míg az anya/apa természetes önbizalmára támaszkodva, saját érzéseire hallgatva csecsemőkorban teljesen kiszolgálja gyermeke szükségleteit, addig, ahogy növekszik, a gyermeket fokozatosan hagyja megküzdeni a nehézségekkel, frusztrációival. Bruno Bettelheim is írt ilyen címmel könyvet (1987/2015).

[9] *Anyasági trilógia:* egy új konstelláció, mely időleges és átmeneti szakaszt képvisel. A három párbeszéd: az anya párbeszéde saját anyjával mint gyermekkora anyjával; az anya párbeszéde saját magával mint anyával; az anya párbeszéde a csecsemővel.

[10] *Anyai konstelláció:* négy témát tartalmaz: (1) az élet és fejlődés témája: képes-e fenntartani gyermeke fejlődését, életét; (2) az elsődleges kapcsolódás témája: képes-e hitelesen kapcsolódni gyermekéhez; (3) a támogató mátrix témája: képes-e támogatókat szervezni, engedni magához; (4) identitás átszervezés témája: képes lesz-e átalakítani önazonosságát, hogy elősegítse a fentieket.

[11] *Anyai ráhangolódás:* ösztönös anyai viselkedés, melynek a három formája: *valódi ráhangolódás* – az anya osztozik a csecsemő élményeiben; *szándékos félrehangolás* – a csecsemő érzelmi állapotának a szabályozása; *nem szándékos félrehangolás* – az anya nem érzékeli a csecsemő valódi állapotát.

[12] *A szenzitivitás elemei:* a gyermek jelzéseinek észlelése, megfelelő értelmezése, a jelzésekre minőségben és időben (a helyzetnek, a gyerek fejlődési állapotának, illetve igényeinek) megfelelő reagálás.

- a saját anyával és apával való kapcsolat,
- a transzgenerációs családtörténet: terheltség esetén – terápia nélkül – gyakori a destruktív vonatkozások ismétlése,
- a párkapcsolat, a párkapcsolat hétköznapjai,
- a veszteségek,
- a (fizikai és lelki) bántalmazások.

A várandósság alatt az anamnézisben megjelenő nehézségek, problémák közül – a teljesség igénye nélkül – kiemelendő és *szakmai támogatást igényel*:

- korábbi traumatikus szülészeti események: abortusz, spontán vetélés, halvaszülés,
- veszteségek, mint például munkahely elvesztése, párkapcsolati zavar, megcsalás, halál,
- a szülés vagy a magzat egészsége miatti fokozott szorongás,
- korábbi mentális megbetegedések,
- tartós lehangoltság,
- terhességi vészes hányás, egyéb szomatikus, pszichoszomatikus tünetek,
- toxémia.

A várandósság időszaka orvosi és pszichológiai szempontból is három trimeszterre osztható (Leff, 1991; Papp, 1999; Cseh és Rigó, 2015).

- Az *első trimeszter* az ellazulásról, a „felpuhulásról", a testi és lelki befogadásról szól. Sok esetben, még mielőtt tudatosulna a várandósság, menzesszel végződik, továbbá több ikernek induló várandósság is „visszafordul", és csak egy gyermek fejlődik tovább. Ez a periódus a gyermek szempontjából a szervfejlődés ideje. Amikor az anyában megszületik a belső igen a várandósságra, azzal „lekerekedik" a várandósság indulásának a témája. Az abortusz mint az anya döntése arról, hogy nem kívánja megtartani a gyermekét, több kultúrában és a társadalmak nagy részében ma már legitim. Ugyanakkor pszichológiailag gyakran találkozunk azzal, hogy mindezt nehéz feldolgozni az idealizált, többnyire pozitív tartalmakkal felruházott anyaképpel szemben.

- A *második trimeszter* központi témája a „megtartás", és a magzat önálló lényként való elfogadása. A magzati oldalon ebben a trimeszterben a fejlődő és működésbe lépő érzékszervek egyre inkább segítik az anya-magzat, apa-magzat kommunikációt (Davenport, 1988). A kommunikáció területén 3 csatornát különítenek el: a fiziológiait, a viselkedésest, melyet a mindennapi élet történései töltenek ki, és amelyből kiemelkedik maga az érintés és a hangadás, valamint az intuíciót, mely a belső, érzelmi összehangolódást támogatja. Pszichológiai szempontból az anya preverbális élményei – saját születése, csecsemő- és kisdedkora – témává válnak a szülőkkel való kommunikáció révén, a már hallott és megélt élmények megerősödhetnek, a tudatos és tudattalan határ átjárhatósága fokozódhat (Leff, 1991). Ebben az időszakban segítség a kismamának a fontos személyek (partner, saját szülők, testvérek, barátok) lelki és érzelmi jelenléte, illetve a különböző kultúrákban megjelenő „magzatvédő praktikák" (babonák, rítusok, mindennapi

szokások annak érdekében, hogy az anya egészségesen hordja ki a gyermekét, és e „védelem" mindkettejüket elkísérje a várandósság során).

- A *harmadik trimeszter* központi témája a szülés, az „elengedés és leválás". Ebben a periódusban a szülés a fő téma, mind a szó fizikai, mind a lelki értelmében. A testi tünetek okozta szorongás általánosan elfogadott, de több más a várandósban felmerülő negatív érzés megosztása nehéz, kevéssé elfogadott. A szülésre, szülői hivatásra felkészítő csoportokban mindezek az érzések a hasonló élethelyzetben lévők közt kimondhatóvá válnak, ezáltal nemcsak az anya, hanem a közös véráramba kerülő hormonális hatások elcsendesedése miatt a magzat is jelentős szorongástól mentesül. Ebben az időszakban sokféle fantázia jelenik meg a gyermekről, vagy arról, hogy mennyire bízhat az anya a saját testében, mennyire hagyatkozhat rá, hisz ez a test növesztette idáig a gyermeket. Hogyan fog változni a teste, milyen lesz a kiüresedés, az újra „egyedüllét".

Koraszülés (24–37. gesztációs hét) esetén az anya még nem jut el a harmadik trimeszter témájához, azaz akkor szakad meg a várandósság, amikor az anya fantáziái a gyermekéről kezdenek gazdagodni. Az anya/apa számára *traumát* jelenthet a váratlan szülés, az apró, fejletlen gyermek látványa, az intenzív ellátás körülményei, egyben sérülhet a női identitás a „nem vagyok képes kihordani a gyermekemet" gondolatot tápláló érzésekkel. *Veszteséget* jelenthet az elképzelt gyermek, az egészséges gyermek, továbbá a gyermek és a család jövőképének elvesztése. Növekedhet az anyai szorongás a gyermek, a család, a szociális környezet szeparációja, a bűntudat, az önvádlás, valamint az elképzelt egészséges gyermek elvesztése után elinduló gyászfolyamat miatt.

Magzati veszteség, halvaszülés esetén az anyák a „végtelen várandós térben" maradnak: elkezdődött valami, de nem úgy fejeződött be, ahogy várták, azaz „megtörtént az átmenet a másállapotba, de mégse". (A koraszülött és perinatalis gyász témát részletesen lásd Németh és Hortobágyi tanulmányában a jelen kötetben.)

Felkészülés a szülésre, a szülői szerepre

A várandósok felkészítésének fókuszában még ma is többnyire a szülésfelkészítés áll, optimális esetben az együttszülésre és a szoptatásra is hangsúly kerül. Általában nyitott csoportban, 5-6 alkalmas periódusok ismétlődnek, hogy a párok, a kismamák igény szerint tudjanak csatlakozni.

Az 1960 óta működő *Nemzetközi Szülési Oktatási Szövetség* (ICEA) egy olyan nonprofit, professzionális szervezet, mely oktatókat és egészségügyi szakembereket támogat a *családközpontú anya- és újszülött-ellátás* érdekében. A családközpontúság számukra azt jelenti, hogy várandósság idején az apák is részesülnek felkészítésben, közvetítve, hogy az anyai, apai szülői szerep egyaránt fontos a gyermek számára. Svédországban az 1970-es évektől kezdve szülésznőket képeztek arra, hogy a párokat a szülésre és az ezt követő szülői szerepükre felkészítsék. A csoportokat eleinte a harmadik trimeszterre, majd a

tapasztalatok alapján a második trimeszterre szervezték. A bizonyítékokon alapuló tárgyi ismeretek átadásán túl fontosnak tartják a kommunikációs és nevelési információk átadását, valamint lehetőséget teremtenek gyermekes családokkal való találkozásra. A kiscsoportos találkozásoktól a nagy csoportos találkozásokon át számtalan formáját használták a felkészítésnek, azzal a céllal, hogy növeljék a pár biztonságérzetét, mely visszahat a gyermek és a pár szülést követő jóllétére. A svéd szülési regiszter szerint 2014-ben az első gyereküket váró anyák 71%-a, az apák 64%-a vett részt a várandósság során felkészítő kurzuson (Pålsson és mtsai., 2017, 2018).

Hazánkban is számos *szülésre, szülőségre felkészítő kurzus* érhető el a várandós szülők számára, ám közel sem olyan hatásfokkal, mint a nemzetközi példákban. A gyakran egészségügyi szakemberek (többnyire védőnők) és/vagy pszichológusok által vezetett „tanfolyamok" elszórva érhetők el az országban. Nincs egységes curriculum, tematika, ami szerint szerveződhetnének az alkalmak. A *Szülői hivatásra felkészítő kurzus* egy olyan jó gyakorlat, amelyet az 1990-es évektől kezdődően a Családbarát programon belül szerveztünk Budapesten és környékén, és amelyekben kb. 550 szülőpár vett részt az évtizedek során (tapasztalatainkat lásd bővebben az alábbi keretes szövegben). Nemzetközi és hazai jó gyakorlatok összegzése után felmerülhet az igény egységes tematikájú és szemléletű kurzus kidolgozására és oktatására azzal a céllal, hogy a szolgáltatás országosan elérhető legyen.

A szülői szerepre készülés – egy módszer, a *Szülői hivatásra felkészítő kurzus* módszerének bemutatása

A *Szülői hivatásra felkészítő kurzus* elméleti alapjait az 1980-as években pszichoanalitikus alapokon a hermanni megkapaszkodási ösztönre alapozva Demcsákné Kelen Ilona (1997) dolgozta ki. Az elmélet és a gyakorlat a továbbiakban kiegészült a kötődéselmélet és a modern csecsemőkutatások eredményeivel. Kórházi és egyéb formáinak adaptálását a családbarát team végezte (Demcsákné, 1997; Németh, 1997, 2003, 2012, 2015). A gyakorlati tapasztalatok alapján interdiszciplináris teamek részére elméleti és módszertani képzés kialakítása is felmerült.

A kurzus jelentőségét az adja, hogy nemcsak szülésre készít fel, hanem a megszületést követő gondozásra, a szülői szerepre is. A többgenerációs nagycsaládok együttélésének megszűnésével, valamint az egyre növekvő egyszülős, vagy új kapcsolatokban élő családok számának növekedésével egyre inkább hiányzik a családi élet, a gyermeknevelés „hagyományos" mintája. A kurzus meghatározó látásmódja, hogy *a várandósságot természetes, fiziológiás, egészséges folyamatnak tekinti, mely jelentős részében egészségügyileg problémamentes, és nemcsak az anya, de az apa számára is meghatározó élmény.* Struktúrája, tematikája már a várandósság során lehetőséget ad a felmerülő problémák feldolgozására és személyiségfejlődésre. A program koncepciója szerint a *várandósság egyben életciklusváltás, ún. normatív krízis*, mely lehetőséget teremt a leendő szülők számára gyermekkoruk lezárására, a szüleikről való leválás végleges befejezésére, az új, születő családjuk közös élményeire való felkészülésre, a születendő gyermek önálló egyéniségként való elfogadására. Amennyiben a második, harmadik gyermeküket várják, a kurzus lehetőséget és teret biztosít az új család megszületéséhez, hiszen ilyenkor a család minden

tagjának újra meg kell találnia a helyét, és szükségszerű újradefiniálnia magát a gyarapodó családban. A kurzus segítséget ad ahhoz is, hogy a párok, az egyének erőforrásaikat mobilizálják, és rátaláljanak saját megoldásaikra. Mindezt elősegítheti a pár megélt közös élményeire és az eljövendő lehetséges közös élményekre való rátekintés, majd annak tudatosítása, hogy a gyermek megszületése után megélt élmények a párkapcsolat új dimenzióit is megnyithatják. Ennek az a jelentősége, hogy a család születésekor és azt követően is a párkapcsolat biztosítja a család biztonságának alapját, így annak ápolása kiemelt szerepet kap.

A szülői hivatásra felkészítő kurzus csoportvezetése pszichoterapeuta és pszichológus képzettséggel történhet. A ko-vezetőként résztvevő szakemberek – szülész-nőgyógyász, szülésznő, védőnő, gyermekgyógyász, gyógytornász, gyógypedagógus, szociális munkás, kisgyermeknevelő – számára ajánlott a perinatális és a kora gyermekkor ismerete. Tapasztalataink szerint előnyös, ha egy-egy szakember több szakterületet képvisel, így a transzdiszciplináris tudásanyag és kompetenciák miatt csoportvezetői létszám csökkenthető. A team munkáját rendszeres *szupervízió* támogatja, mind a csoport-, mind a *teammunka* szempontjait figyelembe véve.

A párok számára a részvétel a 14–20. várandóssági héttől javasoljuk. A csoport 14, maximum 22 várandós kismama/kispapa (7–11 pár) részvételével működik. A találkozások helye és ideje mindig állandó. A kurzus *12+1 alkalommal*, a harmadik alkalomtól *zárt csoportban, hetente, állandó interdiszciplináris szakembercsapattal* – gyógytornász, pszichológus/pszichoterapeuta, szülész-nőgyógyász, gyermekorvos, védőnő/pszichopedagógus/kisgyermeknevelő – történő újszerű találkozás. A plusz egy alkalom – „a Bababál" – a kurzus után a megszületett gyermekekkel való találkozás, mely szakemberek jelenlétében lehetőséget ad élménybeszámolóra a szülésről, az első közös napokról, valamint alkalom nyílik az elképzelések és a valós események összevetésére. Az új családtagra várakozás idején a kurzus kisgyermeknevelő/védőnő segítségével megteremti a feltételeit annak, hogy a nagyobb testvér jelen lehessen, és arra is, hogy a magzattal külön is együtt lehessenek a szülők. A gyermekek szabadon választhatnak – a relaxációs időt kivéve –, hogy szüleik mellett maradnak, vagy külön játszanak.

A találkozások *várandós tornával* indulnak, melynek fókuszában a testséma változásának követése, gerinc- és gátizom torna, valamint a fizikai egészség megőrzése áll.

A kurzus lélektani bázisát – a csoportba érkező párok igényeit is figyelembe véve – az ún. rejtett tematika alapján kiválasztott *filmek megtekintése, a kiváltott érzések, gondolatok, asszociációk megbeszélése, valamint a kommunikációs gyakorlatok* adják. A *szülőszobai látogatás* tapasztalatainak megbeszélése, a szülés témájának feldolgozása után a „Babias"[13] – *csecsemőgondozás, ringató és bölcsődalok tanulása, napirend kialakítása* – kerül fókuszba. Ezt követően a kurzuson korábban részt vett párok jönnek el, akik *interaktív beszélgetés* keretében élménybeszámolót tartanak a szülésről, a szoptatás és az otthoni élet alakulásáról.

[13] *Babias:* a latin kisbaba szóból ered, valamint Kelen Ilona franciaországi tapasztalatai alapján a csecsemőgondozás és bölcsődalok tanulását értjük alatta.

Találkozásaink része a Kelen Ilona által kidolgozott *érintéses relaxáció*[14], és ezt követően a megosztható élmények megbeszélése. Lezárásként a párok gyógytornász vezetésével együtt gyakorolhatják a *szülésnél használható légzésformákat*. Az egyedül érkező kismamákat a team tagjai segítik. A légzéstanulás szerepét abban látjuk, hogy a nyújtott légzés már a várandósság előrehaladott periódusában terhelésnél, pl. vásárlás, lépcsőzés, kirándulás során, valamint a vajúdás idején jelentősen javítja az oxigénellátottságot. A többi – a szülés folyamatát jól támogató – légzésforma (lihegő, préselő légzés) pedig szülés közben, előzetes gyakorlás nélkül, nehézséget okozhat a kismama számára. Optimális, ha a problémamentes szülés lefolyását nem külső tényezők, hanem az anya intuíciói vezethetik. A modern szülészet nem támogatja a szülő nőnek diktált légzésritmust, hanem a szülő nőre bízza a légzés irányítását. A hagyományos szülészeti gyakorlatban még ma is találkozunk a szülőszobán a méhszáj védelmére javasolt lihegő légzés és a tolófájások támogatására a préselő légzés alkalmazásával.

Összességében elmondható, hogy a kurzus egy újszerű, különleges találkozássorozat zárt csoportban, ahol az elméleti és gyakorlati ismeretek meghallgatása, a videóanyagok megtekintése történik, majd a megbeszélés során mind a leendő szülők, mind a szakemberek megfogalmazhatják saját érzéseiket, élményeiket, gondolataikat egy-egy alkalommal, mindezt gyakorlati elemekkel kiegészítve. Mindezek a momentumok lehetőséget biztosítanak az *élményszintű tapasztalati tanulásra* azáltal, hogy mind a jobb, az emóciót érintő kreatív és fantáziákkal teli, mind a bal, a reális szférát érintő racionális és ismeretekre éhes agyfélteke mozgósítására sor kerül, és e két félteke összehangolt működése hozza létre a maradandó tanulást. A nondirektív csoportvezetéssel, a megszólalásokkal a csoportvezetők egy megengedő szülői mintát képviselnek.

A részletes tematika

I. Ismerkedés: igények felmérése, program ismertetése; téma: A magzati élet (száloptikával készült film)
II. Haptonómia – Mit tud, mire képes a magzat?[15]
III. Kötődés és kompetencia
IV. Érzések, fantáziák a magzati korról – Szülőszoba látogatás
V. Szülés
VI. Gyermekágy – „Külső burok" I.
VII. Babias, csecsemőgondozás
VIII. Gyerekgyógyászati fókusz

[14] *Érintéses relaxáció:* speciális relaxációs technika, melyet Kelen Ilona dolgozott ki. Először pszichoszomatikus tünetek komplex kezelésének részeként gyermekek számára alkalmazta. Ezt a későbbiekben franciaországi tapasztalatai alapján adaptálta várandós párokra. Magyarországon másfajta relaxációs technika – várandósok relaxációja – tanulható a Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület (MRSzE) keretében

[15] A *haptonómia* megalapítása 1945-ben a holland Frans Veldman nevéhez kötődik. Az affektivitás és a pszichológiai taktilis (haptikus) érintés tudománya. A társadalomtudományok körébe sorolják. Felhasználható a gyerekek és felnőttek pszichoterápiájához, valamint haptoanalitikus munkához. Egyik alkalmazási területe a szülés körüli munka, mely a haptonómia profilaktikus dimenziója.

IX. Szeparáció: elszakadás, biztonság – bizonytalanság
X. „Külső burok” II.: mindennapok, időstruktúra
XI. Család születik
XII. Babatalálkozó

Az ülések didaktikus felépítésűek. Egy találkozás felépítése:
– Kismama torna
– Szabad beszélgetés
– Filmbemutatás, megbeszélés
– Érintéses relaxáció, megbeszélés
– Légzéstechnikák gyakorlása

Beszámolók a kurzusról

„Férjemmel 2000-ben, első gyermekünk, Bálint születését várva vettünk részt először a kurzuson, akkor még a Szent Rókus Kórházban, ahol választott szülészorvosunk, a kurzus nőgyógyásza, dr. Doffek János ajánlotta figyelmünkbe ezt a lehetőséget.

Kíváncsian érkeztünk az első alkalomra, és azt hiszem, hogy most 18 év és három gyermek távlatából őszintén mondhatom, egy csodának lettünk a részesei. Egy olyan csodálatos világba csöppentünk, ahol megéreztük, megtanultuk, megtapasztaltuk, hogy mik a legfontosabb dolgok egy CSALÁD életében. A mai napon is mosolyogva gondolok vissza az első találkozásra a többi fiatal párral, és arra a bensőséges, nyitott, biztonságot adó hangulatra, ami ott fogadott bennünket.

Már a bemutatkozásból is olyan életre szóló útravalót kaptunk a figyelemről, amely azóta is sokszor eszembe jut: az akkor először látott, számomra vadidegen kismamát hallgattam 2 percig, amíg magáról beszélt. Hallgatnom, figyelnem kellett, visszakérdezés nélkül: ahogy majd gyermekemre is fogok figyelni nap mint nap. Ahogy ráébredek: nemcsak az a fontos, hogy én mit szeretnék tudni, hanem hogy a másik mit szeretne nekem mondani! Ez jut eszembe még ma is, amikor gyermekeim kiérnek az iskolakapun, és végighallgatom, hogy a szünetben a focipályán melyikük honnan rúgott gólt, hogyan kapott ki éppen a csapatuk, vagy ki mekkorát hibázott a nagy helyzetében – és igyekszem nem feltenni az unalomig ismert kérdést: *Mi volt ma az iskolában?* Mert az majd úgyis kiderül…

Ahogy az is hamar kiderült számunkra ezen a kurzuson, hogy nem vagyunk egyedül a problémáinkkal, a bánatunkkal és az örömünkkel sem.

Biztonságot kaptunk.

Nem utasításokat, nem előírásokat, nem áthághatatlan szabályokat, hanem lehetőséget önmagunk, a családunk megismerésére, arra, hogy válasszunk saját döntésünk szerint a lehetséges, elénk tárt megoldások közül. Megerősítést nyert, hogy bízhatunk saját döntéseinkben, nem kell mások véleményét feltétel nélkül elfogadni. A jó megoldások közül válasszuk ki a számunkra, a családunk számára a legmegfelelőbbet együtt, közösen!

A kurzus folyamán végigbeszélt szituációk mind nagyon hasznosak és tanulságosak voltak, és úgy érzem, hogy nagyon sokat segített nekünk az a biztonságérzet, amit ott tapasztaltunk és onnan magunkkal hoztunk.

A gyermekek megszületése utáni időszak kisgyerekes klubjai, az elmélet gyakorlati megvalósításának tapasztalatcseréi, és nem utolsó sorban a szakemberek tanácsai teljessé tették az élményt. Olyannyira, hogy Péter és Csaba fiam születésénél is részt vettünk a foglalkozásokon, hiszen ekkor újabb és újabb kérdések foglalkoztattak bennünket, és bíztunk abban is, hogy tapasztalatainkkal talán egy kicsit mi is hozzájárultunk a kurzus sikeréhez…

A végére ide kívánkozik egy idézet egy baráti pártól:

Amikor – hosszas ismeretségünk után – egy beszélgetés alkalmával szóba került, hogy annak idején részt vettünk a szülői hivatásra felkészítő kurzusokon, akkor nagyot nevetve, megkönnyebbülten kiáltottak fel: »Ja! Ti nem is magatoktól vagytok ilyen jó szülők!?« Azt hiszem, ebben van némi igazság." Pafféríné Kovácshegyi Nóra, 2019.

„Amikor az első kisbabánkat vártuk, a férjemmel rengeteget olvastunk a várandósságról, a szülés körüli időkről és a gyereknevelésről. A legkülönfélébb, olykor eléggé szélsőséges irányzatokról és módszerekről szereztünk tudomást. Így ugyan eléggé tájékozottak voltunk, de cserébe elbizonytalanodtunk az általunk ismert, a gyerekkorunkból hozott jó mintában. Természetesen mi is a legjobb módon akartunk szülők lenni, de ez egyre kevésbé volt egyértelmű. Az OGYEI Szülői Szerep kurzusa számunkra elsősorban azt jelentette, hogy nem vagyunk egyedül a leendő, családos életünkről szőtt elképzeléseinkkel. Itt több, különböző szakterületet képviselő szakember is megtámogatott minket abban, hogy nyugodtan követhetjük a saját belső iránytűnket. Megerősítést nyertünk, hogy a »józan paraszti logika« (mi legalábbis így fogalmaztuk meg) szerinti gondolkodás ma sem elavult vagy elvetendő, sőt még jobbá is tehető, ha az ember tudatosan áll hozzá.

A kurzuson olyan szemléletmódot igyekeztek nekünk átadni (illetve bennünk megerősíteni), amelyben a családi élet alapja a teljes család, ahol lehetőség szerint mindenki igényei megfelelő teret és időt kapnak. Ahol úgy érezzük, hogy »egy csónakban evezünk«. Ahol a szülők igyekeznek úgy menedzselni a közös életet, hogy semelyik családtag ne érezzen tartósan hiányt szeretetből és figyelemből, és ennek az ellenkezője se fordulhasson elő: senki ne kerülhessen hosszadalmasan reflektorfénybe a többiek kárára. Olyan családi modell ez, amelynek tagjai önálló egyéniségként tudnak kibontakozni, de egyben közösségként is együttműködnek.

A kurzus szakmai vezetői aztán az első kisfiunk megszületése után, frissen alakult családként sem engedték el a kezünket. Szeretettel vártak minket vissza a rendszeres baba-mama klubokra, ahol első gyermekes szülőként továbbra is megnyugtató volt a tudat, hogy szakemberek válaszolják meg a rengeteg felmerülő kérdésünket.

További járulékos pozitívuma számunkra a kurzusnak, hogy az ott megismert többi család közül eggyel a mai napig tartó barátság szövődött. Valamint azt is fontosnak tartom megemlíteni, hogy bár a baba-mama időszakban mára már eléggé rutinosakká váltunk, az egyre cseperedő gyermekeink élete körül felmerülő kisebb-nagyobb kérdésekkel a mai napig felkereshetem és fel is szoktam keresni az akkori gyermekgyógyászt. Van, mikor csak azért, hogy időről időre elmeséljem neki: jól vagyunk!" Kovács Enikő, 2019.

„A mi életünkben nagyon fontos szerepet töltött be a tanfolyam. 16 hetes kismama voltam, amikor Anyukám hosszantartó betegség után elment.

Nem volt gyermek a szűk családban, így a magzati fejlődés, a gondozás, az ápolás, a szoptatás praktikái, a szülés utáni feladatok, a megszokott életbéli változások átbeszélése, gyakorlása (fürdetés lépései, pelenkázás, ringatás) és nem utolsó sorban a lelki ráhangolódás, a szülői szerepre való felkészülés, az édesapa bevonása a Pocaklakóval való kapcsolatba (férjem minden nap »bejelentkezett« Leventénél, és a hasamban a Pici egyből elindult a hang és az érintés irányába) nagyon sok hasznos információt jelentett. A tanfolyam több szempontból is meghatározó volt számunkra, a hallottak alapján közösen alakítottuk ki férjemmel a szabályrendszereket, melyekhez mindketten ragaszkodunk, és segítségével szeretetteljes, következetes nevelésben részesülnek gyermekeink, akik lelkileg kiegyensúlyozottak, empatikusak, mosolygós, boldog lurkók.

Az, hogy kisfiam épen, egészségesen, idegileg fejletten érkezett közénk, nagymértékben köszönhető a tanfolyamon tanultaknak (relaxáció, belső hangon való beszélgetés a magzattal), továbbá a mai napig alkalmazzuk az ott tanultakat, pl. a nap megbeszélése családi körben a vacsoránál." Hegyiné Jáger Hedvig és Hegyi Zsolt, 2019.

A kurzus rövidített tematikája

A tapasztalatok szerint a várandós párok egyre gyakrabban kerestek rövidebb kurzusokat. Ez az igény hozta létre a kurzus öt alkalmas formáját (várandós torna és relaxáció nélkül), melyet a team két tagja tart.

Az ötalkalmas kurzus tematikája:

I. Magzati fejlődés, jelenlét, biztonság.
II. A kötődés és a kompetencia jelentősége a szülőnél, a magzatnál és a csecsemőnél. Mit tud a magzat?
III. A szülésről; természeti népek szülése. A szülés: fiziológiai, testi, lelki teljesítmény – másképpen a megszületésről, szülőszobáról. A gyerekágy, a „külső burok".
IV. Érzések, fantáziák a magzati korról, gyermekgyógyászati fókusz, Babias – csecsemőgondozás
V. Az időbeosztásról, mindennapjaink most és a szülés után.

Röviden a szülésről

A szülés természetes folyamat. A szülések jelentős, kb. 80%-ánál nincs szükség medikális beavatkozásra. A fentiek magyarázzák, hogy miért szükséges a kórházakban családias körülményeket, hangulatot teremteni a szüléshez, és miért fontos, hogy a 21. századi komplex egészségügyi háttér mind a kismama, mind az újszülött rendelkezésére álljon, ha patológiás folyamat indul be. Ezzel párhuzamosan fontos az egészségügyi rendszerben dolgozók szemléletváltása a szüléssel kapcsolatban, hogy a hagyományos attitűdöt felváltsa a „Te tudod, mi kísérünk, itt vagyunk melletted" szemlélet. A szülő nő számára

fontos az állandóság, a biztonság, mely során az agykérgi, tudatos kontrollfunkciók háttérbe kerülhetnek, és saját ütemében, teste irányításával, intuícióival engedheti bele magát a szülésbe. A várandósság alatti pszichés felkészülés, az átélt vesztségek, traumák, félelmek feldolgozása jelentősen támogatja az elengedést, a szülést.

Egészséges anya és újszülött esetén van lehetőség a bőr-bőr kontaktusra és a gyermek ütemét követő első szoptatásra, a család igénye szerint az apa jelenlétében. Ezeknek az élményeknek a hatására mind az anyában, mind az újszülöttben felszabaduló centrális oxitocin segíti a szorongás csökkenését, a hangulat egyensúlyát és a világhoz való alkalmazkodást (Varga, 2012). Mindezzel együtt fontos kiemelni, hogy *ha a szülés után – akár az anya, akár az újszülött betegsége miatt – nem megoldható a mellre helyezés, vagy különböző nehézségek miatt úgy alakul a helyzet, illetve ha a család a megfelelő felvilágosítás után úgy dönt, hogy az anya nem fog szoptatni, szenzitív gondozással, gyakori érintéssel, szemkontaktusra nyitottsággal a cumisüvegből való táplálás során is kialakulhat a biztonságos kapcsolat*. (A szoptatással kapcsolatos elméleti összefoglaló részletesen olvasható a Lege Artis Medicinae szaklapban megjelent három részes cikksorozatban: Németh és mtsai., 2017).

Nagy jelentősége van, és a gyermek elfogadását támogatja, ha az anya/apa kezében a megszületett gyerekével el tud búcsúzni az addig elképzelt gyermekétől, és megismerkedik a megszületett gyermekével. Ezt az elfogadást nehezítheti, ha az újszülött megjelenése nagyon eltér az elképzelt gyermekképtől (pl. mert rendellenességgel, fogyatékossággal született), ha más nemű gyermek születik, mint az elvárt, vagy ha más temperamentumú gyermek érkezik. Az utóbbi esetekben fontos, hogy a szakemberek megfelelően tudják segíteni, támogatni az induló szülő-csecsemő interakciókat (lásd még a gyermekágyas részben).

Fókuszban a természetes szülés

A 20. század elején a bábák által otthoni, családi környezetben vezetett szüléseket fokozatosan felváltották a szülőotthonok, majd kórházi ellátásba integrálódtak, és egyre inkább medikalizálódott a szülés természetes folyamata. Az 1980-as években megjelent a szabályozást nélkülöző otthonszülés, és egyes kórházakban teret kapott az alternatív szülészetként ismertté vált természetes szülés képviselete (Bálint, 1991, 1999). 2011 óta rendelet szabályozza hazánkban az otthonszülést. A szülészeti lehetőségek alakulásáról részletes áttekintés olvasható Bálint (2019) írásában. 1992-től a *Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti- és Nőgyógyászati Társaság (MAPSZIG)* keretében – a kezdetektől többek közt kiemelten Szeverényi Péter szülész-nőgyógyász, pszichológus és Kovácsné Török Zsuzsa klinikai szakpszichológus – képviselték azt a szakmai szemléletet, mely *rendszerszemléletben, a testi, lelki és szociális történésekre helyezte a fókuszt mind a szülészeti, mind a nőgyógyászati ellátásban.* A szülészeten belül egy új, komplex szemléletet képviselt a *családközpontú szülészet* megjelenése (Hagymásy, 1994, 1999).

Nemzetközi kitekintésben kiemelhető egy kanadai példa, ahol szakemberek bevonásával, bizonyítékokon alapuló irányelveket dolgoztak ki a személyre szabott, individuális ellátás érdekében a Családközpontú szülészeti és az újszülött ellátását végző intézet (FCMNC) számára. Ebben a dokumentumban figyelembe vették a nő, az újszülött és a

család fizikai, érzelmi, pszichoszociális és lelki igényeit. A várandósságot és a szülést természetes, élettani folyamatnak tartják, és elismerik a családi támogatás, valamint a tájékozott választás jelentőségét (Chalmers és mtsai., 2017; Katz, 2018).

2019 decemberében megjelent az EMMI egészségügyi szakmai irányelve a *családbarát alapelvekre épülő szülészeti újszülött ellátásról*. Az irányelv mindennapi ellátásban történő megvalósulását segíti a Széchenyi 2020 Program keretében az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (AEEK) által 2019-ben kiírt *Családbarát Szülészeti Pályázati Programja (CSBSZ 2019)* azzal, hogy a családközpontú (Anya-Baba-Család) ellátás értékrendjének környezeti, szakmai módszertani és gyakorlati feltételeinek a kialakítását támogatja. *A hosszú távú cél az anya- és bababarát szemlélet, a családbarát értékrend minél szélesebb körű elterjesztése a szülészeti, újszülött és koraszülött intenzív ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknál.* A szemléletváltás folyamatát jelentősen támogatják a pályázat keretében meghirdetett képzések.

Bababarát Kórház Program

2005-ben újraalakult a *Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság*, melynek *egyik fő feladata volt a Babarát Kórház Program megerősítése,* és ezáltal is a szoptatott csecsemők, az anyatejes táplálás arányának emelése. A Bababarát Kórház kezdeményezést 1991-ben indította útjára az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az UNICEF-fel közösen, felismerve azt, hogy *a szoptatás későbbi kimenetelére jelentős befolyással van az, hogy mi történik a kórházban a szülést követő napokban.*

Magyarország 1992-ben csatlakozott a Bababarát Kórház Kezdeményezéshez, amikor a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája elsőként vált „bababaráttá" Európában. A „Bababarát Kórház" címet csak az Egészségügyi Világszervezet és az ENSZ Gyermekalapja által kidolgozott, szigorú minőségbiztosítási feltételeknek megfelelő intézmények kaphatják meg. A háromévenkénti újra felmérés biztosítja, hogy a bababarát elvek folyamatosan érvényesüljenek az ellátásban. *A bababarát ellátásnak a szoptatás időtartamát növelő hatása abban rejlik, hogy az anya és a csecsemő biológiai sajátosságait figyelembe vevő, és ezáltal a szoptatás sikeres beindulását elősegítő gondozás folyik, miközben azok az akadályok, amik a hagyományos ellátás során a szoptatást gátolják – ilyenek az anya és a csecsemő elkülönítése, az időrend szerinti szoptatás, orvosi indok nélküli kiegészítés adása, egymásnak ellentmondó információk adása, az anya önbizalmának aláásása és a tápszerreklámok –, a Bababarát Kórházban nincsenek jelen* (a témát részletesen mutatja be Várady és Gitidiszné, 2019).

A Babarát Kórházak által elérhető eredményeket csak akkor lehet megvalósítani, ha a területen dolgozó védőnők, háziorvosok, házi gyermekorvosok szoptatás iránti elkötelezettsége és a szoptatás támogatásával kapcsolatos tudása nő (Németh, 2011). Ez utóbbi cél megvalósulását jelentősen támogatja a fentebb már említett Családbarát Szülészeti Pályázati Program. Az otthonon kívüli szoptatást jelentősen segíti a *Bababarát Területek* kialakítása egyetemeken, éttermekben, templomokban és egyéb nyilvános helyeken. Ezen kívül érdemes kiemelni, hogy a szoptatás támogatása az egyik legköltséghatékonyabb egészségügyi eljárás (Török és Kun, 2011). 2005-ben 7, majd 2015-ben 20 Bababarát Kórház és 110 Bababarát Terület volt Magyarországon.

Röviden a gyermekágyról – gyakorlati szemmel

Gyermekágynak hívjuk a szülést követő hathetes periódust, ezen belül érdemes megkülönböztetni a *korai (első 7 nap)* és a *késői (2–6. hétig)* gyermekágyat.

A gyermekágyi periódust az anya és a gyerek szemszögéből nevezhetjük „a negyedik trimeszter" részének is. A *korai gyermekágyi időszakban* jelentős hormonális és fizikális változások történnek (lásd involúció[16]), megindul a tejbelövellés (lásd evolúció), közben optimális esetben folyamatosan együtt van anya és a gyermeke, esetleg az apa is (Major, 2018).

Szükséges kiemelni annak a fontosságát, hogy lehetőség szerint az akut ellátást nem igénylő fejlődési rendellenességgel született gyermeket is *rooming in*-ben helyezzék el. Jelentősen támogatja a szülő-gyerek kapcsolat alakulását – ahogy korábban is írtuk –, ha a szülő a megszületett gyermekét a kezében tartva el tud köszönni a várandósság alatt a fantáziáiban élő gyermekétől, és lehetőséget ad magának, hogy megismerkedjen a kezében tartott újszülöttel. A *fantáziában élő gyermek elengedése* pszichésen egy „gyászfolyamat", amely lehetőséget ad arra, hogy a „fantáziagyermekkel" kapcsolatos érzései, elvárásai ne vetüljenek *a megérkezett gyermekre*. Ez a „veszteségfeldolgozás" segíti, hogy a közös élet minél harmonikusabban induljon. (Veszteség és perinatális gyász témákban bővebb információk találhatók még Németh és Hortobágyi tanulmányában, a jelen kötetben.)

A korai gyermekágy időszaka alatt elindul az ismerkedés, az *egymásra hangolódás* és az újszülött gondozása. Az itt kapott szakmai támogatás jelentős segítség az anya-gyermek páros számára. Lábadozás, folyamatos új feladatok, kihívások jellemzik az első napokat. Nemcsak magára kell figyelni az édesanyának, hanem már kézzel foghatóan felelős egy új életért, a gyermekükért is. Különös figyelmet kell fordítani a *pszichés változásokra* (ez utóbbiról lásd részletesen Hortobágyi és mtsai. tanulmányát ebben a kötetben).

A *szakmai segítség, a felelősség megoszthatósága* adja az első kórházi napok kívülről jövő biztonságát, mely a folyamatos testi és lelki változások folyamatában optimális esetben támogatja a szülőkben a belső biztonságérzetük megerősödését is. Az *újszülött adaptálódik* a megváltozott, kitágult környezethez, még keresi az ismerős hangokat, illatokat, de már a szopások során megdolgozik az ennivalójáért. Eleinte a pár csepp előtej segíti a vércukor szinten tartását, a meconium (magzatszurok) ürülését, majd a tejbelövelléssel fokozatosan egyre többet tud szopni, egyre jobban alkalmazkodik testének változó működéséhez, az új élethelyzetéhez (szoptatásról lásd még részletesen Németh és mtsai., 2017). Ebben nagyon sokat tud segíteni édesanyja, ha minél több ponton a tudományosan bizonyított tudása mellett képes intuícióira hagyatkozni. Miért sír? Ez a sírás mit jelent? Miért alszik ilyen sokat? Mikor alszik végre el? Miért nem szereti, ha tisztába teszik, ha öltöztetik? Hogy jobb szopni, ha anya ül, vagy ha fekszik? Lassan, az egymásra hangolódás folyamatában észreveszi az anya, hogy mitől nyugszik meg ismételten a gyermeke. Ez mind a kölcsönös tanulásról, tapasztalásról szól. Az apró, de jelentős interakciók – érintésekkel, a hang modulálásával – lassan kezdik építeni a bizton-

[16] *Involúció:* olyan folyamat, ahol visszanyerjük az eredeti állapotot.

ságot, egy „külső burkot" a gyermek körül. (Az interakciók fontosságáról a kötődési biztonság alakulásában lásd Tóth tanulmányát ebben a kötetben.)

Nem könnyű az anya helyzete ebben a korai időszakban, hiszen a testében egyszerre több irányú, bár egymást támogató változások sora indul a szülés után. Megindul a medencefenék, gátizmok és a méh regenerációja, és ezzel párhuzamosan indul a tejelválasztás. A szoptatásnál, a tejleadó reflex beindulásánál az oxitocin hatására nem csak a tej indul el, egyben a méh is összehúzódik, ezzel segítve az édesanya testének a visszaalakulását.

Még a korai gyerekágy idején, egészséges anya-gyermek pár esetében a szülést követő 2–4. napon kerül sor a hazamenetelre. Lehet, hogy az első napokat a család együtt tudta tölteni a kórházban, és együtt indulnak haza, de lehet az is, hogy az apa látogatta őket, és készítette az otthont a nagy hazaérésre, vagy az apa már a nagyobb testvérrel/testvérekkel készült az újszülött megérkezésére. Sok a lehetőség, hogy mindenki megtalálja a saját megoldását az egymás után érkező új feladatokban. Az *apának a támogatói szerepe* mind a gyermeke szenzitív gondozásában, mind az édesanya anyaságában való megerősítésében jelentős, nemcsak ebben a pár napban, hanem a gyermekágy idején az első 6 hétben, és persze a későbbiekben is. Az anyánál már a várandósság harmadik trimeszterében elindul egy érzékenyebb lelki állapotot kiegészítő befelé fordulás. Ez a szülés utáni hangulatváltozások mellett egy speciális állapotban folytatódik, melyben az anya a külvilágtól jelentősen elfordul, saját szükségleteit is háttérbe szorítja, átadja magát a gyereke igényeinek, így biztosítva neki „elég jó" környezetet. Ebben, a Winnicott által leírt elsődleges anyai ráhangolódásban (lásd bővebben Koller tanulmányát ebben a kötetben) telnek az elkövetkező hetek, általában a 12. hétig (C. Molnár, 1995, 2018).

Emellett szüksége van az anyának arra is, hogy a szülés élményét megossza, beszélhessen róla és eközben kialakítsa saját *szülési narratíváját*. Általában ezek az intim beszélgetések támogatják a szülés élményének a feldolgozását, de csalódottság, az anya számára traumatikus szülésélmény (a poszttraumás stressz szindrómáról lásd még bővebben Hortobágyi és mtsai. tanulmányát ebben a kötetben) esetén fontos szakemberrel közösen továbbdolgozni a megélt élmények átdolgozásán (Varga és Suhai, 2002).

A gyermekágyas időszak nagy kihívások elé állítja az anyát, többek közt a szülést követően testének változásával, a szoptatás elindulásával, az érzelmi hullámzásokkal, a gyermekért érzett felelősséggel, a napi teendők tervezhetőségének a hiányával, a kiszámíthatatlan alvás lehetőségével. Párjával ebben az új életciklusban az anyai, apai új szerep tanulása mellett a párkapcsolat közös, tudatos alakítása tudja biztosítania család biztonságos „megszületését" (Leff, 2010).

E szakasz minőségi megélését segíti a megfelelő informális és pszichés felkészülés a várandósság során, valamint a születő új család igényeit figyelembe vevő, értő fizikai, szociális és lelki támogatás. Mindezen elemeket a múlt század eleji hazai kultúrában is megtalálhatjuk még, ahol a többgenerációs együttélés lehetővé tette a tapasztalatok átadását, megélését, és biztosította a támogatást testi, lelki és gyakorlati téren is. A mai felgyorsult, technikalizálódó világban, ahol a párok nagyon különböző családi tapasztalatokkal indulnak a közös életükbe, a család születésekor sok nehézséggel és bizonytalansággal kerülhetnek szembe.

A régi hagyományok, rítusok (pl. Verebély, 1999) helyére most alakulnak a 21. századi szokások. A paraszti kultúrában megjelenő komatál helyén, ha nincs ennek meg-

felelő családi segítség, ma már egy-egy szülői, anyai közösségben megjelenik a főzéssel, ételátadással való egymás segítése. Ha a család nagyon izolálódik, és nincs családi vagy rokoni, vagy baráti segítség, az *Otthon Segítünk Szolgálat*[17] munkatársai az iskoláskor alatti gyereket nevelő családok számára tudnak támogatást adni az újszülött érkezésekor, ha sérült vagy krónikusan beteg gyerek van a családban, vagy ha a gyermekét egyedül neveli a szülő. A *Család- és Gyermekjóléti Szolgálatok* a családgondozás keretében, a szociális munka eszköztárával tudnak segíteni, ha a család elszigetelt, és nincs közelükben a saját kapcsolati hálójukon keresztül segítség.

Család születik – hétköznapi nehézségek és örömök a családdá/új családdá válás idején. Tapasztalatok a terapeuta szemszögéből

A tradicionális kultúrában, az elmúlt évszázad elején a nők számára egészen mást – életük ki- és beteljesülését – jelentette a házasságkötés, a gyermek/gyerekek, a család születése. A nők munkába állásával, továbbtanulásával párhuzamosan jelentős változások jelentek meg a párkapcsolatban, az együttélési formákban, a női és férfi szerepekben, a gyermekvállalás idejében (lásd bővebben a szülővé válással kapcsolatos demográfiai trendekről Danis tanulmányát ebben a kötetben). *Az első gyermek érkezése nagy változásokat, esetleg konfliktusokat hoz/hozhat mind a hivatás, az előrejutás, mind pedig anyagi területen. Az addigi életrend átalakul, azaz a kifelé tekintés áthelyeződik egy inkább befelé, a gyermek, a család, az otthon irányába fordulásba. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ennek megélésére a fiatalok, a párok nem minden esetben vannak felkészülve.* Egyre inkább az látható, hogy az emberek társadalmi szerepeikre felkészülten érkeznek, és többnyire fokozatosan növekszik a felelősségük, míg a szülői szerepre nagyobbrészt felkészületlenek, pedig a szülői felelősség azonnal indul, és egy életen át folyamatosan jelen van. Mindezek mutatják a szakadékot a társadalmilag magasra értékelt szülői szerep és a mindennapokban megélhető szülőség közt. Jelenleg a szülőségre felkészítő minőségi, professzionális kurzusok nyújthatnak támogatást a családoknak, többek közt azzal a nem titkolt céllal, hogy olyan családok születését tudják támogatni, akik képesek lesznek gyerekeiknek mintát adni későbbi szülői szerepükhöz.

Mind a várandósság, mind a szülés után általános elvárás, hogy az édesanya, édesapa csak pozitív érzéseket fogalmazzon meg. A gyakorlatban – mint minden más területen – árnyaltabb a kép. Fontos, hogy támogassuk a szülőket, hogy érzéseiket szabadon és nyíltan megfogalmazhassák, és megfelelő támogatást kapjanak ahhoz, hogy rá tudjanak csodálkozni gyermekükre a maga egyediségében. Ugyanígy nagy jelentősége van annak, hogy a gyermek igényei mentén, de a család minden tagjának igényeit figyelembe véve tudjanak a hétköznapok alakulni. A gyermekorvosi és pszichoterápiás rendelési tapasz-

[17] https://www.otthonsegitunk.hu/

talatok azt mutatják, hogy *a szülők számára jelentős megterhelést jelent, hogy a sok új feladat mellett pontos időre nem kiszámíthatóak a napok, sőt egy-egy kialakult napirend stabilizálódása rövid ideig tart, mivel a gyermek fejlődésével új ritmushoz kell alkalmazkodni, és ezzel változik a napirend is.* Emellett gyakoriak lehetnek a többszöri éjszakai felkelések. Fontos a szakemberek támogatása, hogy a szülők a mindennapi feladatok mellett képesek legyenek rácsodálkozni gyermekük óriási fejlődésére, hiszen a háton fekvő újszülöttből az első év végére aktív, egyre önállóbb kisded lesz. Az édesanyák számára nagy fizikai és lelki segítséget jelent, ha párjukkal közösen élik meg a várandósságot, a szülést és a gyermek gondozását. *Az apák is képesek a szenzitív gondozásra, és a gyerekek számára is fontos tapasztalatot jelent, hogy mindkét szülőjére a kezdetektől számíthat* (a közös szülőségről bővebben lásd Danis tanulmányát ebben a kötetben). Őszinte, nyílt kommunikáció esetén a *nagyszülők jelenléte* nagy segítség lehet. A szülőknek tudni kell, hogy ahogy ők tanulják a szülői szerepet, a nagyszülők is új szerepet tanulnak. Ők is egy *normatív krízist élnek át, és nagyszülővé válni is egy folyamat*. Érdemes a generációk láncolatának közös, élményekkel teli kapcsolatát építeni, mely a gyerekek számára nagy ajándék, mivel sok tudást, információt jelent a családról, a családi legendáriumról, a régmúlt időkről.

A perinatális periódus, a család születése, ahogy láttuk, nem könnyű, de meghatározó életszakasz – Kelen Ilona szavaival az „emberi kapcsolatok bölcsője" –, mely hat a megszülető gyermekre, a szüleire, a családra, a társadalomra és a jövőnkre egyaránt.

Összefoglalás

A tanulmányban a családközpontú reproduktív gondozás különböző vetületeivel foglalkoztunk az „elég jó szülő"-vé válást helyezve szemléletünk fókuszába, ezáltal támogatva a pszichoszomatikus betegségek, a kora gyermekkori kapcsolati és regulációs zavarok megelőzését. Ma már bizonyított, hogy a több tényező által befolyásolt szülő-gyermek interakciók, az így kialakuló kapcsolat alakítja a kötődést, támogatja a gyermek idegrendszeri fejlődését, önszabályozását, társas kapcsolatainak alakulását, személyiségének kibontakozását. Az elmúlt évtizedek társadalmi és kulturális történései során jelentős változások mutatkoznak a szerteágazó férfi és női szerepekről alkotott elképzelésekben, a családalapítás idejében, a szülőségre való testi-lelki felkészülésben, a szüléssel és az ezt követő periódusban felmerülő igényekben és a mindennapok szervezésében. Az életciklusváltások közt a szülővé válás, kiemelten az első gyermek születése hozza az egyik legnagyobb változást, kihívást mind a nő, mind a férfi, a pár számára. A Szülői hivatásra felkészítő kurzus és a kurzus tapasztalatairól szóló beszámolók bemutatásával az elméleti és gyakorlati szempontok integrálása volt a célunk.

AJÁNLOTT IRODALOM

Antoine, C. (2010). *A terhesség és az anyaság pszichológiája*, Saxum Kiadó, Budapest.

Pápay, N., Rigó, A. (2015). *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Stern, D. N. (2007). *Anya születik.* Animula Kiadó, Budapest.

Stern, D. N. (2006). *Egy baba naplója.* Animula Kiadó, Budapest.

Sz. Makó, H., Veszprémi, B. (2017). *A párkapcsolattól a gyermekágyig.* Octoport Nonprofit Kft., Pécs.

Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Erlbaum, Hillsdale, N. J.

Andrek, A. (1997). A kompetens magzat. In Hidas, Gy. (Szerk.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig.* Dinasztia Kiadó, Budapest. 9–21.

Andrek, A. (2019). Az interaktivitás kezdete: kommunikáció és kapcsolat a magzattal. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatalis tudományok megközelítésében.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 91–102.

Bálint, B. (2019). Családközpontú szülészet, avagy hogyan fér meg egymás mellett a természetes szemlélet és az orvosi biztonság. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatalis tudományok megközelítésében.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 240–255.

Bálint, S. (1991). A természetes szülés hipotézise. *Lege-Artis Medicinae*, *1(3),* 170–173.

Bálint, S. (1999). *Alternatív szülészeti módszerek.* Komplementer Medicina, Budapest.

Bettelheim, B. (1987/2015). *Az elég jó szülő.* Park Kiadó, Budapest.

Carneiro, P., Heckman, J. (2003). *Human Capital Policy*, Working Paper 9495, NBER Febr.

Carter, E. A., McGoldrick, M. (Eds.) (1990). The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy. Gardner Press, New York.

Chalmers, B. (Eds.) (2017). *Family-centeres maternity and newborn care in Canada: Underlying philosophy and principles.* Public Health Agency of Canada, Ottawa.

Chamberlein, D. B. (1988). The mind of the newborn: Increasing evidence of competence. In Fedor-Freybergh. P. G., Vogel. M. L. V. (Eds.) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the Unborn.* Parthenon, New Jersey. 5–22.

Chamberlein, D. B. (1993). How pre- and perinatal psychology can transform the world. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, *5(4),* 413–424.

C. Molnár E.(1995). *Az anyaság pszichológiája.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

C. Molnár E. (2018). A szülés és az anyává válás pszichodinamikája. In Papp, Z. (Szerk.) *A perinatológia kézikönyve.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 67–77.

Cseh, A., Rigó, A. (2015). A várandósság alatti biopszichoszociális változások. In Pápay, N., Rigó, A. (Szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 41–66.

Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) (2006). *Developmental Psychopathology. Vol. 3: Risk, Disorders and Adaptation.* John Wiley & Sons.

Cole, M., Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan.* Osiris Kiadó, Budapest. 102–140.

Czeizel, A. E. (1993). Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation. *British Medical Journal*, *306,* 1645–1648.

Czeizel, A. E. (1999). Ten years of experience in the periconceptional care. *Euopean Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 84(1),* 43–49.

Davenport, M. L. (1988). Prenatal and perinatal psychology: Implications for birth attendants. In Fedor-Freybergh, P. G., Vogel M. L. V. (Eds.) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Encounter with the unborn.* Parthenon, New Jersey. 381–390.

Demcsákné Kelen, I. (1997). A perinatális korszak pszichoprofilaxisa. In Hidas, Gy. (Szerk.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig.* Dinasztia Kiadó, Budapest. 93–101.
Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., Tremblayd, T. R. (2009). Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Economics and Human Biology,* 7(1), 1–6.
Engel, G. L. (1978). The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences, 310,* 169–181.
Erős, E. (2010). A magyar családtervezés története és a jelen gyakorlat. *Gyermekgyógyászat, 61,* 3–6.
Erős, E. (é.n.) *Szakmai irányelv a pre- és perikoncepcionális gondozásról.* ÁEEK. Kézirat.
Fabian, E. E.(1994). *A szétdarabolt páciens és az őt egész(séges) emberré tevő orvoslás modellje.* Készült a Helixkiadó (München) és a Dinamikus Pszichológiai és Pszichiátriai Egyesület (Budapest) együttműködésében. Kiadó: Dr. Körmendy Györgyi, Budapest.
Hagymásy, L. (1994). *Családközpontú szülészet.* Signatura Kiadó, Nyíregyháza.
Hagymásy, L. (1999). A családközpontú szülészet helyzete Magyarországon. *Orvosi Hetilap, 140(13),* 691–695.
Hanák, K. (szerk.) (1988). *Terhesség-Szülés-Születés I. Társadalmi változások – Életfordulók sorozat.* MTA Szociológiai Kutató Intézete, Budapest.
Hidas, Gy. (1997). Ferenci Sándor, A nem kívánt gyermek. In Hidas, Gy. (Szerk.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig.* Dinasztia Kiadó, Budapest. 43–47.
Janus, L., Häsing, H. (1994). *Ungewollte Kinder.* Reinbek, Rowohlt.
Katz, B. (2018). *Family-Centered Maternity Care.* International Childbirth Education Association, forrás: https://icea.org/wp-content/uploads/2018/02/ICEA-Position-Paper-Family-Centered-Maternity-Care.pdf
Kereki, J. (2010). A koragyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, *2010/1.,* 32–45.
Kereki, J. (2011). *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intervenciós intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* EDUCATIO, Budapest. Forrás: http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf
Kereki, J., Surányi, É. (2012). *PR2-Javaslatok az érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) értékelési gyakorlatának összehangolására, amely a kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények értékelési gyakorlatának elemzésén alapszik.* A.I.M. 2011 konzorcium – Educatio Kft. Forrás: http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertekeles_korai_2pdf
Leff, J. R. (1991). *Psychological processes of childbearing.* Chapman and Hall, London.
Leff, J. R. (2010). *Másállapot. A várandósság pszichológiája.* Háttér Kiadó, Budapest.
Major, T. (2018). Involutio és evolutio a gyermekágyban. Szoptatás. In Papp, Z. (Szerk.) *A perinatológia kézikönyve.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 611–618.
Matejcek, Z. (1994). Abgelehnte Schwangerschaft und ihre Folgen. In Häsing, H., Ludwig, J. (Eds.) *Ungewollte Kinder.* Reinbek, Rowohlt.
Németh, T. (1996). Közelítés. In Hidas, Gy. (Szerk.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig.* Dinasztia Kiadó, Budapest. 103–107.
Németh, T. (1998). Prevenció és minőségfejlesztés az egészségügyben. In Halmos, T., Kautzky, L., Mousios, G. (Szerk.) *Új utak az egészségmegőrzésben.* Egészségügyi Minisztérium támogatásával Alapítvány az Egészségre Nevelő Kórházakért, Budapest.
Németh, T. (2011). Várandósság és szoptatás – felkészülés a szoptatásra. *Magyar Nőorvosok Lapja*, *74(4),* 4–8.
Németh, T. (2012). *Háttértanulmány az EDUCATIO Kht. és az A.I.M. 2011 konzorcium által megvalósított „Koncepció kialakítása és javaslatok kidolgozása a koragyermekkori ellátás intézményrendszere teljesítmény értékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint koncepció kialakítása az ellátórendszerben használatos protokollok egységes, átfogó alkalmazására" elnevezésű projekt számára.* Kézirat. Educatio Kht-A.I.M. konzorcium, Budapest.
Németh, T. (2003). 10 éves a Családbarát Program. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.) *IX. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 6–13.

Németh, T., Doffek, J. (2004). Az egészséges generációért. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.) *X. Családbarát konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 47–49.
Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K.V. (2015). A csecsemő- és kisgyerekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő*, *25(4),* 16–26.
Németh, T., Várady, E., Danis, I., Scheuring, N., Szabó, L. (2017) Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész. Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae, 27(10–12),* 406–417.
Papp, Z. (Szerk.) (1999). *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve.* Semmelweis Kiadó, Budapest.
Pålsson, P. (Eds.) (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery, 50,* 86–92.
Pålsson, P. (Eds.) (2018). „I Didn't Know What to Ask About": FirstTime Mothers' Conceptions of Prenatal Preparation for the Early Parenthood Period. *The Journal of Perinatal Education, 27(3),* 163–174.
Póhr, K., Gyenge, N., Komlósiné, K., Karácsony, I. (2019). Pozitív családtervezéssel kapcsolatos ismeretek. *Egészségfejlesztés, 60,* 18–28.
Stern, D. N. (1995/2004). *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest.
Szőnyi, Gy. (Eds.) (2003). Nem akarunk semmit tiltani, csak az információ átadás a célunk. *Új Pedagógiai Szemle, 2003(11),* 95–103.
Török, Sz. J., Kun, J. G. (2011). Egészségügyi megtakarítások anyatejes táplálás esetén. *Magyar Nőorvosok Lapja, 74(4),* 9–12.
Várady, E., Gitidiszné, Gy. K. (2019). A szoptatás és anyatejes táplálás jelentősége és támogatása. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 297–312.
Varga, K. (2012). A centrális oxitocin és gyakorlati jelentősége. In Török, Sz., Kun, J. (Szerk.). *Fejezetek a lactációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához.* Semmelweis Egyetem EEK Menthálhigiéné Intézet, Budapest. 81–92.
Varga, K., Suhai-Hodász, G. (2002). *Szülés és születés – Lélektanon innen és túl.* Pólya Kiadó, Budapest.
Veldman, F. (1989). *Haptonomie: Science de l'affectivité.* Presses Universitaires de France, Paris.
Verebély, K.(1999). A kisgyermek a magyar paraszti társadalomban a XX. században. In *Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban. MPPPOT Kongresszusi tanulmánykötet.* Animula Kiadó, Budapest. 118–128.
Winnicott, D. W. (1971/1999). *Játszás és valóság.* Animula Kiadó, Budapest.

TÖRVÉNYI FORRÁSOK

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv
26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról:
https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm

IDÉZETT WEBOLDALAK

https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Prevenci%C3%B3, Letöltés dátuma: 2020.01.06.
https://www.aeek.hu/-/csaladbarat-szuleszet-palyazati-program-csbsz-2019, Letöltés dátuma: 2020.01.31.
https://www.otthonsegitunk.hu/, Letöltés dátuma: 2020.04.21.
https://www.who.int/healthy_settings/types/hospitals/en/, Letöltés dátuma: 2020.01.25.

Hivatkozás: Danis, I. (2020). Társadalmi és pszichológiai folyamatok a gyermekvállalás hátterében és a szülővé válás során. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 164–201.

Az írás fókuszában a szülővé válás (transition to parenthood), az életút egyik legjelentősebb természetes átmeneti periódusa, normatív krízisidőszaka áll, amely során a pszichológiai és társkapcsolati kihívások kiemeltek. Olyan folyamatokat járunk körül, amelyek nemcsak az egészséges és a klinikai populációk kutatásakor, hanem a várandós és a kisgyermekes párokkal végzett mindennapi munka során is nyomon követhetők és támogathatók.

A kérdéskör értelmezéséhez szükséges elméleti keretrendszer, valamint a hazai és nemzetközi társadalmi, demográfiai trendek felvázolása után a gyermekvállalási motivációk és döntések kérdéskörét érintjük röviden. Mindez hátteret biztosít a fő fókusz, a szülővé válás változásokkal teli időszakának bemutatásához. A témakör először az 1990-es években kapott igazán nagy hangsúlyt az irodalomban. A kutatások első hullámának eredményei, az ezek nyomán megfogalmazható általános trendek, amelyek a gyakorlatban a szülőpárok támogatását indokolttá teszik, ma már közismertek a nemzetközi szakirodalomban. A klasszikusnak mondható megfigyeléseket frissebb tanulmányok eredményeivel ötvözzük témánk tárgyalása során. Terjedelmi korlátok miatt csak utalunk azokra az esetekre, amikor e változások a pszichés és társas jóllétet oly mértékben veszélyeztetik, hogy orvoslásukhoz szaksegítségre van szükség. Szintén csak inspirációként vetjük fel az utóbbi évtizedek színessé vált családi struktúráinak speciális kérdéskköreit, amelyek a klasszikus nukleáris családszerveződésben leírt általános folyamatokat jelentősen átírni képesek.

TÁRSADALMI ÉS PSZICHOLÓGIAI FOLYAMATOK A GYERMEKVÁLLALÁS HÁTTERÉBEN ÉS A SZÜLŐVÉ VÁLÁS SORÁN

Danis Ildikó

Értelmezési keret: életúti modellek és rendszerszemlélet

Demográfiai trendek és szociológiai összefüggések a gyermekvállalás hátterében
Magyarországi körkép

Gyermekvállalási motivációk és döntések

A szülővé válás folyamata (transition to parenthood) mint átmeneti krízisidőszak
Individuális szint
Szülői alrendszer
Szülő-gyermek alrendszer
Transzgenerációs hatások – A szülők gyermekkora és kötődési reprezentációik
Tágabb környezet – Az átélt stressz és a társas támogatás

Támogatás reziliencia-szemléletben

Zárszó

A tanulmány megírásakor a szerző nagyban építkezett doktori disszertációjának néhány fejezetére (Danis, 2008).

Értelmezési keret: életúti modellek és rendszerszemlélet[1]

A life span (életút) és life course (élettörténet) elméletek (Sigelman és Rider, 2017; Baltes, 1987; Lerner, 1989), valamint az életciklus modellek (Carter és McGoldrick, 1990) már az 1960–70-es évek óta támogatják az individuális és a családi fejlődés mérföldköveinek értelmezését (lásd bővebben Danis és Kalmár első tanulmányát a jelen kötetben). Mindamellett, hogy általában rendkívül örömteli időszakról van szó, az első gyermek megszületése, örökbefogadása, vagyis a *szülővé válás*, illetve a családdá alakulás folyamata *a szakirodalom szerint az egyik legválságosabb normatív átmeneti krízisidőszak* is egyben (Cowan és mtsai., 1991; Cowan és Cowan, 1992). Normatív, mivel az életút természetes szakaszáról van szó, ami előre látható és bejósolható, és krízis, mivel számos, a családi rendszer több szintjén érvényesülő stresszorral és kihívással kell meg megküzdenie a szülőknek (lásd a szülővé válás folyamata alfejezetben).

A *normatív átmenetek* mellett az életút bármely szakaszában érhetik az egyént és a családot olyan nem várt, stresszteli életesemények, traumák, amelyek megtörténte és feldolgozása ún. *paranormatív krízist* idéz elő, mint például egy sérült gyermek születése (lásd bővebben Góczán-Szabó és Prónay tanulmányát a jelen kötetben), vagy a szülőtárs hirtelen halála, válás (lásd bővebben Németh és Hortobágyi tanulmányát a jelen kötetben) a várandósság vagy a csecsemőkor idején. Carter és McGoldrick (1990) e kétfajta krízishelyzetet életúti, *horizontális stresszoroknak* nevezik. A szerzőpáros ugyanakkor leírt olyan ún. *vertikális stresszorokat*, generációkon átívelő örökölt vagy szociálisan áthagyományozott terheket is, amelyek tudatos vagy tudattalan szinten nagyban befolyásolhatják a család alkalmazkodási kapacitását az egyes életciklusváltások, így a szülővé válás idején is. (Lásd bővebben Fraiberg és Stern munkáit, valamint a kötődéselméleti kutatók gondolatait a szülővé válás individuális és kapcsolati vonatkozásairól e könyv számos tanulmányában.)

Alkalmazva a rendszerszemlélet alaptéziseit (lásd bővebben Danis és Kalmár első tanulmányát a jelen kötetben), az első gyermek vállalását követően a *családi rendszerben* – amely korábban egy diádikus kapcsolatra (a partnerkapcsolatra) korlátozódott – *négy (al)rendszer működését figyelhetjük meg: a partneri/szülőpár, az anya-gyermek, az apa-gyermek és a magasabb rendű, triádikus alrendszerek működését.* A partneri és a szülőpár alrendszert azért is fontos megkülönböztetnünk, mert ezek két külön funkcióért

[1] A modellek bővebb leírását, elemzését lásd Danis és Kalmár, 2011; valamint Danis és Kalmár első tanulmányában a jelen kötetben.

(a partnerkapcsolati minőségért, illetve a gyermekek ellátásáért, gondozásáért, neveléséért) felelnek, nem minden esetben párhuzamosan (Minuchin, 1974). Erre egyszerű példa a válás: a partnerkapcsolat megszűnhet az életút egy pontján, a szülőség azonban a szülők vagy a gyermek élete végéig összeköti az egykori pár két tagját. A partneri és a szülői alrendszer működése együtt élő párok esetében sem mindig azonos minőségű, erről lásd később a közös szülőség/közös nevelés alfejezetet.

A családon belüli alrendszerek kölcsönös függésben állnak egymással, és erőteljesen befolyásolják egymás működését: mindegyik diádikus alrendszer nagy érzékenységgel reagál a másik kettő fejlődésére, vagyis nemcsak az egyes diádokon belül érvényesülnek a tranzakcionális folyamatok (*körkörös egymásra hatások,* lásd Sameroff elméletét Danis és Kalmár első tanulmányában a jelen kötetben), *hanem a diádok között is.* A három diád interakciói eredményezik a magasabb rendű *triádikus családi működést* (Minuchin, 1985, 1988).

A rendszer a változó környezeti feltételek hatására (pl. egy gyermek megszületésénél) egyensúlyra törekvő, *homeosztatikus folyamatai* révén reagál. Optimális esetben *negatív visszacsatolás*[2] *révén kiegyensúlyozza az adódó feszültségeket*. A rendszer tagjai több szinten próbálnak olyan változásokat beiktatni, amelyek visszaállítják a kibillent egyensúlyt (ezt nevezzük *elsőrendű változásnak;* Watzlawick és mtsai., 1974/2008). *A stabilitásra való törekvés mellett a rendszer másik sajátossága, hogy ha szükséges, képes szerkezetében és működési szabályaiban is rugalmasan változni, vagyis újraszervezéssel válaszolni a kihívásokra. Egy normatív krízis megoldásához, az alkalmazkodáshoz és a családi egyensúly megteremtéséhez szinte minden esetben a viselkedés és a kapcsolati működés sok szintjén történő változás szükséges.* Ez lesz a feltétele annak, hogy a krízist követően egy új egyensúly beálljon (ezt a hívjuk *másodrendű változásnak*; Watzlawick és mtsai., 1974/2008). Egy csecsemő megszületésekor az alkalmazkodást rendszerint nem lehet másodrendű változások nélkül biztosítani. A párosan zajló hétköznapi életvitelhez képest a csecsemő igényeire, szükségleteire való szenzitív reagálás merőben más prioritásokat és működésmódokat követel meg a szülőktől, amelyhez mindennapi életvezetésükben, viselkedésükben, szabályaikban és kommunikációjukban is változásokat kell létrehozniuk. A család a gyermek fejlődésével – az egyes fejlődési mérföldkövek elérésekor, illetve az életterek változásakor – rendszeresen másodrendű változásokra kényszerül.

Az átmenetek társas és társadalmi jelentését további szempontok alapján is meghatározzák az *élettörténeti perspektíva* képviselői (Elder, 1991; lásd bővebben Danis és Kalmár első tanulmányát a jelen kötetben). Kiemelendő, hogy mind a kultúrák és szubkultúrák között, mind pedig az egyes generációk között eltérő nézőpontok és normák határozhatják meg válaszainkat az alábbi kérdésekre, amelyeket a gyakorlati szakembereknek nemcsak az egyéni életút „logikájában", hanem kulturális érzékenységgel is felruházva érdemes átgondolni egy-egy családi történet kapcsán:

---

[2] *Negatív visszacsatolás:* a kibernetika egyik alapfogalma, amikor egy rendszer olyan folyamatokat aktivál, amely a kibillent egyensúlyt helyreállítja (pl. fizikai példa a termosztát: ha 21 fokon tartjuk a szoba hőmérsékletét, amikor ez alá esik a hőfok, a termosztát bekapcsolja a fűtési rendszert, ha a hőmérséklet 21 fok fölé emelkedik, akkor a fűtőrendszert lekapcsolja a termosztát, így alakítva dinamikusan az egyensúlyt 21 fok körül).

- *Egyáltalán megtörtént-e már egy adott családdal a szóban forgó átmenet, vagy jelentős késésről van szó, illetve kimaradt egy általános életszakasz?* Pl. témánk szempontjából ilyen lehet a nagyon kései várandósság és a gyermekvállalás elmaradása.
- *Ha megtörtént a szóban forgó életúti átmenet, az vajon az általánosan elvárható fejlődéslélektani érettség, illetve optimális életkor idejéhez kapcsolódott-e vagy sem?* Pl. normatív az első gyermek születése a fiatal felnőttkorban, de paranormatív lehet serdülőkorban és nagyon kései gyermekvállalás esetén. Mindez nemcsak a biológiai érettségről szól, hanem a pszichoszociális és intrapszichés ellenálló-képességről, valamint a társadalmi jelentésadásról is.
- *A megfelelő szekvenciát mutatják-e az események/folyamatok?* Pl. normatívnak mondható egy fiatal pár esetében a megismerkedés – páros élet – elköteleződés – gyermekvállalás szekvencia, míg paranormatív a nem várt, véletlen gyermekáldás egy serdülő lány tekintetében, aki először egyedül vállalja a gyermeket, majd jóval később csatlakozik a vérszerinti apa a családhoz.
- *Mennyi ideig tartott az átmeneti krízis?* Cowan és munkatársai (1991) klasszikus megfigyelései szerint az elvárható, illetve normatív időtartam a szülővé válás folyamatára a születést követő első 18–24 hónapra, de legfeljebb három évre tehető. Az ennél elhúzódóbb alkalmazkodási problémák már paranormatívnak tekinthetők, és legtöbbször szaksegítséget igényelnek, mivel elhúzódó distresszel járnak együtt, amely kihatással van a mentális egészségre, illetve a szülő-gyermek kapcsolati biztonságra.

Nemcsak a szülővé válás időszakában, hanem általában minden *életúti váltás* idején megfigyelhetők *változások* a következő *intrapszichés és interperszonális területeken* (Cowan, 1991): önpercepció és identitás, szerepek és pozíciók, személyes kompetencia és énhatékonyság érzés, családi és közeli, intim kapcsolatok, érzelemszabályozás és megküzdési folyamatok, családi életen kívüli életterek (pl. munka, szabadidős tevékenységek stb.) szerkezete, általános preferenciák és prioritások rangsora. E megfigyelhető folyamatokra a családi környezet több szintje hatással van, és viszont, e változások révén az egyén és a család szerepköre és működése is megváltoztatja a körülöttük lévő ökológiai rendszereket (Bronfenbrenner, 1979, 1986; lásd bővebben Danis és Kalmár első tanulmányát a jelen kötetben).

Tanulmányunk következő részében a történelmi időben változó makrorendszer sajátosságait tárgyaljuk először, vagyis azokat az általános demográfiai trendeket, amelyek kultúrkörünk országaiban ma hátteret nyújtanak a gyermekvállalásról szóló egyéni családi döntések és választások értelmezéséhez. Ezzel összhangban beszélünk a gyermekvállalás motivációiról. A várandósság, szülés és korai gyermekágy intrapszichés és kapcsolati témaköreit nem érintjük, mivel e témával egy külön tanulmány foglalkozik (lásd Németh tanulmányát a jelen kötetben). A szülővé válás folyamatát illusztráló longitudinális kutatások eredményeit, néhány teoretikus alapfogalmat és mechanizmust pedig a Cowan és mtsai. (1991) által javasolt elemzési szintek szerint ismertetjük majd.

Demográfiai trendek és szociológiai összefüggések a gyermekvállalás hátterében

Kultúrkörünkben, a bronfenbrenneri *makrorendszer* szintjén (Bronfenbrenner, 1979) a 20. században elindult néhány nagyobb szociodemográfiai változás (McLanahan és Adams, 1987), amely ma már globálisan kihat a kisgyermekeket nevelő családok életére. Az első ilyen jelentős társadalmi változás az, hogy a *gyermekek ún. gazdasági értéke lecsökkent*, vagyis a 20. század során a gyermek által képviselt gazdasági „hozadék" egyre kisebb mértékűvé vált. Ma is képviselhet gazdasági értéket egy gyermek, pl. a társadalompolitikai beavatkozások által elérhető pénzügyi és szociális támogatások révén, vagy családi vállalkozások hagyományozása által stb., azonban a gyermekvállalási motivációk tekintetében e szempont kevésbé érvényesül ma, mint a korábbi évszázadokban. A második nagy hatás *a nők tömeges munkába állása.* Ez társadalmi ambícióik és szerepvállalásaik nyomán a nők szélesebb körű oktatási és munkaerőpiaci lehetőségeivel jártak/járnak együtt. A harmadik, nagyon jelentős változás *a házastársi közösségek instabilitása*, a házasodási kedv csökkenése, a válási gyakoriság megnövekedése, és ezzel együtt számos új családi struktúra létrejötte és elterjedése. A néhány évtizede prototipikus nukleáris család ma csak egy a sok közül. McLanahan és Adams (1987) érveiben az utolsó, de témánk szempontjából egyáltalán nem elhanyagolható hatás *a szülői szerep központi, identitásszervező jelentőségének csökkenése*, vagyis annak egyre inkább elfogadott volta, hogy az élet gyermekvállalás nélkül is lehet teljes. A gyermektelenség korábban számos történelmi korban és kultúrkörben stigmával járt. Mára ez egyre inkább eltűnni látszik. Statisztikai adatok szerint megnövekedett a társadalmakban a gyermektelen egyedül, vagy párban élő személyek száma, sőt a fiatalok ma már mérhető százaléka határozottan nem szeretne gyermeket vállalni a jövőben[3].

A fentiekkel összefüggésben a mai társadalmaknak egy sor demográfiai problémával kell szembenézniük, hiszen körülbelül egygenerációnyi idő alatt teljesen megváltozott az „átlagos" család képe (OECD, 2011a, 2011b):

- a korábbi évtizedekhez képest *a fiatalok egyre később kezdik meg a családi életet*; nemcsak a gyermekvállalás, hanem a partnerkapcsolati és a munkabeli elköteleződés is kitolódott[4];
- a családok *átlagosan kevesebb gyermeket vállalnak*, vagy egyáltalán nem vállalnak;
- egyrészt a gyermekek megszületésével *a nőknek nehezebb a munkaerőpiacra való visszatérés*, másrészt viszont számos családban sokkal *többet dolgoznak a nők, mint évtizedekkel korábban*, így a munka-család-magánélet egyensúly kérdésköre rendkívüli jelentőségű;

[3] Az Eurobarometer vizsgálatai szerint (Miettinen és Szalma, 2014) az európai fiatal felnőttek körében kb. 11–15%-ra tehető ez az arány. Hazánkban az 1970-es években kb. egy ezrelék volt e csoport aránya, 2009-ben ez az arány elérte a „mérhető" 3,3%-ot (S. Molnár, 2009, in Bóné, 2019).

[4] Arnett (2000, 2001) az ezredforduló tájékán vezette be a *kibontakozó felnőttkor* fogalmát, mivel általános megfigyelés lett, hogy a társadalmak nagy része hosszú *moratórium* (az identitásfejlődésben szabad keresési és elköteleződési) időszakot (Marcia, 1966) biztosít a fiatal felnőttek számára.

- csökken a kétgondozós családok aránya, a *párkapcsolatok instabilitása* miatt egyre több gyermek él tartósan *egyszülős háztartásokban*[5];
- egyre radikálisabb különbségek figyelhetők meg a családok gazdasági helyzetében: egy sor társadalomban *növekszik az elszegényedő rétegek aránya*, ami szintén kihat a gyermekvállalásra.

A szülők ma egyre inkább szeretnének mindkét élettérben sikeresek lenni: *karriert építeni és családot alapítani*. Ezzel együtt jár, hogy a *tradicionális munkamegosztás* mellett egyre gyakrabban a *kétkeresős-kétgondozós (egalitariánus) családi létforma* terjed el, ami azt jelenti, hogy a szülők osztoznak mind a pénzkeresési terhekben, mind pedig a háztartási és gyermekgondozási/gyermeknevelési feladatokban. Vannak jelentős eltérések abban, hogy mely társadalmak mely modellt követik inkább (OECD, 2016). Az OECD (2011b, 1. o.) megfogalmazásában „az országoknak meg kell találniuk egy optimális egyensúlyt a családok munkaerőpiaci részvételre való felkészítése és a munkaerőpiac családi életre való felkészítése között". Hosszú távon azok a társadalmak lesznek a legsikeresebbek, amelyek ezt a kettős kihívást legnagyobb hatékonysággal képesek egyensúlyozni, vagyis a szülőket mindkét életcéljuk beteljesítésében támogatni.

A fenti *egyensúly megteremtését és a gyermekvállalásról szóló szabad szülői döntések megalapozását a családpolitikai beavatkozások is ösztönözni képesek* (OECD, 2016, 2011a, 2011b). A termékenységi arányszám alakulásában úgy tűnik, azok az országok (Skandinávia, Franciaország, Írország, Hollandia, Nagy-Britannia) járnak elöl, ahol mind a korai gyermeknevelést, mind pedig az alternatív munkaerőpiaci részvételt egyszerre tudják támogatni. Ha egy államban „… választani kell a »babák vagy főnökök (babies or bosses)« kérdésben, az biztosan alacsonyabb termékenységgel és női munkaerőpiaci részvétellel fog együtt járni (OECD, 2011b, 5. o.)". Az egyensúlyozás sikerének több feltétele van tehát, az egyik ilyen az *alternatív munkalehetőségek (részmunkaidő, távmunka stb.)*, a másik pedig a *minőségi napközbeni gyermekellátás (bölcsődék, óvodák elérhetősége, szervezett délutáni programok és gyermekfelügyelet) biztosítása*, ezen felül *a férfiak és nők nagyobb egyenlőségének ösztönzése* mind a munkaerőpiaci lehetőségekben, a keresetek szintjében, mind pedig az otthoni feladatokban és a gyermekgondozási szabadság igénybevételében stb. (OECD, 2016; lásd bővebben magyarul: Surányi és mtsai., 2010).

Az OECD Better Life Index[6] szerint *Magyarország termékenységi arányszáma* – 40 országot vizsgálva – *a legalacsonyabbak között van*. Ez a csökkenés már a 70-es évek végén elkezdődött, 2011-ben 1,25 körüli mélypontot ért el, majd elkezdett némileg nőni. Ma a teljes termékenységi ráta 1,5 körüli (Kapitány és Spéder, 2018). Ugyanígy *a női foglalkoztatottság is alacsony* (hazánkban a 2010-es években 50–53%-os arányban dolgoztak a nők), amely az Európai OECD országok közül a legalacsonyabbak között szerepelt. (Kb. 5%-kal volt alacsonyabb az OECD országok átlagánál; érdekességként megemlítjük, hogy Hollandiában ez az arány 70% volt). A hosszú gyermekgondozási szabad-

[5] A demográfusok gyakran foglalkoznak az egyszülős háztartásokkal (szemben pl. a mozaikcsaládokkal), mivel a gazdasági sérülékenység és az elszegényedés szempontjából ez az egyik legveszélyeztettebb családi struktúra.

[6] http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/

ság és mellette a kevésszámú elérhető bölcsődei férőhely (korábban a 3 év alatti kohorsz mindössze 10–11%-a kapott bölcsődei férőhelyet; ez már változóban van az elmúlt évek fejlesztései révén) sok nőt tartósan visszatart a munkaerőpiacra való visszatéréstől. A *részmunkaidőben foglalkoztatott* 25–54 éves *nők* aránya 2017-ben Magyarországon mindössze 5% volt, ezzel az utolsó előtti helyen álltunk az EU államai között (az átlag 29,8% volt, míg Hollandiában ez 71,7%) (Eurostat adatok alapján Makay, 2018).

Az alternatív munkaformák és a minőségi napközbeni gyermekellátás széles körű elérhetősége irányába tett társadalompolitikai beavatkozások a kisgyermekes családok hosszú távú munka-család egyensúlyának megteremtését biztosítanák hazánkban is. A 20. században elterjedő kétkeresős családmodell után a század végétől kezdődően számos kultúrában egyre inkább elterjedni látszik az egalitariánus (kétkeresős-kétgondozós) családmodell, ahol az apák bevonódása a gyerekek gondozásába és a háztartás vitelébe kiegyenlíti a családi munkamegosztást. Valószínűsíthetjük, hogy Magyarországon is egyre számottevőbb az egalitariánus családok száma. Ha reziliencia-szemléletben gondolkodunk, a 21. század kihívásaival szemben valószínűleg ellenállóbb egy olyan rendszer, ahol a szerepek és feladatok mindkét fél számára ismerősek és begyakorlottak, és törékenyebbnek tűnik az a rendszer, amelyben a klasszikus tradicionális berendezkedés erőteljes.

Magyarországi körkép

Hazánkban az alábbi trendekről beszélhetünk a *KSH Demográfiai portré 2018* (Monostori és mtsai., 2018) alapján. Míg az elmúlt években az elváltak aránya csak kevéssé nőtt, addig *a házasok aránya egyre csökken*. Manapság a felnőtt népesség kb. 44%-a házas, 34%-a egyedülálló és kb. 11-11%-a elvált vagy özvegy. Bár az utóbbi néhány évben nőtt a házasodási kedv, ennek hátterében valószínűleg szociálpolitikai beavatkozások állnak. Egyre nagyobb az egyetértés abban, hogy ha egy kapcsolatban gyermek fogan, nem kell feltétlenül házasságot kötni: 2016-ban az *Életünk fordulópontjai* kutatásban már a megkérdezettek 47,4%-a vallotta, hogy a házasság megkötése ilyenkor nem feltétlenül fontos (Murinkó és Rohr, 2018). Ez párhuzamos azzal az általános európai trenddel, miszerint *egyre több gyermek házasságon kívül születik*, akár úgy, hogy tartós élettársi közösségben élnek a szülők, akár úgy, hogy egyedül vállalja az anya a gyermeket.

A *gyermekvállalás életkora jelentősen kitolódott* az utóbbi évtizedekben: ma a nők átlagosan 5 évvel később válnak először anyává, mint 20 évvel ezelőtt. Átlagosan 29 évesen szülik meg első gyermeküket, és majdnem 31 évesek, mire megszületik minden gyermekük. Ugyanez a férfiaknál kb. 34 év. *A 30 év alatti nők esetében folyamatosan csökken, míg a 30 évnél idősebbeknél folyamatosan nő a termékenységi mutató* (Kapitány és Spéder, 2018), amely át is keretezi a pár évtizeddel korábbi koncepciókat a gyermekvállalás „normatív" időszakáról.

Több tanulmány szerint a magyar társadalom európai összehasonlításban *az egyik leginkább családbarát, gyermekbarát társadalom: a család és a gyermek fontosságának megítélése nagyon pozitív. Magyarország egyértelműen tradicionális értékeket képvisel mind a gyermekvállalás, mind a nemi szerepek és a családi munkamegosztás tekintetében* (lásd bővebben Blaskó, 2002; Pongráczné tanulmányait pl. a TÁRKI *Szerepváltozások*

című, 1997 és 2011 között megjelent köteteiben[7]). Paradox, hogy *mégis az egyik legalacsonyabb a termékenységi arányszámunk* az Európai Unióban. A kérdés, hogy a vágyott/tervezett gyermekszám milyen ok miatt nem valósul meg, évek óta foglalkoztatja a demográfusokat és családszociológusokat. Dupcsik és Tóth (2008) úgy vélik, „…a magyar felnőttek csupán kisebb részére jellemző a családról és a nemi szerepekről vallott valóban koherens tradicionális értékrend, s az ebből fakadó konzekvens életvitel is (…) A többség azonban mintha csak azért értene egyet a tradicionális állításokkal, mert »csak azok vannak kéznél«, mert hiányzik a nyelv a családdal kapcsolatos változások feldolgozására…" (325. o.) Dávid és mtsai. (2016) amellett foglalnak állást, hogy a gyermekvállalás, illetve a tervezett gyermekek megszületésének garanciája volna a biztonság megélése több dimenzióban. A kiszámíthatatlanság, a körülmények bizonytalansága és a jövő tervezhetőségének nehézsége egyértelműen hátráltatja a gyermekvállalási döntést.

A következő alfejezetben röviden ismertetett modellek a motivációk (vágyak és szándékok) és a gyermekvállalási döntés közötti különbségekre is magyarázatot adhatnak.

Gyermekvállalási motivációk és döntések

Az anyaságot sokáig a nőiség kulcsának, egyértelműen a női identitás, a femininitás és a női énkép, önbecsülés fejlődésének kritikus meghatározójaként tartották számon (Robinson és Stewart, 1989). Ma már a nőknek társadalmi és közösségi szempontból is több választási lehetőségük van, egyre kevésbé stigma – legalábbis bizonyos kultúrákban –, ha valaki nem vállal gyermeket. Bár a legtöbb nő számára elementáris igény a gyermekvállalás, vannak nők, akik ezt a szerepet nem tartják kulcsfontosságúnak nőiségük kiteljesedéséhez, főleg, ha egyéb szerepeik megerősítik identitásukat.

A gyermekvállalás, maga a „termékenységi esemény" megtörténte egy bonyolult motivációs háttérből táplálkozik. A gyermekvállalási motivációkat biológiai, szociokulturális és pszichológiai szemszögből is elemezhetjük. A vágyak, motivációk, szándékok nagyon egyéni színezetűek lehetnek. Még a *szándék (viselkedéses intenció)* sem minden esetben ösztönöz valós viselkedést (lásd fentebb). Nagyban különbözünk tehát, hogy ki, mikor, miért és hány gyermeket szeretne.

A vágyak és az egyéni motivációk[8] *rendszerint – a véletlen teherbeeséseket kivéve – tudatos mérlegeléssel járnak együtt, amelyben a belső indíttatások külső környezeti hatásokkal összevetve jutnak el a döntésig.* A külső környezeti hatások a bronfenbrenneri

[7] https://tarki.hu/szerepvaltozasok

[8] *A gyermek iránti vágyat tudatos és tudattalan belső motivációk is fűthetik.* A születendő gyermek sokfajta szimbólummal, illetve „céllal", „funkcióval" ruházható fel, gyakran *tudattalanul* és kimondatlanul. A pszichés történések miatt érdemes foglalkoznunk a *delegáció (küldetés)* fogalmával (Böszörményi-Nagy és Spark, 1973/2018; Stierlin, 1983). *A jelenség a megszülető gyerekek, illetve az ő generációjuk számára támasztott elvárások, követelmények, feladatok és funkciók tárházát nyitja meg, amelyek akkor válnak problémássá, ha nem illeszkednek a felnövő gyermek személyiségéhez és preferenciáihoz.*

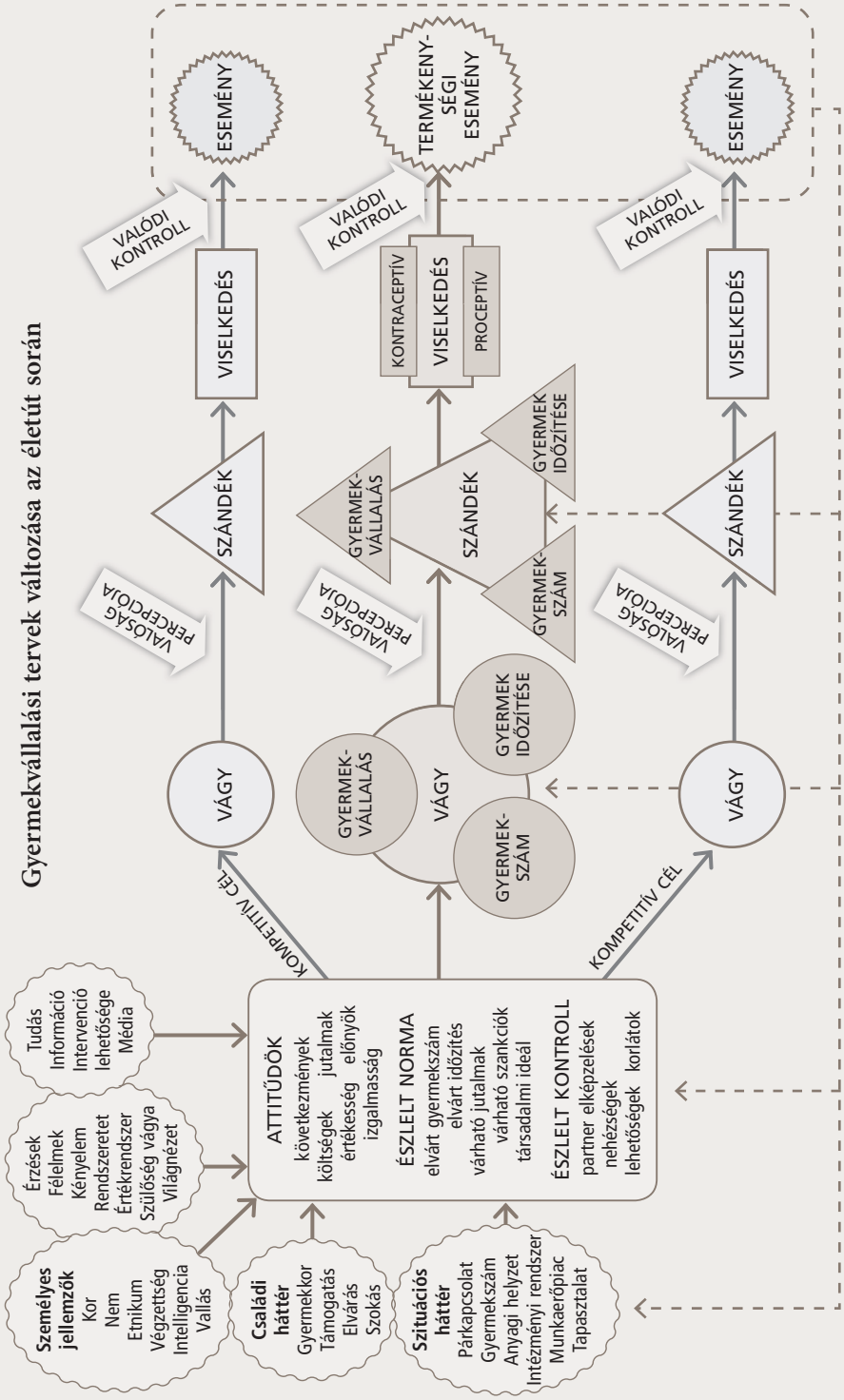
rendszerek mentén is értelmezhetők, hiszen a döntés elsősorban a páré, de hatással van rájuk szűkebb családjuk, aktuális anyagi helyzetük, munkavállalási motivációik, lakóhelyük lehetőségei, a kulturális (és szubkulturális) nézetek és normák, a társadalompolitikai környezet, az aktuális jogszabályok, rendeletek, amelyek a kisgyermekes szülők juttatásairól és szolgáltatásokhoz való hozzáféréséről szólnak stb. *A szociodemográfiai trendek aszerint alakulnak egy társadalomban, hogy az egyéni vágyak, szándékok és a külső környezeti ágensek hatásai milyen általánosan jellemző döntések meghozatalában erősítik meg a párokat* (Miller, 1992, 1994).

Bóné doktori disszertációjában (2019) bemutat két elfogadott elméletet, amelyek a vágyakkal, a szándékokkal és a valós viselkedést befolyásoló külső ösztönzőkkel és kontrollváltozókkal foglalkoznak[9]. Bóné e két modell ötvözésével ismertet egy komplexebb konceptuális modellt, megvilágítva „…azt a döntési folyamatot, amely során *az egyén – a koragyermekkorától őt ért impulzusok és alapvető örökölt tulajdonságai hatására – a maga számára megfogalmazza a gyermekvállalással kapcsolatos vágyait, terveit, majd megfelelőnek ítélt körülmények megléte esetén megpróbálja azokat megvalósítani.* (…) az egyén gondolkodásában is megjelenő sokféle tényező, a *változó körülmények, szituációs korlátok* hatására az életút során nem íródik felül teljesen a korán megfogalmazott vágy, az a teljes termékenységi ciklus végére érve is meghatározó marad". (31. o.) Vagyis a gyermekvállalással kapcsolatos vágyak stabilak maradhatnak annak ellenére, hogy ettől lényegesen eltérhet a megvalósult viselkedés, amely reagál külső környezeti (pl. bizonytalan partnerkapcsolat, bizonytalan életkörülmények, családi-közösségi társas nyomás) vagy belső individuális (pl. meddőség, pszichés labilitás) történésekre. Bóné (2019) komplex modelljében (1. ábra) nyomon követhető, hogy milyen *bonyolult, többkomponensű motivációs és döntési folyamat vezet el a személyes, élettörténeti és kontextuális meghatározottságú vágyak valós beteljesüléséig a gyermekvállalás, a vállalt gyermekszám és a várandósságok időzítése tekintetében.* E modell választ adhat némileg a „vágy/vélekedés-viselkedés" diszkrepanciára is (Tóth, 1998; Dupcsik és Tóth, 2008), mivel a koncepció szerint számos oka lehet annak, hogy a vágyak, attitűdök nem teljesülnek.

A modell háttérváltozóinak, az egyéni pszichológiai, a társas és a kontextuális motivációk és mérlegelési szempontok tárházának lehetséges illusztrációjaként Guedes és munkatársainak (2015) frissebb munkáját idézzük. Miller elméleti modelljei (1992, 1994) alapján Guedes és munkatársai (2015) férfiak és nők megkérdezésével komplex gyűjtést és rendszerezést végeztek, amelyben a *pozitív és negatív gyermekvállalási motivációkat* négy nagyobb szempont alá rendezték: *érzelmi / pszichológiai, társadalmi / normatív, gazdasági / haszonelvű, biológiai / fizikai motivációk és ellenmotivációk.* A gyermekvállalási döntés hátterében minden pár esetében számos különböző tudatos és tudattalan motiváció, individuális és külső környezeti tényező összjátéka feltételezhető (lásd 1. táblázat). A szerzők is amellett érvelnek: ahhoz, hogy közelebb jussunk a valódi gyermekvállalási motivációk és döntések hátteréhez, sok szempontú vizsgálatokat kell végeznünk.

---

[9] E két leggyakrabban használt komplex elmélet egyrészt az Ajzen által leírt „*Tervezett Viselkedés Elmélete*" (Theory of Planned Behaviour; TPB; Ajzen 1991, in Bóné, 2019), másrészt Miller és Pasta (1988, 1995, Miller és mtsai., 2010, in Bóné, 2019) által leírt „*Jellemzők-Vágyak-Szándékok-Viselkedés*" (Traits-Desires-Intentions-Behaviour, TDIB) modellje.



1. ábra A termékenységi döntés folyamata a TPB és a TDIB elméletek alapján (Bóné, 2019, 33. o. és egyéni közlés alapján)

1. táblázat A pozitív és negatív gyermekvállalási motivációk tematikus osztályozása Guedes és mtsai., 2015, 183. o. alapján

Pozitív gyermekvállalási motivációk	Érzelmi / pszichológiai	Kapcsolat a gyermekkel Partnerkapcsolat Családi kötelékek Személyes teljesítmény	szeretet, érzelmi kötődés, gondozás és nevelés a kapcsolat megerősítése, fejlődése, stabilizálása, a partner vágyának beteljesítése családi / generációs egység, egy újabb gyermekkel való kapcsolat személyes teljesítmény / növekedés, az élet értelme
	Társadalmi / normatív	Társas / erkölcsi elvárások Társas státusz / felnőtt identitás Folytonosság-élmény	társas / családi normák és nyomások, vallásos / morális kötelezettségek társas elismerés, autonómia / felelősség megerősítése halhatatlanság, családi származás, családi értékek, kapcsolatok és örökségek
	Gazdasági / haszonelvű	Pénzügyi támogatás Instrumentális támogatás	munkaerő, pénzügyi segítség, társas támogatás segítség időskorra
	Biológiai / fizikai	Biológiai ösztön / biológiai óra Feminitás-maszkulinitás / termékenység Várandósság / szülés Biológiai kötelékek	anyai / apai vonzerő, biológiai óra nyomása biológiai működés bizonyítása, nemi szerep betöltése a várandósság és a szülés élménye genetikai / biológiai kapcsolat a gyermekkel („vérségi kötelék”)

Negatív gyermekvállalási motivációk	Érzelmi / pszichológiai	Gyermeknevelés terhe Házassági stressz Családi problémák Életstílus / karrier korlátok Érzelmi felkészültség	egy gyermek folyamatos igényeinek kielégítése, aggodalmak és felelősségek intimitás és autonómia elvesztése, a párkapcsolati távolságtól és szeparációtól való félelem a betegségek / negatív kapcsolati minták átadásától való félelem autonómia elvesztése, karrier változások napi rutin és társasági élet megváltozása éretlenség, a szülőséghez szükséges személyes képességek és minőségek miatti aggodalom
	Társadalmi / normatív	Szociális aggodalmak Ökológiai aggodalmak	instabilitás, bizonytalanság és kisiklások miatti aggodalom környezetrombolás és szennyezés miatti aggodalom
	Gazdasági / haszonelvű	Pénzügyi problémák Gazdasági korlátok	pénzügyi nehézségek miatti aggodalom pénzügyi jóllét és gazdasági áldozatok miatti aggodalom
	Biológiai / fizikai	Fizikai szenvedés Testkép vonatkozások Ösztön hiánya	fizikai diszkomfort / a várandósság és a szülés alatti komplikációk a súlygyarapodással és fittséggel kapcsolatos aggodalmak az anyai / apai vonzerő hiánya

Alfejezetünk felütése, miszerint rendkívüli színességet mutat a gyermekvállaló populáció abban, hogy ki mikor, miért és hány gyermeket vállal, a fenti modell (Bóné, 2019, 33. o. és egyéni közlés alapján), valamint Guedes és munkatársainak (2015, 183. o.) munkája alapján még inkább megalapozottnak tűnik.

A szülővé válás folyamata (transition to parenthood) mint átmeneti krízisidőszak

A szülői szerepre való felkészülés és a szülővé válás már lényegesen több a gyermek iránti vágynál és a gyermekvállalásnál is. Alice Rossi 1968-as írásában alkalmazta először a *szülővé válás (transition to parenthood)* fogalmát inkább átmenetként, mint a krízisként definiálva azt.

A szülővé válás folyamatáról és a jellemző változásokról az 1970-es évek végétől kezdtek intenzíven gondolkodni az elméletalkotók, amelynek hátterében az is állt, hogy elindult a nők tömeges munkába állása, és ez jelentős kérdéseket vetett fel a kisgyermekes családok működéséről. Alice Rossi – a szülővé válás (transition to parenthood) fogalomkör elindítója – szerint (1977) a szülőszerep már akkoriban lényegesen különbözött a többi felnőtt szereptől. Rossi megfogalmazásában *a szülőség a többi életszerephez képest nem fokozatosan alakul ki, hanem rögtön teljes felelősséggel jár, a megmásíthatatlanság jellemzi, és időnként nem is önkéntes döntés kérdése.* A nyugati kultúra akkoriban erős nyomást gyakorolt a nőkre, hogy anyák legyenek, míg a többi szerep nem volt ilyen kényszerítő jellegű. Ma már ez utóbbi enyhülni látszik (lásd fentebb: demográfiai trendek). Még ma is igaz ugyanakkor, hogy a felnövekvő fiatalok sokkal inkább felkészülnek egyéb szerepeikre, mint a szülőire. Kevés országban van általánosan elérhető szülőségre való felkészítés, amely elő tudná hangolni azokat a változásokat, amelyek az empirikus irodalom szerint nagyon is általánosak (lásd alább). (A gyermekvárásról és a lehetséges preventív felkészítési lehetőségekről lásd Németh tanulmányát a jelen kötetben).

A szülői szerepre való felkészülés azért is lényeges, mert bár a legtöbb szülő számára a gyermekvállalás egy sor jutalomértékű tapasztalattal jár együtt: intimitás, öröm, érzelmi közelség, a biológiai és a társas vágyak kielégülése, stabilitás stb. (Kluwer, 2010), *egy gyermek születése/örökbefogadása, vagyis a családdá alakulás a legjelentősebb stresszes életesemények között szerepel. Nincs olyan család, amely ne kényszerülne jelentős változásokhoz alkalmazkodni ebben az időszakban* (a normatív krízisről lásd fentebb). Miller és Rahe (1997) nyomán Danis és mtsai. (2006) 2003-ban kérdeztek meg kisgyermekes anyákat arról, hogy az egyes életesemények általában mekkora stresszfaktorral jellemezhetők. Figyelemre méltó, hogy a közel 100 eseményt tartalmazó listában a gyermek születése 7., míg egy gyermek örökbefogadása 10. helyen szerepelt a legnagyobb stresszt okozó veszteségélmények (halálozások, betegségek, balesetek, kapcsolati traumák, szakítások, munkahely, lakhely elvesztése stb.) között.

Az 1980–90-es években számos empirikus kutatás indult el, amelyek kezdeti inspirációit a Cowan házaspár (pl. Cowan és mtsai., 1978, 1985; Cowan és Cowan, 1988a, 1988b, 1992, 1995) és Jay Belsky (pl. Belsky és Rovine, 1990) híres követéses vizsgálatai adták.

Cowan és Cowan szerepelméleteikben megfogalmazták és empirikusan bizonyították is, hogy *a szülővé válás időszakában általánosan megfigyelhető negatív irányú változások történnek több területen, és ezek mind a nők, mind a férfiak individuális működésében, jóllétében, mind pedig a párkapcsolatok alakulásában nyomon követhetők*.

A kutatások első hullámában, az 1980–90-es években a „prototipikus nukleáris család" vizsgálatát tűzték ki célul. Természetesen a különböző *családi struktúrák* (pl. elvált szülők, mozaik/patchwork családok, örökbefogadó családok, serdülő szülők, egyedülálló szülők, azonos nemű szülők, asszisztált reprodukciós támogatáson átesett szülők családjai) esetében, illetve *kulturálisan* mutatkozhatnak különbségek az első gyermek vállalásával kezdődő átmeneti periódus lefolyásában. Ma már számos kutatás célozza e populációkat, azonban e különbségekre részleteiben jelen tanulmány keretei között nem tudunk kitérni.

Intervenciós szempontból azért is fontos ismernünk a várható változások természetét, hogy *megfelelően támogathassuk a szülők felkészülését ezekre a folyamatokra*. Mivel a *párkapcsolatok és a családi dinamika működésének megromlása a problematikusabb szülőséggel jár együtt* (Mansfield, 2005), *a szülő-gyermek kapcsolatra és a gyermekek fejlődésére is negatív hatással lehetnek e folyamatok* (Dunn, 2008), *amennyiben nincs elérhető informális vagy formális támogatásuk a gyermeket nevelő párok*nak. Bár az első gyermek születésekor érhetjük tetten legintenzívebben az alább kifejtett folyamatokat, egy második, harmadik gyermek születéséhez való alkalmazkodás is vonzhat maga után hasonló következményeket (pl. párkapcsolati feszültségeket) (Demick, 2002).

A rendszerszemléleti elméleti háttérrel konzisztensen Cowan és munkatársai (1991, 1992) egy öt szintet elemző strukturális modellt ajánlanak az első gyermekes családok vizsgálatához, amelynek egyes szempontjait tanulmányunkban mi is felhasználjuk témáink bemutatásához. E szintek a következők:

1. *individuális szint:* a család minden tagjának adottságai, személyiség- és viselkedésjellemzői, pl. temperamentum, intellektus, identitás, énkép, önbecsülés, érzelmi distressz tünetei stb.;
2. *szülői alrendszer:* a szülők partnerkapcsolata és a közös szülőség/nevelés, munkamegosztás, szerepek, szabályok, kommunikációs minták stb.;
3. *szülő-gyermek alrendszerek:* a szülő-gyermek diádok interakciói, kapcsolata, valamint a triádikus családi működés;
4. *intergenerációs hatások:* kapcsolati háló és interakciók a három generáció között: a szülők és a nagyszülők kapcsolata, a nagyszülők és az unoka kapcsolata;
5. *mezo- és exorendszer hatások:* kapcsolatok és interakciók a nukleáris család tagjai és a családon kívüli egyének és intézmények (munkahely, iskola stb.) munkatársai között. Ide tartozik a különböző stresszes életesemények és a támogató rendszerek kérdésköre is. (Lásd bővebben az ökológiai rendszerekről Bronfenbrenner elméletét Danis és Kalmár első tanulmányában a jelen kötetben.)

Alábbi elemzéseinkben néhány lényeges eredményt, általános trendet foglalunk összse. Az alfejezet tartalmát a prevenció és az intervenció területén a felkészítő, illetve támogató szülő-edukációk során hasznosítható tematikák ösztönözték.

Individuális szint

A fizikai egészség változásai

A gyermek születését követően a szülőpárnál számos fizikai változás tetten érhető, amely kihatással van a pszichés jóllétre is. A csecsemők rendszeres éjszakai ébredései miatt általában mindkét szülőnél jelentősen *csökken az alvásmennyiség és az alvásminőség,* így *növekszik a nappali kimerültség, fáradtság* (Gay és mtsai., 2004). Amennyiben a szülővé válás időszakában a tartós stressz miatt *a szervezet állandósult készenléti állapotba kerül (allosztatikus terhelés*[10]*),* ez kihat a fiziológiás stressz-szabályozásra, valamint a hormonális és immunrendszerre is. Mindez a kedvezőtlen életmódbeli változásokkal (étkezés, alvás és testmozgás rendszertelensége) együtt hosszú távon egészségügyi problémák kialakulását is előidézhetik (Saxbe és mtsai., 2018).

Intervenciók szükségességét jelzi, ha a szülőpár egyik vagy mindkét tagja jelentős fizikai tünetekre, alváshiányra, vitális kimerültségre panaszkodik, mivel támogatás nélkül hosszabb távon emelkedhet a pszichés és a pszichoszomatikus megbetegedések esélye.

A mentális állapot változásai[11]

Az újdonsült anyák és apák veszélyeztetettek a depresszió előfordulására (Brockington, 2004; Cowan és mtsai., 1991). Míg korábban a szűrő és diagnosztikai eszközökkel kimutatható klinikai súlyosságú terhességi depresszió az átlagos női populáció 7–12%-ában, a posztpartum depresszió pedig 10–15%-ában fordult elő, úgy tűnik, a fejlett országokban a posztpartum depresszió előfordulási gyakorisága átlagosan 20%-ra emelkedett (O'Hara és Swain, 1996; O'Hara és McCabe, 2013). Epidemiológiai vizsgálatok és metaanalízisek szerint a pre- és posztnatális időszakban a férfiak depressziója is jelentős (kb. 10% az előfordulás), és az apai posztnatális depresszió egyik legerősebb előrejelzője az anyai depresszió (Condon és mtsai., 2004; Paulson és Bazemore, 2010; Matthey és mtsai., 2000).

A prevenciók és intervenciók szempontjából fontos, hogy milyen jellemzőkre és életeseményekre érdemes odafigyelnünk. Metaanalízisek (O'Hara és Swain, 1996; Beck, 2001) és egyéb szisztematikus áttekintések (Parfitt és Ayers, 2014) alapján *több rizikófaktort* azonosítottak *az anyai posztnatális depresszió hátterében*, ezek közül néhány jelentősebb: kötődési problémák, kora gyermekkori kedvezőtlen életesemények, korábbi pszichopatológia, törékeny önbecsülés, asszertivitás hiánya, a várandósság alatti pszichés problémák, terhességi szorongás, nem kívánt/nem tervezett várandósság, szülési komplikációk, testtel való elégedetlenség, a csecsemő nehéz temperamentuma, alváshiány, gyermekgondozási stressz, anya-gyermek kapcsolat problémái, alacsony minőségű párkapcsolat, egyedülállóság, alacsony SES, stresszes életesemények, a szociális támogatás hiánya.

Edward és munkatársainak szakirodalom-áttekintése (2014) szerint *a férfiak depressziójának hátterében álló kockázati tényezők* pedig a következők: depresszív vagy szoron-

---

[10] *Allosztatikus terhelés:* Tartós napi szintű stressz hatására a szervezet nem képes leállítani a stresszre adott vészreakciót („fight or flight" /„harcolj vagy menekülj" rendszer), ami az állandósult szimpatikus idegrendszeri túlsúly miatt veszélyezteti a szív- és érrendszert, illetve a többi szerv működését is.

[11] Lásd még bővebben Hortobágyi és mtsai. tanulmányát a jelen kötetben.

gásos tünetek a korábbi élettörténetben, az anya depressziója a várandósság idején, idősebb életkor, nem várt várandósság, alacsony szintű párkapcsolati elégedettség, pénzügyi vagy más életstressz, különbség a szülőség elképzelt és valóságos jellemzői között, kevés külső segítség, alacsony szintű társas kapcsolatok, alacsony szintű kommunikáció és támogatás a partnerek között, néhány kultúrában a gyermek neme, az anya-gyermek kapcsolatból való kizárás érzése. A distressz feltételezhetően a nagyobb gazdasági és érzelmi felelősségvállalással is összefüggheet. Egyéb stresszfaktort jelenthetnek még a partnerrel való szexuális konfliktusok, a saját szülőkkel kapcsolatos fel nem dolgozott attitűdök, a családon kívüli kapcsolati háló szűkülése, lehetséges szülői minták hiánya vagy megtagadása, idő- és energiahiány a munkahelyen és otthon (Nyström és Öhrling, 2004; Condon és mtsai., 2004).

Úgy tűnik, *az újdonsült szülőknél a szorongás még gyakoribb a depresszív tüneteknél* (összefoglaló: Parfitt és Ayers, 2014). Longitudinális kutatásokban a nem klinikai szintű depresszív tendenciák a szülővé válás folyamata során egyre csökkenő tendenciákat mutattak, azonban az észlelt stressz- és szorongásszint nem minden kutatásban mutatott csökkenést az első 1,5–2 évben (Perren és mtsai., 2005; Feldman és mtsai., 1997; Mulsow és mtsai., 2002). Míg a depresszív tendenciák egyértelműen a korai posztpartum időszakban a legmagasabbak, addig *a szorongásszint lehet tartós*, és a gyermek fejlődésével, viselkedésének kiszámíthatatlanságával párhuzamosan mutathat emelkedett szintet.

A tartósan instabil mentális állapotnak egyértelműen kapcsolati következményei vannak. A magasabb szorongás- és depresszióértékek kapcsolatban állnak a párkapcsolati minőség szülővé válás idején mutatott csökkenésével. Ugyanakkor a fordítottja is igaz: *a gyenge párkapcsolati működés a szülővé válás folyamatában kockázatot jelent a depresszió előfordulására* (Najman és mtsai., 2014). A tartósan magas szülői szorongás/distressz és depressziós tünetek jelenléte a társas támogatás hiányával veszélyeztető tényezők lehetnek a gyermekkel való optimális kontaktusfelvétel, interakciós mintázatok, illetve biztonságos kötődés kialakításában is (lásd az összefoglalást: Danis, 2008).

Intervenciók szempontjából mind a magas szorongásszint, mind a depresszió tüneteinek jelenléte beavatkozást indokol, mivel ezek nemcsak a szülők személyes jóllétére, hanem a párkapcsolati működésre és a szülő-gyermek interakciókra is negatív hatást gyakorolnak (lásd bővebben Hortobágyi és mtsai. tanulmányát a jelen kötetben).

Önszabályozás, önbecsülés

A születést követően a szülőpár számos stresszfaktornak van kitéve fizikai és pszichés szinten, illetve társas viszonyaikban, amelyek negatívan hathatnak a korai időszak önszabályozására. Kihívást jelent a szülői szerepet más szerepekkel és preferenciákkal egyensúlyozni, illetve a *fáradtság, kimerültség, kialvatlanság* szintén erős prediktora a meggyengült önszabályozásnak, önkontrollnak (Scheppingen és mtsai., 2018). Scheppingen és mtsai. (2018) holland mintájukban igazolták, hogy az anyák önkontrollja csökken a szülővé válás idején, ebben is a 6 hónapos kor körül csúcsosodnak a nehézségek. Korábbi követéses vizsgálatokban a szülők képessége az *impulzuskontrollra* a gyermekgondozásban nagyobb fokú involválódással, a házastársi kapcsolatban pedig kisebb mértékű házastársi elégedettség csökkenéssel járt együtt (Levy-Schiff, 1994).

Az *önbecsülés*, ahogy egy egyén saját magát értékeli, számos összefüggést mutat a fizikai és mentális egészséggel, kapcsolati működéssel és elégedettséggel, valamint egyéb teljesítményekkel. Az énkép és az önbecsülés érzékenyen reagál az életúti váltásokra, és a kihívásokkal való megküzdés hatékonyságára (Bleidorn és mtsai., 2016). Nagy mintákban és panelvizsgálatokban azt tapasztalták, hogy a szülővé válás negatívan hat az önbecsülésre, főleg az anyáknál (Chen és mtsai., 2015; Bleindorn és mtsai., 2016).

Az intervenciók szükségességét jelzi, ha a szülőpár egyik vagy mindkét tagja időszakos érzelemszabályozási problémákról, vagy nagyon alacsony önbecsülésről számol be. Mivel ezek a pszichés jóllét nehézségeit is jelzik, illetve mind a párkapcsolatra, mind a szülő-gyermek interakciókra nagy hatással vannak, ezért fontosak a támogató beavatkozások a szabályozási funkciók és a pozitív énkép megerősítése érdekében.

A szülői identitás és a szerepek szerveződése

A klasszikus követéses vizsgálatokban (Cowan és Cowan, 1988) azt találták, hogy *a szülők különböző szelfjeinek* (pl. nő vagy férfi / anya vagy apa / szerető / házastárs / barát / munkavállaló / tanuló stb.) *szerkezete átalakul* az első 18 hónapban, a szülői identitás és az ehhez kapcsolódó szerepvállalások integrálódnak az addigi hierarchiába[12]. A gyermek megszületése után *az „anya"- és az „apa"-struktúrák egy jóval nagyobb részét teszik ki az önleírásnak, mint a többi énrész*. Emellett az anyák „munkavállaló/tanuló" szelfjei nagymértékben lecsökkennek, míg a férfiaknál ez nagyjából változatlan marad. A jelen társadalmi trendek ismeretében, miszerint – legalábbis egyes társadalmakban és szubcsoportokban – *a női és a férfi szülői szerepkörök közelíteni látszanak*, valószínűsíthetjük a korábbiakhoz képest kisebb mértékű különbségeket az identitásszerveződésben és -változásokban (lásd bővebben a nemi szerepek kifejtésénél alább).

Amennyiben nem a felnőtt heteroszexuális kétgondozós családokról gondolkodunk, akár jelentősebb krízisekkel és dilemmákkal kell számolnunk az identitás és a szerepek alakulásában. *Egyedülálló szülőként* (családfenntartó és szülői szerepek integrálódásának kérdésköre; Lessa, 2004), *serdülőkorú szülőként* (szülőség felvállalásának kérdésköre; Dhayanandhan és Bohr, 2016; Frewin és mtsai., 2007), vagy *azonos nemű szülők* esetében (többségi normák és egyéni döntések kérdésköre; Cao és mtsai., 2016) is speciális kihívásokkal kell szembenézni a szülői identitás alakulása során.

Intervenciós szempontból kulcskérdés a szülői identitás optimális alakulása, illetve az életszerepek kiegyensúlyozása. Ennek támogatása (kifejezetten kockázati csoportok esetén), a bizonytalanságokkal, kétségekkel és dilemmákkal küzdő szülők megtartása az identitásalakulás folyamatában megalapozza a többi kihívással való megküzdést.

Nemi szerepek, tradicionalitás

A *nemi identitás* mellett (valaki nőnek, férfinek azonosítja-e magát) elkülöníthetjük a *nemi szerepekről* való gondolkodást (Mickelson és mtsai., 2013 – lásd keretes szöveg).

---

[12] A gyakorlatban is hasznos felmérés az *én-torta* vagy a *szerep-torta*, amelyben a szülők egy kör felosztásával jelölik identitásuk és szerepeik „összetételét", dominanciáját. Cowan és Cowan (1988) korai kutatásaikban is használták több ízben ezt a módszert a nyomonkövetésre.

Nemi szerepek és viselkedésmódok

A *nemi szerepeket* tekintve korábban kategoriális *maszkulinitásról és femininitásról, illetve a kettő keverékéről, az adrogünitásról* beszéltek (Bem, 1974). Klasszikus értelemben maszkulin jellemzőknek tekintették pl. az asszertivitást, önérvényesítést, határozottságot, instrumentális problémamegoldást, pragmatikusságot, függetlenséget, versengést, dominanciát stb., feminin jellemvonásoknak pedig a kapcsolatorientáltságot, gondoskodást, empátiát, érzelemkifejezést, melegséget, érzékenységet stb. Később e felosztást felváltotta a *kontinuum modellben* való gondolkodás, miszerint a nemi szerepek és viselkedésmódok valahol a két végpont, vagyis a femininitás és a maszkulinitás közötti dimenzión helyezkednek el mind férfiak, mind pedig a nők esetében. Bizonyos koncepciók szerint e kettő két egymásra merőleges dimenzió, ami négy nagyobb szegmenst különít el (ebben pl. az androgünitás magas femininitással és magas maszkulinitással jellemezhető) (Lubinski és mtsai., 1983).

A *nemi szerep attitűdök és viselkedés* nem önmagukban, de nagyban meghatározzák, hogy az egyén hogyan áll hozzá a fizetett munka és a családi munka (háztartás és gyermekgondozás) közötti egyensúlyhoz (lásd alább bővebben a munkamegosztásról). Ebben is egy kontinuumot képzelhetünk el a tradicionalitás és az egalitariánus (egyenlőségelvű, nem-tradicionális) férfi és női szerepek között. *Tradicionális berendezkedés esetén* a családban a férfi elsődleges feladata a család anyagi biztonságának megteremtése és az egyéb infrastrukturális ügyek intézése, míg a nők inkább a háztartással és a gyermekgondozással foglalkoznak. Az *egalitariánus szemléletben* már nincsenek ilyen éles szerephatárok és elvárások, a szülők mind a pénzügyi, mind a családi feladatokban osztoznak, és gyakran méltányossági alapon, preferenciák és kompetenciák szerint osztják el a feladatokat.

Kultúrkörünkben az utóbbi évtizedekben a nemi szerep attitűdök átlagosan kevésbé tradicionálisak lettek, és a nők általában jobban változtak e tekintetben: a nők maszkulinitása, ezzel párhuzamosan androgünitása szignifikánsan növekedett, miközben nem változtak a femininitás értékeik. A férfiak skálaértékei viszont nem változtak szignifikánsan (Rogers és Amato, 2000; Donnelly és Twenge, 2017). Ugyanakkor Höfner és mtsai. (2014) amellett érvelnek, hogy a kortárs társadalmakban az apák identitás- és szerepalakulásáról való diskurzusban ma két ellentétes nézőpont gyakori. Az egyik szerint deklarálva van, hogy az apák a felelősek a család anyagi biztonságáért, és nem feltétlenül elvárt a gyermekgondozásban való részvétel, míg a másikban – pár évtizede, és főleg néhány társadalomban – a *bevonódó és a gyermekgondozásban is kompetens apai identitás* és szerepkör is megjelent. Azt várhatjuk tehát, hogy jelentős kulturális különbségeket találhatunk e tekintetben.

A nemi szerep attitűdök változása gyakrabban fordul elő életúti átmenetek idején, pl. a szülővé váláskor is (Perales és mtsai., 2018; Baxter és mtsai., 2015). A szülők, főleg az anyák átlagosan tradicionálisabb nemi szerep attitűdről számolnak be a gyermekszülést követően (pl. Katz-Wise és mtsai., 2010).

Korai megfigyelések szerint ugyanakkor *azok a nők, akik nemi szerep identifikációjukban nem voltak túlságosan tradicionálisak, vagyis femininitásuk mellett maszkulin vonásokkal is rendelkeztek, nagyobb fokú alkalmazkodási hatékonyságról tanúskodtak a*

szülővé válás folyamata során. Több vizsgálat kimutatta, hogy nők esetében az alacsony fokú maszkulinitás nemcsak a tradicionális házastársi szerep felfogással, hanem a depresszióval is együtt jár (lásd korai vizsgálatokról Danis, 2008 összefoglalását; Prakash, 2010). Emellett vizsgálatok (Danis, 2008 összefoglalásában) arra is utalnak, hogy az erőteljesen maszkulin vonásokkal jellemezhető anyák számolnak be a legnagyobb partnerkapcsolati minőségromlásról a szülővé válás idején. Valószínűsíthetjük, hogy viselkedéses szinten a maszkulinabb jellemzőkkel rendelkező (ambiciózus, erőteljes karriertörekvésekkel élő) anyáknak nehezebb alkalmazkodni a szerepek és feladatok szülés utáni tradicionálisabb berendezkedéséhez. E kétirányú hatás összehangolására *feltételezhetjük, hogy az androgün nőtípus, amely erőteljes feminin és egyben maszkulin vonásokkal is jellemezhető, nyújtja a leghatékonyabb alkalmazkodást ebben a krízisidőszakban.* Természetesen az összefüggéseket továbbszínezik a párkapcsolati együttműködésről szóló kutatások (lásd később).

Intervenciós szempontból úgy tűnik tehát, hogy a 21. századi kihívásokkal szemben a női androgünitás (magas femininitás-magas maszkulinitás) és az egalitariánus szerep attitűd védőfaktor lehet. Anyáknál a feminin jellemvonások kiteljesedése mellett azoknak a maszkulin vonásoknak az erősítése és gyakorlása, amelyek az aktivitással, önérvényesítéssel, érdekképviselettel, problémamegoldással kapcsolódnak, preventív, illetve pszichés problémák esetén védőhatással bírhat. Természetesen mindez párkapcsolati relációban érvényesülhet a leghatékonyabban (lásd erről és az apák szerepeiről bővebben később).

Szülői alrendszer

Házastársi krízis, elégedettség csökkenés

Az 1990-es évektől kutatások és metaanalízisek hosszú sora mutatja, hogy *a legtöbb szülőnél regisztrálható egyfajta házastársi krízis az első gyermek születését követően, ami elégedettség csökkenéssel, gyakoribb konfliktusokkal jár* (pl. Cowan és mtsai., 1988, 1991; Cox és mtsai., 1999; Lawrence és mtsai., 2008; Doss és mtsai., 2009; metaanalízisek: Nyström és Öhrling 2004; Twenge és mtsai., 2003; Mitnick és mtsai., 2009). A legtöbb pár hasonló dolgokról számol be (Cowan és Cowan, 2000; Kluwer, 2010): több konfliktus, kevesebb együttlét, nehezített kommunikáció, csökkenő szexuális aktivitás stb. A korai kutatások kritikája, hogy gyakran ezek a követéses vizsgálatok nem alkalmaztak kontrollcsoportot, vagyis olyan párokat, akik szintén hasonló idő óta élnek együtt, de nem született (még) gyermekük. A kritikák szerint a hatás akár a házasságban eltöltött időnek is lehet köszönhető. A 2000-es évektől alkalmazott kontrollcsoportos elrendezések eredményei azt mutatják, hogy mindkét csoportban van elégedettség csökkenés, azonban az első gyermek után ez a csökkenés szignifikánsan meredekebb (összefoglalóan: Kluwer, 2010). Longitudinális vizsgálatokban a szülést követő első évben mutatkozó elégedettség csökkenést rendszerint felépülő szakasz követ, azonban a párkapcsolati felépülést több tényező (pl. depresszió, nem kívánt gyermek) kockáztathatja (Cox és mtsai., 1999).

Az átlagos negatív trend azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy minden szülőpárnál megmutatkozik az elégedetlenség. Kutatások szerint a szülők előzetes kapcsolati történe-

te és annak észlelt minősége bejósolja a gyermek megszületését követő időszak történéseit: azok a szülők, akik elégedettek voltak kapcsolatukkal a gyermek megszületése előtt, hajlamosabbak ugyanígy vélekedni a szülővé válás folyamata során is (Belsky és Rovine, 1990). Belsky követéses vizsgálatai (Belsky és Rovine, 1990; Belsky és Kelly, 1994, in Kluwer, 2010; Belsky és Hsieh, 1998) az átlagos trendek mellett (lásd a szerelem/szeretet érzésében lineáris csökkenés, a konfliktusok és az ambivalencia-érzés tekintetében pedig lineáris emelkedés) több mintázatot különítettek el: azokat a párokat, akik egyértelműen párkapcsolati minőségromlásról számoltak be (súlyos vagy mérsékelt mértékben, együttesen kb. 40–50%), akiknek elégedettsége nem változott az idővel (kb. 30%), és akik némi javulást mutattak (kb. 20%). Az esetek többségében három jellemző mintázatot feltételeztek: ezek a „jó kapcsolat, ami jó is marad", a „rossz kapcsolat, ami még rosszabb lesz", és a „jó kapcsolat, ami megromlik" kategóriák.

Összefoglalóan, *közel a párok fele szignifikáns házastársi krízisről számol be, ugyanakkor nem minden pár éli meg az általános trendként említett elégedettség és kapcsolati minőség csökkenését, különböző mintázatokat feltételezhetünk* (Kluwer, 2010; Doss és mtsai., 2009; Don és Mickelson, 2014).

Twenge és munkatársai (2003) metaanalízisükben (97 kutatásból n = 47 692) párok házastársi kapcsolatának változásait, illetve az azok megítélését moderáló hatásokat próbálták azonosítani a szülők neme, a gyermek életkora, a család szocioökonómiai státusza és a szülők születési kohorsza alapján. Az adatok négy konceptuális modell („szerep-konfliktus", „a szabadság korlátai", „szexuális elégedetlenség" és a „pénzügyi költségek" modellek) közül az első kettőt látszottak igazolni. Általában a szülővé válás folyamata hatott leginkább a házastársi elégedettségre, vagyis a csecsemőkorú gyermeket nevelők mutatták a legnagyobb elégedettség csökkenést a nagyobb gyermekeket nevelőkhöz és a gyermektelen házaspárokhoz viszonyítva. Ezenkívül a nőknél erőteljesebben jelentkezett ez a hatás, mint a férfiaknál. A férfiaknál kevésbé volt moderáló tényező a gyermek életkora, a nőknél viszont a többi csoporthoz képest a csecsemőkkel élő szülőknél volt jelentősen alacsonyabb az elégedettség. A magasabb SES értékekkel rendelkező családok, valamint azok a családok, amelyek a későbbi évek kutatásaiban vettek részt, nagyobb fokú elégedetlenségről számoltak be. Ezek az adatok leginkább a „szerepkonfliktus" modellt támasztják alá, amelyben a szociális szerepek átszerveződése a tradicionalitás mentén folyik: főleg a csecsemőket nevelő nők érintettek ebben és azok a párok, amelyekben a tradicionális szerepek nem annyira kívánatosak, pl. mindkét szülő társadalmi pozíciója magas, tehát a nő is sikeres karriert futott be. Ez a jelenség az utóbbi évekre talán még inkább igaz.

A frissebb kutatások is párhuzamosak a klasszikus megfigyelésekkel. Doss és mtsai. (2009) egy nyolc évet felölelő követéses vizsgálatban az első gyermek születését követő hirtelen és szignifikáns (enyhe-közepes mértékű) kapcsolati elégedettség csökkenésről számoltak be mind a férfiaknál, mind a nőknél. A gyermektelen házaspárok nem mutatták ezt a hirtelen csökkenést. A megfigyelt tendenciák egészen a születést követő 4 évig megmutatkoztak. A gyermekvállalás előtti kapcsolat hosszúsága védőfaktor volt az elégedettség csökkenéssel szemben. Keizer és Schenk (2012) egy 12 éves longitudinális kutatásban U alakú összefüggést találtak, ahol a szülők a gyermektelen házaspárokhoz képest mélyebb elégedettségesést mutattak a szülést követő 7 év során, és kb. a 10. évre volt ebből kapcsolati felépülés.

A kutatások szerint *a konfliktusok és az egyet nem értések száma is megemelkedik a gyermeket vállaló párok között, míg a gyermekteleneknél ezt nem figyelték meg*. Minél magasabb a konfliktusok száma már a várandósság idején, annál jelentősebb a partnerkapcsolati működés romlása a gyermek megszületését követően. A pozitív folyamatok (a kapcsolat „karbantartására" tett kommunikációs és intimitás kísérletek, érzelmi válaszkészség és a társtól kapott támogatás) is csökkenő tendenciát mutatnak. A nőket mindez erőteljesebben érinti, mint a férfiakat (lásd Kluwer [2010] összefoglalását). Kluwer és mtsai. (2002) vizsgálata szerint a konfliktusos interakciók mintázatában is változás figyelhető meg: több követeléssel, elvárással és kevésbé konstruktív konfliktusmegoldási stratégiákkal jellemezhető a szülővé válás időszaka. Hogy miről is van szó a legtöbb konfliktusban? Úgy tűnik, hogy a munkamegosztás körüli viták nagyon jellemzőek (lásd alább).

Kiemelendő, hogy *néhány kapcsolat jobban ki van téve a negatív változásoknak*. Ilyen *kockázati faktorok* lehetnek: a szülés előtti rövidebb és felszínesebb partnerkapcsolat, a korábbi partnerkapcsolati problémák, a családalapítással kapcsolatos egyet nem értések, a nem várt várandósság, negatív kora gyermekkori élmények, a gyermek irritábilis temperamentuma és rosszabb alvása, a lánygyermekek, a támogatások hiánya, valamint a posztnatális depresszió és szorongás előfordulása (Kluwer, 2010; Doss és Rhoades, 2017; Delicate és mtsai., 2018).

Doss és Rhoades (2017) összefoglal néhány összehasonlító vizsgálati eredményt a családi struktúrákkal kapcsolatban. Ezek szerint meredekebb a kapcsolati elégedettség csökkenése az élettársi viszonyban élő apáknál a házasságban élő apákhoz képest, a vér szerinti gyermeket nevelőknél az örökbefogadó szülőkhöz képest, míg az azonos nemű szülőknél kevés különbséget találtak a szülővé válás pszichológiai és kapcsolati folyamataiban a heteroszexuális párokkal való összevetésben.

Intervenciós szempontból a pár alkalmazkodása (az intimitás, a kölcsönös támogatás és az együttműködés terén) kulcsa a szülővé válás folyamatában jellemző kihívásokkal való sikeres megküzdésnek. A párkapcsolati problémák, konfliktusok nagy hatással vannak nemcsak a partnerek pszichés jóllétére, hanem a szülő-gyermek interakciókra és a gyermek fejlődésére is, ezért súlyos kapcsolati kiegyensúlyozatlanság esetén mindenképpen ajánlott szaksegítség igénybevétele.

A házastársi munkamegosztás változásai

Az új szülők, legfőképpen az édesanyák radikális változást élnek meg az időbeosztásukban: jóval több időt töltenek az otthoni házimunkával és a csecsemő gondozásával, és azzal együtt jóval kevesebb lehetőségük jut az egyéni és a páros szabadidőre. *Az otthoni, a munkahelyi, valamint a gyermekgondozást jellemző feladatkörök megosztásának kiegyensúlyozatlansága szignifikáns forrása a házastársi konfliktusoknak.* Szinte ez az egyik leghangsúlyosabb problémájuk az első ízben gyermeket nevelő szülőknek. *Az anyák az apáknál elégedetlenebbek ebben a tekintetben is* (az 1990-es évektől kezdődően kutatások hosszú soráról összefoglalóan: Kluwer, 2010).

Mint fentebb említettük, *az átmeneti időszak folyamán a nemi szerepek tradicionálisabbakká válnak* – szintén leginkább a nőknél, akik nagyobb fokú felelősséget éreznek a háztartásvezetés és a gyermekgondozás feladatai miatt (Baxter és mtsai., 2008; Möller és

mtsai., 2008; Gjerdingen és Center, 2005; Kluwer és mtsai., 2002; Cowan és Cowan, 1995). Kaliczki és munkatársai (1998) kimutatták, hogy az első gyermek megszületését követően, az első 18 hónap során a nők egyre többet, párjaik pedig egyre kevesebbet vállalnak a háztartási munkák közül. A második vagy harmadik gyermeket vállalóknál viszont már nem mélyül ez a különbség, hanem stabil, aszimmetrikus mintázat mutatkozik a háztartási munkák megosztásában.

Azoknál a nőknél, akik keresőtevékenységet is folytatnak, az otthoni és a gyermekkel kapcsolatos teendők és a munkahelyi feladatok közötti egyensúlyozás erőteljes konfliktust okozhat (Levy-Schiff, 1994). Kluwer összefoglalásában (2010) arról olvashatunk, hogy a nemi szerepekkel kapcsolatos attitűdök és a valós munkamegosztás tradicionalitása közötti különbségek okozhatják a legnagyobb konfliktusokat és elégedettség csökkenést: pl. ha a pár egyik tagja tradicionális, azonban a másik kevésbé tradicionális munkamegosztást vár el. Twenge és mtsai. metaelemzésükben (2003) kohorszhatásokat is azonosítattak: már a 2000-es évek elején tendencia volt, hogy a korábbi generációk szülőpárjaihoz képest a későbbi szülőpárok meredekebb negatív hatásokról számoltak be. A 2000-es években még több változás állt be a nők és férfiak szerepvállalásaiban, így a „mai modern" nő számára (akinek a családalapítás mellett a karrierje és önérvényesítő szerepköre is fontos) az általános tradicionalitás irányába ható folyamatok még erőteljesebb elégedettség csökkenéssel járhatnak, mint korábban.

A fentiek azért is jelentőségteljes folyamatok, mert úgy tűnik, a nők életét, feladatait erőteljesebben érinti a gyermek jövetele, mint a férfiakét. Gjerdingen és Center (2004) vizsgálatában a nők munkaterhelése (fizetett munka, gyermekgondozás, házimunka) szignifikánsan jobban emelkedett (64%), mint a férfiaké (37%). A méltányosság észlelése összefüggött a nők elégedettségével.

Intervenciós szempontból a családi munkamegosztásban, illetve a fizetett munka és az otthoni feladatok (gyermekgondozás és háztartásvezetés) egyensúlyának kialakításában a legfontosabb a méltányosság és az illeszkedés jósága: vagyis olyan berendezkedés támogatása, amelyben mindkét fél el tud köteleződni. A munka-család egyensúly mellett szeretnénk pszichés szempontból a munka-család-magánélet egyensúly hármasára is felhívni a figyelmet, ahol az egyéni és páros idők biztosítása hosszú távon segíti a szülők jóllétét és a kihívásokkal való megküzdést.

Intimitás, szexualitás

A szexuális együttlétek gyakorisága és a szexualitással kapcsolatos elégedettség összefügg a párkapcsolati stabilitással és a pszichés jólléttel (összefoglalás: Leavitt és mtsai., 2017). A szülővé válás folyamatában a párok többsége csökkent gyakoriságról és elégedettségről számol be. Az anyák többsége olyan *testi változásokon* esik át a várandósság és a szülővé válás során, amely a (női nemi szervekkel, mellekkel és az általános testalkattal kapcsolatos) *testkép és az énkép változásaival* jár együtt, mindez pedig kihat a szexuális együttlétekre, azok gyakoriságára és az elégedettségre is (Mickelson és Joseph, 2012). Mindez még erőteljesebb folyamat, ha a szülőknek számos stresszfaktorral és kimerültséggel kell szembenézniük a mindennapok során. Az anyák többségénél a szex kevésbé priorizált ebben az időszakban, a fizikai változások és a megerőltető napi szintű helytállás a folyamatos gondozásban csökkenti érdeklődésüket a szex iránt. Ez természetesen kihatással

van párjaik elégedettségére és a gyakori visszautasítások miatti önbecsülésére is (összefoglalás: Leavitt, 2017). Hosszú távon a szexuális problémák veszélyeztetik a kapcsolattal való elégedettséget és a stabilitást.

Intervenciós szempontból a párok szexualitása, az „újraközeledés" és a mindkét fél számára elfogadható megoldások támogatása mindenképpen védőfaktort jelentenek a párkapcsolat minőségére és stabilitására vonatkozóan. A zavartalan egyéni és páros idők biztosítása mind a fizikai, mind a pszichés jóllétet támogatja – a szexualitás terén is.

Szülő-gyermek alrendszer

Diádikus kapcsolatok – gyermekjellemzők a szülőség és a kapcsolati elégedettség hátterében

A csecsemők olyan jellemzői, mint a sok *sírás, nehéz temperamentum, kiszámíthatatlanság* hatással lehetnek a szülők mentális állapotára és elégedettségi szintjére (Perren és mtsai., 2005; Spielman és Taubman, 2009). Míg a nyugodt és kiszámítható gyerekek tervezhetőbb napirendet és több együtt töltött időt biztosítanak a szülőpárnak (Kluwer, 2010), addig a nehéz gyermeki temperamentum kockázati faktor a szülői bevonódásra nézve, kifejezetten az apák esetében és kiemelten az apa-lány kapcsolatokban (összefoglalás: Kotila és mtsai., 2014).

Érdekes módon a *gyermek neme* valóban jelentős hatással bír a már fentebb kifejtett folyamatokra. Klasszikus (Cox és mtsai., 1999; Knauth összefoglalója, 2001) és újabb vizsgálatok (Doss és mtsai., 2009; Raley és Bianchi, 2006) is azt találták, hogy a lányos családokban nagyobb a párkapcsolati elégedettség csökkenés, sőt a válás is valószínűbb, mint a fiús családokban. (Fordítva is mutatkozik összefüggés: problémásabb házasság esetén az apa-lány kapcsolatok kevésbé harmonikusak, mint az apa-fiú kapcsolatok. Ez a nemi különbség anyáknál általában nem regisztrálható – lásd bővebben a közös szülőség alfejezetet.)

Általánosságban, *a házassági kapcsolat minősége valószínűleg nagyobb hatással van az apa-gyermek kapcsolat alakulására, mint az anya-gyermekére*. Belsky és munkatársai (1991) szerint *az apák jelenléte a családi életben egy „bevonódó – visszahúzódó" kontinuumon jellemezhető,* és ebben a tekintetben minimálisnak tűnik az elhatárolódás a férj-feleség, illetve az apa-gyermek kapcsolati rendszerek között. Az involvált/bevonódó apáknak kielégítőbb a házastársi kapcsolatuk is, részt vesznek az otthoni és a gyermek körüli feladatokban, és pozitív interakciókat folytatnak a gyermekeikkel, míg a visszahúzódó apák távol maradnak a feleségüktől, otthonuktól és a gyermeküktől (empirikus megerősítés: Feldman, 2000).

Mindemellett érdekesek a fenti, nemekkel kapcsolatos eredmények. Úgy tűnik, hogy a férfiakat a fiaik még mindig erőteljesebben benntartják akár egy nehezített párkapcsolatban is, illetve konfliktusos párkapcsolat esetén a lányaikkal való kapcsolatból hajlamosabbak kivonulni, mint a fiaikkal való kapcsolatból (lásd alább a közös szülőség témakört is). Arról, hogy mindez általános mintázatként jelentkező preferenciát jelent-e, vagy épp az azonos nemű gyermek gondozásában-nevelésében való nagyobb magabiztosságot és felelősséget, kvalitatív módszerekkel való vizsgálat mélyíthetné el tudásunkat.

A gyermekgondozással kapcsolatos *énhatékonyság érzés* vizsgálatokból az kiderül, hogy általánosságban az apák énhatékonyság érzése valamivel alacsonyabb az anyákénál. Minél idősebbek a szülők és minél több gyermeket nevelnek, annál jelentősebb énhatékonyság érzésről számolnak be a gyermekgondozás terén. A depresszív és szorongásos mentális állapotok, a szülői konfliktusok, a partner támogatásának hiánya, valamint a nehéz gyermeki temperamentum negatívan korrelálnak a szülői magabiztosság érzéssel (összefoglaló: Danis, 2008). Hudson és munkatársainak (2001), valamint Elek és munkatársainak (2003) vizsgálatában a szülők longitudinálisan egyre erősebb énhatékonyság érzésről számoltak be a születést követő első 12 hónapban. Az anyák nagyobb fokú énhatékonyságról számoltak be, mint az apák. Míg 4 hónaposan ez az érzés nem függött a csecsemő nemétől, addig 12 hónaposan a fiús apák magabiztosabbak voltak, mint a lányos apák.

Intervenciós szempontból fontos tehát a szülők fokozott támogatása akkor, ha a gyermek nehéz temperamentumú, irritábilis, sokat sír, ha az apa kevésbé tud bevonódni a gyermekgondozásba (főleg lánygyermekek esetében), és ha a gondozással kapcsolatos énhatékonyság érzés, magabiztosság bármelyik szülőnél sérül. Mivel párkapcsolati konfliktusok esetén a lányos családok sérülékenyebbnek tűnnek az apa-lány kapcsolat, illetve párkapcsolati stabilitás tekintetében is, érdemes erre odafigyelnünk a támogatás során.

Triádikus kapcsolatok – „közös szülőség/nevelés" (coparenting)

A szülőpárként való működés, a közös szülőség/nevelés a triádikus kapcsolatról szól: az anya, az apa és a gyermek háromszögéről (Minuchin, 1985). McHale (1995) értelmezésében ekkor azt vizsgáljuk, *hogyan működik a szülőpár mint „team" a gyermek nevelésében.* Bár korábban a közös szülőség/nevelés kutatása főleg elvált párokra korlátozódott, az 1990-es évektől kezdődően egyre inkább érdekelte a kutatókat a kétszülős családok működése is. A közös szülőség/nevelés fogalomköre nemcsak két együtt élő biológiai szülő esetében értelmezhető, hanem minden olyan helyzetben, ahol a nevelés és szülőség összeköti a párokat (elvált családok, örökbefogadó családok, LMBTQ családok[13], egyedülálló szülők, ahol belép egy másik személy a nevelésbe). Vagyis a felnőtteket a gyermek nevelése, gondozása iránti felelősségük köti össze, függetlenül a biológiai összetartozástól (Feinberg, 2003).

A közös szülőség/nevelés McHale (1995) szerint két dimenzió alapján térképezhető fel. Az ún. *„belső" dimenzió* azt az élményt jelenti mindkét szülő számára, hogy a pár együtt hozza meg a szülői döntéseket, a gyermek jólléte érdekében hatékony és együttműködő szülői alrendszert tartanak fent, és a családot együttes rendszernek tekintik. Feinberg (2002) álláspontja szerint nem a szülők objektíven egyenlő mértékű feladatvállalása számít a közös szülőség/nevelés alapjának, hanem az a tény, hogy mindkét szülő *méltányosnak* és elfogadható mértékűnek látja a magára vállalt gondozói/nevelői munka mértékét, és megértik egymás szempontjait.

[13] Olyan „szivárvány"-családok, ahol a nemi identitás és/vagy a szexuális orientáció eltér a heteroszexuális és biológiai nő-férfi párokétól. (LMBTQ rövidítés: leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, queer.)

Feinberg (2003) koncepcionálisan *négy nagyobb dimenzióját különíti el a közös szülőségnek/nevelésnek* (és ennek mentén mérőeszközt is kidolgozott munkatársaival):

- *Egyetértés:* az egyetértés mértéke a két szülő neveléssel kapcsolatos nézetei, attitűdje, szokásai, gyakorlata között.
- *Munkamegosztás:* a gyermekkel és a háztartással kapcsolatos felelősségek és feladatok megosztása, a gyermekkel kapcsolatos pénzügyi, jogi, orvosi stb. kérdések kezelése.
- *Közös családi menedzsment:* egyfajta belső szabályozás, ahogy a szülők kommunikációjukat és viselkedésüket, illetve a gyermekgondozásban való részvételüket, bevonódásukat szabályozzák egymás között.
- *Támogatás és gyengítés:* a szülők közötti bizalom-bizalmatlanság, komfort-diszkomfort, bátorítás-kritizálás, segítőkészség-rombolás folyamataira utal.

McHale (1995) szerint *„külső", megfigyelhető viselkedéses dimenzión* keresztül is nyomon követhetjük a közös szülői viselkedést a triádikus interakciók során. Három fő interakciós mintázatot különített el:

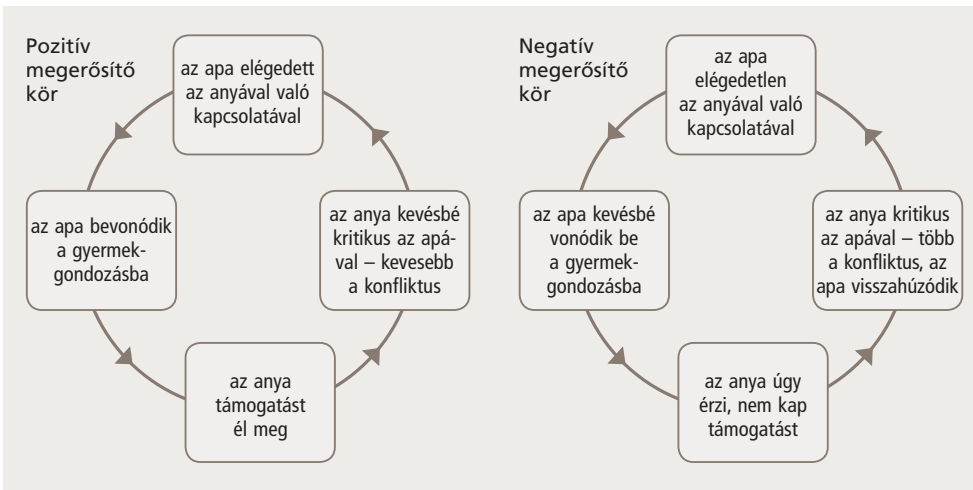
- a *harmonikus* szülői együttműködést (aktív, a partner interakcióit facilitáló és pozitívan értékelő szülői hozzáállást),
- az *ellenséges-versengő* szülői viselkedést (konfliktusos, verbális kritikával jellemezhető, a másik aktivitását lekicsinylő vagy helytelenítő szülői viselkedést),
- az ún. *„különböző nevelést"* (ahol lényeges különbség figyelhető meg a gyermek felé mutatott pozitív érzelemkifejezésben, és különböző mértékű a befektetés és az involválódás a gyermek gondozásába).

A párkapcsolati feszültségek egyértelműen kihatnak a közös szülőségre/nevelésre (Feinberg és Kan, 2008). *A konfliktusban lévő párok veszélyeztetettek a szenzitív és elérhető szülői gondoskodás tekintetében, és ez kockázatot jelent a szülő-gyermek kapcsolat minősége és a kötődési biztonság szempontjából* (lásd még Tóth tanulmányát a jelen kötetben). Az ellenséges-versengő szülőség a gyerekeknél gyakran jár együtt externalizáló, oppozíciós problémákkal (Schoppe-Sullivan és mtsai., 2018).

McHale (1995) vizsgálataiban, ha egy szülőpár magas házastársi distresszt mutatott, fiúgyermek esetében a szülők hajlamosabbak voltak ellenséges-versengő attitűdöt, míg lánygyermek esetében különböző nevelési stratégiát mutatni. Valószínűsíthető, hogy ha egy pár konfliktusos kapcsolatban él egymással, az apák lánygyermek esetén jobban kívül maradnak a gondozásból, míg fiúk esetében motiváltabbak a gondozásban, ám ezáltal gyakoriak lesznek a nevelési konfliktusok is a szülők között. Érdekes összefüggés az is, hogy azokban a családokban, ahol az első gyermek fiú, nagyobb valószínűséggel maradnak együtt a szülők a szülőség első, átmeneti időszakában, mint azokban a családokban, ahová lány születik (Raley és Bianchi, 2006). A szülőség új alapokat teremt a párkapcsolati stabilitáshoz, és ez az alap akkor a legerősebb, ha az apák aktívan involválódnak a gyermekgondozásba. Ez pedig fiús apák esetében gyakoribb, mint lányos apáknál. Természetesen pont a nemekkel kapcsolatos eredmények nagyon erőteljesen függhetnek a kulturális kontextusoktól, így további kultúrközi összehasonlító vizsgálatok érdekes összefüggésekre deríthetnek fényt.

Nyström és Öhrling metaanalízise (2004) szerint *a szülői elégedettségnek és gondozói magabiztosságnak számos faktora van, de az egyik legfontosabb a másik szülővel való*

együttműködés, az általa kapott érzelmi és funkcionális támogatás. Az apák esetében különösen fontos a partner biztatása és a megfelelő tér biztosítása a csecsemővel való interakciók létesítésére. Az apák sokkal jobban involválódnak a gyermekgondozásba, ha a partnereik autonómnak látják őket, és nagyobb teret engednek a gyermekkel való interakciókra (Belsky és Rovine, 1990). Bár a férfiak bevonása/bevonódása a gyermek gondozásába, nevelésébe emelkedő tendenciát mutat az utóbbi évtizedekben, gyakran még mindig az anyát tekintik az elsődleges gondozónak és a nevelés deklarált „szakértőjének", még a *kétkeresős, kétgondozós* családmodellekben is. A legtöbb kultúrában az apa a másodlagos gondozó, az anya támogatója, segítője. *Az apák bevonásában a kulcs az anyák kezében van, ugyanis, ha ők lehetőséget adnak az apának a gondozásra, és meg is erősítik őket ebben a szerepükben, az apák pszichológiailag biztonságban érzik magukat a triádikus kapcsolatban, és magasabb énhatékonyságról számolnak be* (Schoppe-Sullivan és mtsai., 2016). A One Plus One (2009) Mansfield (2005) munkája alapján fogalmazza meg a szülői bevonódás és a közérzet ördögi és jótékony körét, amelyet az intervenciók tervezésében is fontosnak tartanak (2. ábra).



2. ábra Anyák és apák jóllétének alakulása a szülőségbe való bevonódás alapján (One Plus One, 2009, 10. o.)

Úgy tűnik tehát, hogy *a közös szülőség/nevelés a házastársi kapcsolat minőségét és hatásait mediálja a gyermeknevelés felé*. Számos kutatás bizonyítja azt is, hogy a támogató, együttműködő és kevéssé konfliktusos közös szülőség/nevelés nagy szerepet játszik a gyermek egészséges fejlődésében, pszichológiai jóllétében, kötődési biztonságában, viselkedésében és tanulási teljesítményében. Ugyanakkor *kétirányú kapcsolat van a párkapcsolati és a szülőségi működés között,* ugyanis, ha a közös szülőségben a párok pozitív tapasztalatokat szereznek pl. a feinbergi négy dimenzió mentén, ez pozitívan hat vissza a partnerkapcsolatukra is (összefoglalás: Le és mtsai., 2016).

Intervenciós szempontból fontos tudnunk tehát, hogy a párkapcsolati alrendszer és a szülői alrendszer működése összefüggéseket mutat, ezért konfliktusos párkapcsolatban (illetve válás, különélés esetén) kifejezetten fontos támogatni a hatékony közös szülőség/nevelés megvalósulását, míg a hatékony és magabiztosságot nyújtó triádikus kapcsolódások ösztönzése jótékony hatással lehet a párkapcsolati működésre is. Fontos témakör az anyák „kapuőr" funkcióinak lazítása, és az apák bevonása a gyermekgondozásba, mivel ez egyértelműen a triád mindhárom tagjának megerősítő lehet.

Transzgenerációs hatások – A szülők gyermekkora és kötődési reprezentációik

Bowlby azt gondolta (1988/2009), hogy a szülővé válás időszaka aktiválja a kötődési folyamatokat, egyrészt mert hosszan stressznek vannak kitéve a szülők, másrészt mert gyakran emlékeznek arra, hogyan bántak velük gyermekkorukban a szüleik. A szülők saját családtörténete hatással van a gyermek születését követő alkalmazkodási folyamatokra. A gyermek megszületését követő időszakban a szülők saját szüleikkel való kapcsolata is megérintődik. Egyesek számára ez az időszak a serdülőkori leválás után az első nagyobb lehetőség a kapcsolat átértékelésére, újbóli megerősítésére, mások viszont újra szembekerülhetnek negatív, akár feldolgozatlan emlékeikkel, családi konfliktusaikkal (Cowan és mtsai., 1991).

A korai kutatások szerint a szülők minél melegebb és óvóbb környezetben nőttek fel, annál kevésbé mutattak negatív irányú változásokat a gyermekük érkezése után. Azok alkalmazkodtak a legrosszabbul a szülővé válás idején, akik hideg, elutasító szülői környezetben nőttek fel, vagy konfliktusos szülői háttérrel rendelkeztek (összefoglaló: Danis, 2008).

A kutatások szerint a biztonságos felnőtt kötődési reprezentáció (lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben és Danis tanulmányát a II. kötetben) olyan védőfaktor, amely a stresszes időszakokban (pl. a szülővé válás periódusában) képes ellensúlyozni a számos általános negatív hatást, míg a bizonytalan kötődésű párok nagyobb kockázatoknak vannak kitéve (Kluwer, 2010). Számos tanulmány kapcsolatot talált a szülők felnőttkori kötődési reprezentációja (AAI; George és mtsai., 1985), vagy partnerkapcsolati kötődési stílusa (AAQ; Simpson és mtsai., 1996) és az átmeneti folyamatokhoz való alkalmazkodás sikeressége között.

Simpson és Rholes (2008) feltételezései és vizsgálatai szerint a bizonytalan kötődésű egyének belső munkamodellje mélyen megérintődhet az olyan átmeneti periódusokban, mint a szülővé válás. Ekkor a partnerkapcsolati működés is problémás lehet. A *bizonytalan szorongó (ambivalens/rezisztens) anyák* feltételezése, hogy párjaik kevesebb támogatást fognak adni, mint amire szükségük van, ezzel együtt valószínűsíthető a nagyobb fokú elégedetlenségük. Partnereik is magasabb elégedetlenségről számolhatnak be, mert úgy érzik, sosem elég az, amit nyújtani tudnak, és a párjuk nem becsüli eléggé az erőfeszítéseiket. Ezzel szemben a magasan bizonytalan elkerülő pároknál nem feltétlenül mutatkozik partnerkapcsolati elégedetlenség. A *bizonytalan elkerülő anyáknál* a főbb nehézségeket az jelenti, hogy a gyermek érkezése és nagyfokú szükségletei interferálhatnak a személyes és munka életterek feladataival. Gyakran ezek az anyák azt érzik, túl sokat foglalkoznak a gyermekgondozással. Ugyanakkor, mivel ezek a nők kevésbé keres-

nek támogatást a párjaiktól, erőteljesebben élik meg autonómiájukat, énhatékonyságukat, és distressz helyzetben kevésbé kérnek segítséget, mindezért kevesebb a konfliktusuk is. Inkább csak a magasan elkerülő anyák számolnak be hevesebb konfliktusokról a partnereikkel, leginkább a munkamegosztás és a munka-család-magánélet egyensúly kihívásaival kapcsolatban. A bizonytalanokkal szemben a *biztonságos belső munkamodellel rendelkező nők* ki tudják fejezni partnerüknek a támogatás iránti igényüket, és értékelni is tudják, amennyiben azt megkapják. Kohn és munkatársainak (2012) kutatása is megerősíti a fenti összefüggéseket.

Simpson és Rholes (2012, 2019) megfogalmaznak egy modellt (Attachment Diathesis-Stress Process Modell / *Kötődési hajlam – stresszfolyamat modell*), amelyben a két bizonytalan kötődési mintázat, az elkerülés és a szorongás olyan hajlam, amely intrapszichés és interperszonális nehézségekkel jár, amikor a szervezet stressznek van kitéve, pl. a szülővé válás időszakában. A modellben elkülönítik a külső, a belső és a krónikus stresszt, és megkülönböztetnek személyes és kapcsolati kimeneteket. Értelmezésükben a szülővé válás tartós stresszornak számít, hiszen hosszú hónapokon, akár éveken keresztül kell folyamatosan adaptálódni a változó kihívásokhoz (szerepek változása, tartós fáradtság, munka-család konfliktus stb.). Úgy tűnik, hogy a depresszív tünetek mindkét bizonytalan kötődésnél előfordulnak, a legerőteljesebben az ambivalens/rezisztens személyeknél, utána az elkerülőknél és legkevésbé a biztonságos kötődésűeknél. A partnerkapcsolati elégedetlenség mértéke pedig összefügg e depresszív tünetekkel.

Intervenciós szempontból érdemes a szülők történetéről, gyermekkori élményeiről benyomást szereznünk, mert abban az esetben, ha ez nem biztonságos, meleg, törődő, nagyobb zökkenőket valószínűsíthetünk az alkalmazkodás folyamatában, mind a párkapcsolatban, mind a szülő-gyermek kapcsolatban. A problémák mélységétől függően ajánlott a gyermekkori mintákra és élményekre, valamint a jelen helyzetekre való reflektálás ösztönzése, mélyebb kapcsolati nehezítettség esetén pedig terápiás traumafeldolgozásra, illetve a gyermekkori kapcsolatok belső rendezésére lehet szükség – ismerve ennek jótékony hatásait a saját szülőség útján (lásd Danis tanulmányát a II. kötetben).

Tágabb környezet – Az átélt stressz és a társas támogatás

Cowan és munkatársai (1991) kutatásában, bár a szülők a legtöbb szinten változásról számoltak be, a szülőség első 18 hónapjában nem mutattak növekvő tendenciát az életük során átélt stressz tekintetében. Emellett az első 6 hónapban (a tágabb család, a barátok, a szomszédok és a munkatársak felől érkező) növekvő társas támogatásról számoltak be, amely a következő évben csökkenő tendenciát mutatott. Belsky és Rovine (1990) vizsgálatában is a szülők arról számoltak be, hogy a szülés utáni periódusban több kontaktust vettek fel más családtagjaikkal, illetve más kisgyermekes szülőkkel, mint azelőtt. Ezzel együtt azonban a *társas háló nagysága* (tehát az érintkezésben lévő személyek száma) szignifikánsan csökkent és egyre homogénebb lett a születés utáni első év folyamán. Bost és munkatársai (2002) megerősítették e tendenciákat, kiegészítve azzal, hogy azok a családok, akik szélesebb kapcsolati hálót tartottak fenn a várandósság előtt, később is több kapcsolatot tartanak fenn a többiekhez képest (tehát a családok rangsora ebben a tekintetben stabilnak mutatkozik).

Már a várandósság alatt fontos az *adekvát támogatási formák elérhetősége,* mivel megfigyelések szerint ennek hiánya posztnatális depresszióhoz, illetve inszenzitív szülői viselkedéshez vezethet. Természetesen vannak olyan alcsoportok, akiknek nemcsak a szülővé válás folyamatával, hanem egyéb váratlan stresszfaktorokkal is meg kell küzdeniük. Ilyen helyzetekben alakulhat paranormatívvá az egyébként normatív fejlődési krízis. Ezekben az esetekben a társas támogatás elérhetősége még fontosabbá válik.

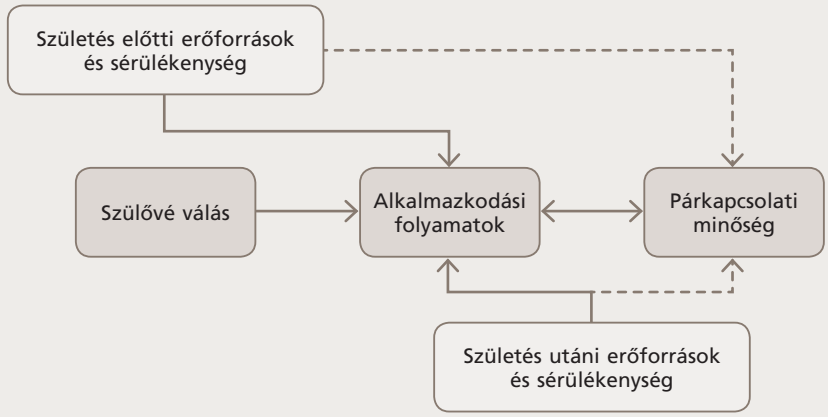
A társas támogatásokat strukturális és funkcionális szempontok szerint elemezhetjük: strukturálisan azonosítható egy személy társas hálója (social network), amely a formális (szakemberek) és az informális (családi, baráti) támogatások körét foglalja össze. Funkcionálisan a támogatások lehetnek információátadó, instrumentális, érzelmi, valamint értékelő támogatások (összefoglalóan lásd Warren, 2005). Goldstein és munkatársainak (1996) összefoglalásában további elemzési szempontokat azonosíthatunk (kutatások összefoglalását lásd Danis, 2008). A támogatások forrását tekintve az anyák beszámolói szerint a szülést követően az elsődleges támogatók az anya partnere, illetve édesanyja, azonban a társtól kapott segítség tűnik a legjelentősebb hatásúnak olyan kimeneti változók bejóslásában, mint pl. az anya jólléte és az anyasághoz való alkalmazkodásának hatékonysága. *A támogatások mennyisége és a támogatásokkal való elégedettség között különbséget kell tennünk,* bár mindkettő hatással van az anyasághoz való alkalmazkodásra. *A társas támasz „pufferként" szolgálhat a negatív életstresszel szemben,* mivel a magas stressz-szint alacsony mértékű támogatással inkább okoz pszichopatológiai elváltozásokat, mint ugyanolyan mértékű stressz szélesebb támogatói körrel. A nemkívánatos támogatás esetén a támogatásoknak olyan negatív aspektusairól beszélünk, amikor pl. az anya nem szívesen fogadja az édesanyjától vagy egy szakembertől, pl. a védőnőtől kapott támogatást.

Mind Warren (2005) elméletében, mind pedig Nyström és Öhrling metaanalízisében (2004) a támogatási források minden fajtája, így a partnertől, másoktól (családtagok, barátok, szomszédok), illetve a szervezett támogató rendszerektől igénybe vett segítség egyaránt a szülői magabiztossággal és énhatékonyság érzéssel járt együtt.

Az intervenciók fontos fókuszpontja tehát a támogatási lehetőségek feltérképezése, meglévő és új támogató társas kapcsolatok keresésének és szolgáltatások igénybevételének ösztönzése. A társas támogatás a reziliencia egyik legerőteljesebb erőforrása, amelyet minden segítő kapcsolatban facilitálni érdemes.

Támogatás reziliencia-szemléletben

Mint láthatjuk, a szülővé válás folyamata még a legjobban működő párok számára is kihívást és stresszt jelent, és számos, a kutatások által megerősített individuális és kapcsolati változást eredményez. Cowan és munkatársainak kutatásai (Cowan és mtsai., 1991; Cowan és Cowan, 1992) egy érdekes összefüggésre hívják fel a figyelmet: *a negatív irányú longitudinális változások mellett az egyének és a párok közel azonos sorrendet mutatnak az adaptáció és a distressz mértékében az idővel.* Eszerint nemcsak a longitudinális trendek, hanem a családok egymáshoz viszonyított szintbeli eltéréseinek figyelembevétele is hasznos támpont az elemzésekhez.



3. ábra A szülővé válás alkalmazkodási folyamatai (Kluwer, 2010, 118. o. alapján)

Az elmúlt évtizedek vizsgálatai alapján összefoglalóan elmondható (lásd Young és munkatársainak összefoglalását, 2019), hogy a szülővé válás folyamata során minden szinten (lásd neurobiológia, hormonrendszer, immunrendszer, fizikai egészség, pszichés jóllét, énkép, észlelt énhatékonyság, érzelmi jóllét, párkapcsolat, társas háló stb.) jelentékeny változások mutathatók ki. Kluwer (2010) több korábbi modell integrálásával és a szakirodalom áttekintésével fogalmazza meg modelljét a szülővé válás alkalmazkodási folyamataira vonatkozóan (3. ábra).

A modell szerint a szülővé válás olyan adaptív folyamatokat (pl. kommunikáció, partneri interakciók, konfliktusmegoldás, partneri támogatás stb.) érint, amelyek hatással lesznek az észlelt párkapcsolati minőségre és elégedettségre. A reziliencia-szemlélet értelmében a modell számol a kockázati és védőtényezőkkel. Ezeknek a mérlege és dinamikus együttmozgása fogja befolyásolni, hogy egy adott pár hogyan tud megküzdeni a szülővé válás általános nehézségeivel, és a folyamat mennyire fogja érinteni a kapcsolati minőséget és elégedettséget. A kockázatok és védőfaktorok között egyrészt a gyermekszülés előtti egyéni és környezeti adottságok (nem, kötődés, nemi szerepek, szocioökonómiai helyzet, identitás, önbecsülés, depresszív tünetek, várt/nem várt várandósság), másrészt a kapcsolati működés megelőző folyamatai (konfliktusok, kommunikáció, támogatás, intimitás) szerepelnek. A gyermekszülést követően szintén kifejti hatását néhány faktor (pl. a gyermek temperamentuma, depresszió, munkamegosztás, a család-munka-magánélet egyensúlya stb.), amely befolyással van arra, hogyan működnek a párok, és milyen kapcsolati minőségről és elégedettségről számolnak be.

A párkapcsolati működés ellenálló-képessége mellett a szülői rezilienciát is megkülönböztethetjük, amelyet Gavidia és mtsai. (2015, 111. o., in Young és mtsai., 2019, 141. o.) a következőképpen definiálnak: „a szülők kapacitása arra vonatkozóan, hogy kedvezőtlen körülmények között is képesek legyenek kompetens és minőségi nevelést biztosítani gyermekeik számára".

Gyakorlati szempontból a szülők támogatásában több személyes, kapcsolati és környezeti fókuszpontot jelölhetünk ki, ehhez ad támogatást néhány összefoglaló írás (pl. Young és mtsai., 2019; Halford és Petch, 2010, lásd alábbi keretes szöveg) és tematikus elemzésünk is.

Szülők támogatása a várandósság és a szülővé válás idején

Halford és Petch (2010) a szülői megküzdés, elégedettség, bevonódás, a szülő-gyermek kapcsolat ösztönzésében az intervenciótervezések során az alábbi tématerületeket emelik ki:

Szülőséggel kapcsolatos tényezők:
– alapvető gyermekgondozási készségek: sírás, alvás, táplálás kérdéseinek kezelése,
– szülőséggel kapcsolatos elvárások, tervek: szerepek, társas támogatás, érzelmekkel való kommunikáció, méltányosság a munkamegosztásbna, konfliktusok, kapcsolati elégedettség,
– szülői kompetenciák és hatékonyság: csecsemő viselkedésének megértése, helyes értelmezése és megfelelő válaszok adása.

A környezettel kapcsolatos tényezők:
– családtól és barátoktól kapható társas támogatások felkutatása: elérhető és lehetséges támogatási lehetőségek átgondolása.

Párkapcsolati folyamatokra vonatkozó tényezők:
– hatékony kommunikáció és konfliktusmegoldási készségek,
– praktikus és érzelmi támogatás: a szükségletek kifejezésének készsége, a jelen támogatás számbavétele és új, kiegészítő támogatások azonosítása,
– érzelmek és intimitás: törődő intim kapcsolat és szexuális elégedettség, az intimitás adok-kapok működésének azonosítása, újabb lehetőségek megfogalmazása, az általános szexuális nehézségekre való felkészítés és megoldás.

Zárszó

Írásunkban a gyermekvállalással kapcsolatos nemzetközi és hazai trendek felvázolása után a szülővé válás témakörének bemutatása volt a cél. A rendszerszemléleti értelmezési keretnek megfelelően a tanulmány vezérfonalát egy több szintet kezelő elemzési modell (Cowan és mtsai., 1991) adta – az individuális történésektől a kapcsolatokon keresztül a tágabb környezeti hatásokig tárgyaltuk a gyermek születését követő 1-2 év normatív folyamatait. A tapasztalatok az 1990-es évektől azt mutatják, érdemes a szülővé válás folyamatát (a párkapcsolatot és a közös szülőséget) már a gyermektervezés időszakától támogatni (Pinquart és Teubert, 2010). Tanulmányunk ennek érdekében azokat a fókuszpontokat, témákat kívánta bemutatni, amelyek a csoportos és egyéni formákban gerincét adhatják a szülői felkészítő programoknak, a preventív szülő-edu-

kációknak és az érzelmi, pszichés támogatásnak, komolyabb nehézségek esetén pedig a klinikai intervenciókat.

Rendkívül fontosnak tartunk kiemelni két értelmezési szempontot. Írásunk és az angol nyelvű nemzetközi szakirodalom nagy része nem tud rámutatni a kultúrák, szubkultúrák és családformák közötti lehetséges különbségekre. Az eredmények nagy része nyugat-európai és transzatlanti kutatásokból származik. Mivel a szülőség, a nevelés, és így a szülővé válás folyamata is nagyban meghatározott lehet a kulturális normák és elvárások által, a gyakorlati munkában nagyfokú kulturális érzékenységgel szükséges eljárnunk.

Egy másik „konfliktus" az általánosíthatóság és az egyediség között feszül. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a kutatási eredmények mindig kisebb vagy nagyobb minták sűrített, átlagos eredményei, amelyektől jelentős mértékben térhet el egy-egy család egyedi esete. Az általánosítható eredmények arra hívják fel a gyakorlati szakemberek figyelmét, mire érdemes összpontosítani a preventív intervenciók során (tudva azt, hogy a gyakorlatban akár a kutatási eredményeknek lényegesen ellentmondó példákkal is találkozhatunk). A személyre szabott klinikai intervenciók fókuszpontjait viszont minden esetben az egyedi esetek és folyamatok kell, hogy meghatározzák (ismerve az általánosnak mondható trendeket és felfigyelve a jelentős eltérésekre).

E két szempont mérlegelésével párhuzamosan szeretnénk felhívni a hazai olvasók és a gyakorlati szakemberek figyelmét a téma jelentőségére és szisztematikus elemzési lehetőségeire.

AJÁNLOTT IRODALOM

Cowan, C. P., Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents*. Basic Books, New York.

Nazarina Roy, R., Schumm, W. R., Britt, S. L. (2014). *Transition to Parenthood.* Springer, New York.

Surányi, É., Danis, I., Herczog, M. (Szerk.) (2010). *Családpolitika más-más szemmel.* Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55(5),* 469–480.

Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development, 8(2),* 133–143.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psycholgy: on the dynamic between growth and decline. *Developmental Psychology, 23,* 611–626.

Baxter, J., Hewitt, B., Haynes, M. (2008). Life Course Transitions and Housework: Marriage, Parenthood, and Time on Housework. *Journal of Marriage and Family, 70(2),* 259–272.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research, 50,* 275–285.

Belsky, J., Hsieh, K. (1998). Patterns of marital change during the early childhood years: Parent personality, coparenting, and division-of-labor correlates. *Journal of Family Psychology, 12,* 511–528.

Belsky, J., Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and Family, 52,* 5–19.

Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., Volling, B. (1991). Patterns of marital change and parent-child interaction. *Journal of Marriage and the Family, 53,* 487–498.

Bem, S. (1974). The psychological measurement of androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 155–162.

Blaskó, Zs. (2002). *Nők és férfiak – keresőmunka, házimunka.* KSH, Népességtudományi Kutatóintézet. Kutatási Jelentés, 82.

Bleidorn, W., Buyukcan-Tetik, A., Schwaba, T., van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J. A., Finkenauer, C. (2016). Stability and Change in Self-Esteem During the Transition to Parenthood. *Social Psychological and Personality Science, 7(6),* 1–10.

Bóné, V. (2019). *Gyermekvállalás a rendszerváltás idején – alul- vagy felülteljesítés az anyák biztonságérzetével és általános jóllétével összefüggésben.* Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.

Bost, K. K., Cox, M. J., Payne, C. (2002). Structural and supportive changes in couples' family and friendship networks across transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family, 64,* 517–531.

Bowlby, J. (1988/2009). *The secure base.* Basic Books. Magyarul: *A biztos bázis.* Animula Kiadó, Budapest.

Böszörményi-Nagy, I., Spark, G. M. (1973/2018) *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy.* Harper & Row. Magyar kiadás: *Láthatatlan lojalitások.* Animula Kiadó, Budapest.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet, 363(9405),* 303–310.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspective. *Developmental Psychology, 22,* 723–742.

Cao, H., Mills-Koonce, W. R., Wood, C., Fine, M. A. (2016). Identity Transformation During the Transition to Parenthood Among Same-Sex Couples: An Ecological, Stress-Strategy-Adaptation Perspective. *Journal of Family Theory and Review, 8(1),* 30–59.

Carter, E. A., McGoldrick, M. (Eds.) (1990). *The family life cycle: A framework for family therapy.* Gardner Press, New York.

Chen, E. Y. J., Enright, R. D., Tung, E. Y. L. (2016). The influence of family unions and parenthood transitions on self-development. *Journal of Family Psychology, 30(3),* 341–352.

Condon, J. T., Boyce, P., Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 56–64.

Cowan, C. P., Cowan, P. A. (1988a). Who does what when partners become parents: Implicatios for men, women, and marriage. *Marriage and Family Review, 12,* 105–131.

Cowan, C. P., Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents.* Basic Books, New York.

Cowan, C. P., Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations, 44,* 412–423.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Coie, L., Coie, J. D. (1978). Becoming a family: the impact of a first child's birth on the couple's relationship. In Miller, W. B., Newman, L. F. (Eds.) *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, University of North Carolina.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., Boles, A. J. (1985). Transitions to parenthood: his, hers, and theirs. *Journal of Family Issues, 6,* 451–482.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Miller, N.B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In Cowan, P. A., Hetherington, M. (Eds.) *Family transitions. Advances in family research.* Lawrence Erlbaum Associates, Hilssdale, NY. 79–110.

Cowan, P. A. (1991). Individual and family life transitions: a proposal for a new definition. In Cowan, P. A., Hetherington, M. (Eds.) *Family transitions. Advances in family research.* Lawrence Erlbaum Associates, Hilssdale, NY. 3–30.

Cowan, P. A., Cowan, C. P. (1988b). Changes in marriage during the transition to parenthood: must we blame the baby? In Michaels, G., Y., Goldberg, W. A. (Eds.) *The transition to parenthood: current theory and research.* Cambridge University Press, New York. 114–154.

Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M., Payne, C. C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 61,* 611–625.

Danis, I. (2008). *Szülői és tágabb környezeti tényezők szerepe a szülővé válás folyamatában és a korai anya-gyermek kapcsolat kialakulásában.* Doktori értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai-Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, Kognitív Fejlődés Program.

Danis, I., Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 76–125.

Danis, I., Szilvási, T., Gervai, J. (2006). Jelentős életesemények megítélése kisgyermekeket nevelő magyar anyák körében. *Psychiatria Hungarica, 21,* 184–209.

Dávid, B., Barna, I., Bóné, V., Hegedűs, R., Izsák, É. (2016). *A rendszerváltás családtörténetei – Huszonöt év Budapest árnyékában.* L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Delicate, A., Ayers, S., McMullen, S. (2018). A Systematic Review and Meta-Synthesis of the Impact of Becoming Parents on the Couple Relationship. *Midwifery, 61,* 88–96.

Demick, J. (2002). Stages of parental development. In Bornstein, M. H. (Ed.) *Handbook of Parenting: Vol. 3. Being and Becoming a Parent. 2nd ed.* Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey. 389–413.

Dhayanandhan, B., Bohr, Y. (2016). The Role of Identity Development in Moderating Stress and Promoting Dyadic Sensitivity in Adolescent Mothers. *Canadian Journal of Behavioural Science, 48(1),* 39–48.

Don, B. P., Mickelson, K. D. (2014). Relationship satisfaction trajectories across the transition to parenthood among low-risk parents. *Journal of Marriage and Family, 76,* 677–692.

Donnelly, K., Twenge, J. M. (2017). Masculine and Feminine Traits on the Bem Sex-Role Inventory, 1993–2012: a Cross-Temporal Meta-Analysis. *Sex Roles, 76,* 556–565.

Doss, B. D., Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology, 13,* 25–28.

Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 96(3),* 601–619.

Dunn, J. (2008). *Family relationships: children's perspectives.* One Plus One, London. Available from: www.oneplusone.org.uk

Dupcsik, Cs., Tóth, O. (2008) Feminizmus helyett familizmus. *Demográfia, 51 (4),* 307–328.

Edward, K. L., Castle, D., Mills, C., Davis, L., Casey, J. (2014). An Integrative Review of Paternal Depression. *American Journal of Men's Health, 9(1),* 26–34.

Elder, Jr., G. H. (1991). Family transitions, cycles, and social change. In Cowan, P. A., Hetherington, M. (Eds.) *Family transitions. Advances in family research.* Lawrence Erlbaum Associates, Hilssdale, NY. 31–57.

Elek, S. M., Hudson, D. B., Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 26,* 45–57.

Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and transition to parenthood: a framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5,* 173–195.

Feinberg, M.E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice, 3,* 95–131.

Feinberg, M.E., Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology, 22 (2),* 253–263.

Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement and paren-child relationship at the transition of parenthood. *Infant Mental Health Journal, 21,* 176–191.

Feldman, R., Greenbaum, C. W., Mayes, L. C., Erlich, S. H. (1997). Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behaviour and Development, 20,* 151–163.

Frewin, K., Tuffi, K., Rouch, G. (2007). Managing Identity: Adolescent Fathers Talk About the Transition to Parenthood. *New Zealand Journal of Psychology, 36(3),* 161–167.

Gay, C. L., Lee, K. A., Lee, S.-Y. (2004). Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biological Research for Nursing, 5,* 311–318.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview.* Unpublished manuscript. University of California at Berkeley.

Gjerdingen, D. K., Center, B. A. (2004). First-time parents' postpartum changes in employment, child care, and housework responsibilities. *Social Science Research, 34,* 103–116.

Goldstein, L. H., Diener, M. L., Mangelsdorf, S. C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology, 10,* 60–71.

Guedes, M., Pereira, M., Pires, R., Carvalho, P., Cannavaro, M. C. (2015). Childbearing Motivations Scale: Construction of a New Measure and its Preliminary Psychometric Properties. *Journal of Child and Family Studies, 24,* 180–194.

Halford, K., Petch, J. (2010). Couple psychoeducation for new parents: Observed and potential effects on parenting. *Clinical Child Family Psychology Review, 13,* 164–180.

Höfner, C., Schadler, C., Richter, R. (2014). When Men Become Fathers: Men's Identity at the Transition to Parenthood. *Journal of Comparative Family Studies, 42(5),* 669–686.

Hudson, D. B., Elek, S. M., Fleck, M. O. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting, satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 24,* 31–43.

Kaliczki, B., Fthenakis, W. E., Peitz, G., Engfer, A. (1998). *Gender-roles at the transition to parenthood.* Poster presented at the XVth Biennal ISSBD Meeting, Berne.

Kapitány, B., Spéder, Zs. (2018). Gyermekvállalás. In Monostori, J., Őri, P., Spéder, Zs. (Szerk.) *Demográfiai portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest. 47–64.

Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 46,* 18–28.

Kaufman, G., Bernhardt, E. (2014) Gender, Work and Childbearing: Couple Analysis of Work Adjustments after the Transition to Parenthood. *Community Work & Family, 18(1),* 1–18.

Keizer, R., Schenk, N. (2012). Becoming a parent and relationship satisfaction: a longitudinal dyadic perspective. *Journal of Marriage and Family, 74,* 759–773.

Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review, 2(2),* 105–125.

Kluwer, E. S., Heesink, J. A. M., van den Vliert, E. (2002). The division of labor across the transition to parenthood: a justice perspective. *Journal of Marriage and Family, 64,* 930–943.

Knauth, D. G. (2001). Marital change during the transition to parentood. *Pediatric Nurisng, 27,* 169–172.

Kohn, J. L., Rholes, S. W., Simpson, J. A., Martin, A. M., Tran, S., Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38,*1506–1522.

Kotila, L. E., Schoppe-Sullivan, S. J., Kamp Dush, C. M. (2014). Infant Characteristics and Parental Engagement at the Transition to Parenthood. *Infant Behavior and Development, 37(4),* 787–799.
Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., et al. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 22(1),* 41–50.
Le, Y., McDaniel, B. T., Leavitt, C. E., Feinberg, M. E. (2016). Longitudinal associations between relationship quality and coparenting across the transition to parenthood: A dyadic perspective. *Journal of Family Psychology, 30(8),* 918–926.
Leavitt, C. E., McDaniel, B. T., Maas, M. K., Feinberg, M. E. (2017) Parenting Stress and Sexual Satisfaction Among First-time Parents: A Dyadic Approach. *Sex Roles, 76(5-6),* 346–355.
Lerner, R. M. (1989). Developmental contextualism and the life-span view of person-context interaction. In Bornstein, M.H., Bruner, J.S. (Eds.) *Interaction in human development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum
Lessa, I. (2004). „Just Don't Call Her a Single Mother": Shifting Identities of Women Raising Children Alone. *Atlantis, 29(1),* 43–51.
Levy-Schiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 30,* 591–601.
Lubinski, D., Tellegen, A., Butcher, J. N. (1983). Masculinity, Femininity, and Androgyny Viewed and Assessed as Distinct Concepts. *Journal of Personality and Social Psychology, 44(2),* 428–439.
Makay, Zs. (2018). Családtámogatás, női munkavállalás. In Monostori, J., Őri, P., Spéder, Zs. (Szerk.) *Demográfiai portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest. 83–102.
Mansfield, P. (2005). Better partners, better parents. *Sexual and Relationship Therapy, 3,* 269–273.
Marcia, J. E. (1966). Development and Validation of Ego Identity Status. *Journal of Personality and Social Psychology, 3(5),* 551–558.
Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders, 60,* 75–85.
McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology, 31,* 985–996.
McLanahan, S., Adams, J. (1987). Parenthood and psychological well-being. *Annual Review of Sociology, 13,* 237–257.
Mickelson, K. D., Chong, A., Don, B. (2013). „To thine own self be true": Impact of gender role and attitude mismatch on new mothers' mental health. In Marich, J. (Ed.) *The Psychology of Women – Diverse Perspectives from the Modern World.* Nova Science Publishers, Inc. 1–16.
Mickelson, K. D., Joseph, J. A. (2012). Postpartum Body Satisfaction and Intimacy in First-Time Parents. *Sex Roles, 67,* 300–310.
Miettinen, A., Szalma, I. (2014). Childlessness intentions and ideals in Europe. *The Finnish Yearbook of Population Research, 49,* 31–55.
Miller, M. A., Rahe, R. H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research, 43,* 279–292.
Miller, W. B. (1994). Childbearing motivations, desires, and intentions: A theoretical framework. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 120(2),* 223–258.
Miller, W. B. (1992). Personality traits and developmental experiences as antecedents of childbearing motivation. *Demography, 29,* 265–285.
Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development, 56,* 289–302.
Minuchin, P. (1988). Relationships within the family: a systems perspective on development. In Hinde, R. A., Stevenson-Hinde, J. (Eds.) *Relationships within families: mutual influences.* Clarendon, Oxford. 7–26.
Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Harvard University Press, Cambridge.

Mitnick, D. M., Heyman, R. E., Smith, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 23,* 848–852.
Monostori, J., Őri, P., Spéder, Zs. (szerk.) (2018). *Demográfiai portré 2018.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest.
Möller, K., Hwang, C. P., Wickberg, B. (2008). Couple Relationship and Transition to Parenthood: Does Workload at Home Matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26,* 57–68.
Mulsow, M., Pursley, M., Caldera, Y. M., Reifman, A., Huston, A. C. (2002). Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and Family, 64,* 944–956.
Murinkó, L., Rohr, A. (2018). Párkapcsolat, házasságkötés. In Monostori, J., Őri, P., Spéder, Zs. (Szerk.). *Demográfiai portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest. 9–28.
Najman, J. M., Khatun, M., Mamun, A., Clavarino, A., Williams, G.M., Scott, J., …, Alati, R. (2014). Does depression experienced by mothers lead to a decline in marital quality: a 21-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49,* 121–132.
Nyström, K., Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 46,* 319–330.
O'Hara, M. W., McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9,* 379 – 407
O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8,* 37–54.
OECD (2011a). *Doing Better for Families.* OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264098732-en
OECD (2011b). *How can we do better for our families? Issues, Outcomes, Policy Objectives and Recommendations.* https://www.oecd.org/els/family/47701128.pdf
OECD (2016). *Walking the tightrope: Background brief on parents' work-life balance across the stages of childhood.* http://www.oecd.org/social/family/Background-brief-parents-work-life-balance-stages-childhood.pdf
One Plus One (2009). Promoting emotional health in the transition to parenthood. *New Digest, 46,* 9–11.
Parfitt, Y. and Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal, 35(3),* 263–273.
Paulson, J. F., Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 303(19),* 1961–1969.
Perales, F., Jarallah, Y., Baxter, J. (2018). Men's and Women's Gender-Role Attitudes across the Transition to Parenthood: Accounting for Child's Gender. *Social Forces, 97(1),* 251–276.
Perren, S., von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 26,* 173–183.
Pinquart, M., Teubert, D. (2010). Effect of parenting education with expectant and new parents: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 24(3),* 316–327.
Prakash, J., Kotwal, A., Ryali, V., Srivastava, K., Bhat, P. S., Shashikumar, R. (2010). Does androgyny have psychoprotective attributes? A cross-sectional community-based study. *Industrial Psychiatry Journal, 19(2),* 119–124.
Raley, S., Bianchi, S. (2006). Sons, daughters, and family processes: Does gender of children matter? *Annual Review of Sociology, 32,* 401–421.
Robinson, G. E., Stewart, D. E. (1989). Motivation for Motherhood and the Experience of Preganancy. *Canadian Journal of Psychiatry, 34,* 861–865.

Rogers, S. J., Amato, P. R. (2000). Have changes in gender relations affected marital quality? *Social Forces, 79,* 731–753.

Rossi, A. S. (1968). Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 30,* 26–39.

Rossi, A. S. (1977). Transition to Parenthood. In Skolnick, A. S., Skolnick, J., H. (Ed.) *Family transitions.* University of California, Berkeley.

Saxbe, D., Rossin-Slater, M., Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychologist, 73(9),* 1190–1200.

Scheppingen, M. A., Denissen, J. A., Blidorn, W. (2018). Stability and Change in Self-control During the Transition to Parenthood. *European Journal of Personality, 32,* 690–704.

Schoppe-Sullivan, S. J., Berrigan, M. N., Wells, M. B. (2018). Rivalry in coparenting at the transition to parenthood. In Hart, S. L., Jones, N. A. (Eds.) *Psychology of emotions, motivations and actions. The psychology of rivalry*. Nova Science Publishers. 217–238.

Schoppe-Sullivan, S. J., Settle, T, Lee, J-K., Kamp Dush, C. M. (2016). Supportive Coparenting Relationships as a Haven of Psychological Safety at the Transition to Parenthood. Research in Human Development, 13(1), 32–48.

Sigelman, C. K., Rider, E. A. (2017). *Life Span Human Development.* 9th Ed. Cengage Learning.

Simpson, J. A., Rholes, W. S. (2019). Adult attachment orientations and well-being during the transition to parenthood. *Current Opinion in Psychology, 25,* 47–52.

Simpson, J. A., Rholes, W. S. (2008). Attachment, Perceived Support, and the Transition to Parenthood: Social Policy and Health Implications. *Social Issues and Policy Review, 2(1),* 37–63.

Simpson, J. A., Rholes, W. S., Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: an attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 899–914.

Simpson, J. A., Rholes, W. S. (2012). Adult attachment orientations, stress, and romantic relationships. In Devine, P. G., Plant, A., Olson, J., Zanna, M. (Eds.) *Advances in Experimental Social Psychology. Vol. 45.* 279–328.

Spielman, V., Taubman, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre- and full-term babies. *Health & Social Work, 34(3),* 201–212.

Stierlin, H. (1982). *Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept.* Suhrkamp.

Surányi, É., Danis, I., Herczog, M. (Szerk.) (2010). *Családpolitika más-más szemmel.* Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest.

Tóth, O. (1998). Házasság és gyermek, vélekedés és viselkedés. *Századvég, 11,* 80–93.

Twenge, J. M., Campbell, W. K., Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family, 65,* 574–583.

Warren, P. L. (2005). First-time mothers: social support and confidence in childcare. *Journal of Advanced Nursing, 50,* 479–488.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974/2008). *Change. The Principles of Problem Formation and Problem Resolution.* W. W. Norton & Company. Magyarul: *Változás. A problémák keletkezésének és megoldásának elvei.* Animula Kiadó, Budapest.

Young, C., Roberts, R., Ward, L. (2019). Application of resilience theories in the transition to parenthood: A Scoping Review. *Jornal of Reproductive and Infant Psychology, 37(2),* 139–160.

Hivatkozás: Cs. Ferenczi, Sz., Németh, T. (2020). Az önszabályozás alakulása és jelentősége kora gyermekkorban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 202–243.

A tanulmány célja a kora gyermekkori önszabályozás területeinek, jelentőségének, fejlődésének, befolyásoló tényezőinek bemutatása, nagy hangsúlyt fektetve a gondozói környezet szerepére. Az önszabályozás központi szereppel bír a fejlődésben, erőteljesen befolyásolja többek között a társas kapcsolatokat, az iskolai beválást, az életben való sikerességet, a lelki egészséget. Kora gyermekkorban hatalmas fejlődésen megy keresztül, azonban csak fiatal felnőttkorra éri el kiteljesedett szintjét. Az önszabályozás alakulásában a gondozók szenzitivitásának, viselkedésének hatalmas szerepe van, különösen csecsemő- és kisgyermekkorban.

AZ ÖNSZABÁLYOZÁS ALAKULÁSA ÉS JELENTŐSÉGE KORA GYERMEKKORBAN

Cs. Ferenczi Szilvia
Németh Tünde

Bevezetés

Az önszabályozás és jelentősége a fejlődésben és a lelki egészségben

Az önszabályozás területei
Arousal (állapot) szabályozás
Szenzomotoros szabályozás
Társas-érzelmi szabályozás
Kognitív szabályozás (végrehajtó funkciók és figyelem)

Az önszabályozást befolyásoló tényezők

A gondozói viselkedés szerepe az önszabályozás fejlődésében

A kora gyermekkori önszabályozás támogatásának lehetőségei

Zárszó

Bevezetés

Az elmúlt évtizedek új kutatási eredményei jelentős változást hoztak a magzati fejlődésről, a magzat tudásáról, valamint a csecsemő és kisgyermek készségeiről, képességeiről szóló ismereteinkben (Stern, 1985; Gopnik és mtsai., 2006; Dornes, 2002; Karmiloff és Karmiloff-Smith, 2006). Ennek alapján tudjuk, hogy a gyermek fejlődésében a veleszületett biológiai feltételek mellett jelentős szerep jut a szülőknek, családoknak, a tágabb szociális és kulturális környezetnek, valamint a társadalmi intézkedéseknek is (Bronfenbrenner, 1993). A csecsemő születésétől kezdve *nagyfokú alkalmazkodó képességgel* rendelkezik úgy társas, mint tárgyi környezete iránt. Ugyanakkor nem elhanyagolható, hogy a szülők és más gondozó személyek, valamint a szakemberek értik-e kellőképpen az újszülött jelzéseit és fejlődési sajátosságait. A magzati, az újszülött- és a csecsemőkorról szerzett újabb tudományos ismeretek gyakran eltérnek a korábbi időkből származó, az ember korai fejlődéséről alkotott feltevésektől (Simonnet, 1994). Ebből kiindulva a modern tudomány kutatási eredményei (National Research Council and Institute of Medicine, 2000) lényeges szerepet játszanak abban, hogyan alkalmazkodik a szociális környezet – szűkebb értelemben a szülők, és a szakemberek – az újszülött, a csecsemő és a kisgyermek életkori, valamint egyéni sajátosságaihoz.

Az önszabályozás és jelentősége a fejlődésben és a lelki egészségben

Az önszabályozás az egyik központi jellemzője az emberi fejlődésnek és működésnek. Önszabályozásunk teszi lehetővé számunkra, hogy alkalmazkodjunk a mindennapi élet elvárásaihoz, például akkor is elvégezzük feladatainkat, ha nincs kedvünk hozzá, és sokkal szívesebben olvasnánk egy jó könyvet; hogy ne kiabáljunk a főnökünkkel, ha nem tetszik, amit mond; megtervezzük előre a nyári szabadságunk eltöltését; vagy megszervezzünk egy baráti találkozót. Ha önszabályozásunk gyengébb, az nehézséget okoz társas kapcsolatainkban, életünk megszervezésében, a tanulásban, az iskolában, a munkahelyen stb. *Az önszabályozás problémái a legtöbb pszichés nehézség, zavar esetében is jelen vannak, illetve vannak olyan zavarok, melyeknél az önszabályozás különösen érintett* (pl. depresszió, figyelemhiányos hiperaktivitás) (lásd Vohs és Baumeister, 2004; Berger, 2011). A hatékony önszabályozás már kora gyermekkorban is a mentális egészséghez és a *reziliens működéshez kapcsolódik* (Miller-Lewis és mtsai., 2013; rezilienciáról lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben), és úgy is tekinthetjük, hogy *az önszabályozás az élethosszig tartó fizikai és mentális egészséget alapozza meg* (Murray és mtsai., 2015).

Mint a pszichológiában oly sok esetben láthatjuk, az önszabályozásra is számos meghatározás létezik, és sok esetben utalnak rá például *önkontrollként* is. A viselkedésünk, gondolataink, érzelmeink feletti kontroll kérdése mindig is érdekelte az elméletalkotókat, kutatókat, a pszichológiában is szinte minden nagy irányzat foglalkozott valamilyen aspektusból a témával (pl. Freud, Skinner, Block házaspár, Carver és Scheier, Baumeister, Vigotszkij, Sroufe). Az önszabályozás témája szerteágazó, maga a kifejezés is *ernyőfogalomnak*

tekinthető (azaz számos képesség, készség, terület, téma tartozik hozzá). A mai napig foglalkozik vele és bizonyos értelemben sajátjának tekinti többek között a kognitív, a személyiség-, a szociál-, a klinikai, a neuro- és a fejlődéspszichológia is (Vohs és Baumeister, 2004). Az elképzelések és kutatások ezzel a területtel kapcsolatban sokszor nem érnek össze, ugyanakkor jelentős átfedések találhatók a használt fogalmak között, így az elméletek és eredmények közötti integrációra nagy szükség lenne, és vannak is ezzel kapcsolatban ígéretes törekvések (pl. Hofmann és mtsai., 2012, Welsh és Peterson, 2014, Zelazo és mtsai., 2016). Ez a tanulmány is több, jelen pillanatban az irodalomban (még) nem teljesen összetartozó területet, részterületet taglal, megkísérelve közös keretben, a kora gyermekkor felől közelítve megvalósítani egyfajta integrációt az önszabályozás témájában.

A gyermeki önszabályozás kapcsán igen híressé, sokat idézetté vált *Mischel pillecukor kísérlete* (Mischel és mtsai., 1972), melynek során a gyermekek elé egy pillecukrot tesznek az asztalra, majd a kísérletvezető kimegy pár percre a szobából. Mielőtt kimenne, azt mondja a gyermeknek, hogy ha a felkínált pillecukor elfogyasztása nélkül kivárja, míg visszajön, akkor két pillecukrot kap. Így a gyermek a közül választhat, hogy nem vár, hanem megeszi az egy pillecukrot, vagy vár, és akkor kettőt ehet. A kísérlet a *késleltetés képességében* lévő egyéni különbségeket méri, és a későbbi nyomon követés szerint, akik gyermekként kevésbé tudtak ellenállni a pillecukornak, felnőttként is rosszabbul teljesítettek az önkontroll feladatokban. Az elmúlt évtizedekben az önszabályozás, illetve a *korai önszabályozás*, valamint az önszabályozás területeinek kapcsolódása egymáshoz kiemelt figyelmet kapott, a csecsemők és kisgyermekek önszabályozásáról és a terület fejlődéséről egyre szélesebb körűek az ismereteink.

Szélesebb értelemben az önszabályozás arra vonatkozik, hogy képesek vagyunk ellenőrizni és változtatni kogníciónkat, érzelmeinket, viselkedésünket, hogy alkalmazkodjunk az adott helyzet feltételeihez, elvárásaihoz, illetve, hogy elérjük a céljainkat. Az, hogy szabályozzuk saját magunkat, nem azt jelenti, hogy alapvetően megváltozunk, és teljesen idomulunk az aktuális környezethez. Az önszabályozás kifejezetten pozitív képesség, szükség van rá ahhoz, hogy be tudjunk illeszkedni, konstruktív kapcsolatokat tudjunk építeni, sikeresek legyünk az életünkben. Az önszabályozás képessége kapcsolódik a társas kompetenciához, az alkalmazkodáshoz, együttérzéshez, a tanuláshoz és az iskolai beváláshoz is, függetlenül az IQ-tól, valamint az életben való boldoguláshoz (Whitebread és Basilio, 2012). A hatékony önszabályozással kontrollt gyakorlunk magunk felett, mely akkor megfelelő és adaptív, ha se nem túl kevés, se nem túl sok. Az *optimális mértékű kontrollal és alkalmazkodással* kapcsolatban „azt mondhatjuk, hogy *a humán cél az, hogy annyira alul kontrolláltak legyünk, amennyire lehetséges, és annyira túlkontrolláltak, amennyire szükséges*". (Block és Kremen, 1996, 351. o.)

Az önszabályozás nem egyetlen képességet vagy folyamatot jelent, számos mechanizmus teszi lehetővé a működését, az érzelmi, motivációs és kognitív faktorok integrációjának köszönhetően. Figyelni, monitorozni szükséges hozzá a belső állapotokat (pl. testtartás, gondolatok, érzések, érzelmek) és a külső környezetet, valamint ezek változásait, a helyzethez igazítani, modulálni állapotainkat, kiválasztani a megfelelő válaszreakciót, majd újra ellenőrizni, hogy a változások, válaszok megfelelők-e. A folyamatok részben tudattalanul, részben tudatosan zajlanak. Az önszabályozás szorosan összekapcsolódik a *végrehajtó működéssel*, és úgy tűnik, a figyelemnek kitüntetett szerepe van a regulációban. A végrehajtó működés alatt azokat a kognitív képességeket értjük, melyek az infor-

máció szervezésében, a tervezésben, a problémamegoldásban, és a gondolatok és cselekedetek összehangolásában vesznek részt (Blair, 2016). Működésük oly mértékben központi jelentőségű az önszabályozásban, hogy vannak olyan szerzők (elsősorban a neuropszichológia és a kognitív tudomány területén), akik úgy gondolják, a kettő egy és ugyanaz, az önszabályozás megvalósulása és problémái is a végrehajtó funkciókra és a homloklebeny működésére vezethetők vissza (pl. Hofmann és mtsai., 2012; Banfield és mtsai., 2004). Mások (pl. a személyiséglélektan felől közelítő szerzők), a végrehajtó működés jelentőségét nem vitatva, úgy gondolják, hogy az önszabályozás tágabb fogalom, a képességek és folyamatok szélesebb skáláját öleli fel, mint a végrehajtó funkciók (pl. Hrabok és Kerns, 2010; Barkley, 2016). Az érzelmek szabályozását például többen a végrehajtó funkciókkal szoros kapcsolatban és átfedésben álló, de eltérő területnek tekintik (pl. Jones és mtsai., 2016; Zelazo és mtsai., 2016).

Az *önszabályozáshoz tartozó képességek* például:

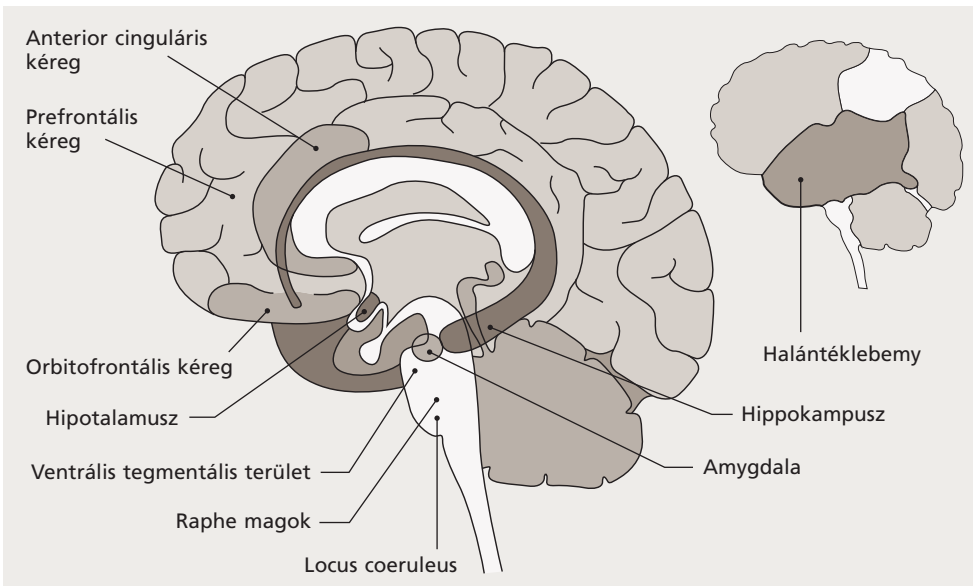
- teljesíteni egy kérést,
- a helyzetnek megfelelően elkezdeni vagy abbahagyni egy viselkedést,
- módosítani a verbális és mozgásos cselekedetek intenzitását, gyakoriságát, időtartamát,
- késleltetni egy cél elérését,
- betartani a szabályokat külső ellenőrzés nélkül is,
- modulálni az érzelmi reakciókat, reaktivitást,
- fenntartani a helyzetnek megfelelő éberségi szintet,
- megoldani egy problémát.

Az önszabályozó kapacitásunk nem végtelen. Az *önszabályozás erőmodellje* szerint (Baumeister, 2018) az az erő, energia, amit saját magunk aktív, tudatos szabályozására fordítunk, korlátozott, és az aktív használatban ki tud merülni, ami az önszabályozást igénylő feladatokban való rosszabb teljesítményhez vezet. Hasonlóan az izmokhoz, erős terhelés után szükség van egy nyugalmi időszakra a regenerálódáshoz, ugyanakkor fokozatosan nehezedő feladatokkal ugyanúgy erősíthető az önszabályozás is, mint az izmok. Az önszabályozási kapacitás kimerülését tapasztalhatja számos szülő a bölcsőde-, óvodanap végén, amikor az intézményben nagyszerűen viselkedő gyermek kilépve a bölcsőde, óvoda kapuján azonnal kezelhetetlenné válik, nem fogad szót, nagyon könnyen kiborul és vigasztalhatatlan. Az intézmény szabályrendszeréhez alkalmazkodás, a sok gyermek állandó jelenléte és a szülő hiánya nagyon megterhelő a gyermekek számára, erős és aktív önszabályozást kíván tőlük (melyre ebben az életkorban még csak korlátozottan képesek). A kapacitásaik így sokszor a nap végére kimerülnek, és amikor már nem muszáj, nem tudják szabályozni önmagukat. Ugyanakkor a gyermek ilyen viselkedésének nem mindig az önszabályozási kapacitás kimerülése áll a hátterében, jelezhet például kapcsolati problémákat is a szülő és a gyermek között.

Az önszabályozás képessége részben veleszületett, azonban alakulására a gyermek környezetének nagyon jelentős hatása van. Kora gyermekkorban hatalmas fejlődésen megy keresztül, és gyermek-, valamint serdülőkorban folytatódik a fejlődése. Az önszabályozás érett formája fiatal felnőttkorra (a 20-as életévek eleje) alakul ki, részben annak is köszönhetően, hogy a prefrontális kéreg, az agynak az a területe, melyhez a végrehajtó működések (is) kapcsolódnak, egészen eddig az életkorig érik (Diamond, 2002; Mészáros, 2018).

Az önszabályozás területei

Az önszabályozás képessége mögött idegrendszeri folyamatok húzódnak meg, valamint több agyterület működéséhez és ezek együttműködéséhez köthető a hatékony megvalósulása. A képalkotó eljárások[1] alapján tudjuk, hogy kiemelt szerepe van a prefrontális kéregnek, az anterior cinguláris kéregnek és a limbikus rendszernek, illetve az ezen területek közötti összeköttetéseknek (az agyi területekről és funkciókról lásd részletesen Márkus, 2006; lásd 1. ábra). *A prefrontális kéreg a végrehajtó működéshez köthető* (lásd később e tanulmányban), és érése különösen elnyújtott, egészen a fiatal felnőttkorig tart, ennek megfelelően a végrehajtó funkciók is erre az életkorra érik el érett formájukat. *A dopamin*[2] *kulcsszerepet játszik a frontális lebeny működésében* (Cuevas és mtsai., 2018). *Az anterior cinguláris kéreg működéséhez kapcsolódik a végrehajtó figyelem, a munkamemória kontrollja, a fájdalom, a konfliktus monitorozása és a hiba detektálása, a limbikus területek pedig az érzelmekért felelősek* (Rueda és mtsai., 2011). *Az ingerekre adott érzelmi válaszokat az anterior cinguláris terület, az orbitofrontális kéreg és az amygdala hálózata szabályozza* (Rueda és Posner, 2013). Az anterior cinguláris kéreg funkcionális kapcsolódásai szintén fiatal felnőttkorig fejlődnek, alakulnak (Berger, 2011).



1. ábra Az agy legfontosabb területei

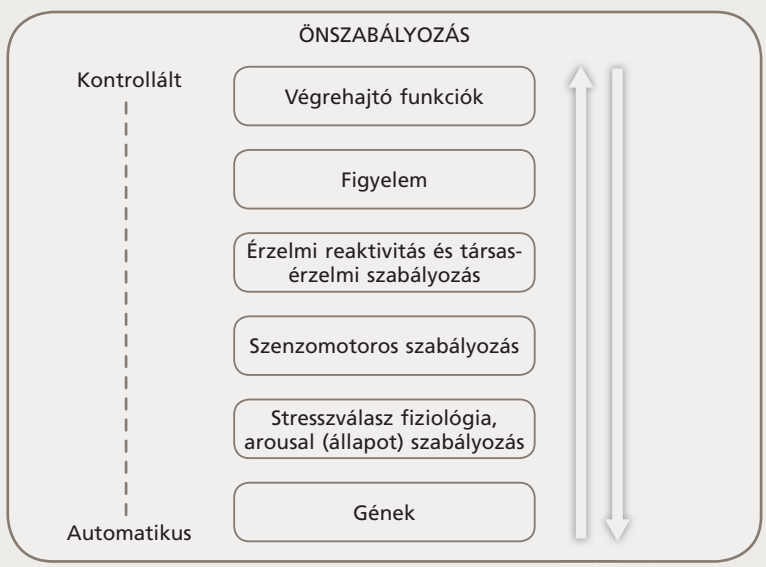
[1] *Agyi képalkotó eljárások:* azok a módszerek, melyek segítségével feltérképezhetők az agy területei, illetve működése, pl.: CT, PET, MRI.

[2] *Dopamin:* agyi ingerületátvivő anyag (neurotranszmitter), szerepe van többek között a motivációban és a jutalmazásban.

Az *érzelmi és a kognitív szabályozás közötti kapcsolatot* is megerősítik a képalkotó eljárásokkal nyert eredmények. Például az érzelmek újraértékelése során, amikor az adott inger jelentését aktívan átértelmezzük, hogy csökkentsük az érzelmi hatását (pl. megkeressük egy nehéz helyzet jó, hasznos oldalát), a *dorzális anterior cinguláris kéreg és a prefrontalis kéreg* aktivitása nő meg *(kognitív szabályozás)*. Ezek aktivációja változásokhoz vezet az *amygdala és az insula* azon területein, melyek az inger érzelmi relevanciájának megítélésében vesznek részt *(érzelemszabályozás)* (lásd Koole és Aldao, 2016).

Ha a megoldandó belső vagy külső helyzet meghaladja az egyén erőforrásait vagy képességeit, a prefrontális terület aktivitása lecsökken, és a limbikus, illetve anterior cinguláris aktivitás beindítja a stresszválaszt, emelkedett érzelmi és stressz-szinthez, illetve a figyelmi kontroll és a végrehajtó működés nehézségeihez vezetve (Blair, 2016). Ez azt mutatja, hogy *erős stressz és érzelmi megterhelés esetén az önszabályozó képességünk csökken*. Ezt a mindennapokban, felnőtteknél és gyermekeknél is láthatjuk: amikor valaki ki van borulva, nehezen tudja kontrollálni a reakcióit, gyorsan felemeli a hangját, ingerlékenyebb, irritábilisabb, adott esetben becsapja az ajtókat, földhöz vág dolgokat stb., azaz úgy viselkedik, ahogy egyébként nem viselkedne. Gyermekek esetében ezek a helyzetek jóval gyakrabban előfordulnak (minél kisebbek, annál inkább), mivel az önszabályozásuk még gyenge és labilis.

Az önszabályozás több nagy területre bontható, azonban hogy pontosan melyek ezek a területek, arról nincs egységes álláspont a szakirodalomban. Sok esetben láthatjuk a *kognitív* és az *érzelemszabályozás* megkülönböztetését, némely szerzők kifejezetten az egyikkel vagy a másikkal foglalkoznak, azonban a többi terület nem kap akkora figyel-



2. ábra Az önszabályozás Zelazo és munkatársai (2016, 7. o.) által megalkotott pszichobiológiai modelljének módosított változata

met. Zelazo és munkatársai (2016) az *önszabályozás pszichobiológiai modelljében* meghatározták az önszabályozásban jelentős folyamatokat és azok hierarchiáját az alapján, hogy milyen mértékben *automatikus, illetve tudatosan, szándékosan kontrollált területekről van szó*. A modellben eredetileg a génhatások, a stresszválaszok és arousal (állapot) szabályozás, az érzelmi reaktivitás és szabályozás, a figyelem és a végrehajtó funkciók szerepelnek. A modellt kiegészítettük a jelenleg jellemzően különálló területként tárgyalt (és sajnos igen elhanyagolt, lásd Adolph és Robinson, 2015), ugyanakkor az önszabályozáshoz tartozó és csecsemő- és kisgyermekkorban különösen releváns szenzoros és motoros szabályozással (Demetriou, 2000; Liew és mtsai., 2018), emellett az érzelemszabályozás helyett Whitebread és Basilio (2012) nyomán a társas-érzelmi szabályozás kifejezést használjuk, mivel ez a két terület szorosan összefonódik egymással. Az önszabályozás módosított modellje a 2. ábrán látható.

A modellben látható, hogy *az önszabályozás területei szorosan összefüggenek egymással, befolyásolják egymás működését, és különböző mértékben tudatosan irányított folyamatokról van szó.* A modell alapján megkülönböztetjük egymástól:

- *az arousal (állapot) szabályozást*: az egyes viselkedési állapotok, ébrenléti szintek (pl. alvás, ébrenlét) és a köztük lévő átmenetek szabályozását,
- *a szenzomotoros szabályozást*: az érzékelő rendszerek és a mozgás szabályozását, valamint ezek összehangolását egymással,
- *a társas-érzelmi szabályozást*: az érzelmek – és az érzelmek kifejezésének –, valamint a társas viselkedés szabályozását,
- *a kognitív szabályozást*: végrehajtó működést és figyelmet.

Arousal (állapot) szabályozás

Az embereknek születésüktől fogva különböző viselkedéses állapotai vannak, melyek befolyásolják, hogy milyen módon reagálnak a külső és a belső ingerekre. *Az állapot bizonyos viselkedésformák és fiziológiai változások együttese, melyek mintázata állandó és ismétlődő* (Brazelton, 1973). Ilyen viselkedésformák a test-, szem- és arcmozgások, a légzés mintázata, és az ingerekre adott válasz szintje, míg a fiziológiai különbségek a szívritmus, vérkeringés, izomtónus és EEG mintázat terén jelentkeznek. Az, hogy milyen állapotban van, befolyásolja a csecsemő válaszadási módját, és így tudja kontrollálni, hogy mennyi és milyen inputot (ingerlést, információt) kapjon a környezetéből. *A csecsemők minden állapotban egyedi, bejósolható módon válaszolnak, időre született csecsemőknél a viselkedés alapján általában jól beazonosítható, hogy melyik viselkedéses állapotban vannak* (March of Dimes, 2003). Az egyes állapotok eltérő fiziológiai arousal (éberségi, agyi aktivációs) szintet jelentenek.

A csecsemő viselkedéses állapotai a legalacsonyabbtól a legmagasabb arousal szintig a következők (Brazelton, 1973; March of Dimes, 2003):

1. *Mély alvás:* a csecsemő nyugodt (esetleg összerezzen), szem- és arcmozgások nincsenek (szopó mozgást kivéve), légzése szabályos, nyugodt, az ingerekre adott válasz küszöbe magas, csak nagyon erős vagy zavaró inger ébreszti fel.

2. *Felületes alvás (REM):* néhány nagymozgás látható, gyors szemmozgások, a szemhéjak alatt verdesnek a szemek, az arcon lehet mosoly, vagy nyűgös arc, nyűgösködés, sírás előfordulhat, a légzés szabálytalan, könnyebben válaszol a belső (pl. éhségérzet) vagy külső ingerekre (pl. zaj). Ilyenkor zajlik a tanuláshoz kapcsolható információ feldolgozása és tárolása, és ekkor álmodunk. Az újszülött alvásának legnagyobb részét ez adja.
3. *Félálom:* a csecsemő aktivitási szintje változatos, időről időre fel is riad, mozdulatai általában nyugodtak, a szemek időnként nyílnak, csukódnak, lehetnek erősen behunytak, az arc nyugodt, néhány arcmozgás lehetséges, a légzése szabálytalan, az ingerekre válaszol, de a válaszok megkésettek.
4. *Nyugodt éberség:* a csecsemő kevés aktivitást mutat, a szemei fényesek, tágra nyíltak, arca figyelmet tükröz, légzése szabályos, ilyenkor figyel leginkább az ingerekre, minden mutatott ingerre fókuszál (pl. arcok, tárgyak, hangok). A születés utáni első órákban gyakori ez az állapot. Ahogy a csecsemő egyre idősebb, egyre több időt tölt el így. Ebben az állapotban érdemes például vizsgálni, hogy mit tud a csecsemő.
5. *Aktív éberség (nyugtalanság):* a csecsemő aktivitási szintje változatos, mozdulatai gyorsabbak, kapkodóbbak, szemei nyitva vannak, de tekintete tompa, arca nyugodtnak tűnik, lehet arcmozgás, de gyakran nincs, légzése szabálytalan, az ingerekre reagál. Lehetnek benne nyűgös szakaszok, és egyre érzékenyebbé válik a zavaró ingerekre (pl. éhség, zaj). Egyre és egyre aktívabbá válik, majd sírásba vált.
6. *Sírás* (intenzív sírás legalább 15 másodpercig): a csecsemő aktív, a bőre kipirosodik, elvörösödik, a szemei szorosan csukva vagy nyitva vannak, grimaszol, a légzése ekkor a legszabálytalanabb, a kellemetlen belső vagy külső ingerekre túlzottan érzékeny.

Az érett idegrendszerű csecsemő optimális esetben – bizonyos mértékben – képes befolyásolni saját állapotait, ezt nevezzük állapotszabályozásnak. Az állapotszabályozás a csecsemő azon képessége, hogy (Barnard, 1999):

- az állapotai között egyenletes átmenetek legyenek,
- alvásciklusai legyenek,
- ébren legyen, amikor arra van szükség (pl. evés, játék),
- fenntartsa az alvási állapotait.

Az állapotszabályozás teszi lehetővé a csecsemőnek, hogy alkalmazkodjon, és kapcsolatba lépjen a környezetével, kontrollálja a szenzoros inputokat és a környezetre adott válaszait. Állapotait a gondozás irányítására tudja használni, és módosítani tudja a társas interakciókat. Például egy érett csecsemő, ha nagy vendégségbe mennek a szüleivel, ahol hangos, zajos a társaság, rengeteg az inger, egy idő után úgy védekezik a számára túl sok inger ellen, hogy elalszik, hiszen ebben az állapotban jelentősen korlátozni tudja az őt ért ingerlést. Ebből következően, *ha a csecsemőnek nehézségei vannak állapotai szabályozásával (pl. éretlen idegrendszeréből adódóan), azt jelenti, hogy problémái vannak az ingerek és válaszok kontrollálásával, így számára fontos információk veszhetnek el, vagy elárasztódhat az ingerekkel* (Barnard, 1999).

A legtöbb csecsemő egyenletesen vált az állapotok között, egyet-egyet (időnként kettőt) lépve az állapotok sorrendjében fel vagy le. Ugyanakkor vannak olyan csecsemők, akik ugrálnak az állapotok között, ők azok, akik úgy tűnik, mintha mindig aludnának

vagy sírnának, és kevés időt töltenek a többi állapotban (March of Dimes, 2003). Az első hónapokban a szülő, gondozó fontos feladata, hogy segítse a csecsemő állapotszabályozási törekvéseit, erről később lesz részletesen szó.

Az első életévben jelentősen alakul az arousal szabályozása, az alvás-ébrenlét ciklusok is szabályozottabbakká válnak (Whitebread és Basilio, 2012). *Gyermekkorban is folytatódik a fejlődés, a magas arousal szint elérésének küszöbe nő, így intenzívebb és változatosabb ingereket, élményeket is egyre jobban elviselnek a gyermekek, emellett az optimális éberséghez, teljesítményhez szükséges aktivációs szint is szélesebbé válik. Ez a folyamat legalább kora serdülőkorig tart* (Mayes, 2000). Az arousal szabályozás fejlődése az alvás összmennyiségének és az alvási állapotok egymáshoz viszonyított arányának, az alvás szerkezetének változásaiban is tükröződik. Az újszülött nagyjából napi 16-17 órát alszik, ez 18 éves korra átlagosan 8 órára csökken, és a felületes alvás aránya is csökken az alvásidőben (Dahl, 1996).

Az arousal nem megfelelő szabályozása számos mentális zavarban (pl. alvászavarok, figyelemhiányos hiperaktivitás, hangulatzavarok) megjelenik csecsemő-, gyermek- és felnőttkorban is, sőt egyes zavaroknál a probléma hátterében is ez állhat (Hegerl és mtsai., 2016).

Szenzomotoros szabályozás

Mindennapi életünk része, hogy *folyamatosan különböző ingerek érnek bennünket*. Ezek az ingerek érkezhetnek *kívülről, a környezetből* (pl. hangok, képek, illatok) és a *szervezeten belülről* (pl. éhségérzet, fájdalom, álmosság) is. A kívülről jövő ingereket hallás, látás, szaglás, ízlelés, tapintás útján érzékeljük, emellett érzékeljük egyensúlyi helyzetünket, végtagjaink, ízületeink helyzetét, izmaink működését, mozgásunkat és belső fiziológiai állapotainkat, változásainkat is. E széles körű ingereknek az *érzékelése* adja meg az alapját, első lépését a folyamatnak, majd következik a *szenzoros feldolgozás, integráció*, mely során a szenzoros információkat elkülönítjük, szervezzük, jelentést adunk nekik, kiválogatjuk és reagálunk rájuk (Pető, 2013).

Már az újszülött is képes bizonyos mértékben összekapcsolni a különböző modalitásokban érkező ingereket (pl. édesanyja látványát és hangját, illatát), azonban ennek a képességnek, a *multiszenzoros integrációnak*, optimális működése 8 éves kor felett kezdődik, és egészen serdülőkorig érik, finomodik, alakul a gyermek tapasztalatain keresztül (Dionne-Dostie és mtsai., 2015).

A *szenzoros integráció* része a *szenzoros moduláció*, mely a szenzoros környezetre adott válaszok szabályozását és osztályozását jelenti, oly módon, hogy a válasz megfeleljen a környezet követelményeinek. Ilyen például, ha a csecsemő a hallott hang irányába fordítja a fejét.

Dunn (2001) az egyének ingerküszöbe és az ingerekre adott válaszadási hajlandósága alapján alkotta meg *szenzoros feldolgozási modelljét*, amely figyelembe veszi a *neurológiai ingerküszöböt (reaktivitást)*, az *önszabályozó (válaszadási) stratégiákat* és a kettő interakcióját. *Magas ingerküszöb* esetén sok szenzoros input szükséges a reagáláshoz, az egyén nem vesz észre olyan dolgokat, melyeket mások igen. *Alacsony küszöb* esetén gyorsan észreveszi az ingereket és több mindent is, mint mások. Ezek alapján négy kategóriát állapított meg:

- *Alacsony regisztráció* – magas küszöb, passzív válaszadási stratégiák: nem veszik észre például, ha koszos a kezük, vagy ennivaló van az arcukon, vagy például a nevükön szólítás mellett más jelzések (pl. érintés) is szükséges a figyelmük felkeltéséhez.
- *Szenzoros élménykeresés* – magas küszöb, aktív válaszadási stratégiák: élvezik a szenzoros tapasztalatokat, így igyekeznek is minél többet tapasztalni, szeretik az aktív fizikai mozgást, hangokat, illatokat stb.
- *Szenzoros érzékenység* – alacsony küszöb, passzív válaszadási stratégiák: ha csoportban vannak, könnyen elterelik őket a hangok, szagok stb., gyorsabban észlelik a hőmérsékletet, anyagokat stb., zavarhatja őket a ruhacímke, műszálas ruha stb.
- *Szenzoros elkerülés* – alacsony küszöb, aktív válaszadási stratégiák: igyekeznek korlátozni a szenzoros inputokat, zavaró dolgokat, rituálékat alakítanak ki, hogy ismerős, bejósolható szenzoros tapasztalatok vegyék őket körül.

A Dunn modelljében megjelenő többféle szabályozási stratégia jól példázza a szenzoros reguláció helyét az önszabályozás modelljében, azaz az automatikus és tudatos elemek jelenlétét. Az aktív megoldások inkább a kontrollált, míg a passzív válaszok inkább az automatikus szabályozáshoz sorolhatók. *A szenzoros integráció komplex folyamat*, melyet a fentieken kívül más külső és belső feltételek is befolyásolnak, illetve az egyes ingertípusokra is különbözhet az ingerküszöbünk. Emellett *úgy tűnik, hogy a leírt mintázatok stabilak maradnak az élet folyamán.*

Ha megfigyelünk egy csecsemőt, kiderül számunkra, hogy a nekünk természetes mozdulatok, mint hogy például odanyúlunk a polcra egy könyvért, vagy megfogjuk a poharunkat, és iszunk – milyen hosszú és nehéz, gyakorlással teli folyamat eredményei. *Az akaratlagos mozgás fejlődéséhez szükség van egyfelől a szenzoros feldolgozás fejlődésére, másfelől a motoros szabályozás alakulására.* Újszülöttkorban még nagyon korlátozott a törzs, fej, végtagok helyzetének térbeli kontrollja, a mozgásrepertoár, a testről való tudás, a látás, és az idegrendszeri kapcsolódások is folyamatosan alakulnak. 1 hetes korban mindemellett a csecsemő már szemével és fejével követi a mozgó tárgyat, és kis célirányos karmozgások is tapasztalhatók. 3 hónapos korra már következetesen nyúl a tárgyak felé, és fejlődnek finommotoros képességei is. E készségei 2-3 éves korra már a felnőttéhez hasonlóak, de a mozgásszabályozás fejlődése itt még nem ért véget. A végtagok mozgásdinamikájának belső reprezentációja, mely a megfelelő mozgástervezéshez és a körülmények változásához való mozgásos alkalmazkodáshoz szükséges, még 6 éves korban sem elég stabil és pontos, bár ebben az életkorban a gyermekek már gyakorlottan és sikeresen végeznek célirányos mozgásokat (Konczak, 2004).

Adolph és Robinson (2015) a mozgáskontroll fejlődését tárgyaló munkája szerint *a cselekedeteink pontosságtól, finomságtól függetlenül prospektívek, azaz időben előre irányulnak, az erre vonatkozó kontroll már születéstől jelen van.* Például a 10 hónapos csecsemő ahhoz igazítja a karmozgását, hogy be akarja dobni a labdát egy vödörbe, vagy bedugni egy csőbe. A *prospektív kontroll* fejlődik, finomodik az életkorral és a tapasztalatokkal, ahogy a gyermek igazítja a mozgását ahhoz, amit csinálni szeretne, illetve a körülményekhez. A cselekedeteink irányításában több kontrollstratégiát használunk, melyek mind jelentős fejlődésen mennek keresztül a csecsemőkortól kezdve:

cselekedet előtti tervezés, folyamatban lévő mozgás módosítása amikor szükséges, valamint újratervezés.

A csecsemők már 4 hónaposan képesek vizuálisan irányított fogásra. A csecsemő ujjai kezdetben ökölbe szorulnak a tárgy érintésekor, majd később nyitott tenyérrel és ujjakkal nyúl a tárgy felé, és a tárgy megérintése után igazítja markolásra ujjait. Ezután ujjai már nyúlás közben kezdenek zárulni, *ahogy bejósolja* a tárgy megfogását. A fogás nyitásának és a kéz orientációjának egyszerre igazítása nehéz feladat, melyet 12 hónapos korukra érnek el a csecsemők. 3 éves kor körül váltanak az egykezes fogásról a kétkezes fogásra, ha a tárgy mérete meghaladja az araszukat. Ezek hatalmas lépések a fejlődésben, mégis, a fogás és vivés felnőtt szintjét csak 12 éves kor körül éri el.

A megfelelő fogáshoz ugyanakkor folyamatosan alakítani kell a mozdulat erejét, pozícióját, mivel a tárgyaknak nemcsak alakjuk van, amely látható, hanem súlyuk, puhaságuk, csúszósságuk is, amelyeket az érintésen keresztül tudunk meg róluk. Így az eredeti mozdulat tervét folyamatosan módosítani kell az új információk alapján. Az ujjak fogás közbeni erejének fejlődése évekig tart, a koordináció alakulása elnyújtottabb. A kézügyesség, gyorsaság, a pontos fogás egyidejű módosítása 12–18 éves korra, vagy még később éri el a felnőtt szintet. *A motoros szabályozásról általában is elmondhatjuk, hogy gyermek- és serdülőkorban végig fejlődik, finomodik a kontroll, míg eléri a felnőtt szintjét* (Schulte és mtsai., 2020).

Amikor az eredeti terv nem megfelelő, új mozgástervre van szükség. Ilyen például, ha a totyogó, aki éppen megtanult járni, lépcsőhöz ér, vagy gyorsan akar eljutni valahova: átvált a korábban jól bevált mászásra, és így folytatja az útját. Az eszközhasználat is sok esetben igényli, hogy új terveket alkossunk az adott tárggyal való mozgásra, ez tulajdonképpen *az alkalmazkodás, rugalmasság és az innováció alapja is*. Ha megfigyeljük, egy kisgyermek hányféleképpen tud egy fésűvel, flakonnal, vagy bármi mással játszani, folyamatában láthatjuk a rugalmas mozgástervezést (Adolph és Robinson, 2015).

Társas-érzelmi szabályozás

Az érzelmeknek, fejlődésüknek és szabályozásuknak hatalmas irodalma van csecsemő-, gyermek- és felnőttkorban egyaránt. *Maguk az érzelmek olyan eseményekre adott pozitív, vagy negatív válaszok, melyeket a személy relevánsnak értékel. Specifikus gondolatokból és érzésekből, viselkedéses és fiziológiai válaszokból állnak* (Koole és Aldao, 2016). Jelzik a fizikai vagy mentális esemény fontosságát, a tapasztalat gyors értékelését teszik lehetővé, és felkészítik a szervezetet a cselekvésre (Grolnick és mtsai., 2006).

Többen is amellett foglalnak állást (pl. Sroufe, 1996; Holodynski, 2009; Witherington és mtsai., 2010), hogy *újszülöttkorban több érzelem előfutárai jelen vannak: distressz, undor, félelem, érdeklődés, belső öröm*. Ezeknek az előfutároknak *interperszonális szabályozó funkciójuk* van, a gondozó kérésként értelmezi őket, hogy a csecsemő helyett elvégezze azokat a cselekvéseket, melyekre neki szüksége van, vagy melyeket szeretne: pl. megeteti a csecsemőt (Holodynski, 2009). Ezek az érzelmek a későbbiek folyamán finomodnak, valamint *az első életév folyamán megjelennek további érzelmek, mint például a düh, a szomorúság, a meglepődés. A 2-3. életévben jelennek meg az úgynevezett másodlagos érzelmek, pl. a szégyen, a bűntudat, az irigység, a büszkeség, a zavarba kerülés*

(Lakatos, 2011; Neville, 2007). A másodlagos érzelmek megjelenése feltételezi a gyermektől önmaga és mások felismerését, a nyelvi és gondolkodási változásokat. A másodlagos érzelmeket *társas érzelmeknek* is nevezik (Barrett, 1995).

A gyermekek életében (csakúgy, mint a felnőttekében) nagy szerep jut az érzelmeknek. *A kisgyermekek mind a kellemes, mind a kellemetlen érzelmeket nagy intenzitással élik meg, melynek hátterében több tényező áll* (Neville, 2007):

- az önszabályozás éretlensége,
- még kialakulatlan az időfogalom, így az „itt és most"-ban élnek,
- kevés a tapasztalatuk, így nem vagy kevésbé segítik őket a korábbi élményeik, melyek alapján tudhatnák, hogy az az állapot, amiben most vannak, el fog múlni, véget fog érni.

Az érzelemszabályozás azok a tudatos vagy tudattalan, automatikus vagy szándékos viselkedésformák, készségek, stratégiák, melyek az érzelmi élményeket és kifejezéseket modulálják, gátolják vagy növelik (Calkins és Leerkes, 2011). Tehát az érzelemszabályozás célja nemcsak az érzelmek lecsendesítése lehet, hanem fenntartásuk, sőt erősítésük is, valamint nemcsak a negatív, hanem a pozitív érzelmeinket is szabályozzuk. Széles értelemben *ide tartozik a specifikus érzelmek mellett a hangulat, az időleges érzések és a krónikus stressz szabályozása is* (az önszabályozás modelljében ezért is jelenik meg a társas-érzelmi szabályozásnál a stresszválasz fiziológiája). Az érzelem és a viselkedés szabályozásának fogalmi elkülönítésekor általában *érzelemszabályozáson a belső folyamatok reguláláset, viselkedésszabályozáson pedig az érzelmek külső megjelenésének szabályozását értjük* (Eisenberg és mtsai., 2007; Lakatos, 2011). Ugyanakkor sok esetben gyermekkorban a viselkedésszabályozást az önszabályozás szinonimájaként használják, ezzel a megjelöléssel a mentális állapotok külső kifejeződésének szabályozására helyezve a hangsúlyt.

Az érzelemszabályozás jelentős fejlődésen megy keresztül a korai években, és fontos szerepet játszik a megfelelő, adaptív társas viselkedés fejlődésében. Lehetővé teszi, hogy alkalmazkodjunk azokhoz a helyzetekhez, és kezelni tudjuk őket, melyek érzelmi kihívást jelentenek, legátoljuk a helyzethez nem megfelelő viselkedésformákat, és olyan viselkedést részesítsünk előnyben, amely a társas szabályok szerint elvárt, akkor is, ha ez nekünk kellemetlen. Az érzelmek hiányos vagy túlzott kontrollálása későbbi problémákhoz vezethet, pl. *externalizáló (kifelé irányuló, pl. agresszív), illetve internalizáló (befelé irányuló, pl. szorongó) tünetekhez*, zavarokhoz.

Thompson (1994) megkülönbözteti az *érzelemszabályozás egyes részterületeit*:

- az érzelmi arousal mögöttes neurofiziológiai folyamatai és kezelésük,
- a figyelmi folyamatok,
- az információs folyamatok, például az esemény újraértelmezése,
- a belső jelzések (pl. az érzelmi arousal jeleinek) kódolása,
- a hozzáférés a megküzdési mechanizmusokhoz,
- az általában együtt járó helyzetek bejóslása, kontrollálása,
- az érzelmek kielégítő módon való kifejezése.

Az érzelmek szabályozásának mibenléte kapcsán adódhatnak félreértések, melyek miatt két gondolatot fontos kiemelni:

- *Az elhárító (énvédő) mechanizmusok*[3] *használata nem azonos az érzelemszabályozással.* Az érett elhárító mechanizmusok (pl. humor) fontosak az optimális érzelemszabályozáshoz, ugyanakkor a többi elhárító mechanizmus (pl. érzelmek elfojtása, tagadás, intellektualizáció) kevésbé adaptív, és az érzelmek megértésének, kifejezésének, szabályozásának problémáihoz kapcsolódik (Hussein Shehata és Ramadan, 2017). *Az érzelmek szabályozása semmiképpen sem azt jelenti, hogy bizonyos érzelmeket, érzéseket nem szabad éreznünk, megtapasztalnunk.*
- Az érzelmek megtapasztalásának és kifejezésének nincsen eredendően jó vagy rossz útja. *Az adott helyzet és a történelmi kor, a kultúra, az aktuális társas normák határozzák meg, hogy mi az érzelmek kifejezésének megfelelő, elvárt módja.* Például a kollektivista (a társadalom, közösség a központi érték) kultúrákban az érzelmek nyílt kifejezése kevésbé megengedett, mint az individualista (az egyén érdekei, függetlensége a központi érték) kultúrákban, függetlenül attól, hogy negatív vagy pozitív érzelmekről van szó (Matsumoto és mtsai., 2008).

Stansbury és Zimmermann (1999) *négy stratégiát ír le az érzelmek szabályozására*:
- megpróbálni megváltoztatni a helyzetet, pl. felkelteni a szülő figyelmét,
- önmaga megnyugtatása a helyzet megváltoztatása nélkül, pl. ujjszopás,
- valahova máshova irányítani a figyelmet, pl. másik játékot keresni,
- kognitív stratégiák: pozitívan átkeretezni a helyzetet, alkudozni, kompromisszumot keresni – ez a legkifinomultabb forma, és már a tudatos, kognitív szabályozáshoz tartozik.

A gyermekek és a felnőttek is eltérő stratégiákat használnak egyéni jellemzőik és a helyzet függvényében.

Az érzelemszabályozás fejlődését tekintve a *habituáció* (egy adott ingerléshez, pl. zajhoz való hozzászokás) az érzelmek szabályozásának egyik elemi formája (Koole és Aldao, 2016), melyre már az érett újszülöttek is képesek. Az újszülöttet emellett a kellemetlen inger elkerülésében segítik reflexes reakciói. *Háromféle, az arousal szint szabályozására alkalmas viselkedést tudunk megkülönböztetni az első hónapokban* (Grolnick és mtsai., 2006; Rothbart és Derryberry, 1981).
- *Figyelem elvonása a zavaró ingerről* (pl. figyeljük meg, ahogy egy csecsemő sír: időnként egy-két másodpercre abbahagyja, majd folytatja a sírást – amikor sírás közben sikerül valamire ráfókuszálnia, a sírás abbamarad).
- *Megközelítés-visszahúzódás* (pl. szembecsukás).
- *Önmegnyugtatás* (pl. ujjszopás, automanipuláció).

[3] *Elhárító mechanizmus:* pszichoanalitikus fogalom, olyan stratégiát, módot, eszközt jelöl, melyet tudattalanul azért alkalmazunk, hogy szorongásunkat csökkentsük, pl. valamilyen magunkra veszélyesnek ítélt, vagy a kultúra által tiltott érzelmet ne érezzünk (pl. nem szeretjük a szüleinket), valamint melynek segítségével ellenőrzést gyakorlunk magunk felett. Számos ilyen stratégia létezik, amelyek közül vannak érett, az egészséggel kapcsolatos, illetve éretlen és nárcisztikus, inkább a pszichés problémákkal kapcsolatos módok (Martin, 2004).

Az önmegnyugtatásnak megkülönböztetjük fizikai, másra irányuló és szimbolikus formáit. Az újszülöttkori ujjszopás fizikai forma, e mellé a későbbiekben társul még például az ismerős tárgyak használata megnyugtatásként (pl. saját játék, alvóka). A gondozóra irányuló megnyugtató viselkedésformák például a közelség és érintkezés elérésére, fenntartására irányuló törekvések. A *szimbolikus önmegnyugtatás* később jelenik meg, a szimbolikus játékhoz köthető. A játékban a gyermek például eljátszhatja, hogy megkapta a vágyott játékot, vagy éppen eszi a vacsora utánra szánt süteményt, és ezen a játékon keresztül küzd meg a stresszkeltő helyzettel. A figyelem elterelése idősebb csecsemőnél, kisgyermeknél jellemzően valamilyen érdekes játékkal való manipulálás, játszás lehet. A mozgás fejlődésével a megközelítésnek és visszahúzódásnak is egyre komplexebb formái jelennek meg, oda- vagy el tud fordulni, majd oda- vagy elmászik, végül oda- vagy elmegy.

A fejlődés során a gyermekek egyre többször használnak aktív önszabályozó stratégiákat a passzív, másokra hagyatkozó stratégiák helyett, ugyanakkor a helyzet is nagyon befolyásolja, hogy mely stratégiát részesítik előnyben. Például ha a felnőtt jelen van, és részt vesz, sokkal aktívabban vonódnak be a játékba, amely eltereli figyelmüket, mint amikor a felnőtt nincs jelen, vagy passzív (Grolnick és mtsai., 2006). A felnőtt szerepéről a csecsemő és a gyermek önszabályozásának alakulásában bővebben később lesz szó.

A csecsemő nagyjából 2-3 hónapos korától érti, hogy hatással van a környezetére, másokra, és ezt próbálgatja is, például rámosolyog a felnőttre, és várja, hogy az visszamosolyogjon rá. Képes érzékeny, válaszkész interakciókra a környezetével. A második félévben megjelenik az idegenfélelem, a szeparációs szorongás, valamint a társas referencia is. Elkezd aktívan részt venni az egyszerű társas rutinokban, kezdi bejósolni, hogy mi következik egy adott esemény után (pl. ha a szülő levette a ruháját, le fogja venni a pelenkát is), válaszkész mások érzelemkifejezéseire. Az első szavak megjelenésével a társas interakciók lehetőségei kiszélesednek, és megkezdődik a nyelv használata a saját és mások viselkedésének szabályozására is (Lakatos, 2011; Whitebread és Basilio, 2012).

Másfél évesen már meg tudják különböztetni saját vágyaikat és másokét, például ha ők babával szeretnek játszani, míg testvérük kisautóval, akkor autót fognak adni a testvéruknek, nem pedig babát, amikor játszani szeretne. A mintha-játék megjelenése is erre az időszakra tehető, ami, különösen érettebb formájában, nagyon jelentős szerepet játszik a gyermekek önszabályozásának fejlődésében, mivel ezen keresztül is fejlődik érzelmeik és viselkedésük szabályozása. A második életév második felében már sok tudásuk van saját és mások érzelmeiről, egyre ügyesebben kommunikálnak is róluk, és viselkedésüket is egyre jobban tudják szándékosan szabályozni, mások kéréseit teljesíteni. Egyre inkább szeretnének önállóan megcsinálni dolgokat, és ezt ki is fejezik. A harmadik életévben tovább erősödik akaratlagos kontrolljuk és önszabályozásuk, egyre jobban le tudják gátolni a tiltott cselekedeteket, és egyre inkább értik a társas szabályokat és szankciókat. Empatizálnak másokkal, spontán segítő, vigasztaló viselkedést és osztozkodást is láthatunk (Lakatos, 2011; Ferenczi, 2009; Whitebread és Basilio, 2012).

Óvodáskorban már egyre inkább képesek saját figyelmüket elterelni, és gondolataikat, vélekedéseiket használni a helyzetek átértelmezésére (pl. megtalálni egy nehéz helyzet jó oldalát), és többféle kognitív megküzdési stratégiát használni a distressz kezelésére. A nyelvet is egyre jobban tudják saját viselkedésük szabályozásában és mások befo-

lyásolásában alkalmazni. Jobban megértik a másik szempontjait, érzéseit az érzelmileg felkavaró helyzetekben (pl. a másik gyerek nagyon megijedt, hogy rákiabáltam, és ezért borult ki annyira), és 4 éves kor körül már a helyzetek magyarázatában is elkezdik használni azt a tudást, hogy ami a fejünkben van, az csak a világ reprezentációja, nem maga a világ, tehát rosszul is gondolhatunk, hihetünk dolgokat *(lásd tudatelméleti képesség – mentális állapotok, pl. vágyak, érzelmek, vélekedések megértése, saját maga és a másik ember mentális állapotokkal rendelkezőnek tekintése).* Egyre jobban képesek az érzelmek kontrollálására, a szabályok megtartására, a tiltott viselkedéstől való tartózkodásra, a viselkedési szabályok, elvárások belsővé kezdenek válni. Egyre inkább érdeklik őket társaik, és hogy kortárs kapcsolatokat alakítsanak ki, így egyre alkalmasabbak az önszabályozásra a gyermekekkel való kapcsolatokban is. Hatékonyabb interakciós stratégiákat tudnak tanulni, szándékosan segítenek, vigasztalnak másokat, és osztozkodnak, szerepjátékokat játszanak szerepek és szabályok szerint. Elkezdenek stabilabb proszociális (vagy antiszociális) attitűdök és viselkedésformák kialakulni (Lakatos, 2011; Király, 2011; Ferenczi, 2009; Whitebread és Basilio, 2012).

A fejlődés természetesen gyermek- és serdülőkorban is tovább folytatódik. Iskoláskorban egyre többször próbálnak feszült helyzeteket először megbeszéléssel megoldani, egyre inkább értik a komplex érzelmeket és bonyolult társas helyzeteket. Egyre aktívabban használják a tudatos kognitív stratégiákat érzelmeik szabályozására (pl. helyzet átértelmezése, szempontváltás). Serdülőkorban tovább finomodnak a stratégiáik, szélesedik a repertoárjuk. Ebben az életkorban ugyanakkor nagyon erőteljesek az érzelmeik, érzelmi reaktivitásuk, érzékenységük megnő, fogékonyabbak az új ingerek és a társas kapcsolatok iránt. A negatív ingerek iránti érzékenységük csökken, azonban a szabályozás még nem teljes, az érzelmek és motiváció, illetve a társas helyzetek regulációjának nehézségeit láthatjuk. Megnő a nem adaptív érzelemszabályozási stratégiák (pl. alkohol) használatának valószínűsége is. Tehát a fejlődés nem egyenletes, kora serdülőkorban kevésbé hatékony, majd serdülőkorban újra erősödő érzelemszabályozás valószínűsíthető. A társas-érzelmi szabályozás teljes érett működését fiatal felnőttkorra éri el (Gracco és mtsai., 2017; Mészáros, 2018).

A hatékony érzelemszabályozással rendelkező gyerekek egyre inkább képesek (Saarni, 1999):

- Felismerni saját érzelmi válaszaikat, és kapcsolatban maradni saját érzelmi állapotaikkal.
- Megállítani magukat abban, hogy nem megfelelő viselkedésformákat mutassanak erős pozitív vagy negatív érzelmeik miatt.
- Megnyugtatni, megvigasztalni, vagy elterelni magukat, amikor erős érzelmek elárasztással fenyegetik őket.
- Változatos és rugalmas megküzdési stratégiákat alkalmazni az érzelmeik intenzitásának megváltoztatására.
- Érzelmeiket, gondolataikat és cselekedeteiket összehangolni annak érdekében, hogy a nekik fontos célokat elérjék.
- Arra használni az érzelmeiket, hogy fókuszálják és fenntartsák a figyelmüket.
- Másokat befolyásolni az érzelmek használatával.
- Követni a kultúrájuk szabályait arra vonatkozóan, hogy hogyan és mikor mutatjuk ki az érzelmeinket.

Fonagy és munkatársai (2002) az érzelemszabályozás legmagasabb szintjének (felnőttkorban) azt tekintik, amikor az ember tudatában van saját érzelmi állapotának akkor, amikor éppen az adott állapotban van, mely az adott érzelem értelmének megértését is jelenti, ezt a képességet nevezik *mentalizált affektivitásnak*. Mindannyian átéltük már, hogy sokszor ez egyáltalán nem könnyű, sőt, kifejezetten nehéz lehet, főleg, hogy egyszerre több, akár egymással ellentétes érzelmet is átélhetünk egyszerre. Például ha anya nem engedi meg, hogy játsszak a testvérem játékával, akkor egyrészt lehetek csalódott, szomorú, de ugyanakkor dühös is anyára, aki nem engedi nekem a játékot, a testvéremre, akinek ilyen jó játékai vannak, és egyszerre vágyhatok arra is, hogy anya megvigasztaljon, a közelségére és arra, hogy csak engem szeressen/jobban szeressen, mint a testvéremet. Thompson és Fonagy megállapításaiból is kitűnik, hogy a *hatékony érzelemszabályozásban (és általában az önszabályozásban) is jelentős szerepe van az önreflexiónak, azaz a saját magunkra való rálátásnak.*

Kognitív szabályozás (végrehajtó funkciók és figyelem)

A *kognitív önszabályozás* a végrehajtó működéshez és a figyelemhez köthető. A végrehajtó funkciók egymással összefüggő kognitív képességek, melyekre akkor van szükségünk, ha információkat kell a fejünkben tartani, azokat kezelni, integrálni, illetve versengő, vagy egymással ellentétes ingereket, válaszokat kell kezelni. A végrehajtó funkciók fontosak a (viselkedés)tervezésben, a viselkedés monitorozásában, a célválasztásban és a jövőre irányuló gondolkodásban, a viselkedés irányításában széles körű integráló és szervező szereppel bírnak (Blair, 2016). Ide tartozó területek (*alapvető végrehajtó funkciók* – Miyake és mtsai., 2000):

- *a munkamemória*: az információ tudatban tartása, míg frissítjük vagy dolgozunk vele (pl. öltözés közben észben tartom, hogy még fel kell vennem a nadrágot és a pólót, közben figyelek arra, hogy hogyan kell felhúzni a zoknit, és tudom, hogy a folyamat legvégén jön majd a cipő);
- *a gátló kontroll*: leállítani a kezdeti, automatikus vagy vonzó, de nem optimális/helyes választ, és aktiválni egy másikat helyette (pl. ha kiveszik a kezemből a játékot, dühös leszek, de nem ütöm meg a másik gyereket, hanem visszakérem a játékot/szólok az anyukámnak);
- *a kognitív rugalmasság* (figyelem elmozdításának képessége): átállni egy mentális beállítódásról vagy szabályról egy másikra, a figyelmi fókusz rugalmas változtatása, a viselkedés ehhez igazítása (pl. alak, aztán szín szerint csoportosítani a homokozó játékokat).

Ezek a területek kapcsolódnak egymáshoz és a figyelemhez is, illetve a köztük lévő kapcsolat is fejlődik a korai években. Az alapvető *végrehajtó funkciók* egyszerű formái már nagyon korán megmutatkoznak, és a kora gyermekkorban egyértelmű fejlődés tapasztalható, ugyanakkor úgy tűnik, hogy 6 éves kor előtt egy globálisabb végrehajtó működésről beszélhetünk, mely később válik szét külön területekre (Miyake és Friedman, 2012; Mészáros, 2018; Whitebread és Basilio, 2012).

A végrehajtó működésen belül megkülönböztethetünk úgynevezett „hideg" és „forró" funkciókat. A forró végrehajtó funkciókat a motivációs és érzelmi szempontból jelentős helyzetekben, míg a hideg végrehajtó funkciókat az érzelmileg semleges helyzetekben használjuk (Zelazo és Carlson, 2012). Forró végrehajtó funkciók használatát igényli például a jutalom késleltetése, a tanulmány elején ismertetett pillecukor kísérletben is erre van szükség. Ugyanígy forró végrehajtó funkciók vesznek részt az érzelmek *szándékos* szabályozásában is (Zelazo és mtsai., 2016), ezekre láthattunk példát az előző részben az érzelemszabályozás kognitív stratégiáinál.

A végrehajtó működés egy példája: az „A-nem-B" hiba

Egy, a fejlődéslélektanban igen híres feladatban mutatott teljesítmény fejlődése is a végrehajtó működéshez köthető, számos kutató ismételte meg az eredeti kísérletet, illetve különböző változatait annak érdekében, hogy feltérképezze, milyen folyamatok állnak a csecsemők viselkedésének hátterében. A feladatot eredetileg Piaget (1954) alkalmazta a *csecsemőkori tárgyállandóság fejlődésének vizsgálatában*. A csecsemő előtt két kendő van, egy tárgyat a szeme láttára az egyik kendő (A) alá rejtik, majd megkeresheti. Ezután, szintén a csecsemő előtt, a másik kendő (B) alá rejtik a tárgyat. A 8–12 hónapos csecsemők jellegzetesen hibáznak a feladatban: bár a B kendőt nézik, de az A kendő alatt keresik a tárgyat. Ezt a tévedést hívja a szakirodalom *„A-nem-B" hibá*nak.

Piaget szerint a tévedés a tárgyállandóság hiányából fakad, azaz még nem létezik a tárgy teljes, valódi reprezentációja a csecsemő elméjében, mely csak 2 éves kor körül jelenik meg. Ma már tudjuk, hogy ez a magyarázat nem megfelelő, a tárgyállandóság jóval a 8–12 hónapos kor előtt jellemzi a csecsemőket. De akkor mi magyarázza a csecsemők viselkedését?

Valószínűleg a végrehajtó funkciók éretlensége áll a háttérben. Diamond (1998) a feladat számos változatában vizsgálta a csecsemők viselkedését, és arra jutott, hogy a munkamemória és a gátló kontroll éretlensége együttesen okozza a hibát, azaz egyrészt a csecsemők még nem tudják jól kezelni a tárgy fejükben lévő reprezentációját, másrészt nem tudják legátolni az előzetesen kialakított választ (az A kendő alatti kereső mozdulatot). A hiba magyarázható az ebben az életkorban jellemző kognitív rugalmatlansággal is, azaz a csecsemők nem tudnak váltani az egyik keresési helyről a másikra (Zelazo és mtsai., 2003).

Ezek a magyarázatok nem mondanak ellent egymásnak, hiszen ahogy korábban láttuk, ebben az életkorban még egy, differenciálatlan végrehajtó működés létezik. Újabban azonban feltűnt magyar kutatóktól az „A-nem-B" hiba egy merőben másfajta megközelítése is. A természetes pedagógiai megközelítésből kiindulva Topál és munkatársai (2008) szerint a csecsemők hibázása egy félreértésből fakad: a helyzetet tanító helyzetnek értelmezik, így azt feltételezik, hogy a felnőtt valamilyen tudást szándékozik átadni (pl. a tárgy általában az A kendő alatt van). Erre utal, hogy ha a tanító-kommunikatív jelzéseket lecsökkentik a helyzetben, a csecsemők hibázása is csökken. Azonban fel kell hívni a figyelmet arra, hogy ez a magyarázat jelenleg még nem kielégítő, például azért, mert a csecsemők hibázása nem tűnik el teljesen a tárgy elrejtős feladatban (Vorms, 2012), a végrehajtó működés jelentős szerepet játszik a feladat sikeres megoldásában.

Többek szerint a végrehajtó funkcióknak közös komponense a *végrehajtó figyelem*, mely előfutára a legelőször megjelenő munkamemóriának, az ezután megjelenő gátló kontrollnak, majd a legkésőbb feltűnő kognitív rugalmasságnak. *A csecsemők már képesek egyszerű célvezérelt viselkedésre, amely az alapját képezi a végrehajtó kontroll fejlődésének* (Cuevas és mtsai., 2018).

Az a képesség, hogy egy tárgy vagy esemény reprezentációját a tudatunkban tartsuk egy ideig, 6 hónapos kor előtt megjelenik. Kisgyermekkorban a munkamemória folyamatosan fejlődik, de ez nem egyszerű kapacitásnövekedés, hanem inkább a központi végrehajtó rendszer fejlődésének tulajdonítható, mely koordinálja és szabályozza a különböző alap emlékezeti tárak működését. Körülbelül 10 hónapos korra a *munkamemória és a gátló kontroll* egyszerű formái már jelen vannak, ugyanakkor, ha a csecsemő valamilyen feladatban jól teljesít, nem jelenti azt, hogy egy másik, hasonló feladatot is sikerrel meg tud oldani, azaz a végrehajtó működés még nagyon-nagyon bizonytalan, mely az egész kora gyermekkorra jellemző (Cuevas és mtsai., 2018), erre példa az „A-nem-B" hiba jelensége is (lásd keretes szöveg). Nagyjából ebben az életkorban, 8–12 hónapos kor között jelennek meg az eszközjellegű cselekvések is, például egy tárgy arrébb tolása, hogy a csecsemő elérjen egy másikat (Piaget, 1952). 1 és 2 éves kor között a kisgyermekek már tudnak egy picit várni, mielőtt megfogják a tiltott játékot. 3 és 5 éves kor között nagyon jelentős a fejlődés a gátló kontrollban, pl. korábban helyes, vagy begyakorolt motoros vagy verbális válasz gátlásában (amit például a „Simon mondja" vagy a „Tűz, víz, repülő" játék igényel), illetve a *késleltetésben*. A kognitív szabályozás fejlődése születéstől 6 éves korig az 1. táblázatban látható. A fejlődés folyamatos egészen fiatal felnőttkorig, például kisiskoláskorban a gyermekek nehézségei a gátló kontrollt igénylő feladatokban sokszor arra vezethetők vissza, hogy figyelmüket még könnyen elterelik az irreleváns információk (Chevalier és Clark, 2018).

A *kognitív rugalmasság* jóval később jelenik meg, valahol 4 éves kor körül. 3 évesen a gyermekek ügyesen tudják csoportosítani a tárgyakat, kártyákat, azonban ha megváltoztatjuk a csoportosítás szabályát (pl. először színek szerint, majd forma szerint), akkor is maradnak az eredeti szabálynál, 4 éves korban pedig már a gyermekek többsége sikeresen alkalmazza az új szabályt. A rugalmasságban jelentős a fejlődés a későbbiekben, fiatal felnőttkorig, egyre komplexebb és egyre komolyabb absztrakciót igénylő feladatokat tudnak megoldani, egyre pontosabban (Chevalier és Clark, 2018).

A figyelem jelentős szerepet tölt be az önszabályozásban, már egészen korai életkortól kezdve. A figyelemnek három aspektusát tudjuk megkülönböztetni, melyek más agyterületek és neurotranszmitterek (agyi ingerületátvivő anyagok) működéséhez köthetők (Rueda és mtsai., 2011).

- *Éberség*: olyan állapot elérése és fenntartása, mely nagyon érzékeny a bejövő ingerekre.
- *Orientáció*: szenzoros információk szelektálása, a szenzoros inger forrására való figyelem.
- *Végrehajtó figyelem*: monitorozás, gondolatok, érzések, válaszok közötti konfliktusok feloldása.

1. táblázat A kognitív önszabályozás korai fejlődése (Whitebread és Basilio, 2012, 18. o.)

0–12 hónapos	A figyelem fókuszálása bizonyos személyekre, tárgyakra, vagy a saját tevékenységre (nyúlás, fogás, manipulálás) Szabályosságok és újdonságok megfigyelése a társas és fizikai környezetben Szekvenciák bejóslásának és elvárásának a kezdetei Viselkedésszekvenciák kezdeményezésének kezdetei emberekkel és tárgyakkal Saját cselekedetek hatásainak megfigyelése
12–36 hónapos	Bejósolható rutinok szeretete és a változásnak való ellenállás Limitált számú alternatíva közül tud választani Célorientált ügyességi feladatok kezdetei Célorientált cselekedeteknél a hibák észrevételének és javításának kezdetei Növekvő számú stratégia használata a céljai eléréséhez Az illesztés, válogatás és osztályozás kognitív szerveződéseit mutatja
3–6 éves	A kognitív tevékenységek széles skálájába tud bevonódni Jobban képes többlépcsős tevékenységek kivitelezésére Jobban képes kontrollálni a figyelmét és az elterelésnek ellenállni Meg tudja tanulni a fejlettebb problémamegoldó stratégiák használatát Jobban képes úgy választani feladatot, hogy az megfeleljen a saját képességeinek

A *figyelem szelektálása* (válogatás az ingerek között) *és egy ingerre fókuszálása* születéstől jelen van. Kezdetben ez a képesség erősen függ környezeti tényezőktől (pl. újdonság), de egyre növekvő mértékben szándékos kontroll alá kerül. Kisgyermekkorban kifejlődik a képesség, hogy hosszabb időre fenntartsuk a figyelmet, ami egyre kevésbé lesz kontextusfüggő.

Az *éberség* kora csecsemőkortól jelen van, bár a belső szabályozása és a figyelem fenntartása egész gyermekkorban érik. *Figyelmünk orientálására* is tulajdonképpen születéstől képesek vagyunk, 9–18 hónapos kor körül a figyelem egyre akaratlagosabbá válik, de 5-6 éves korig nehézséget okoz a figyelmi fókusz igazításának belső kontrollja. Maga a terület nagyjából a gyermekkor közepén éri el a felnőtt szintet, melybe beletartozik az *akaratlagos orientálás* és a *figyelem elkalandozásának kontrollja* (Rueda és Posner, 2013).

A *végrehajtó figyelem* az első életév második felében kezd fejlődni, 7 hónapos korban már kimutatták a hiba (pl. egy baba meg egy baba az két baba, nem pedig egy) detektálás első jeleit (Berger és mtsai., 2006). A *válaszok közötti konfliktusok kontrollálása* először az első életév végén kezd mutatkozni. Például 1 évesen már meg tudják oldani, hogy ha egy nyitott átlátszó doboz nyitott oldala nem közvetlenül a szemük előtt van, akkor is a nyitott oldalán nyúljanak be, ne azon próbálkozzanak, ami előttük van, de zárva (Rueda és mtsai., 2011). Nagy fejlődés következik be a 3. életév folyamán, és ez a nevelési stratégiákat is erősen befolyásolja, ugyanis ebben az életkorban a fejlődésből adódóan már jóval kevésbé működik a gyermekeknél az, mikor a felnőtt úgy oldja meg a helyzeteket, szabályozza a gyermek érzelmeit, hogy eltereli a figyelmét (lásd később) – hiszen azt a gyermek már sokkal jobban tudja maga irányítani, mint korábban. 3 évesen már egészen jól teljesítenek válaszkonfliktust tartalmazó feladatokban (pl. ha meg kell mutatni egy állatot egy képernyőn, ami nem a házában van, hanem azzal ellentétes

oldalon). A végrehajtó figyelem egészen felnőttkorig fejlődik, egyre bonyolultabb, és egyre több funkciót (pl. munkamemória) igénylő feladatokat tudnak megoldani a gyermekek az életkoruk előrehaladtával.

Az alapvető végrehajtó funkciók fejlődése 3–6 éves kor között metakognitív önszabályozó képességekben és viselkedésben folytatódik (vannak ismereteink a gondolkodásról magáról, és a tudásunkról, és ezeket az ismereteket felhasználjuk a szabályozás során), azonban még ezek a képességek is nagyon kontextusfüggők (Whitebread és Basilio, 2012 – lásd 1. és 2. táblázat).

2. táblázat Metakognitív önszabályozó viselkedésformák (Whitebread és Basilio, 2012, 20. o. alapján)

Megfigyelhető ellenőrző (monitorozó) viselkedésformák:	Megfigyelhető irányító (kontroll) viselkedésformák:
az önkommentár	a korábbi ellenőrzés eredményeként stratégiaváltás
a folyamatvizsgálat és követés	a korábban tanult stratégia alkalmazása új helyzetben
az erőkifejtés és a nehézségi fok becslése	a stratégia megismétlése az eredmény pontosságának ellenőrzésére
a viselkedésfigyelés és a hibák detektálása	nonverbális gesztus használata a kognitív működés segítésére
a használt stratégiák értékelése	a tervezés különböző fajtái
a teljesítmény szintjének mérése	
az értékelés, amikor kész a feladat	

Munakata és munkatársai (2012) *három alapvető átmenetet* azonosítottak, *melyeken keresztül fejlődik, alakul a kisgyermekek kognitív kontrollja.*

- *A visszatérő ismétléstől a szokások irányított legyőzéséig:* ahogy a gyermekek reprezentációi egyre absztraktabbakká válnak, egyre inkább képesek olyan információkat a fejükben tartani, mint például a feladatok elvárásai, szabályai. Ezek pedig segítenek a célnak megfelelő gondolatokban és viselkedésformákban. Ez a kognitív kontroll segít rugalmasan alkalmazkodni a változásokhoz a korábbi (már nem helyes) válasz fenntartása helyett.
- *A reaktív kontrolltól a proaktív kontrollig:* a kisebb gyermekek a kontroll reaktív formáját használják, ami azt jelenti, hogy addig tartják a fejükben az információt, ameddig muszáj, így nem tudnak felkészülni a bejósolható jövőre sem, mert elterelés vagy késleltetés esetén nem tudják megtartani a releváns információt. Ahogy az információk aktív fenntartása fejlődik, egyre inkább képes lesz a proaktív kontrollra, mely támogatja a jövő-orientált gondolkodást is. A reaktívról proaktív kontrollra váltás 5-6 éves kor körül következik be (Gonthier és mtsai., 2019).
- *A külsőleg irányított kontrolltól a belső kontrollig:* a kisgyermekek rugalmas viselkedéséhez gyakran szükséges a kívülről jövő iránymutatás (a felnőtt megmondja, mi a következő lépés, pl. el kell pakolni a játékokat), és csak később kezdődik el, hogy belső célok alapján is meg tudja ezt valósítani. Például 4 éves kortól, ha azt

kérjük a gyermektől, hogy a korábbi szabályhoz képest egy másik szabály alapján csoportosítsa a kártyákat, ügyesen megteszi, de 7 éves kor alatt, ha csak azt kérjük, hogy máshogy csoportosítsa őket, és nem mondunk új szabályt, a korábbi szabály alapján fogja csoportokba rendezni a kártyákat.

Az önszabályozás különböző területei összefüggésben állnak egymással. Érzelmeink szabályozásában gyakran alkalmazunk kognitív stratégiákat (eltereljük a figyelmünket: pl. megnézünk egy jó filmet, hogy lecsendesítsük a negatív érzelmeinket egy konfliktusokkal, veszekedésekkel teli nap végén), és érzelmeinket, hangulatunkat is használjuk a kognitív szabályozásban (pl. előhívjuk és felerősítjük a pozitív érzelmeinket a megtanulandó tananyaggal kapcsolatban, így jobban tudunk rá figyelni). Ugyanakkor erős érzelmek esetén nehéz rugalmasan kontrollálnunk a figyelmünket, vagy elvonnunk a kiváltó ingerről. A figyelem mellett a végrehajtó funkciókat is használjuk érzelmeink és viselkedésünk szabályozásában (vö. forró végrehajtó funkciók). Például a gátló kontroll segít abban, hogy ha mérgesek vagyunk, ne legyünk agresszívek a másikkal, vagy a viselkedéstervezést használhatjuk a stresszel való megküzdésre is, pl. végiggondoljuk, megtervezzük, milyen lehetőségeink vannak, ha bekövetkezik az a negatív esemény, amelytől szorongunk. A stresszhatások és az arousal szabályozása is kapcsolatban áll az érzelem- és a kognitív szabályozással is, például a nem megfelelő minőségű vagy mennyiségű alvás nehézségeket okoz a figyelem fenntartásában, fókuszálásában, és megnehezíti az érzelmek megfelelő kontrollálását, ugyanakkor az erős stressz, érzelmi megterhelés az alvás szabályozásában okoz nehézségeket (Dahl, 1996). Az alvási problémák, illetve a stresszhatások, erőteljes érzelmek a szenzomotoros szabályozást is befolyásolják, például ügyetlenebbek leszünk, akaratlanul remeg a kezünk, elejtünk dolgokat. A szenzoros integráció, szenzomotoros reguláció problémái pedig megmutatkoznak a társas-érzelmi és a kognitív szabályozás nehézségeiben is (Ayres, 1975; Lane és mtsai., 2019). *Tehát az önszabályozás összes területe hatással van a többi terület működésére, az inkább automatikus folyamatok elősegíthetik és nehezíthetik is az inkább tudatos, kontrollált folyamatok működését – és fordítva.*

Az önszabályozást befolyásoló tényezők

Nagyban különbözünk egymástól abban (csecsemőként, gyermekként és felnőttként is), hogy mennyire és hogyan szabályozzuk gondolatainkat, érzéseinket, viselkedésünket. *Önszabályozásunkat* és azt, hogy mely önszabályozó stratégiák igazán hatékonyak számunkra, *számos belső és külső tényező befolyásolja*, melyek között vannak időleges és állandó hatások is. *Belső befolyásoló tényezők a gyermek temperamentuma és érzékenysége, idegrendszerének érettsége, eltérései a tipikustól, állandó vagy aktuális betegsége és aktuális állapota (pl. éhség, fáradtság, kialvatlanság, fájdalom, stressz-szint). Az egyes érzelmeknek maguknak is van reguláló funkciója. Külső tényezők a gondozói környezet, az életvitel (pl. mennyire rendezett vagy kaotikus, kiszámíthatatlan), a közvetlen fizikai környezet (zajszint, fények, hőmérséklet) és a tágabb környezet jellemzői (pl. kulturális elvárások).*

Általában elmondható, hogy a zavaró hatások, a stressz, a belső és külső nehézségek megnehezítik a hatékony önszabályozást, vagy teljesen alá is áshatják egy időre a működését. Például egy éhes vagy beteg kisgyermek jóval nyűgösebb, mint általában, olyan dolgoktól is kiborul, melyek jellemzően nem szokták zavarni, kevésbé teljesíti a szülő kéréseit, nem tud úgy figyelni a játékra, nehezebben nyugszik meg stb. Felnőttként is tapasztalhatjuk, hogy ha fáradtak vagyunk, akkor türelmetlenebbek, ingerlékenyebbek lehetünk, zavarhatnak olyan hangok, szagok, melyek egyébként nem (pl. gyermekünk hangos játéka), figyelmünk könnyen lankad stb. *Ha egy gyermeknél (kisebbnél és nagyobbnál egyaránt) azt tapasztaljuk, hogy a korábbiakhoz képest sokkal többször kiborul, este már kezelhetetlen, az eddig bevált (ön)nyugtatási, szabályozási stratégiák nem működnek, akkor érdemes arra gyanakodnunk, hogy van valamilyen tényező a háttérben, amely jelentősen lecsökkentette az önszabályozó kapacitását.* Ilyen lehet például, hogy túlzottan le van terhelve, túlfárad (pl. nagyon nehéz neki az iskola-előkészítő foglalkozás, vagy túl sok különórára jár stb.), vagy nem alszik eleget (pl. rendszeresen kimarad a délutáni alvás), vagy jelentős stressz éri (pl. most szokik be a bölcsődébe, óvodába, vagy gondjai vannak egy társával stb.).

Az önszabályozásban nagy szerep jut annak, hogy mennyire könnyen jutunk el egy érzelmi állapotba (*érzelmi érzékenység*, Koole és Aldao, 2016), melyet befolyásol egyrészt maga a kiváltó esemény, inger (pl. erősebb ingerek várhatóan gyorsabban idéznek elő érzelmeket), az egyén jellemzői, és a tágabb helyzet (pl. érzelmileg megterhelő helyzetben, akár költözéskor egy kisebb csalódástól is gyorsabban kiborulhat a kisgyermek, mint általában). Az egyén jellemzői közé tartozik *temperamentuma*, illetve *érzelmi válaszkészsége* (Grolnick és mtsai., 2006), azaz hogy milyen erősen válaszol az eseményekre, mind élmény, mind kifejezés szintjén, mely megjelenik az érzelem intenzitásában, tartósságában és a válasz megjelenési idejében. Grolnick és munkatársai (2006) szerint az érzelmi válaszkészség és a szabályozás egymással összefonódnak, és nehezen szétválaszthatók, így, *amikor a gyermeknél egy érzelmi reakciót látunk, az egyszerre tükrözi az érzelmet és a szabályozást is.* Hasonlóan az érzelmi érzékenységhez, az önszabályozást is befolyásolja a kiváltó esemény (pl. a rendszeresen megjelenő ingerekhez valószínűleg könnyebb alkalmazkodni), az egyén jellemzői (pl. a temperamentuma) és a tágabb helyzet (pl. mások jelenlétében általában gyorsabban tudjuk szabályozni az érzelmeinket, mint egyedül) (lásd Koole és Aldao, 2016).

A temperamentum, a személyiségünk velünk született, biológiailag meghatározott alapja több módon is befolyásolja önszabályozásunkat. Ezek a jellemzőink egyrészt befolyásolják, mennyire erőteljes önszabályozásra van szükségünk, másrészt magának az önszabályozásnak is van velünk született része. Temperamentumunk része, hogy az erős vagy a gyenge ingereket kedveljük-e, és hogy hogyan és milyen erőteljesen reagálunk a minket ért ingerekre (pl. egy hirtelen erős hangra a csecsemő azonnal erősen felsír, vagy nyűgösködni kezd, vagy a hang irányába fordul érdeklődően). Ha a reakcióink erősek, akár pozitívak, akár negatívak, nehezebb dolgunk van szabályozásukkal, mint ha közepesen vagy enyhén reagálunk. Egy másik jellemzőnk, hogy az ismeretlen új helyzetekben, emberekkel megközelítően vagy visszahúzódóan viselkedünk, szintén befolyásolja önszabályozásunkat. A kutatások alapján azt látjuk, hogy az erős megközelítés gyengébb önszabályozással, míg a visszahúzódás erőteljesebb önszabályozással jár együtt a későbbiekben (Csapóné Ferenczi, 2016).

Rothbart (2012) meghatározása szerint *a temperamentum az érzelmek, aktivitás és figyelem terén megmutatkozó, biológiailag meghatározott egyéni különbségek a reaktivitásban (az idegrendszer válaszkészségében a külső és belső változásokra) és az önszabályozásban (az akaratlagos figyelmi kontrollban)*. Ennek megfelelően a gyermek temperamentuma nemcsak a reaktivitást határozza meg, amelyről eddig szó volt, hanem az önszabályozás hatékonysága is részben veleszületett. A végrehajtó figyelemben nagy egyéni különbségek mutatkoznak: vannak gyermekek, akiknek különösen nehéz dolguk van saját maguk szabályozásakor, ők azok, akik erősen reaktívak, emellett akaratlagos figyelmi kontrolljuk gyengébb. A másik végletbe tartoznak azok, akik kevésbé reaktívak az ingerekre és figyelmi kontrolljuk erős. A többség valahol a kettő között van, de fontos felhívni a figyelmet arra, hogy egyik véglet sem jelent fejlődési zavart, nem jelenti azt, hogy a gyermekkel valami probléma lenne. Az első csoportba tartozó gyermekeknél (illetve azoknál is, akik erősen reagálnak, de végrehajtó figyelmük valamivel erősebb) a környezetnek jóval nagyobb a szerepe, nekik tovább és erőteljesebben van szükségük a felnőtt támogatására a szabályozásban, mint a többieknek.

A temperamentum azt is befolyásolja, hogy a gyermeknek mely stratégiák azok, melyek hatékonynak bizonyulnak önmaga szabályozásában. Például ha 12 hónapos csecsemők újdonsággal találkoznak, a félősek inkább önnyugtatást, a bátrak inkább figyelemelterelést alkalmaznak nyugtatásul (Mangelsdorf és mtsai., 1995).

Egyes érzelmeknek is van szabályozó funkciója, amely szintén befolyásolja önszabályozásunkat. Például a *düh* felkészíti a szervezetet fiziológiásan és pszichésen is az önvédelmi és instrumentális aktivitásra, mobilizálja erőforrásainkat, hogy megpróbáljuk legyőzni a céljaink előtt álló akadályokat. Az *öröm* funkciója, hogy fenntartsuk viselkedésünket. A *félelem* pedig a viselkedésgátláshoz kapcsolódik, csökkenti a megközelítő és agresszív tendenciákat, a viselkedés egyik első kontrollrendszere. Például azok a gyermekek, akik erőteljes megközelítők, ugyanakkor félősek is, ha veszélyre utaló jeleket tapasztalnak, félelmük meggátolja azt, hogy megközelítően viselkedjenek, így elkerülhetik, hogy bajuk essen, vagy bajba kerüljenek, míg ugyanilyen helyzetben a megközelítő, de nem félős gyerekek a veszély ellenére is belevetik magukat az adott szituációba (Rothbart és mtsai., 2011). A félősebb csecsemők óvodáskorban erőteljesebben internalizálják és alkalmazzák az erkölcsi normákat (Kochanska, 1995). Összességében azt mondhatjuk, hogy *a gyermek temperamentuma által meghatározott több félelem jobb önszabályozáshoz vezet, ugyanakkor a félelem túl nagy mértéke már a viselkedés rugalmatlan túlkontrollálását is eredményezheti* (Rueda és Posner, 2013).

Az önszabályozás alakulásában a környezetnek, kiemelten a családnak, a szülőknek hatalmas szerepe van, jelentősen befolyásolják fejlődését, erről a következő fejezetben lesz szó.

A gondozói viselkedés szerepe az önszabályozás fejlődésében

A csecsemő jelentős önszabályozó képességekkel rendelkezik, melyek többek között a feje elfordításában, az ujja szopásában, a szeme behunyásában, vagy egy számára érdekes tárgyra való fixálásban mutatkoznak meg. Ugyanakkor ezek a képességek igen korlátozottak, és hamar összeomlanak, ilyenkor az érett újszülött vagy sírni kezd, vagy elalszik. *Emocionális állapotai módosításában és a környezet új, változó körülményeihez való alkalmazkodásban alapvetően a gondozótól függ*, aki nemcsak megoldja a helyzetet, hanem lehetőséget teremt a csecsemőnek a szabályozás új módjának elsajátítására. A felnőttekkel, szüleivel való interakciókban fejlődik önszabályozása, így *a gondozó szenzitivitása és szabályozó képessége jelentős szerepet játszik abban, hogy a csecsemő önszabályozása hogyan alakul. Az érzelmi- és viselkedéses állapotoknak a gondozóval történő közös szabályozása vezet el végül is az önszabályozás magas szintű kompetenciájához. A csecsemővel való interakció optimális fenntartásában, valamint állapotainak a szabályozásában a szülő szenzitivitásának mértéke fontos tényező* (Hédervári-Heller, 2008/2020).

A *szülői szenzitivitás jelentőségének felismerése a korai kötődés vizsgálatához és Ainsworth nevéhez köthető* (Ainsworth és mtsai., 1978). A *szenzitivitás* tudattalan folyamat, és erősen függ a szülő saját gyermekkori tapasztalataitól, a jelenlegi élethelyzetétől, párkapcsolata minőségétől, valamint aktuális pszichés állapotától. Minél kedvezőbbek ezek a feltételek, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a szülő magas fokú szenzitivitással reagál a csecsemő jelzéseire, ami pozitívan befolyásolja a csecsemő és kisgyermek társas és érzelmi fejlődését.

A szenzitivitás mellett a *szülő intuitív viselkedésformái* (Papoušek és Papoušek, 1995) is szerepet játszanak abban, hogyan reagál a csecsemőjére. A védelmező, gondoskodó kapcsolatok közvetlenül és közvetve is segítik a csecsemő stressz-szabályozását. Egyrészt pufferként szolgálnak a stressz ellen, magát a stresszreakciót is csökkentik, illetve befolyásolják a stresszválasz-rendszer fejlődését. Az *érintés* például megnyugtatóan hat. Pl. koraszülött csecsemők kortizol (stresszhormon) szintje az inkubátorban csökken az anyával való bőr-bőr kontaktusra válaszul (Mooncey és mtsai., 1997). Longitudinális vizsgálatban idősebb (9 és 13 éves) gyermekeknél arra jutottak, hogy a többszörös fizikai és pszichológiai környezeti rizikóban érintett gyermekeknél akkor volt a stresszválasz-rendszer erősen reaktív, ha az anya válaszkész bevonódása alacsonyabb szintű volt (Evans és mtsai., 2007). *A megfelelő kapcsolatok másrészt az önszabályozó képességek megszerzését is elősegítik: a korai megbízható, védő gondoskodás a későbbi autonómiára való képességet erősíti.*

Az első hónapokban a csecsemő nem képes önmaga szabályozni sem az érzelmi, sem a viselkedéses állapotait, az elsődleges gondozót használja a biológiai-viselkedéses szabályozás külső szervezőjeként. Bár a csecsemők csak nagyon korlátozottan tudják szabályozni saját magukat, mégis alapvető szerepet játszanak a saját szabályozásukban, a szabályozás a gondozóval együtt, közösen történik (ko-reguláció). A gondozó-csecsemő közös szabályozásban alapozódnak meg a jól működő önszabályozás, illetve a diszreguláció változatos formái is (Sroufe, 1996, 2000).

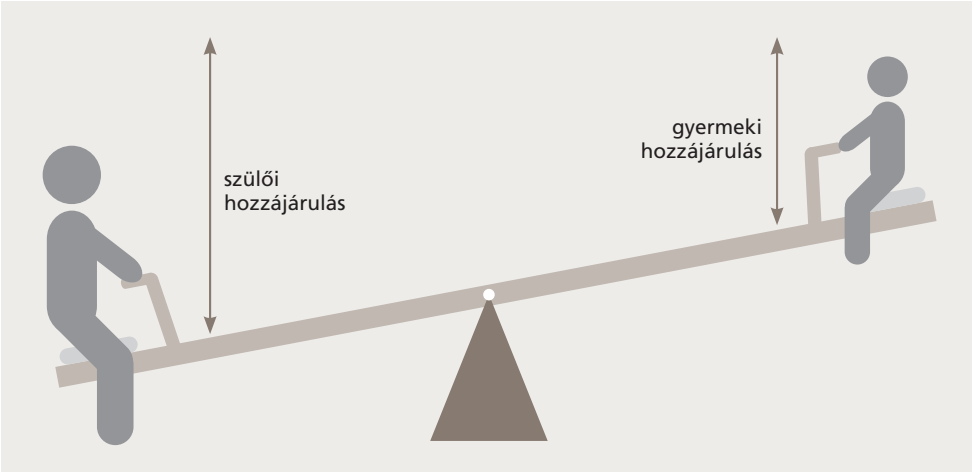
Sroufe (1996, 2000) leírása szerint a korai hónapokban optimális esetben a gondozó viselkedésével szándékosan alkalmazkodik a csecsemőhöz, elvárásai, jellemzői, igényei illeszkednek hozzá, és olyan teret teremt a csecsemő számára, amelybe ő is illeszkedni tud, ezt nevezzük *gondozó hangszerelte szabályozásnak*. Ehhez az is hozzátartozik, hogy a gondozó a csecsemőt érő ingerek mennyiségét, intenzitását is szabályozza, hogy támogassa a csecsemő állapotszabályozását. A második félévben a csecsemő szándékosabb, célirányosabb viselkedést mutat, aktívan részt vesz a regulációs folyamatban, ez a *diádikus szabályozás*, a közös szabályozás következő formája, szintje, mely csak a csecsemő intencionális (szándékos) kapacitásának növekedését igényli. A diádikus szabályozás formája és struktúrája már jelen volt a korábbi időszakban. Ami változik, az a csecsemő szerepe, a reflexes, automatikus jelzéstől az aktív, szándékos jelzésig, de a mintázódás azon alapul, ami korábban megalapozódott. *Idővel ez a mintázódás vivődik tovább, és az önszabályozás magjává válik* (Sroufe, 1996, 2000).

Az érzelmek együttszabályozásában csecsemőkorban központi szerepe van a *szülő tükröző viselkedésének* (Winnicott, 1971). E viselkedés során a szülő a csecsemő általa észlelt és beazonosított érzelmi állapotának megfelelő *jelölt (eltúlzott) érzelmet* közvetít a gyermek felé arckifejezésével és hangjával, mellyel egyrészt segít a csecsemőnek beazonosítani saját érzelmi állapotait, másrészt segít érzelmei szabályozásában. A csecsemő érzelmeinek tükrözése nem folyamatosan történik, hanem a nyugtatás közben a szülő időnként tükrözi a csecsemő érzelmeit, mely a csecsemőben az érzelmei és kifejezésük csökkentését indítja el, úgy, hogy a csecsemő saját magát aktívnak éli meg érzelmei csökkentésében, ezzel alapozza meg, hogy önmagát mint önszabályozó lényt élje meg (Gergely és Watson, 1998; Fonagy és mtsai., 2002).

Az együttszabályozásra példa az első életév vége felé megjelentő *társas referencia* (Campos és Sternberg, 1981) jelensége is. Ha a csecsemő számára ismeretlen, idegen tárggyal, helyzettel találkozik, melynél nem tudja, hogy meg merje-e közelíteni, vagy inkább eltávolodjon tőle, ránéz gondozója arcára, és a gondozó érzelmeit tükröző arckifejezése (biztatás vagy bizonytalanság, félelem) alapján irányítja saját viselkedését.

A diádikus, együttes alkalmazkodás nemcsak csecsemő, hanem kisgyermekkorban is jelen van, folytatódik, a szülő adja a szabályozás keretét, védőburkot nyújt, ez az *irányított önszabályozás,* a közös szabályozás kisgyermekkori formája. A gyermek kapacitásai könnyen túlterhelődnek, és az önszabályozás támogató közegben való gyakorlása elengedhetetlen. A gondozónak egyszerre kell engednie a gyermeket gyakorolni olyan feltételek között, melyek a szabályozó kapacitásain belül vannak, és bejósolni azokat a feltételeket, melyek túl vannak a gyermek képességein, és segítenie kell helyreállítani az egyensúlyt, ha a gyermek túlterhelődött. Ez az irányított önszabályozás az alapja a későbbi önálló önszabályozásnak (Sroufe, 1996, 2000). A kutatások alátámasztják, hogy a kisgyermekek akkor alkalmazzák a leginkább aktív és adaptív önszabályozó stratégiákat, és akkor mutatják a legkisebb distressz-szintet, ha a gondozóval együtt történik a szabályozás (Grolnick és mtsai., 2006). Óvodáskorban az önszabályozás további hatalmas fejlődésen megy keresztül, azonban a felnőttek segítségére ebben az életkorban is nagyon nagy szükség van, mivel a gyermekeknek továbbra is nehézségeik vannak az erős negatív vagy pozitív érzelmek kezelésével.

A csecsemő és a kisgyermek önszabályozását tulajdonképpen úgy is leírhatjuk, mint egy mérleghintát (libikókát), ahol az egyik oldal a szülőt, a másik a gyermeket jelképezi



3. ábra A közös önszabályozás mint dinamikusan változó mérleghinta (libikóka): a két oldal a szabályozáshoz való hozzájárulást jelképezi

(lásd 3. ábra). A gyermek szabályozási képessége határozza meg, hogy a szülőnek milyen mértékben szükséges szabályoznia őt, és ez dinamikusan változik a fejlődéssel, a gyermek állapotával, az egyes helyzetek kihívásaival stb. Amikor a gyermek szabályozási képessége korlátozott (pl. életkorából, aktuális állapotából, temperamentumából stb. kifolyólag), a szülőnek erőteljesebben kell támogatnia a gyermek önszabályozását, míg ha a gyermek hatékonyan tudja szabályozni magát, a szülő szerepe jóval kisebb. Az éretlen idegrendszer (pl. koraszülöttség esetén) gyakran jelent szabályozási nehézségeket (Aylward, 2003), ahol a fentieknek megfelelően a szülő szerepe jelentősebb.

Egy kutatás vizsgálta a szülők változó szabályozási stratégiahasználatát a gyermekek 12, 18, 24 és 32 hónapos korában (Grolnick és mtsai., 1998), olyan helyzetben, amikor a gyermekeknek késleltetniük kellett (egy ajándék kinyitását, vagy rágnivaló megkóstolását). Hat anyai stratégiát azonosítottak: aktív bevonódás, közös játék a gyermekkel; a figyelem elterelése; biztatás, hogy a gyermek meg fogja kapni a kívánt dolgot; követés (a gyermek distresszének tükrözése, erősítése vagy csökkentése); fizikai megnyugtatás; a vágyott tárgyra való fókuszálás. A közös játéknál és a megnyugtatásnál külön kezelték, hogy az anya vagy a gyermek volt-e a kezdeményező. Az anyák minden életkorban az aktív bevonódást használták leggyakrabban, illetve gyakrabban használták az aktív bevonódást, az elterelést és a biztatást, ha a gyermek zaklatottabb volt. Az aktív bevonódásnál a gyermek életkorának előrehaladtával az anyai kezdeményezés csökkent, a gyermeki kezdeményezés pedig nőtt, ami az autonóm önszabályozás erősödését mutatja.

A szülő szerepének változását jól szemlélteti az, hogy a gyermekek hogyan kelnek át az úttesten. A csecsemő még nem tud egyedül átmenni a másik oldalra, őt a felnőttnek vinnie kell ahhoz, hogy átjusson. A totyogó gondolkodás és szétnézés nélkül lelép a járda szélén az úttestre, a felnőttnek így minden pillanatban résen kell lennie, nehogy

baleset érje. A kisgyermek már egyre ügyesebb, tudja, hogy nem szabad lelépnie, körül kell néznie, és az esetek egyre nagyobb részében önállóan megáll a járda szélén, azonban még őt is folyamatosan figyelni és figyelmeztetni kell, egyes helyzetekben meg is kell fogni, megállítani. A nagyobb óvodás az esetek legnagyobb részében megáll az úttest szélén, körülnéz, megvárja a szülőt, kivéve, ha meglátja a másik oldalon egy barátját. Ilyenkor elárasztják az érzelmek, és azonnal, körülnézés, óvatosság nélkül odaszalad hozzá. Az iskolás pedig már ebben az esetben sem lép le az úttestre, csak miután alaposan körülnézett, és megállapította, hogy nem jön semmi. Ugyanakkor, ha a gyermek fáradtabb, álmosabb, valami gondja van stb., akkor kevésbé figyel, hajlamos nem körülnézni, így ezekben az esetekben a szülőnek oda kell figyelnie, nehogy lelépjen az úttestre.

Kora gyermekkorban a szülő adja a szabályozás keretét a gyermek számára, illetve a gyermek a szabályozás eszközeinek jó részét a szülőtől tanulja, melyben a szülő és gyermeke közötti kommunikációnak alapvető jelentősége van (Whitebread és Basilio, 2012). A gyermek részben a szülővel való kommunikációban megtanult eszközökkel szabályozza később a gondolatait, az érzéseit és a cselekedeteit, ez az út tetten érhető például a *szándékos figyelem fejlődésében* is (Vigotszkij, 1971; Whitebread és Basilio, 2012). Vigotszkij (1971) szerint a magasabb pszichológiai funkciók (így az önszabályozás) megjelenése, fejlődése a társas interakciók eredménye. *Ezek a funkciók mindig kétszer tűnnek fel: először „intermentális" szinten, az interakcióban másokkal, majd utána, az internalizáció eredményeként, „intramentális" szinten, amikor a gyermek szabályozza a gondolatait, érzéseit és viselkedését azokon az eszközökön keresztül, melyeket korábban a kommunikációs kontextusban tanult.* Ezzel tulajdonképpen az együttszabályozás egyik nagyon fontos aspektusára világít rá: a gyermek a szülővel való közös szabályozásban, az interakciók során sajátítja el az önszabályozási eszköztára jelentős részét. Erre egészen egyszerű példa a rámutatás. A szülők sokszor mutatnak rá tárgyakra, ezzel irányítva a figyelmét a gyermeknek. Egy 18 hónapos kislány önálló játékát vizsgálva megfigyelték, hogy amikor a játékban nehézséggel szembesül, pl. nem tudja berakni a formát a helyére, ő maga is használja ezt a gesztust, megmutatja saját magának, hova kell beférnie a játéknak (Whitebread és Basilio, 2012). Ugyanezt, a szülővel való közös szabályozásban tanult eszköz használatát láthatjuk akkor, amikor egy totyogó kisgyermek úgy megy a járdán az úttest felé, hogy közben rázza a fejét, és azt hajtogatja: „Nem, nem, nem…" Aktívan próbálja ugyanazt az eszközt használni önmaga szabályozására, amit a szülő alkalmaz az ő viselkedésének szabályozására. Azonban az önszabályozás éretlenségéből adódóan ez még önállóan nem működik, tehát nem arról van szó, amit sokszor gondolnak a szülők, hogy a gyermek tudja, mit kéne tenni, de *nem akarja* megtenni, hanem arról, hogy valóban tudja, mit kéne tenni, de *nem képes rá*, hogy megtegye (azaz, ahogy ebben a példában látható, nem képes még arra, hogy legátolja a viselkedését és megálljon). A kisgyermekek egyes esetekben igyekeznek is bevonni a szülőt a helyzetbe, hogy segítsen szabályozni viselkedésüket, ilyen például, amikor 1 évesen nyúl a konnektor felé, és közben hátranéz a szülőre. Ebben a viselkedésben tetten érhető a korábban említett társas referencia megjelenése is.

Az együttszabályozásban tanult eszközök használata akkor is megfigyelhető, amikor a gyermek igyekszik szabályozni a szülő viselkedését. A síró, kiborult szülőnek a totyogók gyakran hozzák saját kedvenc játékukat (vagy cumijukat), és ragtapaszt, illetve kínálják innivalóval (ugyanúgy, ahogyan a szülő igyekszik megnyugtatni őket, amikor

sírnak – a síró csecsemőnek, kisgyermeknek inni szoktunk adni, ragtapaszt kap a sebére, hogy ne fájjon, és a kedvencét adjuk neki, hogy megnyugtassa). A szülő szabályozó gesztusai (pl. fejrázás, ujjrázás, nemet intés) is megjelennek a gyermek gesztusai között saját és mások viselkedésének szabályozására. Az a kutatási eredmény, hogy egy adott szabályozó stratégiánál az anyai kezdeményezést az életkor előrehaladtával egyre inkább a gyermek veszi át, szintén a külső, szülői eszköz belsővé válását és önszabályozásban való aktív használatát mutatja (Grolnick és mtsai., 2006). Az együttszabályozás jellemzőit mutatja be a következő keretes szöveg (232. oldal) a csecsemő- és kisgyermekkorban két igen jelentős területen, az evés és az alvás terén.

A szülők saját önszabályozása, érzelmei, viselkedése, nevelési stílusa befolyásolja gyermekük önszabályozásának alakulását. Általában azt mondhatjuk, hogy a pozitív, meleg, gondoskodó, támogató, válaszkész nevelés, az érzelmek kifejezése, a támogató iránymutatás, a pozitív fegyelmezési stratégiák használata, a gyermek önszabályozó próbálkozásainak *állványozása*[4] a gyermek hatékonyabb önszabályozásával járnak együtt (Eisenberg és mtsai., 2011). Az eddigiek alapján már egyértelmű, hogy a szülőknek, a felnőtteknek, a gyermek környezetének milyen óriási szerepe van a csecsemő és a kisgyermek önszabályozásának fejlődésében.

Milyen segítséget tud tehát adni a felnőtt?

- Közvetlenül nyugtatja, vigasztalja a csecsemőt, a gyermeket. Az ölelésen, csitításon, beszéden, simogatáson stb. kívül ide tartozik az a stratégia is például, amikor a feldúlt gyermek figyelmét a szülő eltereli egy érdekes játékkal, izgalmas másik dologgal, így csillapítva a gyermek érzelmeit.
- Olyan környezetet teremt, amely megfelel a csecsemő, kisgyermek szükségleteinek, korlátozza az ingerek mennyiségét, intenzitását, időbeli és térbeli kereteket, struktúrát, rutinokat alakít ki.
- Segít a gyermeknek megnyugtatni saját magát.
- Modellt nyújt az önszabályozásra (akár saját élethelyzetben, akár úgy, ahogyan a gyermek érzelmeire, viselkedésére válaszol).
- Megfelelő (nem túl magas, nem túl alacsony) elvárásokat támaszt, ezen keresztül olyan helyzeteket teremt, melyek éppen túl vannak a gyermek képességein, enyhe kihívást jelentenek neki (a Vigotszkij [1971] által leírt *legközelebbi fejlődési zónában* vannak), így egyrészt tud gyakorolni, akár a szülőtől új stratégiákat elsajátítani, más-

[4] *Állványozás:* Bruner nevéhez köthető fogalom. Az a folyamat, mely képessé teszi a gyermeket egy probléma megoldására, egy feladat kivitelezésére, egy cél elérésére, amelyre segítség nélkül még nem képes. Az állványozás alapvetően a felnőtt felügyeletét jelenti a feladat azon elemei felett, melyek kezdetben a gyermek kapacitásán felül vannak. Ez lehetővé teszi a gyermek számára a koncentrációt és azoknak az elemeknek a megoldását, amelyekre már képes. Ezáltal fejlődnek a gyermek képességei, és később az adott feladatot már önállóan meg fogja tudni oldani. A megfelelően állványozó szülő alkalmazkodik a gyermek képességeihez (Wood és mtsai., 1976). A fogalom szorosan kapcsolódik Vigotszkij (1971) Legközelebbi Fejlődési Zóna koncepciójához.

részt meg tudja élni saját kompetenciáját, énhatékonyságát. A szülő türelmes, nem akarja siettetni a gyermeket a fejlődésben, az autonómia elérésében, de a fejlettségi szintjének, képességeinek megfelelő viselkedést, teljesítményt elvárja tőle.

- Beszél az érzelmekről, tükröz és címkéket ad az érzelmi tapasztalatoknak:
  - bátorítja a gyermeket, hogy korosztályának megfelelően kifejezze érzelmeit,
  - tiszteletben tartja a gyermek tapasztalatait és érzéseit (pl. nem mond olyat, hogy „Ez nem is fájhat ennyire", vagy „Nincs is semmi baj", vagy „Nem lehetsz ilyen dühös, szégyelld magad!" stb.),
  - empatikus a gyermekkel,
  - beszél a saját és mások érzéseiről.
- Mintha játékot játszik a gyermekkel.
- Teret, lehetőséget ad a gyermek saját önszabályozási próbálkozásainak:
  - akkor avatkozik be, segít, amikor szüksége van rá a gyermeknek,
  - ha úgy látja, nem kell segítenie, elérhető marad, ha változna a helyzet,
  - ha beavatkozott, de már nem szükséges a gyermek distresszének csökkentéséhez, abbahagyja az alkalmazott stratégiát.
- Stratégiákat tanít az önszabályozásra:
  - nemcsak azt mondja a gyermeknek, mit ne csináljon, hanem javasol helyette alternatívát is (ehhez kapcsolódik a kognitív szabályozás oldaláról a fentebb olvasható eredmény, mely szerint 7 éves kor alatt, ha azt kérjük a gyermektől, hogy máshogy csoportosítsa a kártyákat, mint eddig, és nem mondjuk meg, hogyan, ugyanúgy fogja csinálni, mint korábban),
  - közösen ötletel a gyermekkel, hogy hogyan lehetne a helyzeteket máshogy megoldani, az érzelmeit máshogy kifejezni, mint ahogy most teszi a gyermek (pl. ahelyett, hogy dühében földhöz vágja a játékait, belebokszolhat egy párnába, annyiszor, ahányszor csak szükséges),
  - ha szükséges, gyakorolja a gyermekkel az egyes stratégiákat.

Összefoglalva *a szűkebb és a tágabb környezet három tényezővel segíti elő a gyermek önszabályozását* (Grolnick és Farkas, 2002), amelyek a következők:

1. *Az autonómia érzésének támogatása:* vélemény figyelembe vétele, saját választások biztosítása
2. *A kompetencia érzésének támogatása:* struktúra, tiszta irányvonalak és szabályok, amiket követni tud
3. *A kapcsolódás érzésének mélyítése:* pozitív bevonódás, meleg, bevonódó, gondoskodó környezet

A gyermek hatékony önszabályozása a szoros, jelentőségteljes, meleg, törődő, stabil szülő-gyermek, gondozó-gyermek és gyermek-gyermek kapcsolatoknak tulajdonítható (McCall és mtsai., 2003).

Az evés és az alvás szabályozása

Az önszabályozás megfelelő fejlődéséhez, az autonóm önszabályozás felé való haladáshoz a gondozó támogatása, aktív érzékeny bevonódása elengedhetetlen. Az önszabályozás minden területére igaz, hogy az első életévekben a gondozóval együttesen történik, így a csecsemő- és kisgyermekkorban igen kiemelt, a szülőknek sok esetben nehézséget okozó két funkcióra, az evésre és az alvásra is. *Az önálló evés és az önálló alvás is az együttszabályozott evésből és alvásból emelkedik ki.* A gyermekre ráhangolódó szülő lehetőséget biztosít, és támogatja a szabályozást úgy, hogy kezdetben ő szabályoz, majd később támogatja a csecsemő próbálkozásait önmaga szabályozására.

Az *evés önszabályozása* arra a képességre vonatkozik, hogy akkor eszünk, amikor éhesek leszünk (nem akkor, amikor pl. ebédidő van), és akkor hagyjuk abba az evést, amikor telítettséget érzünk (nem pedig akkor, amikor pl. üres a tányérunk). Maga a kapacitás az energiabevitel szabályozására velünk született, melyet a gondozói környezet erősíthet, támogathat, de alá is áshat. Az evés önszabályozásának korai támogatása a későbbi megfelelő étel bevitelhez, optimális belső jelzés érzékeléshez és evéshez kapcsolódik, így preventív az elhízásra és az evészavarok kialakulására nézve. Már az újszülött is ki tudja fejezni éhségét (bár abban különböznek, hogy jelzéseik mennyire egyértelműek a környezet számára) pl. sírással, cuppogással, az anyamell keresésével. Később az ételbevitel szabályozásának jeleit is mutatja, pl. elfordítja a fejét, kiköpi az ételt, ha már eleget evett. A szülőnek fel kell ismernie a gyermek jelzéseit, és megfelelően kell válaszolnia rájuk ahhoz, hogy a gyermek evése a belső érzései alapján tudjon szabályozódni.

A csecsemők és kisgyermekek etetése során kiemelten fontos a szülő pozitív viselkedése, mely például az ételről való beszélgetést, a megfelelő étkezés modellálását, a gyermek biztatását jelenti. A gyermek és a szülő közötti reciprocitást, azaz strukturált rutin kialakítását, ahol ismertek az elvárások, és az érzelmek segítik az interakciót. Az etetési helyzetben a gyermek mozgással, arckifejezéssel, vokalizációval jelez, melyre a gondozó azonnal, támogató, arányos és megfelelő módon válaszol, a gyermek pedig bejósolhatóan érzékeli a választ (Harbron és mtsai., 2013). A szülő támogatja, segíti a gyermek önálló evési próbálkozásait, türelmes, biztatja és motiválja, és nem sietteti a gyermeket. A csecsemő és a kisgyermek ezeken a helyzeteken keresztül megtanulja az önálló evést és az evés önszabályozását, egészséges étkezési szokásokat sajátít el.

Az etetési helyzetben azonban a szülők nem mindig így viselkednek. *A gyermek önszabályozását nem támogató szülői viselkedésformák lehetnek* (Harbron és mtsai., 2013):

– *Engedékenység,* amikor a gyermek kontrollálja az evési helyzetet, a szülő nem ad iránymutatást az evéshez, az ételt jutalomként, megnyugtatásként, vagy a gyermek viselkedésének kontrollálására használja.

– *Közömbösség,* amikor a szülő nem veszi figyelembe a gyermek jelzéseit az evés során, nem ad iránymutatást, nem segít a gyermeknek, nem beszélget, az evési helyzet negatív hangulatú, nincs kialakult rutin, nem tudja, mennyit és mit eszik a gyermek – a gyermek nem tudja felismerni az éhség és a telítettség érzetet, azért eszik, mert az étel ott van.

– *Korlátozás,* amikor a szülő dominál az etetési helyzetben, kifejezetten korlátozza, kontrollálja a gyermeket, kényszeríti az evésre – a gyermek nem a teste jelzései alapján eszik, nem tanulja meg szabályozni saját evését.

Mindhárom viselkedés következménye lehet túlsúly (a korlátozásnak túlzott soványság is), illetve nagyobb eséllyel alakulnak ki akár kora gyermekkorban, akár gyermek-, ifjú-, illetve felnőttkorban evészavarok.

A szülő etetési viselkedését számos tényező befolyásolhatja, például az idő (az evést kontrolláló szülőknek pl. sok esetben számos feladatot kell ellátniuk, így az idő sürgeti őket), a környezet, a gyermek születési súlya, jelenlegi súlya, a szülő saját evési szokásai, súlya stb. Az evés önszabályozását a gondozó mellett befolyásolja a végrehajtó funkciók fejlődése és a gyermek temperamentuma is. Például a könnyen alkalmazkodó csecsemők szívesebben próbálnak ki és fogadnak el új ételeket, szemben a nehezen alkalmazkodókkal (Hughes és Frazier-Wood, 2016).

Az *alvás önszabályozása* egyrészt arra vonatkozik, hogy amikor fáradtak vagyunk, el tudjunk aludni, másrészt arra, hogy az alvás során az úgynevezett mikroébredésekből (melyek csecsemő-, gyermek- és felnőttkorban is jellemzőek az alvás során) vissza tudjunk aludni. Ebben a képességben az újszülöttek és a csecsemők rendkívül nagy változatosságot mutatnak, vannak, akik szinte minden mikroébredéskor vissza tudnak aludni egyedül (ők alusszák át az éjszakát születésüktől kezdve), míg vannak, akik szinte egyikben sem (ők azok, akik félóránként, óránként felébrednek), a többség pedig valahol a kettő között: egyes mikroébredésekkor vissza tudnak aludni, míg máskor szükségük van a felnőtt segítségére. Az alvást számos tényező befolyásolja (pl. érzelmek, éhség, fájdalom, hőmérséklet, álmok stb.), és a fejlődés során jellemző, hogy időnként azok a csecsemők, kisgyermekek is, akik korábban jól aludtak, jóval gyakrabban felébrednek éjszaka, pl. fogzás idején. Természetesen, amikor a csecsemőt az éhsége ébreszti fel, szüksége van etetésre ahhoz, hogy vissza tudjon aludni. Az el- és átalvást kiemelten befolyásolja a biztonságérzet, amikor nem érezzük biztonságban magunkat, félünk, akkor nem tudunk elaludni, hiszen az alvás nagyon kiszolgáltatott állapot. Ezekből következően *az alvás együttszabályozásában a szülő szerepe egyrészt a csecsemő, kisgyermek biztonság- és komfortérzetének megteremtése*. Egy 1 és 24 hónap közötti gyermekek alvását vizsgáló kutatásban arra jutottak, hogy a gyermek alvásának minőségét a szülő fektetés közbeni érzelmi elérhetősége befolyásolta: azon szülők gyermekei, akik elérhetőbbek voltak érzelmileg, nagyobb biztonságot nyújtottak, jobban tudták szabályozni alvásukat, kevesebbszer ébredtek fel éjszaka. Az, hogy a szülő hogyan, milyen módszerrel altatta a gyermeket, nem befolyásolta a felébredéseket (Teti és mtsai., 2010). *Másrészt a szülő szerepe az elalvásban és visszaalvásban nyújtott segítség, támogatás, amikor a gyermeknek erre szüksége van, és a gyermek önszabályozási törekvéseinek támogatása az el- és visszaalvás során*. Három hónapos kor alatt a csecsemő jobb alvását segíti elő, ha a szülő éjszaka a gyermek distressz jelzéseire válaszol, és segít neki megnyugodni, visszaaludni, ugyanakkor az egyéb jelekre, hangadásokra nem válaszol, ilyenkor hagyja a csecsemőt, hogy megpróbáljon visszaaludni egyedül. Így tud optimális keretet adni a gyermek alvási önszabályozásának alakulásához (Voltaire és Teti, 2018).

A strukturált alvási rutin kialakítása, a gyermek jelzéseinek (pl. ásítás, fáradás, lassulás, lecsukódó szemek) megfelelő értelmezése és az arra való adekvát válaszok alapvetőek ezen a területen is. Ugyanúgy, ahogy az evés együttszabályozásánál, az alvásnál is az a cél, hogy hosszabb távon a gyermek maga tudja szabályozni, ehhez pedig a saját belső jelzései felismerésének támogatása szükséges (akkor és addig szükséges aludni, ameddig fáradt, álmos). E szerint a napi alvási rutint a gyermek jellemzői, jelzései mentén szükséges kiala-

kítani és változtatni, ahogyan a gyermek fejlődik (pl. már nincs szüksége napközben két, csak egy alvásra). Az alvást, az evéshez hasonlóan, a szülő kontrollálja, azonban nem túlzottan, hanem a gyermek állapotának és jelzéseinek szenzitív figyelembe vételével.

(Lásd még bővebben: Scheuring és mtsai. [2015a, 2015b, 2015c], Németh és mtsai. [2017, 2018], valamint Hédervári-Heller tanulmányát a jelen kötetben).

Megfelelő környezeti támogatás mellett az együttszabályozásból fokozatosan kiemelkedik a gyermek autonóm, önálló önszabályozása. Ez egy természetes folyamat, a gyermeki fejlődés célja a későbbi önálló felnőtt élet, ezért, ha a környezete nem akadályozza ebben, a gyermek az autonómia irányába halad, az együttesből előbb-utóbb önálló lesz (bár lehet, hogy később, mint ahogy a környezete ezt feltételezte). Ugyanakkor nagyon fontos, hogy az autonóm önszabályozás nem azt jelenti, hogy teljesen független másoktól, vagy hogy azt egyedül valósítja meg az egyén. *Az autonóm önszabályozás aktívan bevonhat másokat is, anélkül, hogy másokon alapulna.* Például egy orvosi váróban a gyermek bevonhatja a szülőjét a játékba, míg várakoznak, de ez alapvetően különbözik attól, ha a gyermek arra vár, hogy a szülő találjon ki valamit a figyelme elterelésére. Az első esetben a gyermek aktív, és saját maga kezdeményezi a szabályozási próbálkozást, míg a másikban a gyermek passzív, és a gondozótól függ. Tehát az autonóm önszabályozás azt jelenti, hogy az egyén a felelős a szabályozásért, aktív és kezdeményező, de nem azt, hogy az önszabályozás másoktól teljesen függetlenül megy végbe (Grolnick és mtsai., 2006). *Az önszabályozásban a szoros (családi, baráti) kapcsolatok minden életkorban fontos szerepet játszanak.* A felnőtt szerepének változását, az autonóm önszabályozás fejlődését és a szülő-gyermek kapcsolat és bizonyos értelemben a közös szabályozás egész életen át tartó alakulását foglalja össze a 3. táblázat.

3. táblázat Önszabályozás és környezeti támogatás a fejlődés során (Murray és mtsai., 2015, 22–23. o. alapján)

Életkor	Önszabályozás jellemzői	Gondozói támogatás (közös szabályozás)
Csecsemőkor	Stresszorról elvonja a figyelmét; önnyugtató viselkedésformák, pl. ujjszopás	Meleg, válaszkész interakciók; bejósolja és gyorsan válaszol a csecsemő szükségleteire, ha a csecsemő stresszes állapotban van; fizikai és érzelmi megnyugtatást nyújt; megváltoztatja a környezetet, hogy csökkentse a stresszt és az igénybevételt
1–2 éves kor	Kezdi szelektálni és irányítani a figyelmét (figyelmi kontroll); változtatja a viselkedését, hogy egyszerű célokat elérjen; struktúra és támogatás esetén rövid ideig késleltet és legátolja a válaszát; az érzelmek erősebbek, mint a kognitív szabályozás	Megnyugtatja és lecsendesíti a gyermeket, ha izgatott, úgy, hogy kiemeli a helyzetből, vagy megnyugtatóan beszél és közvetít érzelmeket; önmegnyugtató stratégiákat mutat; szabályokat tanít, és a következményeket használja a viselkedés szabályozására

A 3. táblázat folytatása

Életkor	Önszabályozás jellemzői	Gondozói támogatás (közös szabályozás)
2–5 éves kor	A fókuszált figyelem egyre hatékonyabb, de még rövid ideig; elkezd szabályokat, stratégiákat és tervezést használni a helyzetnek megfelelő viselkedés irányítására; hosszabb ideig tud késleltetni és a válaszát legátolni; az empátia és másik perspektívájának megértése megjelenik; az érzelmi válaszok és viselkedés kontrolljában elkezdi a nyelvet használni; kezdi elviselni a distresszt a gondozótól távol	Modellálja, buzdítja, megerősíti az önmegnyugtató stratégiákat, amikor a gyerek izgatott; irányítja és segíti a szavak használatát az érzelmek kifejezésére, az egyszerű problémák megoldására; segíti a szabálykövetést és a feladatvégzést; külső következményeket nyújt a fejlődő önszabályozás támogatására
6–10 éves kor	Kognitív stratégiákat és belső beszédet használ a viselkedés kontrollálására; növekvő kognitív rugalmasság, figyelmi kontroll és a helyzetek pontosabb értékelése; növekvő képesség az érzelmek abban a pillanatban való szabályozására; társas problémamegoldás megjelenik; a komplex viselkedésszervezés egyre hatékonyabb	Problémamegoldás tanítása, konfliktuskezelési stratégiák modellálása; idő, tér és támogatás nyújtása az érzelmek szabályozásához; modellálja, buzdítja, megerősíti a szervezési és időgazdálkodási készségeket; bátorítja az önálló feladatvégzést, külső következmények nyújtásával, ha szükséges
11–14 éves kor	Hatékonyabb fókusz és feladatvégzés; több célorientált viselkedés és önmonitorozás; komplexebb viselkedésszervezés; önállóbb időgazdálkodás; stratégiákat használ a distressz kezelésére; az érzelmi arousal erősebb, mint a kognitív kontroll; erős jutalomkeresés relatíve alacsony félelemmel; az adott pillanatban gyenge döntéshozatal	Feladatvégzés ellenőrzése; a szervezési készségek további segítése; a tervezés és priorizálás tanítása; társas és tanulási kérdések közös megoldása; egészséges stresszkezelés segítése; döntéshozatal bátorítása, amikor nincs stresszes állapotban; jövőbeni célok áttekintése; határok szabása az erős jutalomkeresésből fakadó kockázat csökkentésére; a megküzdési képességet meghaladó helyzetek érzelmi intenzitásának csökkentése
14–17 éves kor	Komplex, kihívást jelentő feladatokban fókuszált és kitartó; komplexebb, önállóbb tervezés és időgazdálkodás; priorizálás; jövőorientáció befolyásolhatja a viselkedést; a célok felállításánál figyelembe veszi mások perspektíváját; kevésbé érzelmi döntéseket hoz; támogatással a distresszt hatékonyabban kezeli	Célelérés ellenőrzése; problémamegoldási támogatást nyújt, ha szükséges; buzdítja és megerősíti a hatékony időgazdálkodást és célelérést; segít bejósolni a nehéz döntéseket, mielőtt felmerülnek; bátorítja a jövőperspektívát; buzdítja és támogatja az egészséges stresszkezelést; csökkenti a kockázatokat, melyek meghaladhatják a megküzdési képességet, vagy „biztonságos” kockázatokat nyújt

A 3. táblázat folytatása

Életkor	Önszabályozás jellemzői	Gondozói támogatás (közös szabályozás)
18–25 éves kor és azon túl	Kitartó a hosszú távú projektekben; önálló időgazdálkodás; ellenőrzi magát, bátorítja magát, és túljut a kihívásokon egy cél érdekében; késleltet a cél eléréséért; a jövőorientáció elkezdi irányítani a viselkedését; döntéseit szélesebb perspektívából, magával és másokkal együtt érezve hozza; önálló, komplex viselkedésszervezés az adott helyzetben; önállóan kezeli a frusztrációt és distresszt	A fontos döntéseket megbeszéli; tanácsot ad; a komplex problémamegoldásban irányt mutat; támogatást nyújt a jelentős stresszorral való megküzdésben és a bonyolultabb élethelyzetek megbeszélésében

A kora gyermekkori önszabályozás támogatásának lehetőségei

Az önszabályozás fejleszthető – számos tréningről, intervencióról olvashatunk az irodalomban, mely az önszabályozást célozza. A felnőttek fejlesztését célzó tréningek tapasztalatai nem egyértelműek, annyi valószínűsíthető, hogy az önszabályozás bizonyos feladatokkal való gyakorlásával rövid távon más feladatokban is hatékonyabb lesz a szabályozás (Berkman, 2016). A gyermekeknek szóló intervenciók tapasztalatai már biztatóbbak. Az intervenciók egy része a figyelem és a végrehajtó funkciók fejlesztését célozza. A korai végrehajtó figyelem a későbbi végrehajtó funkciókhoz kapcsolódik, és vannak arra vonatkozó eredmények, hogy *a figyelem fejlesztése jótékonyan hat a későbbi végrehajtó működésre* (Cuevas és mtsai., 2018). A figyelem fejlesztésére vannak gyakorlati tréningek, emellett ígéretesek a célzott számítógépes fejlesztő játékok is. Kifejezetten a végrehajtó figyelem fejlesztésére kialakított számítógépes tréninggel 4 és 7 éves kor között jelentős fejlődést tudtak elérni a figyelmi területeken, mely a kognitív feldolgozás más folyamataira is jótékony hatással bírt (Rueda és Posner, 2013).

Az önszabályozást általánosabban célzó intervenciók többségében csoportosak, és az *intézményes nevelés színterén* alkalmazzák őket (óvodákban, iskolákban), a pedagógusokat kiképezve, és rajtuk keresztül érve el a gyermekeket. Például a *PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies – Alternatív Gondolkodási Stratégiák Támogatása) program* a vizsgálatok szerint fejleszti a gátló kontrollt, csökken az agresszív és bomlasztó viselkedés, és javul a csoport légköre. Ugyanakkor nem tisztázott, hogy ezek az intervenciók milyen mechanizmusokon keresztül hatnak, és pontosan mit fejlesztenek (Berger, 2011).

Mivel a kora gyermekkori önszabályozás alakulásában a gyermekről gondoskodó felnőtteknek hatalmas szerepe van, érdemes az intervenciókat úgy tervezni, hogy a felnőttek saját önszabályozási, és önszabályozást támogató képességeit, valamint a gyermekekkel

való kapcsolatukat célozzák. Így az intervenciók irányulhatnak a szülőkre, illetve a kisgyermekekkel foglalkozó szakemberek közül elsősorban a csecsemő- és kisgyermeknevelőkre és az óvodapedagógusokra. Ha a felnőttek tisztában vannak az önszabályozás jelentőségével, a csecsemők és kisgyermekek önszabályozásának fejlődésével és saját szerepükkel a gyermek önszabályozásának alakulásában, nagyobb az esélye, hogy megfelelően tudják támogatni a gyermeket. Emellett szükség van a felnőttek készségeinek fejlesztésére, egyéni stratégiák kialakítására, melyek egyéni és/vagy csoportos helyzetben jól alkalmazhatók, és a gyermekek önszabályozását fejlesztő gyakorlatok megismertetésére.

A kisgyermekekkel foglalkozó szakemberek esetében tréningek, továbbképzések, hosszabb távon az alapképzésbe beépített kurzusok jelenthetik a megoldást, míg a szülőknél tematikus szülőcsoportok, illetve egyénileg a szülő-csecsemő konzultáció, terápia adhat teret a gyermek önszabályozását támogató szülői viselkedés fejlesztésének.

Zárszó

Az emberek életében alapvető jelentőségű gondolataik, érzéseik, viselkedésük szabályozása, mivel ezen keresztül tudnak beilleszkedni az őket körülvevő fizikai és társas világba, tudják elérni céljaikat, tudnak megküzdeni a kihívásokkal és elérni és megőrizni testi és lelki egészségüket. Az önszabályozás kora gyermekkorban hatalmas fejlődésen megy keresztül, de a gyermekkor folyamán végig fejlődik, és teljes, érett formáját a fiatal felnőttkorban éri el. Az emberek között nagy egyéni különbségek vannak gyermek- és felnőttkorban is abban, hogy mennyire hatékonyan tudják önmagukat szabályozni, és ezt milyen stratégiákkal érik el. Önszabályozásunk egy része velünk született, de fejlődésére a környezetnek, a kapcsolatoknak, társas interakcióknak nagyon nagy hatása van, a gyermek hatékony önszabályozása a gondoskodó, támogató, törődő társas kapcsolatokban alapozódik meg. Ennek megfelelően fejlesztenünk, támogatnunk kell a gyermekekről gondoskodó felnőttek saját önszabályozását, az önszabályozásról, fejlődéséről, jelentőségéről, a gyermeki önszabályozás segítésének módjairól szóló ismereteit, hogy ezen keresztül minél több gyermek optimális fejlődését, hatékony önszabályozását, testi és lelki egészségét segítsük elő.

AJÁNLOTT IRODALOM

Bányai, É. (2014). A motiváció és affektus szerepe az emberi magatartás szabályozásában. In Bányai, É., Varga, K. (Szerk.) *Affektív pszichológia – az emberi késztetések és érzelmek világa.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 499–530.

Gergely, Gy., Watson, J. S. (1998). A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. A csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása *Thalassa. 9,* 56–105.

Lakatos, K. (2011). Mutasd meg érzéseidet, de szabályozd a viselkedésedet! – Az érzelemszabályozás fejlődése In Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (Szerk.) *Biztos Kezdet kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és* kihívások NCSSZI, Budapest. 146–179.

Mészáros, A. (2018). Neurokognitív jellemzők – végrehajtó működés. In Csákvári, J., Cs. Ferenczi, Sz. (Szerk.) *A fiatalok lehetőségeinek kibontakoztatása.* ELTE BGGyK, Budapest.

Molnár, É. (2009). Az önszabályozás értelmezései és elméleti megközelítései. *Magyar Pedagógia, 109(4),* 343–364.

Sallay, V. (2008). Az önmagunkra találás helyei: környezeti önszabályozás elmélet és kutatás tükrében. *Alkalmazott Pszichológia, 10(3-4),* 145–161.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Adolph, K. E., Robinson, S. R. (2015). Motor development. In Lerner, R. M., Liben, L. S., Mueller, U. (Eds.) *Handbook of Child Psychology and Developmental Science, Volume 2, Cognitive Processes, 7th Edition*. John Wiley és Sons, Inc., Hoboken. 113–157.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Lawrence Erlbaum, Oxford.

Adolph, K. E., Robinson, S. R. (2015). Motor development. In Lerner, R. M., Liben, L. S., Mueller, U. (Eds.) *Handbook of Child Psychology and Developmental Science, Volume 2, Cognitive Processes, 7th Edition*. John Wiley és Sons, Inc., Hoboken. 113–157.

Aylward, G. P. (2003). Neonatology, prematurity, NICU, and developmental issues. In Roberts, M. C. (Ed.) Handbook of Pediatric Psychology. Guilford, New York. 253–268.

Ayres, A. J. (1975). Sensorimotor foundations of academic ability. In Cruikshank, W. M., Hallahan, D. P. (Eds.) *Perceptual and Learning Disabilities in Children. Vol. 2: Research and Theory* Syracuse University Press, Syracuse.

Banfield, J. F., Wyland, C. L., Macrae, C. N., Münte, T. F., Heatherton, T. F. (2004). The Cognitive Neuroscience of Self-Regulation. In Baumeister, R. F., Vohs, K. D. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications.* The Guilford Press, New York. 62–83.

Barkley, R. A. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Self-Regulation Taking an Evolutionary Perspective on Executive Functioning. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Third edition*. The Guilford Press, New York. 497–513.

Barnard, K. E. (1999). *Beginning Rhythms: The Emerging Process of Sleep Wake Behaviors and Self-Regulation*. NCAST Publications, Seattle.

Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In Tangney, J. P., Fischer, K. W. (Eds.) *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrashment, and pride.* Guilford Press, New York.

Baumeister, R. F. (2018). *Self-Regulation and Self-Control. Selected works of Roy F. Baumeister.* Routledge, New York.

Berger, A. (2011). *Self-regulation: Brain, Cognition and Development*. American Psychological Association, Washington D. C.

Berger, A., Tzur, G., Posner, M. I. (2006). Infant brains detect arithmetic errors. *Proceeding of the National Academy of Science USA, 103,* 12649–12653.

Berkman, E. T. (2016). Self-Regulation Training. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Third edition*. The Guilford Press, New York. 440–457.

Blair, C. (2016). The Development of Executive Functions and Self-Regulation: A Bidirectional Psychobiological Model. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Third edition*. The Guilford Press, New York. 417–439.

Block, J., Kremen, A. M. (1996). IQ and ego resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 349–361.

Brazelton, T. B. (1973*). Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Clinics in Developmental Medicine, No. 50. JP Lippincott, Philadelphia.

Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological models of human development. In Gauvain, M., Cole, M. (Eds.) *Readings on the development of children, 2nd ed*. Freeman, New York. 37–43.

Calkins, S. D., Leerkes, E. M. (2011). Early Attachment Processes and the Development of Emotional Self-Regulation. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Second edition*. The Guilford Press, New York. 355–373.

Chevalier, N., Clark, C. A. C. (2018). Executive Function in Early and Middle Childhood. In Wiebe, S.A., Karbach. J. (Eds.) *Executive Function. Development Across the Life Span.* Routledge, New York. 44–58.

Campos, J. J., Sternberg, C. R. (1981). Perception, appraisal, and emotion: The onset of social referencing In Lamb, M., Sherrod, L. (Eds.) *Infant social cognition.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale. 273–314.

Csapóné Ferenczi, Sz. (2016). *Koraszülött kisgyermekek temperamentumának alakulása. Doktori értekezés.* ELTE PPK, Budapest.

Cuevas, K., Rajan, V., Bryant, L. J. (2018). Emergence of Executive Function in Infancy. In Wiebe, S. A., Karbach, J. (Eds.) *Executive Function. Development Across the Life Span.* Routledge, New York. 11–28.

Dahl, R. E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopatology. *Development and Psychopatology, 8,* 3–27.

Demetriou, A. (2000). Organization and development of self-understanding and self-regulation: Toward a general theory. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., Zeidner, M. (Eds.) *Handbook of self-regulation.* Academic Press, San Diego. 209–251.

Diamond, A. (1998). Understanding the A-not-B error: Working memory vs. reinforced response, or active trace vs. latent trace. *Developmental Science, 1(2),* 185–189.

Diamond, A. (2002). Normal Development of Prefrontal Cortex from Birth to Young Adulthood: Cognitive Functions, Anatomy, and Biochemistry In Stuss, D., Knight, R. (Eds.) *Principles of Frontal Lobe Function.* Oxford University Press, New York. 466–503.

Dionne-Dostie, E., Paquette, N., Lassonde, M., Gallagher, A. (2015). Multisensory Integration and Child Neurodevelopment. *Brain Sciences, 5*, 32–57.

Dornes, M. (2002). *A kompetens csecsemő.* Pont Kiadó, Budapest.

Dunn, W. (2001). The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations, 2001 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy, 55,* 608–620.

Eisenberg, N., Hofer, C., Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In Gross, J. J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press, New York. 287–306.

Eisenberg, N., Smith, C.L., Spinrad, T. L. (2011). Effortful Control. Relations with Emotion Regulation, Adjustment, and Socialization in Childhood. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F., (Eds.)

Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Second edition. The Guilford Press, New York. 263–283.

Evans, G. W., Kim, P., Ting, A., Tesher, H., Shannis, D. (2007). Cumulative risk, maternal responsiveness, and allostatic load among young adolescents. *Developmental Psychology*, *43,* 341–351.

Ferenczi, Sz. (2009). Elmélet-e a 'Tudatelmélet'? *Gyógypedagógiai Szemle, 2009/2-3,* 112–127.

Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self.* Other Press, New York.

Gergely, Gy., Watson, J. S. (1998). A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. A csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása. *Thalassa, 9,* 56–105.

Gonthier, C., Zira, M., Colé, P., Blaye, A. (2019). Evidencing the developmental shift from reactive to proactive control in early childhood and its relationship to working memory. *Journal of Experimental Child Psychology*, *177,* 1–16.

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., Kuhl, P. K. (2006). *Bölcsek a bölcsőben. Hogyan gondolkodnak a kisbabák?* Typotex, Budapest.

Gracco, E., Goossens, L., Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child* & *Adolescent Psychiatry*, 26, 909–921.

Grolnick, W. S., Kurowski, C. O., McMenamy, J. M., Rivkin, I., Bridges, L. J. (1998). Mothers' strategies for regulating their toddlers' distress. *Infant Behavior and Development, 21(3),* 437–450.

Grolnick, W. S., Farkas, M. (2002). Parenting and the development of children's self-regulation. In Bornstein, M. H. (Ed.) *Handbook of parenting: Practical issues in parenting.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ. 89–110.

Grolnick, W. S., McMenamy, J. M., Kurowski, C. O. (2006). Emotional self-regulation in infancy and toddlerhood. In Balter, L., Tamis-LeMonda, C. S. (Eds.) *Child Psychology. A Handbook of Contemporary Issues. Second Edition.* Psychology Press, New York. 3–26.

Harbron, J., Booley, S., Najaar, B. (2013). Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African Journal of Clinical Nutrition, 26(3),* 141–149.

Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban.* 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.

Hegerl, U., Sander, C., Hensch, T. (2016). Arousal Regulation in Affective Disorders. In Frodl, T. (Ed.) *Systems Neuroscience in Depression* Academic Press, Cambridge, 341–370.

Hofmann, W., Schmeichel, B.J, Baddeley, E. D. (2012). Executive Functions and Self-Regulation. *Trends in Cognitive Sciences 16(3),* 174–180.

Holodynski, M. (2009). Milestones and Mechanisms of Emotional Development. In Rottger-Rossler, B., Markowitsch, H. J. (Eds.) *Emotionas Bio-cultural Processes.* Springer Science, Business Media, New York. 139–163.

Hughes, S. O., Frazier-Wood, A. C. (2016). Satiety and the self-regulation of food take in children: A potential role for gene-environment interplay. *Current Obesity Reports, 5(1),* 81–87.

Hussein Shehata, A. M., Ramadan, F. (2017). Relationship between emotional regulation strategies and self –reported ego defense styles among nursing interns at Alexandria Main University Hospital. *Indian Journal of Psychiatric Nursing, 14,* 3–8.

Hrabok, M., Kerns, K. A. (2010). The Development of Self-Regulation: A Neuropsychological Perspective. In Sokol, B. W., Müller, U., Carpendale, J. I. M, Young, A. R., Iarocci, G. (Eds.) *Social Interaction and the Development of Social Understanding and Executive Functions.* Oxford University Press, New York. 129–154.

Jones, S. M., Bailey, R., Barnes, S. P., Partee, A. (2016). *Executive Function Mapping Project: Untangling the Terms and Skills Related to Executive Function and Self-Regulation in Early Childhood.*

OPRE Report # 2016–88, Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services, Washington.
Karmiloff, K., Karmiloff-Smith, A. (2006). *Amit a baba kérdezne – ha beszélni tudna.* Hajja és Fiai Könyvkiadó, Debrecen.
Király, I. (2011). Figyelj, emlékezz, gondolkodj! – A kognitív képességek fejlődése. In Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* NCSSZI, Budapest. 226–269.
Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development, 66,* 597–615.
Konczak, J. (2004). Neural development and sensorimotor control. In Berthouze, L., Kozima, H., Prince, C. G., Sandini, G., Stojanov, G., Metta, G., Balkenius, C. (Eds.) *Proceedings of the Fourth International Workshop on Epigenetic Robotics.* Lund University Cognitive Studies, 117.
Koole, S. L., Aldao, A. (2016). The Self-Regulation of Emotion: Theoretical and Empirical Advances. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Third edition*. The Guilford Press, New York. 24–41.
Lakatos, K. (2011). Mutasd meg érzéseidet, de szabályozd a viselkedésedet! – Az érzelemszabályozás fejlődése In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Eds.) *Biztos Kezdet kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* NCSSZI, Budapest. 146–179.
Lane, S. J., Mailloux, Z., Schoen, S., Bundy, A., May-Benson, T. A., Parham, L. D., Smith Roley, S., Schaaf, R. C. (2019). Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®. *Brain Sciences, 9(7),* 153. doi: 10.3390/brainsci9070153
Liew, J., Cameron, C. E., Lockman, J. J. (2018). Parts of the Whole: Motor and Behavioral Skills in Self-Regulation and Schooling Outcomes. *Early Education and Development,* 29(7), 909–913.
Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R., Marzolf, D. (1995). Developmental and Temperamental Differences in Emotion Regulation in Infancy. *Child Development, 66,* 1817–1828.
March of Dimes (2003). *Perinatal Nursing Education. Understanding the Behavior of Term Infants.* Letöltés: https://www.marchofdimes.org/nursing/modnemedia/othermedia/nemodule.pdf
Martin, L. (2004). *Énvédő mechanizmusok személyiség- és klinikai pszichológiai empirikus vizsgálatai. Doktori értekezés.* PTE BTK, Pécs.
Márkus, A. (2006). *Neurológia – Pszichológia szakos hallgatóknak.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
Matsumoto, D., Hee Yoo, S., Fontaine, J. (2008). Mapping Expressive Differences Around the World: The Relationship Between Emotional Display Rules and Individualism Versus Collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39,* 55–74.
Mayes, L. C. (2000). A Developmental Perspective on the Regulation of Arousal States. *Seminars in Perinatology, 24(4),* 267–279.
McCall, R. B., Larsen, L., Ingram, A. (2003). The science and policy of early childhood education and family services. In Reynolds, A. J., Wang, M. C., Walberg, H. J. (Ed.) *Early childhood programs for a new century: Issues in children's and families' lives.* The University of Illinois at Chicago. Series on Children and Youth. CWLA Press, Washington D.C. 255–298.
Mészáros, A. (2018). Neurokognitív jellemzők – végrehajtó működés. In Csákvári, J., Cs. Ferenczi, Sz. (Szerk.) *A fiatalok lehetőségeinek kibontakoztatása.* ELTE BGGyK, Budapest.
Miller-Lewis, L. R., Searle, A. K., Sawyer, M. G., Baghurst, P. A., Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7(1),* 6.
Mischel, W., Ebbesen, E. B., Raskoff Zeiss, A. (1972). Cognitive and attentional mechanisms in delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology, 21(2),* 204–218.
Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M J., Witzki, A. H., Howerter, A., Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex "Frontal Lobe" Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology, 41,* 49–100.

Miyake, A., Friedman, N. P. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. *Current Directions in Psychological Science, 21(1),* 8–14.

Mooncey, S., Giannakoulopoulos, X., Glover, V., Acolet, D., Modi, N. (1997). The effect of mother-infant skin-to-skin contact on plasma cortisol and β-endorphin concentrations in preterm newborns. *Infant Behavior and Development, 20(4),* 553–557.

Munakata, Y., Snyder, H. R., Chatham, C. H. (2012). Developing Cognitive Control: Three Key Transitions. *Current Directions in Psychological Science*, *21(2),* 71–77.

Murray, D. W., Rosanbalm, K., Christopoulos, C., Hamoudi, A. (2015). *Self-Regulation and Toxic Stress: Foundations for Understanding Self-Regulation from an Applied Developmental Perspective.* OPRE Report #2015–21, Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C.

National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.* National Academy Press, Washington.

Neville, H. F. (2007). *Is This a Phase? Child Development* & *Parent Strategies, Birth to 6 Years.* Parenting Press, Seattle.

Németh, T., Várady, E., Danis, I., Scheuring, N., Szabó, L. (2017). Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész – Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae*, *27(10-12),* 406–417.

Németh, T., Várady, E., Danis, I., Scheuring, N., Szabó, L. (2018). Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban II. rész – Szoptatás, hozzátáplálás és elválaszt(ód)ás az Egészséges Utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae*, *28(6-7),* 313–323.

Papoušek, H., Papoušek, M. (1995). Intuitive parenting. In Bornstein, M. H. (Ed.) *Handbook of parenting, Vol. 2. Biology and ecology of parenting.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale. 117–136.

Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children.* W.W. Norton & Co., New York.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Basic Books, New York.

Pető, I. (2013). Közöttünk élő szenzoros diszfunkció. *Kapocs, 3,* 44–54.

Rothbart, M. K. (2012). *Becoming Who We Are. Temperament and Personality in Development.* The Guilford Press, New York.

Rothbart, M. K., Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In Lamb, M. E., Brown, A. L. (Eds.) *Advances in developmental psychology: Volume 1.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale. 37–86.

Rothbart, M. K., Ellis, L. K, Posner, M. I. (2011). Temperament and Self-Regulation. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Second edition*. The Guilford Press, New York. 441–460.

Rueda, M. R., Posner, M. I., Rothbart, M. K. (2011). Attentional Control and Self-Regulation. In Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications. Second edition*. The Guilford Press, New York. 284–299.

Rueda, M. R., Posner, M. I. (2013). Development of Attention Networks. In Zelazo, P. D. (Ed.) *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of developmental psychology (Vol. 1). Body and mind.* Oxford University Press, New York. 683–705.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence.* Guilford Press, New York.

Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015a). Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat*, *66 (2),* 108–113.

Scheuring, N., Danis, I., Papp, E, Németh, T., Szabó, L. (2015b). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat*, *66 (3),* 149–153.

Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015c). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat*, *66(4),* 208–214.

Schulte, T., Hong, J. Y. Sullivan, E. V., Pfefferbaum, A., Baker, F. C., Chu, W., Prouty, D., Kwon, D., Meloy, M. J., Brumback, T., Tapert, S. F., Colrain, I. M., Müller-Oehring, E. M. (2020). Effects of age, sex, and puberty on neural efficiency of cognitive and motor control in adolescents. *Brain Imaging and Behavior, 14(4),* 1089–1107.

Simonnet, D. (1994). *Mindentudó kisbabád.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years.* Cambridge University Press, New York.

Sroufe, L. A. (2000). Early Relationships and the Development of Young Children. *Infant Mental Health Journal, 21(1-2),* 67–74.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psyhoalalysis and Developmental Psychology.* Basic Books, New York.

Stansbury, K., Zimmermann, L. K. (1999). Relations among child language skills, maternal socializations of emotion regulation, and child behavior problems. *Child Psychiatry and Human Development*, *30(2),* 121–142.

Teti, D. M, Kim, B-R., Mayer, G., Countermine, M. (2010). Maternal Emotional Availability at Bedtime Predicts Infant Sleep Quality. *Journal of Family Psychology*, *24(3),* 307–315.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2-3),* 25–52.

Topál, J., Gergely, Gy., Miklósi, A., Erdőhegyi, A., Csibra, G. (2008). Infants' perseverative search errors are induced by pragmatic misinterpretation. *Science, 321,* 1831–1834.

Vigotszkij, L. Sz. (1971). *A magasabb pszichikus funkciók fejlődése.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (2004). Understanding Self-Regulation: An Introduction. In Baumeister, R. F., Vohs, K. D. (Eds.) *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory and Applications.* The Guilford Press, New York. 1–12.

Voltaire, S. T., Teti, D. M. (2018). Early nighttime parental interventions and infant sleep regulation across the first year. *Sleep Medicine, 52,* 107–115.

Vorms, M. (2012). A-not-B Errors: Testing the Limits of Natural Pedagogy Theory. *Review of Philosophy and Psychology, 3,* 525–545.

Welsh, M., Peterson, E. (2014). Issues in the Conceptualization and Assessment of Hot Executive Functions in Childhood *Journal of the International Neuropsychological Society, 20,* 152–156.

Whitebread, D., Basilio, M. (2012). The Emergence and Early Development of Self-Regulation in Young Children. *Profesorado, 16(1),* 15–33.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality.* Tavistock Publications Ltd., London.

Witherington, D. C., Campos, J. J., Harriger, J. A., Bryan, C., Margett, T. E. (2010). Emotion and its Development in Infancy. In Bremner, J. G., Wachs, T. D. (Eds.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development Second Edition Volume 1 Basic Research.* Wiley-Blackwell, Chichester. 568–591.

Wood, D. J., Bruner, J., Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17,* 89–100.

Zelazo, P. D., Müller, U., Frye, D., Marcovitch, S., Argitis, G., Boseovski, J., Chiang, J.K., Hongwanishkul, D., Schuster, B. V., Sutherland, A., Carlson, S. M. (2003). The Development of Executive Function in Early Childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 68(3),* 1–151.

Zelazo, P. D., Carlson, S. M. (2012). Hot and Cool Executive Function in Childhood and Adolescence: Development and Plasticity *Child Development Perspectives, 6(4),* 354–360.

Zelazo, P. D., Blair, C.B., Willoughby, M.T. (2016). *Executive Function: Implications for Education.* (NCER 2017-2000) National Center for Education Research, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education, Washington.

Hivatkozás: Tóth, I. (2020). Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség – Legújabb fejlemények. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 244–268.

A szülő-csecsemő kötődés kialakulásának hátteréről, valamint a kötődési kapcsolatnak a gyermek későbbi fejlődésére gyakorolt hatásáról immár fél évszázada gyűlnek a kutatások eredményei. Míg egyes kérdésekre határozottabb válaszokkal szolgálhat a tudomány, más – régebb óta vizsgált vagy újonnan felvetett – kérdéseknél ellentmondásos a kép. Ebben a fejezetben néhány, mára általános érvényűnek tekinthető tanulság bemutatása mellett kiemelünk olyan vizsgálódási területeket, amelyek egybecsengő eredmények híján jelenleg is a kutatások fókuszában állnak. Először azonban röviden áttekintjük a korai kötődés alapfogalmait és természetét, ami megalapozza a később bemutatásra kerülő, tágabb fejlődési összefüggéseket vizsgáló kutatások könnyebb értelmezhetőségét, valamint hátteret nyújt a jelen kötet egyes gyakorlati/intervenciós témájú tanulmányaihoz.

KORAI KÖTŐDÉS, TÁRSAS KAPCSOLATOK ÉS LELKI EGÉSZSÉG – LEGÚJABB FEJLEMÉNYEK

Tóth Ildikó

A kötődési kapcsolat
Kötődési klasszifikációk: az Ainsworth-féle alapmintázatok
A gondozó bánásmódja, szenzitivitása és a kötődés Ainsworth-féle alapmintázatai
Kötődési klasszifikációk: a dezorganizált kötődés
A dezorganizált kötődés kialakulásának háttere: kockázati tényezők összjátéka

Korai kötődés és későbbi társas alkalmazkodás – kitisztul a kép?

Kötődési zavarok: fejlődés szélsőséges gondozási körülmények között
Reaktív kötődési zavar
Gátolatlan társas kapcsolati zavar

Utánkövető örökbefogadási és intervenciós vizsgálatok kötődés szempontú tanulságai
Nemzetközi örökbefogadási kutatások
Nemzetközi intervenciós kutatások

Összegző gondolatok

A kötődési kapcsolat

A kisgyermekkori lelki egészség egyik meghatározó tényezője a csecsemő és a szülő(k) között létrejövő korai kötődés. A *kötődési elmélet* (Bowlby, 1969/1982) szerint *a csecsemők evolúciós eredetű, veleszületett szükséglete legalább egy szoros, tartós érzelmi kapcsolat kialakítása a születést követő első életév során*. Egy kapcsolat két résztvevőt feltételez: az önellátásra képtelenül világra jövő csecsemő testi és érzelmi igényeit a korai időszakban a szülő, főképp az édesanya elégíti ki, így a kölcsönös interakciók, a mindennapi gondozás talaján fejlődik a szülő és csecsemője közti kötelék szoros és tartós érzelmi kötődéssé. A *kötődés* kifejezés tehát „kétszemélyes", mert a csecsemő mellett jelöli azt a *kötődési személyt* (szülőt/gondozót[1]) is, aki a rendszeres törődést és biztonságot nyújtja az adott kapcsolatban. A kötődési kapcsolat megszakadása esetén a kötődési személy nem helyettesíthető egy másik, még a szűkebb környezetben jelen lévő gondozóval sem, mert a kialakult, *személyre szóló kötődési minta* nem vihető át egy másik kapcsolatra. A csecsemők azonban több kötődést is kialakíthatnak az első életévek során (pl. az anyához és az apához), így, ha az egyik kapcsolatban hosszabb szeparációt, vagy a kapcsolat végleges megszakadását szenvedik el, támaszkodhatnak egy másik kötődési személyre, azaz egy másik kötődési kapcsolatra. (A kötődési veszteségről, traumáról lásd Lénárd tanulmányát a jelen kötetben).

A szülőhöz való kötődés nem „születik együtt" a csecsemővel. Az újszülöttben még csak a késztetés van jelen, hogy egy kapcsolatot szorossá tegyen (Bowlby, 1969/1982). *A kötődés a róla gondoskodó felnőttekkel zajló rendszeres kommunikáción, testi kontaktuson, tehát az interakciókon keresztül formálódik és ölt idővel az adott kapcsolatra jellemző, kölcsönös – diádikus – viselkedési formát.* Átlagos körülmények között, *a kötődés normatív fejlődése esetén a csecsemő egyéves korára szilárdul meg az első kötődési kapcsolat.* Az *újszülöttek* még minden, a környezetükben megforduló személlyel keresik a kontaktust, például kapaszkodással, mosolygással, gügyögéssel, szemkontaktus felvételével, sírással (*differenciálatlan szociabilitás* szakasza). Néhány hónapos koruktól azonban már másként reagálnak a különböző interaktív partnerekre, és egyre megkülönböztetettebben fordulnak jelzéseikkel az állandó gondozók felé (*differenciált szociabilitás* szakasza). A személyre szóló, *valódi kötődés* szakasza nagyjából 9 hónapos kortól kezdve ismerhető fel, amikor a *csecsemő egyértelműen a kötődési személy felé orientálódik, különösen a számára stresszkeltő helyzetekben*, mint amilyen például egy idegen személlyel való találkozás, a gondozótól való jelentős fizikai távolság, a szeparáció, a betegség, fáradtság vagy ijedtség. Ha a csecsemő stresszhelyzetbe kerül és feldúlttá válik, a kötődési személynél keres biztonságot és megnyugvást az életkorának és képességeinek megfelelő viselkedés-

[1] Az *elsődleges gondozó* leggyakrabban a biológiai anya, de más *„elsődleges kötődési személy"* is elláthatja ezt a szerepkört (pl. nevelőszülőség vagy örökbefogadás esetén). Emellett a csecsemő környezetében jelen lehet több, a gondozásban rendszeresen résztvevő személy (apa, nagyszülők, nagyobb testvér, bölcsődei gondozó, fizetett otthoni gyermekfelügyelő stb.), akik további kötődési személyekké válhatnak. A szövegben ezért a „szülő", ill. „gondozó" kifejezések általában egymással felváltva jelennek meg, kivéve, ahol az ismertetett kutatás kifejezetten egy adott gondozóra (pl. az anyára) fókuszált.

módokkal: panaszos vokalizációval (hangadással) vagy sírással, nyújtózkodással, aktív helyváltoztató mozgással, felcsimpaszkodással és odabújással. A szülővel való szoros testi érintkezést a gyermek addig tartja fenn, amíg meg nem nyugszik, és ismét biztonságban nem érzi magát. A kontaktus eléréséhez használt viselkedési repertoárt nevezzük *kötődési viselkedésnek* (Ainsworth és mtsai., 1972). A szülő mint partner, reagálva a jelzésekre, maga is együttműködik a csecsemővel, hogy mihamarabb létrejöjjön a megnyugvást nyújtó közelség, és ezzel *biztonságos bázisként* szolgál gyermeke számára (Ainsworth, 1967).

Kötődési klasszifikációk: az Ainsworth-féle alapmintázatok

A kötődési személy mint *biztonságos bázis (secure base)* fogalmának kidolgozása Ainsworth nevéhez köthető (Ainsworth, 1967), és a koncepció a kötődési elmélet egyik központi gondolatává vált. A tárgyi és a társas környezet megismerése, az *exploráció* sem volna lehetséges a csecsemő számára, ha a szülő nem szolgálna számára biztonságos bázisként. *A gondozó megnyugtató, biztonságot adó közelségében a csecsemő képes figyelmét a külvilágra és a megismerésre irányítani, mert bízik a gondozó elérhetőségében* (availability). Az elérhető kötődési személy folyamatos figyelmet, gondoskodást, védelmet, érzelmi és fizikai biztonságot nyújt, így a csecsemő hozzá fordulhat támaszért a kötődési viselkedését aktiváló kisebb-nagyobb „vészhelyzetek" esetén. Az optimális kötődési kapcsolat, a szülő folyamatos elérhetősége tehát nem gátolja, hanem ellenkezőleg, támogatja az explorációt, míg biztonságos bázis hiányában sérülhet a nyugodt és elmélyült felfedezés, s ezáltal a kognitív és a szociális fejlődés.

A csecsemő kötődési viselkedését és az explorációt irányító viselkedési rendszerek finom egyensúlyban, összehangoltan működnek. A kötődés-exploráció kölcsönös szabályozásának megfigyelésére dolgozta ki Ainsworth az *Idegen Helyzet Teszt* (IHT) laboratóriumi eljárást (Ainsworth és mtsai., 1978), amelyet azóta is *elterjedten alkalmaznak a korai kötődés minőségének megfigyelésére*. Az IHT lényege, hogy az eljárás során epizódról epizódra fokozódik az enyhe stressz a csecsemő számára, és ezzel aktiválódik a kötődési viselkedésének rendszere. A csecsemő egy számára idegen környezetben fedezhet fel játékokat, majd megismerkedik egy idegen felnőttel, míg azután a gondozó rövid időre az ismeretlennel, majd később egyedül hagyja. Egyrészt a játékok és a környezet a csecsemőt felfedezésre késztetik, másrészt az új ingerek és a két rövid szeparáció fokozzák szorongását és a kötődési személy közelsége iránti igényét. Ainsworth és munkatársai az egyéves csecsemők IHT-ben mutatott kötődési viselkedése alapján *három kötődési mintázatot* különítettek el (az IHT módszeréről és a kötődési mintákról a jelen fejezetnél részletesebben lásd Tóth és Gervai, 2005; Tóth, 2011).

- Az anyjukhoz *biztonságosan* kötődő csecsemőket általában feldúlta a szeparáció, sírással reagáltak az anya távollétére. A szülő visszatértekor aktívan keresték a testi kontaktust, határozott kötődési viselkedést mutattak, majd amikor megnyugodtak, visszatértek az explorációhoz. A kötődés és az exploráció rendszere a várt egyensúlyban, dinamikában működött.

- A *bizonytalan-elkerülő* kötődésű csecsemők nem mutatták látható jelét annak, hogy felzaklatta volna őket az idegen környezet és a szeparációk. Az anya visszatértekor nem keresték az érintkezést, akár egyenesen elhárították a közeledését, és figyelmüket az eljárás egésze alatt a játékokra irányították. Náluk túlsúlyba került az exploráció a kötődési viselkedés rovására, így nem beszélhetünk a viselkedési rendszerek egyensúlyáról.
- A *bizonytalan-rezisztens* kötődésű csecsemőket erősen feldúlta a szeparációs helyzet, és az anya visszatérése nem jelentett számukra megnyugtató, biztonságos bázist. Az eljárás végéig nyűgösködtek, és ragaszkodtak a szoros testi kontaktushoz. A szülővel való érintkezés során a kötődési viselkedés – pl. csimpaszkodás, odabújás – keveredett az ellenállás és a dühös elutasítás jeleivel. A rezisztens kötődésű csecsemők nem fogtak önálló explorációba a vizsgálati helyzet végén, így a viselkedési rendszerek egyensúlya a kötődési viselkedés irányába, és ezzel a felfedezés rovására billent el.

A *bizonytalan* anya-csecsemő kötődésnek tehát *két formája* különült el a szerint, hogy a kötődési viselkedés túl- vagy alulszabályozott volt. Az *elkerülő* kötődésű csecsemők túlszabályozták, azaz deaktiválták a kötődési viselkedésüket az IHT alatt, és kevés distressz jel mellett egyáltalán nem közeledtek a gondozóhoz, vagy csupán alacsony szintű kontaktuskeresést mutattak. A *rezisztens* kötődési kapcsolatot az jellemezte, hogy a csecsemő kötődési viselkedési rendszere alulszabályozott, azaz hiperaktivált volt, és a magas distressz erős kontaktuskeresési viselkedéssel járt együtt. A bizonytalan kötődési stratégiákkal ellentétben a gondozóhoz *biztonságosan* kötődő csecsemők csoportja mutatott *rugalmas stresszkezelési* viselkedést az előhívott distressz és a közelségkeresés szempontjából. A különböző stresszorok által kiváltott feszültség kezelése nem csupán a kötődési kapcsolat mintázatának lenyomata, hanem egyben az is megfigyelhető, milyen érzelemszabályozási stratégiát alkalmaz a csecsemő: inkább elrejti vagy felerősíti negatív érzelmeinek kimutatását a gondozó felé (az érzelemszabályzásról bővebben lásd Cs. Ferenczi és Németh tanulmányát a jelen kötetben; Lakatos, 2011).

Az Ainsworth-féle *három klasszikus kötődési mintázat mellett elkülöníthetünk egy negyedik kötődési csoportot* is, amit azonban nem tekinthetünk egy újabb hasonló, szervezett kötődési mintának. A *dezorganizált* kötődés (Main és Solomon, 1990) esetében a csecsemő viselkedési stratégiájának szétesését, a szülő felé irányuló megnyilvánulásainak ellentmondásosságát találták domináns jelenségnek a kutatók. Az újabb klasszifikáció nemcsak a kötődési kutatások területén bírt átütő hatással (részletesen lásd később), hanem változtatott az eredeti Ainsworth-féle terminusok egyikén is. A bizonytalan-rezisztens elnevezés helyett korábban a *szorongó-ambivalens* kötődés kifejezést használták a szakirodalomban. Mivel a dezorganizált viselkedések közül néhány ambivalenciát sugall (pl. egyidejű, vagy egymást követő ellentmondásos viselkedések), az eredeti szóhasználat félrevezetővé vált. E kötődési csoport napjainkra bevetten használt elnevezésében a „dühös ellenállásra" utaló *rezisztencia* mint kiemelten tipikus viselkedési jellegzetesség tükröződik (a megfigyelt viselkedésekről részletesebben lásd Tóth és Gervai, 2005).

Láthatjuk, hogy a gondozó-csecsemő kötődés e normatív formái esetén kötődési mintázatokról/csoportokról/klasszifikációkról, azaz minőségi eltérést mutató típusokról beszélhetünk. Amikor az első életév végére kialakul egy kötődési kapcsolat, azt az *erős-*

ségével nem (hiszen vagy van kötődés valakihez, vagy nincs), hanem csak a minőségével jellemezhetjük (Ainsworth és mtsai., 1972), így nem állítható, hogy egy csecsemő „jobban/erősebben/biztonságosabban" kötődik a gondozójához.

A kötődés evolúciós eredetű funkciója, hogy biztosítsa a gondozó elérhetőségét a csecsemő védelmének érdekében, ugyanakkor az IHT-ben megfigyelhető kötődési típusok közül a biztonságos szülő-csecsemő kötődés tükrözi az optimálisnak tekintett biztonságos bázis koncepciót. A kötődési mintázatok kialakulásához vezető utat, a kapcsolatok előtörténetét vizsgáló kutatások szolgálnak magyarázattal arra, miért találunk változatosságot a kötődési kapcsolatok minőségében.

A gondozó bánásmódja, szenzitivitása és a kötődés Ainsworth-féle alapmintázatai

Az Idegen Helyzet Tesztben megfigyelt biztonságos, elkerülő és rezisztens anya-csecsemő kötődés megállapításának előzményeként Ainsworth és munkatársai (1978) születéstől egyéves korig követték az anya-csecsemő interakciók jellegzetességeit, azok változását. Kimutatták, hogy az első életévben megtapasztalt anyai bánásmód egyik fontos jellemzője, a gondozói *szenzitivitás* mint kulcstényező állt oksági kapcsolatban a csecsemők IHT-ben mutatott viselkedésével. *A szenzitív szülő érzékeny a csecsemő felől érkező jelzésekre és az érzelmi állapotaira, mintegy „olvassa" gyermeke szükségleteit, majd ezeket értelmezve időzítésében és természetében is megfelelő választ tud nyújtani az igényeire.* Ez megkívánja, hogy a) a szülő odafigyelve és elérhetően legyen a csecsemő közelében, b) megtalálja nyugtalanságának forrását, c) és sírására, nyűgösségére hatékony, megnyugtató választ nyújtson. *Egy szenzitív gondozó mellett a csecsemő azt tanulja meg, hogy szükségleteit figyelembe veszik és megbízhatóan kielégítik, érzelmi melegséget és gyengédséget nyújtanak neki, és baj esetén megnyugvást talál.* (Ainsworth és mtsai., 1974; a szenzitivitásról bővebben lásd Tóth, 2011, 327–329. o.)

A *biztonságos* szülő-csecsemő kötődés kialakulásának hátterében a szenzitív gondoskodás hatását mutatták ki számos további kutatásban is (összegző elemzések lásd Atkinson és mtsai., 2000; Verhage és mtsai., 2016), így elmondható, hogy egy kötődési kapcsolatban a szenzitív bánásmódot nyújtó szülő jelenthet biztonságos bázist kisgyermeke számára. A bizonytalan-*elkerülő* kötődés fejlődése során *következetesen inszenzitív* gondoskodásban részesül a csecsemő. A szülő rendszerint nem, vagy csak jelentős időbeni késéssel és gyakran nem adekvát módon reagál a csecsemő érzelmeire és figyelemfelkeltő, különösen a közelségigényét kifejező jelzéseire. *Ezzel a csecsemő azt tanulja meg, hogy nyugtalanságát, sírását figyelmen kívül hagyják, szükségleteit elutasítják, és negatív érzelmi állapotaival elsősorban önmagának kell megküzdenie.* Ez vezet ahhoz, hogy a csecsemő egy olyan enyhe stresszhelyzetben, mint az IHT, inkább elrejti a negatív érzelmeit, és nem mutatja ki nyíltan a kötődési igényét közelségkereséssel. A bizonytalan-*rezisztens* kötődési kapcsolat kialakulásának hátterében a *következetlenül inszenzitív* gondozás áll. *A szülő a gyermek számára hol elérhető, hol nem, ezért a csecsemő erőteljesebb jelzésekkel kommunikál* (pl. kisebb probléma esetén is hangos sírással), *és fokozottabban fejezi ki kötődési igényét, hogy a szülő biztosan reagáljon.* A következetlen bánás-

mód következtében a csecsemő túlzottan függ a szülő fizikai és érzelmi közelségétől, igyekszik a szülőn tartani a figyelmét, így kevésbé hajlandó elmélyülni a tárgyi és a társas környezet felfedezésében.

Az IHT-ben azonosítható *kötődési stratégiák jól tükrözik, hogy a csecsemő hogyan éri el és tartja fenn az anya figyelmét és közelségét:* a biztonságos és a rezisztens kötődés esetében a kötődési viselkedések tárházával, míg elkerülő kötődés esetén – paradox módon – azzal, hogy nem mutatja ki kötődési igényét, kivédve ezzel a szülői elutasítást, távolságtartást. Bármilyen bánásmód mellett is alakul ki a korai kötődés, *a kötődési elmélet értelmében a csecsemő „célja" minden esetben ugyanaz: a kapcsolatra támaszkodva közelséghez, védelemhez, gondoskodáshoz jutni.*

A kötődési mintázatok fejlődésének hátterében álló *szenzitivitás/inszenzitivitás* nem egy-egy alkalommal vagy életkorban jellemzi a gondozó viselkedését, hanem *tartósan és rendszeresen nyilvánul meg a mindennapi gondozási helyzetekben* (pl. fürdetés, öltöztetés), vagyis jellemző az adott szülő viselkedésére a csecsemővel folytatott interakciók során. A kötődés formálódása idején a csecsemő megtanulja, hogy melyik gondozó milyen bánásmódot nyújt számára (pl. az anya és az apa eltérhetnek szenzitivitásukban), így *az egyéves korban megfigyelt szülő-csecsemő kötődési mintázat tükrözi a csecsemő alkalmazkodását az adott gondozó viselkedési stílusához* (pl. különbözhet az anya-csecsemő és az apa-csecsemő kötődés minősége). A kötődési kapcsolat fejlődésének tehát előzménye van, nem ragadható meg születéskor, de a szülő várandósság alatti ráhangolódása a gyermek érkezésére, és a születést követő időszakban kapott támogatás elősegítheti, hogy már a kezdetektől fogva szenzitívebb bánásmódot nyújthasson gyermekének. (A várandósság és a szülés körüli időszak témájáról bővebben lásd Németh tanulmányát a jelen kötetben).

Fontos kiemelni, hogy a szenzitivitás koncepciójával kapcsolatban Ainsworth hangsúlyozta, hogy *a gondozói érzékenység nem tökéletességre törekvést jelent*. Előfordulhatnak alkalmi hibák, mulasztások a válaszkészségben, de ez nincs romboló hatással a biztonságos kötődés kialakulására, amennyiben a szülő az első életévben *rendszeresen és időben is tartósan* szenzitíven viselkedik gyermekével. A szenzitív szülő tehát nem „szuperanya", aki válaszadásában sosem hibázik. A szenzitivitás fogalma együttesen veszi figyelembe a csecsemőt, a szülőt és a kontextust, és ezzel az interakciókat dinamikájukban, nem pedig mikroszinten ragadja meg (Mesman és mtsai., 2012). Nem mindegy például, hogy a csecsemő nyűgössége milyen körülmények között jelentkezik, mert ez befolyásolhatja, megfelelőnek tekinthető-e a szülői válasz. A szenzitivitás-inszenzitivitás dimenzió azt ragadja meg, hogy a szülő folyamatosan alkalmazkodik-e a csecsemő – szintén folyamatosan változó – állapotaihoz, mintegy „párbeszédet" folytat-e vele, miközben saját gondozói viselkedési repertoárjával igyekszik a gyermek aktuális szükségletét kielégíteni. A szenzitív gondozási folyamatba egy-egy ponton csúszhatnak hibák, „kísérletezések" a legmegfelelőbb válasz megtalálásáig, de a fő szempont, hogy a szülő ráleljen a gyermek számára megnyugtató megoldásra. A gondozásnak szintén része az a fajta nevelés, ami az életkornak megfelelő kereteket szab, rutint ad a csecsemő tevékenységének, szabályokat tanít meg, és megóvja őt a veszélyektől (pl. nem nyúlunk a konnektorhoz). A keretek felállításának és betartásának módja azonban függ az adott gondozó szenzitivitásától.

Kötődési klasszifikációk: a dezorganizált kötődés

A kezdeti kutatások feltárták, hogy egyes anya-csecsemő párok esetében a gyermekeknél nem lehetett egyértelműen megfigyelni az Ainsworth-féle kötődési klasszifikációkra jellemző viselkedési mintázatokat. Main és Solomon (1990) azonosított egy negyedik kötődési csoportot, amely a csecsemők viselkedési jegyei alapján a *dezorganizált/dezorientált* elnevezést kapta, és ma már szintén a *bizonytalan* kötődési típusok közé soroljuk. A szülőhöz dezorganizáltan kötődő csecsemők az IHT okozta enyhe stresszhelyzetben nem voltak képesek viselkedésük szervezett sorozatával reagálni a feszültséget keltő ingerekre. *A gondozó jelenlétében furcsa, megmagyarázhatatlan viselkedéseket produkáltak olyankor, amikor határozottan bejósolható viselkedési „forgatókönyvet" várnánk*: i) kötődési viselkedés megjelenését feltételezzük, pl. a szeparációban mutatott sírást követően az anya visszatérésekor, vagy ii) a kötődési viselkedés hiányát várjuk, pl. miután a szeparációt feldúltság nélkül végigjátszotta a csecsemő. A dezorganizált kötődésű csecsemőknél többek közt ellentmondásos, a közeledés-távolodás konfliktusát tükröző rövid viselkedési epizódok, céltalan vagy sztereotíp mozgások, tartós lemerevedés szakítják meg a viselkedés folyamát, vagy jól azonosíthatók a szülőtől való félelem jelei. *A dezorganizált viselkedések lényege, hogy a csecsemő a gondozó jelenlétében zavarttá, céltévesztetté válik, mintha képtelen volna az IHT-ben egy olyan szervezett, koherens viselkedési mintát felépíteni, amivel a gondozóhoz alkalmazkodva, a kötődési kapcsolat minőségének megfelelően küzd meg a feszültségkeltő helyzettel* (részletesebben lásd Tóth és Gervai, 2005; Tóth, 2011).

A bizonytalan-dezorganizált kötődés fejlődésének hátterében nem a szülői szenzitivitás dimenziója a döntő, vagyis nem a gondozói inszenzitivitással áll összefüggésben (Van IJzendoorn és mtsai., 1999). Kutatások sorát követően mára egyértelművé vált, hogy *az atipikus, az érzelmi kommunikáció súlyos hibáit nagy gyakorisággal mutató anyák csecsemői válnak dezorganizált kötődésűvé* (Lyons-Ruth és mtsai., 1999; Madigan és mtsai., 2006). Az atipikus anyai gondozás során a csecsemő vagy i) *ellenséges, erőszakos, bántalmazó* viselkedéseket tapasztal meg, vagy ii) az anya *riadt, visszahúzódó, tehetetlen* viselkedése a csecsemőben inkább stresszt vált ki, vagy fokozza azt ahelyett, hogy a szülői jelenlét megnyugtatást jelentene számára (a módszerről részletesen lásd Novák és Lakatos, 2005). *Az atipikus kommunikáció hibái enyhén és elenyésző mértékben megjelenhetnek a tipikus gondozás keretein belül is, azonban akkor jelentenek fokozott kockázatot a korai kötődés legkevésbé optimálisnak tartott, dezorganizált típusának kialakulásához, ha mértékük meghalad egy küszöböt*[2].

Az atipikus viselkedésű anyák csecsemőjének kötődési viselkedési rendszere krónikus „készenléti állapotban" működik, mert maga a folyamatosan jelenlévő gondozó félelemkeltő, aki nem képes csökkenteni a csecsemő kötődési igény miatti szorongását. Ez azt

[2] Természetesen semmilyen erőszakos vagy bántalmazó viselkedés nem igazolható vagy megengedhető, ezért elsődleges szakmai feladat ezek felismerése és kezelése. Egy komplex intervenciót alkalmazó kutatás például eredményt mutatott fel az atipikus viselkedés, és ezzel a dezorganizált kötődés csökkentésében (Tereno és mtsai., 2017). A szülői interakciókat és a kötődés minőségét célzó intervenciós lehetőségekről lásd még Danis tanulmányát a II. kötetben.

a feloldhatatlan konfliktust eredményezi, hogy a kötődési személy egyben a biztonság és a félelem forrása is (Main és Hesse, 1990). Az IHT által kiváltott stresszhelyzetben a dezorganizált kötődésű gyermekeknél egyszerre indul be a késztetés a szülő megközelítésére és a szülőtől való menekülésre. E két viselkedési rendszer kölcsönös gátlása váltja ki a kontextusba nem illő *dezorganizált viselkedéseket*, amelyek a kötődési stratégia szerveződésének összeomlásához vezetnek.

A dezorganizált kötődés kialakulásának háttere: kockázati tényezők összjátéka

Az inkoherens, dezorganizált kötődést kialakító csecsemők még kevésbé optimális gondozói környezetet tapasztalnak meg, mint a szervezett, koherens kötődési viselkedést mutató, de bizonytalan – elkerülő vagy rezisztens – kötődésű kisgyermekek. *A dezorganizált kötődés különösen magas arányban fordul elő bántalmazást elszenvedő csecsemőknél* (akár 40–80%), *vagy erőszakos jeleneteknek kitett gyermekek között.* Hasonlóképpen, *a szülő szenvedélybetegsége (pl. alkoholfüggőség) és mentális betegsége (pl. súlyos depresszió) is jelentősen növeli a dezorganizált kötődés kialakulásának kockázatát, de emellett a kedvezőtlen társadalmi, szocio-demográfiai környezet (pl. mélyszegénység) is a veszélyeztető körülmények közé tartozik.* Ezeket a tényezőket számos kutatás külön-külön, de kombináltan is vizsgálta, és megállapították, hogy – többek között az anyai atipikus viselkedésen keresztül – hozzájárulnak a dezorganizált kötődés kialakulásához. A fenti kockázati tényezőket korábban egyenként részletesen tárgyaltuk (Tóth, 2011, 335–340. o.), azonban az alábbi összegző tanulmány (metaanalízis) tovább árnyalja a képet, és a korábbiaknál erőteljesebben mutat rá a halmozott rizikó jelentőségére[3].

Cyr és munkatársai (2010) két szempont szerint válogattak össze korábban megjelent *anya-csecsemő kötődést* vizsgáló tanulmányokat: az egyik csoportba olyan *magas szocio-demográfiai rizikójú* minták kerültek összevonásra, ahol bizonyítottan nem érte bántalmazás vagy elhanyagolás a kisgyermekeket, míg a másik csoportba a kötődési személy által *bántalmazott* vagy *elhanyagolt* gyermekek kerültek. Arra voltak kíváncsiak, hogy milyen a *dezorganizált* és a *biztonságos* kötődésű gyermekek aránya a két csoportban. Az elemzésben számba vették a családok életében jelenlévő szociális rizikófaktorokat is. Eredményeik szerint a *bántalmazott* csoportban alacsonyabb biztonságos és magasabb dezorganizált kötődési arány mutatkozott, mint az átlagos, lakossági mintákban jellemző[4], és annál is magasabb, mint a magas szociális rizikójú csoportjukban. Utóbbi csoport tehát köztes helyet foglalt el az átlagos körülmények között és a bántalmazó környezetben nevelkedő gyermekek csoportja között. *A bántalmazás* eszerint *kiemelkedő jelentőségű a dezorganizált kötődés kialakulása szempontjából.* Megvizsgálva a szociális rizikótényezők együttes jelenlétét a nem bántalmazott, de magas rizikójú csoportban azt találták, hogy

[3] A halmozott rizikóról lásd Danis és Kalmár fejlődési pszichopatológiáról szóló tanulmányában a jelen kötetben.

[4] Átlagos populációkban az anya-csecsemő párok ~55%-a biztonságos, ~15%-a elkerülő, ~10%-a rezisztens, ~15%-a dezorganizált kötődésű.

ha legalább 5 kockázati tényező jelen van, akkor olyan magas a dezorganizált kötődés kialakulásának esélye, mintha bántalmazó környezetben nevelkedne a csecsemő. A vizsgált rizikótényezők az alacsony jövedelem, a függőség/szerhasználat, a tinédzserkori anyaság, az etnikai kisebbséghez tartozás, az alacsony iskolázottság, és az egyedülálló szülőség voltak. A tanulmány egyik fő tanulsága, hogy *a rendkívül kedvezőtlen, de nem bántalmazó közeg épp olyan súlyos rizikót jelent a csecsemő kötődésének fejlődése szempontjából, mint egy erőszakos gondozó/családtag jelenléte.* Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a kisgyermek lelki egészségét hosszabb távon veszélyeztető dezorganizált anya-csecsemő kötődés kialakulásának esélye jelentősen csökkenthető, ha a társadalmi támogató rendszer beavatkozik, és támogatást nyújt a családokat terhelő rizikótényezők csökkentésével.

A szülő gondozói viselkedése és a környezet mellett a kutatók azt is vizsgálták, hogy a *csecsemő alkati sajátosságai* milyen szerepet játszanak a kötődési kapcsolat minőségének alakulásában. A csecsemők veleszületett, biológiailag meghatározott *temperamentumának* (pl. Ferenczi, 2011) – érzelmi reaktivitásának és állapotszabályozási képességének – lehetséges befolyása a kötődéskutatások kezdetétől felmerült. Azt feltételezték, hogy hatással lehet a gondozóval folytatott interakciókra, és az IHT-ben megfigyelhető érzelemszabályozásra, ezzel a kötődési minőség alakulására, sőt szélsőségesebb nézetek az IHT-t temperamentum-mérési helyzetnek tartották. A területek között évtizedek óta folyó vitára és az ellentmondásos eredmények feloldására a kellő számban felgyűlt kutatások összegző elemzése (metaanalízise) adhatott választ (Groh és mtsai., 2017a). *Az inkoherens, dezorganizált kötődés jelensége egyértelműen nem köthető a csecsemő temperamentumához.* Az IHT-ben azonosított koherens kötődési mintázatok közül a *rezisztens* anya-csecsemő kötődés esetében mutatkozott meg az a hatás – a korábban is elterjedten fennálló nézettel egybecsengően –, hogy a csecsemő negatív érzelmi reaktivitása, különösen az ingerek által kiváltott félelemteli distressze közepes statisztikai erősséggel függött össze a kötődéssel. A szerzők szerint egyértelműen levonható az a következtetés, hogy *a temperamentum nem magyarázza az IHT-ben megfigyelt kötődési mintázatokat, de gyenge átfedés kimutatható a két fejlődési konstruktum között.* Vizsgálandónak tartják, hogy a rezisztens kötődés és a negatív érzelmi reaktivitás összefüggése mögött esetleg a csecsemő genetikai adottságai állnak. Az elemzés nem vizsgálta a szülői gondozás minőségét, így arról egyelőre nincs szilárd bizonyítékunk, hogy a temperamentum a szülői viselkedéssel kölcsönhatásban hogyan moderálja a kötődés kialakulását.

A *csecsemő alkati sajátosságait* vizsgáló kutatások másik jelentős vonulata a csecsemő egyes, az idegi működésben szerepet játszó *génváltozatait* vizsgálja a kötődéssel összefüggésben. Kutatócsoportunk első munkájának (Lakatos és mtsai., 2000) nyomán újabbak indultak, és egyre több eredmény mutat afelé, hogy *egyes génváltozatok jelenléte – avagy ezek hiánya – esendőbbé teheti, jobban érzékenyítheti a csecsemőt a gondozási körülményekre*. Kutatásunkban az atipikus anyai viselkedés mértéke adott génváltozatot nem hordozó csecsemők csoportjában a várakozásoknak megfelelően, határozottan jósolta a dezorganizált kötődést, míg ugyanazon gén másik változatával rendelkező csecsemők körében *optimális, tipikus gondozás esetén is a dezorganizált kötődés felé tolódott el a kötődés minősége*. Egyes csecsemők tehát hajlamosabbak lehetnek dezorganizált kötődést kialakítani genotípusuk függvényében, illetve az anyai gondozás minősége erőteljesebben vagy gyengébben érvényesülhet a kötődési kapcsolat formálódásában attól függően, hogy milyen a csecsemő egyéni „fogékonysága" (Gervai és mtsai., 2007;

magyar nyelven lásd Gervai és mtsai., 2011). *A genetikai tényezők és a gondozás kölcsönhatásának kötődéssel mutatott összefüggését jelenleg a kötődéskutatások egyik fókuszának tekinthetjük.* Gervai és munkatársai (2017) magyar nyelven írt tanulmányukban részletesen összefoglalták a terület addigi eredményeit és ellentmondásait. Áttekintik, hogy az idegrendszerben kifejeződő – elsősorban a dopamin- és szerotoninrendszert érintő – mely gének változatait vizsgálták eddig a kutatók a kötődési *biztonság* és a *dezorganizáltság*, valamint a gondozói *szenzitivitás* és az *atipikus* viselkedés összefüggésében. Rámutatnak arra, hogy az egybecsengő következtetések mellett van több olyan vizsgálat is, amelyek nem jutottak más kutatásokkal azonos eredményekre, azaz nem ismételték meg a várt hatást, és kifejtik, hogy e mögött milyen, a későbbiekben majd kiküszöbölhető okok húzódhatnak meg.

A csecsemő alkati sajátosságaival kapcsolatos eredmények jelentősége abban állhat a kötődés optimálisabb fejlődését célzó *intervenciók* szempontjából, hogy *a gyermek veleszületett negatív érzelmi reaktivitása és/vagy genotípusa befolyásolhatja a beavatkozás sikerességét, így például a szenzitívebb/tipikusabb szülői viselkedésre nem feltétlenül minden csecsemő reagál egyforma fogékonysággal; egyesek sokkal inkább, míg mások kevésbé.*

Jelenlegi ismereteink szerint tehát *a dezorganizált kötődés kialakulását egyszerre számos tényező befolyásolhatja, a szülői bánásmód elsődleges szerepe azonban nem kérdőjelezhető meg.* Annak okán, hogy a környezeti tényezők – akár tágabban az életkörülmények, akár szűkebben az anya mentális egészsége vagy az életkora[5] – kiemelt faktorok, az intervenciós beavatkozásoknál ezt is érdemes figyelembe venniük a döntéshozóknak és a gyakorlati szakembereknek.

Korai kötődés és későbbi társas alkalmazkodás – kitisztul a kép?

Bowlby (1969/1982) elgondolása szerint *a csecsemő a belső munkamodellben, egy specifikus reprezentációban rögzíti a kötődési személlyel folytatott interakciók élményeit a kötődés fejlődése során.* A modellben tárolódik, hogy a gondozó (in)szenzitív vagy (a)tipikus válaszokat adott-e a jelzéseire, hogyan reagált a kötődési igényére, tehát reprezentálja magát a gondozót és az interakciók jellegzetességeit is. *A reprezentáció irányítja abban, hogy alkalmazkodjon a gondozó viselkedéséhez, elvárásai legyenek a szülő válaszkészségéről és várható reakciójának természetéről.* Az IHT-ben megfigyelt viselkedés a reprezentáció „lenyomata": az enyhe stressz előhívja a csecsemő gondozóval szembeni elvárásait, és ezzel szervezi kötődési viselkedését. *Ahogyan tárolódik egy reprezentáció a gondozó személyéről, úgy a csecsemő ennek tükrében önmagáról is kialakít egy képet a modellben.* Ha azt tapasztalta meg az interakciók során, hogy szükségleteire szenzitíven, megbízha-

[5] Az Európai Unió 2017-es felmérése szerint hazánkban 2015-höz képest 6,5%-kal csökkent a 15–20 év közötti első terhességek aránya, ugyanakkor a magyar elsőszülöttek 8,5%-ának édesanyja így is tinédzser, vagy nagyon fiatal felnőtt. Az uniós átlag 3,7%, de például Svédországban, Olaszországban az érték csupán 1% körül mozog. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190801-1

tóan reagált a gondozó, akkor az az önkép alakul ki, hogy törődésre, odafigyelésre, szeretetre méltó, és a szoros érzelmi kapcsolatokban a szociális partnerre megbízhatóan lehet támaszkodni. Inszenzitív *elutasító* gondozás esetén azt tapasztalja meg, hogy a partner nem nyújt támogatást a negatív érzelmi állapotok idején, így önmagát nem tartja törődésre méltónak, a szoros kapcsolatokban pedig a partnert megbízható, bizalmas személynek. A kiszámíthatatlan, *következetlen* bánásmód tükrében kialakuló önkép szerint a közelség és a törődés csak akkor „jár", ha a kapcsolatot eltúlzott és gyakori jelzésekkel igyekszik fenntartani. A folyamatos bizonytalanság miatt az önképet önbizalomhiány és a közelségre való túlzott igény jellemzi. Végül, mivel az atipikus, *félelemkeltő* gondozói viselkedés a gyermeket folyamatos aggodalomban tartja, ezért tehetetlenség és inkompetencia érzés alakul ki benne. Énképét alacsony önbizalom és a szoros kapcsolatokra vonatkozóan erős bizalmatlanság jellemzi. *A belső munkamodell funkciója tehát többrétű: a csecsemő a kötődési kapcsolaton keresztül egyrészt reprezentációt épít a szoros személyközi kötelékek természetéről, a társas interakciók működéséről, másrészt kialakít önmagáról is egy képet. A fejlődés során, ahogy a kisgyermek cseperedik, a belső munkamodellre támaszkodva szabályozza viselkedését az újonnan kialakított társas kapcsolatokban is* (Bowlby, 1969/1982).

A belső munkamodell jelensége áll amögött, hogy a korai kötődés minőségét jelentőségteli faktornak tekintjük a későbbi érzelmi-társas kapcsolatok alakulása szempontjából. Az utánkövető (longitudinális) kötődésvizsgálatok egyik központi kérdése, hogy a korai bizonytalan, és különösen a dezorganizált kötődés *milyen fejlődési következményekkel* jár a gyermek életútja során. A kutatások jelentős hányada a társas beilleszkedés, a szociális kompetencia zavaraira (kortársakkal való kapcsolat és népszerűség), valamint az externalizáló (pl. agresszivitás, engedetlenség, ellenségesség) és internalizáló (pl. szorongás, gátlásosság, magányosság) viselkedési tünetek megjelenésére fókuszált. Az elmúlt évtizedekben megjelent tanulmányok sokféleséget mutattak mind a vizsgált populációk (pl. átlagos, enyhén veszélyeztetett, bántalmazott), mind a kapott eredmények terén. Általánosnak mondható meggyőződés volt, hogy a korai elkerülő kötődés a későbbi externalizáló, a rezisztens kötődés az internalizáló, míg a dezorganizált kötődés mindkét viselkedési problémával összefügg. Szintén elterjedt gondolat volt, hogy a bizonytalan kötődés kedvezőtlen szociális helyzettel kombinálva több problémás viselkedést vetít előre a fejlődés során, és hogy a dezorganizált kötődés a patológiás tartományba eső társas beilleszkedési zavarok rizikótényezője (részletekért lásd Tóth, 2011).

Az elmúlt évtizedekben megfelelő mennyiségű longitudinális – nem ritkán csecsemőkortól kamaszkorig tartó – kutatás gyűlt fel ahhoz, hogy Groh és munkatársai (2017b) egy összegző elemzésben vizsgálhassák a kérdést. Kifejezetten olyan kutatásokat gyűjtöttek össze, amelyek kora gyermekkorban és megfigyelést alkalmazó módszerrel (elsősorban IHT-ben[6]) állapították meg az anya-csecsemő kötődés minőségét, majd mérték a társas viselkedés problémáit később óvodás-, iskolás- és akár fiatal kamaszkorban. A korai biztonságos kötődés és a későbbi társas alkalmazkodás összefüggésében az elemzések a várt eredményt mutatták: *a biztonságos kötődés gyenge-közepes statisztikai erővel jósolta a későbbi jobb társas kompetenciát és a kevesebb externalizáló problémát, míg a kevesebb*

[6] Más csecsemő- és kisgyermekkori kötődésmérő módszerekről lásd Tóth és Gervai, 2005.

internalizáló viselkedéssel csak gyenge erejű összefüggés mutatkozott. Érdekesség, hogy a kötődési biztonság megállapítása és a problémás viselkedés mérése közt eltelt idő, ami akár 13 év is lehetett, nem befolyásolta az eredményt. A gyenge vagy közepes hatásnagysággal bíró eredmények is kifejezetten figyelemre méltónak tekinthetők, mert egybevágnak az elméleti elvárásokkal, és mert több tényező is befolyásolhatta a statisztikai elemzések erejét. A metaanalízisben számos kisebb és nagyobb elemszámú, sokféle társadalmi és kulturális hátterű populációt vizsgáló, hasonló, ám nem teljesen ugyanazokat a mérési módszereket alkalmazó és a gyermekek társas viselkedését különböző életkorokban felmérő kutatás szerepelt, a fenti összefüggések azonban kiemelkedtek a sokféleség ellenére is. A nem nagyon erős kapcsolatot sugalló eredmények ugyanakkor rámutatnak az érem másik oldalára, és teret adnak annak a gondolatnak is, hogy a korai biztonságos kötődés nem feltétlen biztosítéka a későbbi zavarmentes társas alkalmazkodásnak és beilleszkedésnek. Több évtized longitudinális kutatásai után ma mégis határozottan állítható, hogy *a korai biztonságos kötődés hosszú távra alapozhatja meg az optimálisabb szociális fejlődési kimenetet*.

Az elemzésben a *bizonytalanul* kötődő csecsemők összevont csoportját tekintve (elkerülő, rezisztens és dezorganizált) több externalizáló viselkedés jelentkezett, a hatás pedig erősebb volt, ha az anya vagy a gyermek diagnosztizált *pszichiátriai zavartól* szenvedett, és ha a gyermek *fiú* volt. A szocioökonómiai státusz viszont nem befolyásolta a hatást, rácáfolva arra a várakozásra, hogy kedvezőtlenebb körülmények között szorosabb a bizonytalan kötődés és a problémás viselkedés összefüggése. A bizonytalanul kötődő csoportot tovább bontva, az *elkerülő* kötődésű gyermekekre vonatkozóan azt találták, hogy *mind az externalizáló, mind az internalizáló* problémák terén több alkalmazkodási zavar jellemezte őket, míg a korai *rezisztens* kötődés sem a társas alkalmazkodást, sem a viselkedési problémákat nem jósolta. A korai *dezorganizált* kötődés jelentette a legmagasabb rizikót a későbbi *externalizáló* viselkedés kialakulásához, az internalizáló viselkedéssel azonban nem függött össze. Elmondható tehát, hogy *a kötődési típusok közül a dezorganizált kötődés jelenti a legnagyobb kockázatot a későbbi, agresszióval, vitatkozással, engedetlenséggel jellemezhető externalizáló problémák – akár deviáns viselkedés – megjelenésére, míg a korai elkerülő kötődés ennél alacsonyabb, de kimutatható rizikóval jár*, és ezzel a korábbi kutatások egyik fő állítása alátámasztást nyert. Az internalizáló problémákat jóval nehezebb detektálni, ezért az ezzel kapcsolatos meglepő eredmények hátterét mindenképp érdemes – preferáltan megfigyeléssel, vagy akár minél több forrásból (anya és pedagógus mellett a gyermektől és klinikai szakembertől) származó kérdőíves felméréssel – tovább vizsgálni, nem csupán a bizonytalan, hanem a biztonságos kötődés vonatkozásában is.

A kutatók felhívják a figyelmet arra, hogy a munkájukban bemutatott összefüggések statisztikai ereje közepes volt, tehát *korántsem állítható, hogy a korai bizonytalan kötődés determinisztikusan eldöntené, hogy egy gyermek a fejlődése során problémás beilleszkedéssel, esetleg patológiás tartományba eső zavarral fog küzdeni.* Ez különösen fontos, mert a bizonytalan kötődést (ezen belül a koherens elkerülő és rezisztens mintázatot is) gyakran tartják a patológiás zavarok egyértelmű kiindulópontjának. Ugyanígy, ahogy fentebb tárgyaltuk, a korai biztonságos kötődés sem jelöli ki determinisztikusan az optimálisnak tekintett fejlődési utat. A korai éveket követő fejlődés során tehát fennállhat a lehetősége a változásnak és a beavatkozó változtatásnak problémásabb és kedvezőbb irányban egyaránt.

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy *a kimutatott longitudinális összefüggések mögött más befolyásoló és közvetítő mechanizmusokat is érdemes figyelembe venni*. Ezek támogathatják akár a biztonságos, akár a bizonytalan kötődés időbeni stabilitását, ezzel a korai életkorban kialakult munkamodellt, végül ezen keresztül a személyközi kapcsolatokról alkotott képet, s így a társas viselkedést. Groh és munkatársai (2017b) rámutattak, hogy a *korai kötődés szerepe mellett befolyásoló tényezőként vizsgálandó i) a kötődés belső munkamodellje által szabályozott társas információ feldolgozási folyamat, ii) a gyermek egyénre jellemző érzelmi reaktivitása és regulációs képessége, iii) a gyermek neurobiológiai jellemzői, agyi struktúrája és működése, valamint iv) a családi környezet és a gondozói viselkedés állandósága, mert a társas viselkedés fejlődését támogatva (vagy hátráltatva) megerősíthetik (vagy gyengíthetik) a hosszú távra vonatkozó összefüggések erejét.* Egyes kutatások már vizsgáltak néhány tényezőt, ám a teljes fejlődési kép kialakításához olyan nagy minta elemszámú, több helyszínen zajló, azonos kutatási elrendezést alkalmazó longitudinális vizsgálatokra volna szükség a jövőben, amelyek mindezeket a tényezőket egyszerre, együttesen mérik fel.

Groh és munkatársainak (2017b) tanulmánya alapján tehát két fő tanulság emelhető ki. Egyrészt, hogy igazolódott a kötődési elmélet alaptézise, miszerint a korai kötődés az érzelmi-társas fejlődés fontos mintája. Jelentős eredmény, hogy a korai bizonytalan kötődés későbbi következményeiről finomodott, pontosabbá vált a kép, így célzottabban tervezhetők a további kutatások és az intervenciók is. Másrészt *az eredmények óvatosságra intik a közvélekedést azzal kapcsolatban, hogy a korai bizonytalan kötődés egyenes út volna a társas alkalmazkodás zavarai felé a későbbi fejlődés során.*

A dezorganizált kötődés, amely a társas fejlődés egyes területeivel legerősebb összefüggést mutató kockázati tényező, továbbra is a kutatások egyik fő fókusza. Olvasmányként ajánlható Cassidy és Shaver (2016) kötetéből Lyons-Ruth és Jacobvitz áttekintő fejezete, valamint egy szerkesztett kötet, amely a klinikai alkalmazásokra is kitekint (Solomon és George, 2011). A korai kötődés jelenségével és a kötődés minőségének megállapításával kapcsolatos téves nézetekről, valamint a gyakorlat szempontjából fontos dilemmákról lásd az alábbi keretes szöveget.

A korai kötődés jelensége: a gyakorlati gondolkodás szempontjából fontos tanulságok

A korai kötődés jelenségéről és kialakulásának természetéről egyre több ismerettel rendelkeznek a hazai szakemberek és a laikusok is. A kutatási *bizonyítékokon alapuló* tudás mellett azonban gyakran találkozni téves nézetekkel, hiedelmekkel, amelyek befolyásolhatják mind a döntéshozókat és a szakembereket, mind pedig a csecsemőjüket gondozó szülőket. Az olyan kérdésekre, mint például hogy tanácsadási, terápiás vagy gyermekvédelmi beavatkozásra okot ad-e az IHT-ben látott viselkedés; vagy hogy a bizonytalanul kötődő csecsemők nem kaptak kellő szülői szeretetet; és hogy nem alakulhat ki biztonságos kötődés pl. császármetszést követően, újszülöttkori bőrkontaktus nélkül, tápszeres táplálás esetén; helyes válaszok adhatók a kötődési elmélet és az alapvető folyamatok ismeretében. (A tévhitekről továbbá lásd Tóth, 2011, 364–366. o.)

A gyakorlat szempontjából elsőként fontos kiemelni, hogy az Idegen Helyzet Teszt kifejezetten kutatási, és nem diagnosztikai vagy terápiás eszköz. Az eljárás során a fokozódó, de enyhe stressz alatt a kötődési kapcsolat mindennapi működésének „lenyomata" rajzolódik ki, ám egy nagyobb feszültséget generáló helyzetben már nem feltétlenül jelennek meg ezek a viselkedési minták. *Erős stressz, fájdalom, veszély esetén minden csecsemő a kötődési személyhez fordul támaszért*, hiszen ez a kötődés létrejöttének elsődleges funkciója.

A terápiás és gyermekvédelmi szakemberek gyakran alkalmaznak szeparációs és/vagy újratalálkozási helyzetet a klinikai vagy segítő munkájuk keretében. Az ilyen jellegű megfigyelések rendkívül fontosak a gyermek és a gondozó megfelelő ellátásában, ám nem alkalmasak arra, hogy kötődési mintázatokat azonosíthassunk. Az IHT egy sztenderd körülményeket igénylő eljárás, amelyben a feszültséget keltő ingerek időzítése percre rögzített, és a „szereplők" (idegen személy, vizsgálatvezető) pontos instrukciók alapján, betanulást követően működnek közre. A kötődési viselkedés, különösen a dezorganizált viselkedések finom felbontásuk miatt videófelvételről kerülnek kiértékelésre. Az ellátásban résztvevő gondozó-kisgyermek pár kapcsolatának működésére vonatkozó következtetésekhez elengedhetetlen az interakciók megfigyelése, ám *a szakirodalomban felállított négy kötődési klasszifikáció (pl. biztonságos vagy dezorganizált a kötődés) terápiás közegben nem meghatározható*.

Az IHT-ben azonosítható kötődési típusok *minőségi és nem mennyiségi* különbségeket ragadnak meg a gondozó és a csecsemő közötti kapcsolat jellegéből. A dezorganizált vagy az elkerülő kötődésű kisgyermek nem kötődik kevésbé a szülőhöz, mint a biztonságos kötődésű, hanem az első életév tapasztalatai során viselkedése alkalmazkodik a gondozó bánásmódjához, így a szoros kötelék fenntartására alkalmas viselkedési stratégiát alakít ki. Mivel a kötődés kialakítására való hajlam egy veleszületett késztetés, a csecsemő kedvezőtlen bánásmód – inszenzitivitás, sőt *bántalmazás vagy elhanyagolás – esetén is kötődni fog* a vele rendszeres interakcióban álló személyez. A szülő által nyújtott gondoskodás minősége fogja azonban befolyásolni a kötődési kapcsolat milyenségét.

A kutatások eredményeinek nyomán a dezorganizált kötődés mára kitüntetett figyelmet kapott a döntéshozók, a gyakorlati szakemberek és a klinikusok körében is. A korai kötődéssel foglalkozó kutatók nemzetközi csoportja közösen jelentetett meg egy tanulmányt (Granqvist és mtsai., 2017) arra reflektálva, hogy *számos tévhit övezi a dezorganizált kötődés jelenségét*, mi több, ezek nyomán *hibás eljárások és gyakorlatok kerültek bevezetésre*. Elsőként kiemelik, hogy az IHT egy sztenderd laboratóriumi eljárás, amelyet csak 12–18 hónapos korú csecsemők kötődésének megállapításra alkalmazhatunk, és a kötődési minőség értékelése képzettséghez, tréninghez kötött. Ez biztosítja, hogy a tudományos munkák mindegyike *megbízható megfigyelésen* alapuljon, és a különböző vizsgálatok eredményei összevethetők legyenek. Másodsorban arra hívják fel a figyelmet, hogy bár a dezorganizált kötődés magas arányban fordul elő bántalmazó környezetben, egyáltalán *nem biztos, hogy egy dezorganizált kötődésű csecsemővel a gondozója bántalmazóan viselkedik*. Mint fentebb láthattuk, a dezorganizált kötődéshez vezető utak sokrétűek és a befolyásoló tényezők egymással kölcsönhatásban működnek, így alacsony szociális rizikójú csoportokban éppúgy találunk dezorganizált kötődésű anya-csecsemő párokat, mint veszélyeztetett populációkban. Mi több, a magas rizikójú csoportokban, beleértve a bántalmazó csoportokat is, mindig vannak elkerülő, reziszten, sőt biztonságos kötődésű csecsemők is. *Az IHT tehát nem lehet a bántalmazás „szűrőeszköze"*. Ennek

folyománya, hogy *teljesen téves az az elképzelés, miszerint a dezorganizált kötődésű csecsemőt ki kellene emelni gondozója mellől vagy a családjából. A dezorganizált kötődés ugyanis nem patológiás jelenség, nem egy egyénre szabott diagnózis, és nem a csecsemő megváltoztathatatlan személyjegye, hanem kapcsolatspecifikus*. A gyermek és a szülők érdekében az elsődleges cél mindig az, hogy a kisgyermek kialakult kötődési kapcsolatai ne szakadjanak meg, hanem a kapcsolat javítását megcélozva és a szülőre nehezedő terheket csökkentve (pl. lakhatás, élelmezés, egészségügyi ellátás) avatkozzon be a gyakorlati szakember olyankor, amikor a család szükséget szenved (lásd továbbá Danis intervenciós tanulmányát könyvünk II. kötetében).

Szintén gyakran előforduló tévedés, hogy a dezorganizált kötődés azonos a kötődési zavarral, noha ez két teljesen eltérő jelenség. A *dezorganizált* kötődés viselkedési jegyeit az IHT-ben figyelhetjük meg egy *funkcionáló kötődési kapcsolaton belül*, ahol egyértelmű, ki a kötődési személy a csecsemő számára. A *kötődési zavar* (attachment disorder) átlagos populációkban rendkívül ritka, csak a szélsőséges körülmények között, például súlyos elhanyagolásban vagy izoláltságban nevelkedő kisgyermekek között fordul elő, és lényegében a kötődés – azaz egy kitüntetett kötődési személy felé mutatott kötődési viselkedés – hiányát takarja. A DSM-5-ben szereplő két diagnosztikai kategória hátterében az áll, hogy a csecsemő környezetéből *tartósan hiányzott egy állandó*, a gondozást a minimális szükségletek szerint rendszeresen ellátó felnőtt. Ilyen esetekben a biztonságos bázis olyannyira torzul (vagy nincs is), hogy végletesen akadályozza a kisgyermeket az explorációban, és patológiás fejlődéshez vezet.

A normatív *kötődési típusok* és a szélsőséges *kötődési zavarok* között vannak átmeneti, már a klinikai tartományba eső kapcsolati problémák. Ezeket az jellemzi, hogy van ugyan kötődés a kisgyermek és a gondozó között, de a kapcsolat jellege súlyos viselkedési problémákat okoz a gyermeknél, és valamilyen mértékben torzul a biztonságos bázis. A kötődési és kapcsolatspecifikus zavarok rendszerét a DC:0-5 kézikönyv ismerteti részletesen (lásd Danis diagnosztikai klasszifikációs rendszerekről szóló tanulmányát a jelen kötetben).

Kötődési zavarok: fejlődés szélsőséges gondozási körülmények között

A fentebb ismertetett *négy kötődési klasszifikáció (biztonságos, elkerülő, rezisztens, dezorganizált) mindegyike tipikusan előforduló változata a gondozó és a csecsemő között létrejött valódi kötődési kapcsolatnak, amelyben beazonosítható a csecsemő által preferált kötődési személy*. A csecsemőnek az a veleszületett szükséglete, hogy legalább egy kötődési kapcsolatot kialakítson olyannyira erős, hogy az emberi fajra jellemző gondozásnak csupán rendkívül szokatlan vagy szélsőséges körülményei között nem kerül rá sor. A fejlődés és a gyermek mentális egészsége szempontjából már *patológiásnak* tekintett, korábban kötődéshiánynak vagy reaktív kötődési zavarnak nevezett klinikai diagnózist (lásd Tóth, 2011, 356–357. o.) az elmúlt két évtized kutatásainak eredményei alapján mára frissebb kategorizáció váltotta fel, és a mentális betegségeket osztályozó DSM-5 (APA, 2013),

hasonlóképpen a BNO-10 és a DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016) kézikönyvekhez szintén *két kötődési zavart különít el. Mindkettő a végletes társas elhanyagolás vagy „patológiás gondozás" olyan körülményei során alakul ki, ami megfosztja a kisgyermeket attól a lehetőségtől, hogy egy kitüntetett gondozóval személyspecifikus kapcsolatot alakíthasson ki.* A két diagnózis eltér a tünetek megjelenésében, lefolyásában, a kórképpel együttesen megjelenő más pszichés problémákban (komorbiditás), valamint az intervenciókkal elérhető változásokban (Finelli és mtsai., 2018). A kötődési zavarok diagnosztizálására tipikusan kisgyermekkorban (1–5 éves kor között) kerül sor. Zeanah és munkatársai (2016) tanulmányukban részletesen leírják a kötődési zavarok alább bemutatásra kerülő típusait, és az azok meghatározásához vezető elméleti és tudományos bizonyítékokon alapuló utat, valamint ajánlásokkal szolgálnak a klinikusok számára.

Reaktív kötődési zavar

A reaktív kötődési zavar legfőbb jellemzője, hogy *a kisgyermek egyáltalán nem vagy alig mutat kötődési viselkedést, mert nincs a környezetében azonosítható, preferált kötődési személy.* Kifejezetten egyértelmű jel, ha a gyermek stresszhelyzetben egyáltalán nem keresi a felnőttek figyelmét (pl. megsérül, veszélyes helyzetbe kerül), rá sem pillant senkire, nem kér segítséget, és nem keres közelséget. Baj esetén vagy érzelmi reakció nélkül elvonul, vagy ha sírni kezd, akkor egy felnőtt sem tudja megvigasztalni, sőt a gyermek el is utasítja a közeledést. Érzelmi kifejezéseiket a pozitív érzelmek hiánya, a szomorúság, a félelem és a szorongás dominanciája jellemzi. *Kötődési személy hiányában képtelenek szabadon explorálni, ezért folyamatosan visszahúzódóak, gátoltak minden helyzetben.* A korábbi diagnosztikai rendszerben ezt a formát gátolt (kötődéshiányos) kötődési zavar altípusnak nevezték a fenti tünetek összessége alapján.

Gátolatlan társas kapcsolati zavar

Ennek a kötődési zavarnak az a legfőbb diagnosztikai kritériuma, hogy *a kisgyermek válogatás nélkül kezdeményez kapcsolatot számára idegen felnőttekkel.* Bárkivel barátságos, megszólít idegeneket, és gondolkodás nélkül csatlakozik hozzájuk, elkóborol, stresszhelyzetben pedig bárkihez odamegy vigasztalásért (indiscriminate friendliness). Ez a viselkedés akár egy meglévő kötődési kapcsolat, akár annak hiánya mellett is megjelenhet. Egy normatív fejlődésű kisgyermek ebben az életkorban tart az új és veszélyes helyzetektől, ezek a gyermekek viszont *félelem nélkül áthágják a társas szabályokat, így gyakran komoly veszélyhelyzetbe sodorják magukat.* A gyermek azt a benyomást kelti, hogy „mindenkihez kötődik", és ha van is kötődési személy, ő akkor sem kap kitüntetett figyelmet a kötődési viselkedést aktiváló helyzetben. A tünetek alapján korábban ezt a kötődési zavar altípust nevezték gátlástalan társas viselkedéssel jellemezhető kötődéshiánynak.

A kötődési zavarok rendkívül ritkán fordulnak elő, még a kisgyermekekkel foglalkozó klinikusok gyakorlatában is. A kedvezőtlen szocioökonómiai státusz nem függ össze

az előfordulásával, *kizárólag olyan extrém gondozási környezet állhat a hátterében, amelyben pl. egymást váltogatják a gyermek körül lévő felnőttek, vagy akár nincsenek is jelen*, így a csecsemőnek/kisgyermeknek nincs lehetősége alkalmazkodni legalább egy gondozó viselkedéséhez, akivel rendszeres interakcióba kerülhet. Ilyen szélsőséges gondozási helyzeteket okozhat például egy háború alatti menekülés, amikor a csecsemő elszakad a szülőtől, és folyamatosan idegenekhez kerül; a kaotikus családi környezet, ahol a csecsemő néhány napig, hétig, hónapig egyik, majd egy másik felnőtthöz/családba kerül; a családból kiemelt és átmeneti nevelésbe vett kisgyermekeknél olyankor, ha a nevelőszülők gyakran váltják egymást; különösen bizarr szülői magatartás esetén, pl. ha kutyák közé vagy a szobájába zárva, súlyos elhanyagolásban nevelkedik a gyermek; és végül az intézeti vagy árvaházi gondozás olyan körülményei között, ahol nincs meg semmilyen feltétele annak, hogy a csecsemő legalább egy gondozóval huzamos ideig, szinte napi rendszerességgel és több órában személyre szabott figyelmet és gondozást kapjon. A klinikai diagnózis felállításához az *elsődleges szempont, hogy interjútechnikákkal, több forrásból* (pl. nevelőszülők, óvodai gondozók, gyermekorvos) tájékozódva térképezze fel a szakember a kisgyermek korai gondozási környezetét, annak pontos időbeni változásait. Emellett az *eltérő kontextusokban* – a gyermek számára ismerős és ismeretlen környezetben – folytatott, a kötődési viselkedések szerveződésére, a distressz és a megnyugtathatóság viszonyára, valamint az explorációra irányuló *megfigyelések* is elengedhetetlenek. Más, részben hasonló tüneteket produkáló zavaroktól így lehet biztonsággal elkülöníteni (pl. autizmus spektrum zavar, szorongásos zavar, figyelemhiányos hiperaktivitás – lásd Finelli és mtsai., 2018; Zeanah és mtsai., 2016).

A kötődési zavar jelenségének szisztematikus kutatása akkor kezdődött, amikor az 1990-es évek elején kanadai és brit szülők nagy számban fogadtak örökbe gyermekeket romániai gyermekotthonokból. Deprivációt követő fejlődésük dokumentálása nemcsak a kötődésről alkotott ismereteinket gyarapította, hanem jelentős hozadékokkal szolgált a fejlődéspszichológia több területén (pl. mozgásfejlődés, nyelvfejlődés, kognitív és idegrendszeri fejlődés), miközben újabb kutatásokat és intervenciókat indított útjára. A kötődési zavarok jelenlegi osztályozása az olyan intervenciós és örökbefogadási kutatások eredménye, amelyeket különösen deprivált, jó ideig szélsőséges körülmények között nevelkedő kisgyermekekkel folytattak.

Utánkövető örökbefogadási és intervenciós vizsgálatok kötődés szempontú tanulságai

Nemzetközi örökbefogadási kutatások

A romániai gyermekotthonokban részben árva, de főként a szülők által különféle okokból (pl. súlyos szegénység, teljes abortusztilalom) gondozásba adott gyermekek nevelkedtek nagy számban a 90-es évek politikai változásait megelőzően. Amikor fény derült a rendkívül sivár, testileg és fizikailag is végletesen elhanyagoló intézmények létezésére, kezdetben főleg brit és kanadai családok fogadtak örökbe gyermekeket, életkori váloga-

tás nélkül. A kutatók mindkét országban követni kezdték a gyermekek fejlődését, így két nagy longitudinális vizsgálat eredményeiből vonhatunk le – többek között – a kötődés normatív és patológiás fejlődésére vonatkozó tanulságokat. A brit (English and Romanian Adoptees, ERA, O'Connor és Rutter, 2000) kutatásba kontrollcsoportként olyan gyermekeket is bevontak, akiket *6 hónapos koruk előtt*, az *országon belül fogadtak örökbe*, és azt megelőzően – bár intézetben, de – nem-deprivált körülmények között nevelkedtek. A kanadai (Canadian Adoption Project, CAP, Chisholm, 1998) vizsgálatban viszont *átlagos családi körülmények* között nevelkedő gyermekek fejlődését követték kontrollcsoportként. A kötődési kapcsolat fejlődésének életkori szakaszai alapján (lásd e tanulmányban fentebb) a 6–9 hónapos kort vették fő választóvonalnak, amelynek mentén az örökbefogadott gyermekekből elemzési céllal csoportokat alakítottak ki: a *korán* (ERA: 6 hó alatt; CAP: kevesebb mint 4 hónap intézetben) és a *később* örökbefogadottak (ERA: 6–24 és 24–42 hónaposan; CAP: 8–68 hónaposan) csoportjait. Az örökbefogadó szülőkhöz való kötődést óvodás-, majd iskoláskorban is mérték.

Mindkét vizsgálat arra jutott, hogy a *későbbi életkorban örökbefogadott* gyermekek kisebb eséllyel alakítottak ki biztonságos kötődést az örökbefogadó szülőhöz, mint a korán örökbeadott, és még kevésbé, mint a családban nevelkedő gyermekek. Ugyanakkor nagy jelentőséggel bír, hogy *örökbeadás után* egyik kötődésmérési helyzetben sem találtak a *reaktív kötődési zavar* („kötődéshiány") *diagnózisát* mutató gyermeket, tehát még ha – vélelmezhetően – ez jellemezte is a gyermeket az intézetben töltött idő alatt, az optimálisabb gondozási közegben ez nem maradt fenn. Következésképp elmondható, hogy még a huzamos ideig fennálló, *rendkívül deprivált, elhanyagoló környezet sem fosztja meg a gyermeket attól a képességétől, hogy később kötődést, akár biztonságos kötődést is kialakíthasson, amennyiben személyspecifikus kapcsolat kialakítására alkalmas helyzetbe kerül (pl. Finelli és mtsai., 2018)*.

A két longitudinális vizsgálat további egybecsengő eredménye, hogy a *gátolatlan társas kapcsolati kötődési zavar*, vagyis a válogatás nélküli „barátságosság" viszont hosszú távon, *tartósan jellemezte* a deprivációból örökbefogadott gyermekek viselkedését annak ellenére, hogy jobb gondozási környezetbe kerültek. Ez a társas deficit emelkedik ki legmarkánsabban a szociális fejlődést tekintve a normatív fejlődésű gyermekekéhez képest. A gátolatlanság még kamaszkorban is tetten érhető volt, akkor már nem a felnőttek, hanem a kortársak iránt mutatott viselkedésben (Zeanah és Gleason, 2010). Az elemzések kimutatták, hogy *minél több időt töltött a gyermek intézeti körülmények között, annál nagyobb volt a kockázata a gátolatlan társas kapcsolati zavar tartós fennállásának. Amennyiben a gyermek egyéves kor előtt kedvező gondozási körülmények közé került, akkor szinte nullára csökkent ez a rizikó* (pl. Rutter és mtsai., 2007a).

A romániai örökbefogadott gyermekek fejlődése számos ponton utolérte a normatív fejlődésű gyermekekét (pl. testi fejlődésben, CAP: Le Mare és Audet, 2006), ugyanakkor – főleg az idősebb korban családba került gyermekek fejlődését több pszichoszociális probléma végigkísérte a kedvezőbb környezetben is (pl. ERA kutatás áttekintéseként Rutter és mtsai., 2007b; Rutter és mtsai., 2009). Az ERA vizsgálat fiatal felnőttkori adatgyűjtési hullámából származó új eredmény, hogy *a korai depriváció és annak hossza az idegrendszeri fejlődésre is kedvezőtlen hatással volt:* egyes agyi struktúrák mérete eltért a normatívtól, és ez összefüggött az alacsonyabb intelligenciaszinttel és a több figyelemhiányos hiperaktivitási zavart jellemző tünettel (Mackes és mtsai., 2020).

Nemzetközi intervenciós kutatások

A kötődési zavarokra irányuló intervenciós kutatások egyelőre csak az intézeti környezetben nevelkedő kisgyermekekkel folytak. Bár a romániai gyermekotthonokban sokat javultak a körülmények, még ma is nagyon sok kisgyermek nevelkedik intézetekben. Egy program (The Bucharest Early Intervention Project, BEIP[7]; Zeanah és mtsai., 2005; Nelson és mtsai., 2014) keretében 6–30 hónapos kor közötti, addig intézeti gondozásban részesült kisgyermekeket követtek 54 hónapos korukig. Az egyik csoport intézetben nevelkedett, míg a másik csoport nevelőszülőkhöz került. *A nevelőszülőket képzéssel készítették fel arra, hogy miként nyújthatnak szenzitív gondozást egy elhanyagolt környezetből érkező kisgyermek számára, emellett pedig szociális munkások kísérték figyelemmel és nyújtottak rendszeres támogatást a nevelőszülőknek.* A *reaktív kötődési zavar tünetei* (fokozati skálán mérve) elsősorban az intézetben nevelkedő gyermekekre voltak jellemzőek, azonban kevesebb tünet volt azoknál a gyermekeknél, ahol az intézeti gondozás jobb minőségű, személyre szólóbb volt. *A nevelőszülőhöz való kihelyezés jelentősen, nagyon hamar és tartósan csökkentette a reaktív kötődési zavar tüneteit.* Mindemellett a későbbi életkorban felvett adatok arra utalnak, hogy minél hosszabb ideig volt intézeti gondozásban egy gyermek, annál inkább mutatta – ha gyengén is – a stabil kötődési zavar tüneteit. *A gátolatlan társas kapcsolati zavar esetén a nevelőszülőhöz helyezés jóval kevésbé csökkentette a tüneteket, és itt is találtak összefüggést az intézeti nevelésben eltöltött idő hosszával.* Mi több, 12 éves korban az utánkövetés eredményei szerint a korai deprivációt követő későbbi gyakori gondozóváltás, azaz a kötődési kapcsolatok megszakadása és újjáépítése (pl. nevelő/biológiai szülőváltás) hozzájárult mindkét kötődési zavar típus tüneteinek (újra) megjelenéséhez, illetve fennmaradásához (Humphreys és mtsai., 2017). Összességében, az ERA és a CAP vizsgálatok eredményeit is figyelembe véve úgy tűnik, hogy *a személyre szóló korai gondoskodás hiánya a gátolatlan társas kapcsolati zavar esetében tartós, az intervenciónak ellenálló problémát okoz, aminek rizikóját csak a 2 éves kor alatti szülői/nevelőszülői gondozásba vétel csökkentheti.*

A fenti eredmények nagyban hozzájárultak ahhoz, hogy *megváltozzon a kötődési zavarok diagnosztikája*, és az újonnan megfogalmazott kritériumok mentén különíthessünk el két típust. *A reaktív kötődési zavar (korábban kötődéshiány) meglehetősen jól és gyorsan reagál a beavatkozásra, vagyis a gondozási körülmények kedvezőre fordulására.* Emellett jelenleg úgy tűnik, hogy nincs kifejezett szenzitív periódusa, amely életkor felett a gyermek már egyáltalán nem volna képes kötődési kapcsolat kialakítására. Ezzel ellentétben *a gátolatlan társas kapcsolati zavar tünetei jóval kevésbé csökkenthetők a környezeti feltételek megváltoztatásával, így a személyre szóló gondozás hiánya tartós szociális viselkedési problémát generál.* Ezen felül érvényesül az feltétel is, hogy a gyermek fejlődése szempontjából van egy *életkori küszöb*, ami *nagyjából a 2 éves korra tehető*. Ha ezt megelőzően nem volt lehetősége kötődési kapcsolatot kialakítani, akkor a gátolatlan szociabilitás nagy eséllyel fennmarad az életút során (Finelli és mtsai., 2018).

[7] http://www.bucharestearlyinterventionproject.org/

A szélsőséges fejlődési környezettel kapcsolatos hosszmetszeti vizsgálatok egyre világosabb képet rajzolnak ki arról, hogy milyen körülmények között terelődhet normatív útra a fejlődés a nehéz kezdeti feltételek ellenére is, és melyek azok a problémák, amelyek beavatkozás mellett is tartós zavarrá válhatnak. *Az intézeti gondozás, még ha jó minőségű is, és nem jár együtt végletes testi és érzelmi elhanyagolással, akkor is a legkedvezőtlenebb terep a gyermekek fejlődése szempontjából.* Több, az intézeti és nevelőszülői gondozást kutató szakember (Dozier és mtsai., 2014) egységesen foglalt állást az ellen a gyakorlat ellen, hogy a gondozói környezet problémája (pl. családból kiemelés) esetén a gyermekek és a serdülők hosszabb időre intézeti gondozásba kerüljenek. Az intézeti környezet egyrészt maga a problémák forrása a csecsemők és a kisgyermekek számára, másrészt az egyébként is esendő, esetleg traumatizált vagy bántalmazott gyermeket további megpróbáltatásoknak, akár újabb bántalmazásoknak teszi ki. Véleményük szerint kisgyermek soha, idősebb gyermek is csak elkerülhetetlen esetben kerüljön intézetbe. *Mindenképpen törekedni kell a családi, nevelőszülői elhelyezésre, mert kortól függetlenül minden gyermeknek szüksége van egy szülő-jellegű felnőtt irányítására, aki a szoros viszonyon keresztül mérsékelheti a társas-szociális problémák fennállását vagy megjelenésének esélyét*. A csecsemők és kisgyermekek egészséges érzelmi-társas fejlődése szempontjából tehát feltétlenül az a követendő gyakorlat, hogy *stabilan jelenlévő felnőtt gondozók mellett – akár biológiai, akár nevelőszülőknél – töltse az első néhány életévet.* Mindezek tanulsága, hogy az optimális kötődési kapcsolatok alakulását úgy támogathatja a hazai szakpolitika, ha megteremti ennek feltételeit, és olyan hatékony intervenciós módszereket alkalmaz, amelyek ehhez hozzájárulnak. Mivel az érzelmi-társas fejlődésben egyébként is problémákkal terhelt, a kötődési változást megszenvedő gyermek mellett a gondozó számára kihívás a gyermek lelki egészségének támogatása, a programnak része kell legyen az, hogy a befogadó és az örökbefogadó családok is folyamatos szakmai segítséget, támogatást, mentorálást kapjanak.

Összegző gondolatok

A kötődési elmélet és a keretében folytatott kutatások jelentős mértékben átformálták a kora gyermekkori fejlődésről és a szoros érzelmi kapcsolatok természetéről alkotott korábbi képet. A mostanra nagyszámban „beérett" utánkövető vizsgálatok hozadéka, hogy *a korai szülő-csecsemő kötődést ma szilárdabb tudományos eredmények alapján megítélve tarthatjuk a társas-érzelmi fejlődés egyik fő alapkövének*, mint akár egy évtizede. Kiemelten jelentősnek tekinthetőek a szélsőségesen deprivált környezetből kiinduló kutatások, mert világosan kirajzolódik, hogy *a fejlődés korai szakaszában a csecsemőnek személyre szóló társas „inputra" van szüksége. A kezdeti súlyos hátrány hatása ugyan a későbbi kedvezőbb környezetben egyes fejlődési területeken tompítható, azonban az idegrendszerre és a szociális beilleszkedésre tett hatása a fiatal felnőttkorban is tetten érhető.* Az új kutatások tehát szolgáltak jó hírekkel, mint hogy a korai kötődéshiány ellenére a gyermek néhány éves korában is képes az első kötődésének kialakítására, ugyanakkor rámutatnak, hogy sokkal erőteljesebben ügyelni kell arra, hogy minden kisgyermeknek

feltétlenül legyen esélye a korai kötődésre, és ha már van, a kötődési kapcsolat ne szakadjon meg.

Milyen tényezők védhetik meg a gyermeket a kedvezőtlen fejlődési kimenetektől olyan esetben, ha bizonytalan, különösen, ha dezorganizált a kötődése? *Átlagos körülmények között a kisgyermek több kötődési kapcsolattal is rendelkezik, így a két szülőhöz éppúgy kötődik, mint bölcsődei, óvodai gondozás esetén akár a nevelőkhöz, pedagógusokhoz is.* A hazai gyakorlatban kiemelt szempontként szerepel a bölcsődei gondozás módszertanában a szenzitív, személyre szóló nevelés kialakítása. *A több kötődési kapcsolat, különösen, ha van biztonságos kötődés is, optimálisabb fejlődést biztosít, mert védőfaktorként csökkenti a kedvezőtlen irányú fejlődés kockázatát* (pl. ha a családban az apa alkoholbeteg, a biztonságos anya-csecsemő kötődés védőfaktor a későbbi externalizáló és internalizáló problémák ellen, Edwards és mtsai., 2006). *Az előnytelen gondozási körülmények, a környezeti rizikó külső beavatkozással, a szülő támogatásával csökkenthető, így jobb esély nyílik az optimális kötődés kialakítására.*

A korai kötődés azért döntő fontosságú, mert a fejlődési utak kezdetén hat, és mert ebben az időszakban több más fejlődési területtel kapcsolódik össze. Mindemellett *a korai kötődési mintázatok nem magyarázzák a későbbi fejlődés minden területét*, azaz nem heurisztikusak (nem magyaráznak egyszerre mindent, pl. a tanulási készségeket, az intelligenciát is), és *nem is determinisztikusak* (Sroufe, 2016). Érdemes tovább vizsgálni, melyek azok a fejlődési tényezők/mutatók, amelyek nem függnek össze a kötődéssel, hiszen a kötődési elmélet a szoros érzelmi kapcsolatok elmélete, és nem az egyedüli tényező, ami a társas, kognitív és érzelmi fejlődésre hatással van.

AJÁNLOTT IRODALOM

Bogár, Zs. (2011). *Az örökbefogadás lélektana*. Ágacska Alapítvány az Örökbefogadásért és a Családokért, Budapest.

Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications 3. ed.* The Guilford Press, New York.

Gervai, J., Lakatos, K., Tóth, I. (2011). Paradigmaváltás a korai kötődés kutatásában: genetikai tényezők és gén-környezet kölcsönhatások vizsgálata. *Magyar Tudomány, 172(7),* 802–808.

Gervai, J., Tóth, I., Lakatos, K. (2017). Genetikai hatások a korai kötődés fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle, 72(1/2),* 5–25.

Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van IJzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., … Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment and Human Development, 19(6),* 534–558.

Novák, A., Lakatos, K. (2005). Atipikus anyai viselkedés elemzése: Az AMBIANCE kódrendszer. *Alkalmazott Pszichológia, 7(4),* 49–58.

Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis, I., Farkas, M. Herczog, M., Szilvási, L. (szerk.). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–372.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.* Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Stayton, D. J. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Querterly, 18,* 123–43.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: 'Socialisation' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In Richards, M. P. M. (Ed.) *The integration of a child into a social world.* Cambridge University Press. 99–135.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Press, Washington D.C.

Atkinson, L., Niccols, A., Paglia, A., Coolbear, J., Parker, K.C.H., Poulton, L., et al. (2000). A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: Implications for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships, 17(6),* 791–810.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss*: *Vol. 1. Attachment.* Hogarth Press, London. (1982, 2nd edition)

Chisholm, K. (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development, 69,* 1092–1106.

Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22(1),* 87–108.

Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O'Connor, T. G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S., Shauffer, C., Smetana, J., van IJzendoorn, M. H., Zeanah, C. H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry, 84(3),* 219–225.

Edwards, E., Eiden, R., Leonard, K. (2006). Behavior problems in 18- to 36-month-old children of alcoholic fathers: Secure mother–infant attachment as a protective factor. *Development and Psychopathology, 18(2),* 395–407.

Ferenczi, Sz. (2011). A szülő és a gyermek adottságai: temperamentum, személyiség – az egymásra hangolódás lehetőségei. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 282–319.

Finelli, J., Zeanah, C.H., Smyke, A. T. (2018). Attachment disorders in early childhood. In Zeanah, C. H., (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health, Fourth Edition*. The Guilford Press, New York. 442–456.

Gervai, J., Lakatos, K., Tóth, I. (2011). Paradigmaváltás a korai kötődés kutatásában: genetikai tényezők és gén-környezet kölcsönhatások vizsgálata. *Magyar Tudomány, 172(7),* 802–808.

Gervai, J., Novak, A., Lakatos, K., Toth, I., Danis, I., Ronai, Z., et al. (2007). Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 gene polymorphism. *Social Neuroscience, 2,* 307–319.

Gervai, J., Tóth, I., Lakatos, K. (2017). Genetikai hatások a korai kötődés fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle, 72(1/2),* 5–25.

Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van IJzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., . . . Duschinsky, R. (2017).

Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment and Human Development, 19(6),* 534–558.

Groh, A. M., Narayan, A. J., Bakermans-Kranenburg, M. J., Roisman, G. I., Vaughn, B. E., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H. (2017a). Attachment and Temperament in the Early Life Course: A Meta-Analytic Review. *Child Development, 88,* 770–795.

Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Roisman, G. I. (2017b). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. *Child Development Perspectives, 11,* 70–76.

Humphreys, K., Nelson, C., Fox, N., Zeanah, C. (2017). Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder at age 12 years: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Development and Psychopathology, 29(2),* 675–684.

Lakatos, K. (2011). Mutasd meg érzéseidet, de szabályozd viselkedésedet! – Az érzelemszabályozás fejlődése. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *A korai gyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 146–178.

Lakatos, K., Toth, I., Nemoda, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M., Gervai, J. (2000). Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization. *Molecular Psychiatry, 5,* 633–637.

Le Mare, L., Audet, K. (2006). A longitudinal study of the physical growth and health of post-institutionalized Romanian adoptees. *Paediatrics and Child Health, 11(2),* 85–91.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. In Vondra, J. I., Barnett, D. (Eds.) Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64,* 67–96.

Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications 3. ed.* The Guilford Press, New York. 667–695.

Mackes, N. K., Golm, D., Sarkar, S., Kumsta, R., Rutter, M., Fairchild, G., Mehta, M. A., Sonuga-Barke, E. J. S. on behalf of the ERA Young Adult Follow-up team (2020). Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117(1),* 641–649.

Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., Moran, G., Pederson, D., Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development, 8,* 89–111.

Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago University Press, Chicago. 161–182.

Main, H., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. University of Chicago Press, Chicago. 121–160.

Mesman, J., Oster, H., Camras, L. (2012). Parental sensitivity to infant distress: what do discrete negative emotions have to do with it? *Attachment & Human Development, 14(4),* 337–348.

Nelson, C. A., Fox, N. A., Zeanah, C. H. (2014). *Romania's abandoned children: Deprivation, brain development, and the struggle for recovery*. Harvard University Press.

Novák, A., Lakatos, K. (2005). Atipikus anyai viselkedés elemzése: Az AMBIANCE kódrendszer. *Alkalmazott Pszichológia*, *7(4),* 49–58.

O'Connor, T. G., Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 703–712.

Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., et al. (2007a). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees: I. Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48,* 17–30.

Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Stevens, S., Sonuga-Barke, E. (2009). *Policy and Practice Implications from the English and Romanian Adoptee (ERA) Study: Forty-five key questions*. British Association for Adoption & Fostering, London.

Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Stevens, S., Sonuga-Barke, E. (2007b). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology, 4(3),* 332–350.

Solomon, J., George, C. (Eds.) (2011). *Disorganized Attachment and Caregiving*. The Guilford Press, New York.

Sroufe, L. A. (2016). The Place of Attachment in Development. In: Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. 3. ed*. The Guilford Press, New York. 997–1011.

Tereno, S., Madigan, S., Lyons-Ruth, K., Plamondon, A., Atkinson, L., Guedeney, N., . . . Guedeney, A. (2017). Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Development and Psychopathology, 29(2),* 637–649.

Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.). *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–372.

Tóth, I., Gervai, I. (2005). A szülő-gyermek kapcsolat és a kötődési minőség vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia, 7(4),* 14–26.

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11,* 225–249.

Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M., Oosterman, M., Cassibba, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin, 142(4),* 337–366.

Zeanah, C. H., Chesher, T., Boris, N. W., American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55,* 990–1003.

Zeanah, C. H., Gleason, M. M. (2010). *Reactive attachment disorder: A review for DSM-V.* American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E., the Bucharest Early Intervetion Project Core Group (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development, 76,* 1015–1028.

ZERO TO THREE (2016). *DC:0–5™ – Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* ZERO TO THREE, Washington, D.C.

III. RÉSZ

A FEJLŐDÉS ÉS LELKI EGÉSZSÉG ZAVARAIRÓL

Danis Ildikó — A kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség zavarainak osztályozása a nemzetközi gyakorlatban

Hédervári-Heller Éva — Regulációs zavarok és kapcsolati nehézségek a csecsemő- és kisgyermekkorban – Elméleti és gyakorlati megközelítések

Góczán-Szabó Ildikó, *Prónay Beáta* — Atipikus fejlődés, lelki egészség, család

Prónay Beáta, *Góczán-Szabó Ildikó* — Megerősítés, képessé tétel – Szolgáltatások és intervenciók a fogyatékossággal élő szülők és gyermekeik számára

Németh Tünde, *Hortobágyi Ágnes* — Gyász és veszteség a perinatális időszakban és a kora gyermekkor idején

Lénárd Kata — A bántalmazás és a trauma hatása a lelki egészségre

Hortobágyi Ágnes, *Németh Tünde*, *Kurimay Tamás* — Pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik kapcsolata, együttápolása – Elmélet és nemzetközi tapasztalatok

Hivatkozás: Danis, I. (2020). A kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség zavarainak osztályozása a nemzetközi gyakorlatban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 270–306.

E tanulmányban a kora gyermekkori zavarokat (is) tárgyaló klasszifikációs rendszerek történetét ismertetjük egészen a kezdetektől napjainkig. Olyan nemzetközi rendszereket is bemutatunk, amelyek hazánkban korábban egyáltalán nem voltak ismertek, nem voltak használatban. Ezek fejlődésének ismerete, valamint alakuló szemléletük megértése hozzásegíthet a kora gyermekkori időszak pszichopatológiájának mai értelmezéséhez, kezeléséhez. A 2019-es esztendő áttörést jelentett a hazai diagnosztikában, mivel magyar nyelven is megjelent a ZERO TO THREE által 2016-ban kiadott DC:0-5™ rendszer, amely a kora gyermekkori fejlődéssel és lelki egészséggel foglalkozó szakemberek számára megfelelő kiegészítése lehet a hagyományos BNO és DSM rendszereknek. A fejlődés- és kapcsolatfókuszú klasszifikációs rendszerek használata közös nyelvet teremthet a csecsemők és kisgyermekek jóllétéért tenni akaró klinikai szakemberek, kutatók, szakmapolitikusok és az érintett családok között, így támogatva a klinikai zavarok megelőzését, időbeni felismerését és hatékony kezelését is.

A KORA GYERMEKKORI FEJLŐDÉS ÉS LELKI EGÉSZSÉG ZAVARAINAK OSZTÁLYOZÁSA A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN

Danis Ildikó

Diagnózis a kora gyermekkorban?

A DC hagyomány indulása: A DC:0-3 (ZERO TO THREE, 1994)

A DSM-PC (Wolraich és mtsai., 1996)

Az RDC-PA (Task Force on RDC, 2003)

A DC:0-3R (ZERO TO THREE, 2005)

A DSM-5 (APA, 2013)

A DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016)

Összegzés, értékelés

Vizsgálatok, diagnosztika, szakvélemény-alkotás és intervenciótervezés – nemzetközi ajánlások

Felmérés, vizsgálat

Diagnózis- és szakvélemény-alkotás

Intervenciótervezés

Zárszó

Diagnózis a kora gyermekkorban?

E kérdés megválaszolása előtt egy még alapvetőbb kérdést kell feltennünk: miért is van szükség klasszifikációs rendszerekre?

Egy *diagnosztikai klasszifikációs (osztályozási) rendszer* jelentősége leginkább abban áll, hogy megállapítja a *határokat az egészség és a betegség között*, vagyis elkülöníti a normatív változatosságot a klinikai zavaroktól, illetve kijelöli a *határokat a különböző zavarok között*, vagyis megbízható támpontokat nyújt a *differenciáldiagnosztikához* (Egger és Emde, 2011; Mulrooney és mtsai., 2019).

A *BNO és a DSM rendszer* már a múlt század közepe óta fontos alapkövei a klinikai pszichológiának és a pszichiátriának (lásd a következő keretes szöveget). Használatuk elengedhetetlen feltétele annak, hogy egy adott ország társadalom- és egészségbiztosítási rendszere által ingyenes vagy csökkentett költségű ellátásokhoz jussanak hozzá a fejlődési vagy lelki zavarokkal élő gyermekek és felnőttek. Amellett, hogy a *szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítottá és ellenőrizhetővé válik*, a hatékony klasszifikációs rendszerek létjogosultságát az is indokolja, hogy *közös nyelvet*, ezáltal pedig közös tudást teremtenek a mentális zavarokról a klinikusok, a kutatók, a szakmapolitikusok, valamint az érintett családok között (Emde és mtsai., 2005; Egger és Emde, 2011; ZERO TO THREE, 2016; Mulrooney és mtsai., 2019).

A DSM és a BNO egyértelműen *fenomenológia (jelenség) alapú* és *nem etiológia (kóreredet) alapú* klasszifikációs rendszerek. Értelmezésükben *a zavar, vagy más néven szindróma, egy olyan meghatározott tünetegyüttes, amely specifikus intenzitással, gyakorisággal, időtartammal és adott életkori kezdettel jellemezhető* (Egger és Emde, 2011).

A BNO és a DSM pszichopatológia szemlélete egyértelműen a *medikális modellt* követi. E nézőpont több feltételezést érvényesít.

1. Egyrészt azt, hogy az egyének két kategóriába sorolhatók: azokra, akik érintettek, vagyis *mentálisan betegek*, és azokra, akik *egészségesek*. Ez *ellentétben* áll a fejlődési pszichopatológia modernebb megközelítésével (lásd Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben), mely szerint *az egészség és a betegség között egy kontinuumot* képzelünk el.
2. A medikális modell azt is implikálja, hogy *a mentális betegség az egyén sajátja*, *ellentétben* azzal az állásponttal, amikor az egyént a körülményeivel, a környezetével és a kapcsolataival együtt figyeljük és értékeljük, illetve *az egyén tünetképzését egy bonyolult, sokszereplős rendszer működésének tulajdonítjuk* (ez utóbbiról lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányait a jelen kötetben).
3. Az előző feltételezéssel összhangban a medikális modellben *a megfelelő kezelés is az egyént célozza*, *ellentétben* azzal a nézőponttal, amikor *az egyént a kapcsolataival és környezetével együtt kezeljük* (Jewell és mtsai., 2009). (Ez utóbbira lehet szemléletes példa a pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik együtt kezelése, együtt ápolása, lásd Hortobágyi és munkatársainak tanulmányát a jelen kötetben, valamint Németh és Kurimay tanulmányát könyvünk II. kötetében.)

Az utóbbi két medikális szempont egyszerűen nem értelmezhető kisgyermekkorban, hiszen a gyermek egyértelműen a gondozói kapcsolatban és a közvetlen környezetével

együttműködésben fejezi ki tüneteit, még akkor is, ha ezeknek genetikai, biológiai háttere erőteljes. Bronfenbrenner (1979) és Sameroff (1975) tézisei óta evidencia, hogy a gyermeket számos környezeti hatás éri, amelyek közvetlenül vagy közvetetten befolyásolják fejlődését (lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát a modern fejlődéselméletekről a jelen kötetben).

Kezdetek – a DSM és a BNO rendszer (Friedman és mtsai., 2012; Jewell és mtsai., 2009 alapján)

Az Egyesült Államokban kidolgozott *DSM rendszer* a világ számos országában elfogadott klasszifikációs rendszer a mentális betegségek osztályozására. Érdekesség, hogy az Egyesült Államokban egészen az 1900-as évek elejéig minden kórház vagy egészségügyi képzőintézmény a saját rendszereit használta a mentális betegségek kategorizálására. Az 1920-as évekre fogalmazódott meg az igény egy egységes rendszer kidolgozására, de ennek létrejötte még pár évtizedig váratott magára.

Még jóval a DSM előtt, 1918-ban fogalmazták meg az első sztenderdizált pszichiátriai útmutatót, amely 10 revíziót élt meg. 1942-ben a végső változat ún. *„pszichoneurotikus" diagnózisokat és elsődleges viselkedészavarokat* tartalmazott olyan felnőttek és gyerekek számára, akiket leginkább pszichiátriai osztályokon kezeltek.

A II. világháború után az érzelmi zavarokkal küzdő, háborút megélt katonák állapotának diagnosztizálására és az ambuláns, preventív kezelések iránymutatására már nem volt alkalmas a régi rendszer, így a hadsereg és a haditengerészet egy saját klasszifikációs rendszert alkotott, amely később a DSM alapját képezte. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1952-ben jelentette meg a *DSM-I-et*, amely egyértelműen az 1940–50-es években népszerű *pszichodinamikus és pszichoanalitikus elméleteken alapult*. A DSM első kiadását az akkori, 1948-ban kiadott BNO-6 módosított változataként alkották meg. A *BNO-6* volt az első olyan WHO kiadvány, amelyben már *külön részt szenteltek a mentális és lelki zavarok osztályozására.* A DSM-I még nem tartalmazott pontos kritériumokat a zavarok leírásában, mindössze pár bekezdésnyi összefüggő szöveggel ismertette a problémaköröket. A kézikönyvben csak nagyon kevés gyermekkorban is releváns zavarról volt szó. 1968-ra a *DSM-II* már nagyobb összhangba került a WHO által kiadott, éppen aktuális *BNO-8* rendszerrel, vagyis annak egy fejezetével, amely a mentális és viselkedészavarokat tartalmazta. A *DSM-II* már tartalmazott egy olyan részt, amelynek az elnevezése *„Viselkedészavarok gyermek- és serdülőkorban"* volt. A gyakorlati szakmák, a kutatások és a biztosítási rendszerek által egyre erőteljesebben megkívánt ellenőrizhetőség, vizsgálhatóság, megbízhatóság és érvényesség teljesítése érdekében a DSM megközelítése egyre inkább a medikális modellt követte a pszichiátriai zavarok magyarázatában.

A *BNO-9*-et 1977-ben adta ki a WHO, amelyet 1980-ban a *DSM-III* követett. Ez a kiadás már nem kapcsolódott a pszichoanalitikus elméleti kerethez, hanem specifikus kritériumokkal meghatározott, *leíró rendszerű klasszifikáció* volt. A kidolgozók összesen 14 pszichiátriai zavart írtak le, és megalkották az 5 tengelyes rendszert. A zavarokat diszkrét kategóriáknak tekintették. E kiadásban szenteltek először egy *áttekintő fejezetet azoknak a kórképeknek, amelyek először csecsemő-, gyermek- vagy serdülőkorban jelent-*

keznek. Folyamatos revíziókkal a DSM-III-R 1987-ben, a DSM-IV (a BNO-10-zel összhangban) 1994-ben, a DSM-IV-TR pedig 2000-ben jelent meg. (Friedman és mtsai., 2012; Jewell és mtsai., 2009; a DSM-5-ről alább külön fejezetben értekezünk.)

A BNO a DSM-nél egy sokkal szélesebb spektrumú kézikönyv, mivel tartalmazza a fizikai és egyéb betegségek, medikális problémák rendszerezését is. 1948-tól (BNO-6) a mindenkori 5. fejezet tartalmazta a mentális és viselkedészavarok osztályozását, a DSM-mel szemben viszont soha nem alkalmazott 5 tengelyes megközelítést. A BNO-t inkább Európában, Ázsiában és Afrikában használják, a DSM-et inkább Amerikában. A BNO és a DSM között erős az átjárás, azonban a BNO mindig is több gyermekekre alkalmazható kategóriát tartalmazott (Jewell és mtsai., 2009). Az 1980-as években még csak a DSM és a BNO rendszer létezett, de egyik sem adott pontos leírást a csecsemő- és kisdedkori zavarokról (Emde és mtsai., 2005).

Már a DSM-III kritikusai felvetették a *mentális problémák kategoriális vs. dimenzionális felfogásának dilemmáját* (lásd még Danis és Kalmár fejlődési pszichopatológiáról szóló tanulmányát a jelen kötetben). A DSM-III által egyértelműen képviselt kategoriális felfogásmóddal ellentétben megfigyelték, hogy a viselkedés az egyén életkorának és családjának működése függvényében változhat az egészséges és a problémás övezetben, nagyon gyakoriak a *komorbid (együtt járó) zavarok*, és a határok elmosódhatnak a fő diagnózisok között. *A dimenzionális elgondolás szerint a pszichopatológia egy kontinuum mentén értelmezhető* (Friedman és mtsai., 2012).

A *DSM-IV* fejlesztésében több mint 1000 szakember vett részt, akik 13 munkacsoportban dolgoztak az egyes zavarkategóriákon. *Az egyes zavarok leírásánál azonos struktúrát követtek a diagnosztikus jellemzők, az altípusok és specifikátorok (jelölők), a kapcsolódó jellemzők és zavarok, a specifikus kulturális, életkori és gender jellemzők, az előfordulási gyakoriság, a lefolyás, a családi mintázódás és a differenciáldiagnózis bemutatásakor* (Jewell és mtsai., 2009). A DSM-IV próbált már dimenzionális elemeket is beemelni, pl. a súlyossági fokozatok, illetve az 5. tengelyen mérhető *Globális funkcionalitás skála* bevezetésével (Friedman és mtsai., 2012). A DSM-IV és a BNO-10 kategóriái közül csak néhány volt kifejezetten óvodáskorú gyermekekre is alkalmazható (pl. ADHD és az autizmus spektrum zavar). Néhány olyan kategória, amelyet még használtak a kora gyermekkori életkorban (pl. depresszió vagy PTSD), eredetileg idősebb gyerekek és felnőttek számára volt releváns. Az interaktív tényezők, a terhelt szülő-gyermek kapcsolat jellemzői nem voltak integrálva a zavarok közé, de kockázati faktorként kódolhatóak voltak (Postert és mtsai., 2009).

Mióta a DSM és a BNO rendszerek mellett megjelentek olyan *alternatív, kiegészítő diagnosztikai rendszerek*, amelyek a kifejezetten a kora gyermekkorban diagnosztizálható lelki és viselkedészavarokat foglalják össze, élénk a *vita* arról, *szabad-e egyáltalán diagnózist adnunk egy kisgyermek számára érzelmi vagy viselkedéses tünetek esetén* (lásd pl. von Klitzing – Zeanah vita, keretes szöveg a 290. oldalon). Ez a kérdés annál inkább vita tárgya a klinikusok között, minél kisebb életkorú gyermekek csoportjáról van szó. Számos érv és ellenérv szól a korai diagnózisok, illetve diagnosztikai rendszerek alkalmazása mellett. A dilemma és a vita témája azonban mindinkább a felé a kérdés felé tolódik el, *hogyan érdemes jól használni a rendelkezésünkre álló nozológiákat (osztályozási rend-*

szereket) annak érdekében, hogy minél hatékonyabb és eredményesebb szolgáltatásokat tudjunk biztosítani a rászoruló gyerekeknek és családjaiknak.

Vita folyik arról is, hogy a pszichopatológiáról való gondolkodás *kategoriális* vagy inkább *dimenzionális* megközelítést kell alkalmazzon (lásd Danis és Kalmár tanulmányát a fejlődési pszichopatológiáról a jelen kötetben). Pickels és Angold (2003) szerint nem ez a fő kérdés, mivel inkább mindkettőt szükséges egyszerre. A *spektrum szemlélet* vagy dimenzionális megközelítés is vallja azt, hogy a *természetes variációk* sokasága mellett fontos *klinikai határértékeket* meghatározunk, amelyek átlépésekor már oda kell figyelnünk a tünetekre[1].

A gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára *a DSM és a BNO rendszerek*kel kapcsolatos probléma – az egyértelmű medikális és kategoriális nézőpont mellett – elsősorban az, hogy *nem fejlődési megközelítések*. Számos diagnózis kritériumai ugyan használhatók az iskoláskorúak és a serdülők esetében is, azonban ez mégsem jelenti azt, hogy egy felnőtt szorongása ugyanaz, mint egy 10 éves szorongása, és erre természetesen a kezelési tervnek is reagálnia kell. *A BNO és DSM kategóriák alkalmazhatósága a kora gyermekkor idején valóban kérdésessé vált az elmúlt évtizedekben*, elsősorban az alábbi jellemzők miatt (Egger és Emde, 2011; Equit és mtsai., 2011; Bolten, 2012):

- az első években zajló *rohamos fejlődési változások* miatt a stabilitás egyáltalán nem jellemzi ezt az életkort;
- *a kognitív és nyelvi kapacitások korlátai* miatt a belső állapotok vizsgálatának, illetve azok kifejezésének lehetősége nehézségekbe ütközik a kisgyerekeknél;
- a korai időszakban magas fokú a *gyermek és gondozója közötti egymásrautaltság* (interdependencia).

Mindezek felismerése az elmúlt évtizedek során szükségessé tette az *alternatív, kiegészítő klasszifikációs rendszerek* kidolgozását. Egy adekvát klasszifikációs rendszerrel szemben *számos elvárás* megfogalmazódott, hiszen annak több szinten reagálnia kell a kora gyermekkori pszichopatológiák dinamikájának jellemzőire (Emde és mtsai., 2005; Bolten, 2012; DelCarmen-Wiggins és Carter, 2001 alapján):

- a minden (lásd kognitív, nyelvi, érzelmi, társas) területen jelentkező *rohamos fejlődésre*, amely gyors változásokat és gyakori átmenetiséget eredményez,
- a *korlátozott kognitív és nyelvi kapacitásokra*, amely a gyerekek panaszainak első kézből való megismerésének nehézségeit jelenti,
- a kisgyermekkorban kulcsfontosságú *elsődleges gondozói kapcsolatra*, és az abban jelentkező problémákra, amely nélkülözhetetlenné teszi a rendszerelméleti gondolkodást,
- a *nagyfokú heterogenitásra (a természetes különbségekre)* a gyerekek fejlődési területeit tekintve, amely feladatul jelöli ki a normatív, temperamentumból adódó variációk elkülönítését a pszichopatológiától,

[1] A Szerző megjegyzése: akkor is foglalkoznunk kell akár a gondozók, akár a gyermek panaszaival, ha azok a spektrum nem klinikai mezsgyéjén mozognak. A panaszok, tünetek súlyossága csak az intervenciók szintjét és hogyanját befolyásolják.

- a *tünetek változékonyságára* a kezdeti életkorokban, amelynek kezelnie kell az átmenetiség és tartósság, a változékonyság és stabilitás kérdésköreit,
- és végül, de nem utolsó sorban a fejlődést befolyásoló *tágabb környezet és stresszorok szerepére*, amely komplex etiológiai okfejtéseket tesz szükségessé.

Összefoglalóan, a rendszernek érzékenyen kell kezelnie a *tünetek súlyosságáról és átmenetiségéről-tartósságáról* szóló kérdéskört, amely alapján diagnózist állapíthatunk meg. A sokszor felvetett dilemmára, miszerint lehet-e, szabad-e diagnózisokat megállapítani kora gyermekkorban, csak a fenti kívánalmaknak megfelelő diagnosztikai rendszer adhat igenlő választ.

Az alábbi fejezetekben részletesen ismertetett erőfeszítések ellenére a mai napig sokan érvelnek amellett, hogy a korai diagnózisadás káros hatásokkal járhat együtt. Az előnyök elhanyagolása viszont hiba lenne (lásd keretes szöveg, 290. o.). Ha nem tesszük lehetővé megfelelő klasszifikációs rendszerek alkalmazását a kisgyermekek kihívást jelentő viselkedésformáinak jellemzésére, nagyobb esélyt adunk a megbélyegzésre, a negatív színezetű, címkéző jellemzésekre, amely az énkép rombolásához vezethet (Mulrooney és mtsai., 2019). Egy alapos és megfelelő kora gyermekkori klasszifikációs rendszer *több előnnyel* jár tehát (Mulrooney és mtsai., 2019):

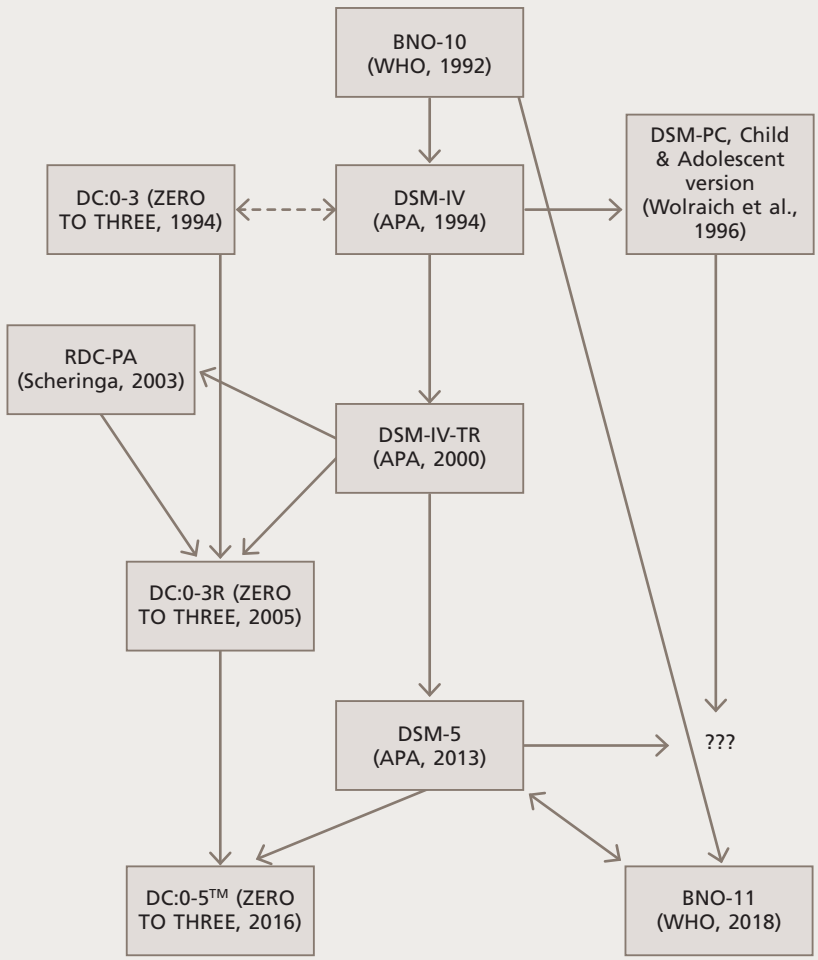
- közös nyelvet teremt a szakemberek és a családok számára,
- iránymutatást ad az intervenciók és kezelések tervezésénél,
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférést teszi lehetővé a kisgyermekek és családjaik számára,
- a pénzügyi visszatérítés és támogatás alapjaként szolgál a szolgáltatók számára,
- hidat teremt a gyakorlat és a tudományos kutatások között.

Mindemellett egy *fejlődésorientált klasszifikációs rendszernek* három dologra kell választ adnia (Egger és Emde, 2011):

- fő fókuszaként fel kell ölelnie a korán felbukkanó viselkedéses, érzelmi és kapcsolati *problémák teljes spektrumát*,
- a kora gyermekkori lelki egészség szakterület fő célkitűzéseire kell reagáljon: az *interdiszciplináris, kapcsolatfókuszú korai prevencióra és intervencióra*,
- nem utolsó sorban pedig kapcsolódnia kell a *későbbi életkorok pszichopatológiájához*.

Postert és mtsai. (2009) megerősítik a fentiekben már vázoltakat, azt, hogy a társas-érzelmi fejlődés dinamikája, illetve az egy időben mutatkozó egyének közötti és az idővel mutatkozó egyéneken belüli változatosság kifejezettebb a kora gyermekkor idején, mint később, az iskolás- és serdülőkorban. Más életkorokkal összehasonlítva, a kora gyermekkori időszakban a legnagyobb a *természetes változatosság* és a fejlődési változás olyan fontos területeken, mint az érzelemszabályozás, a személyközi interakciók, a játék, a fizikai funkciók kontrollja, a mozgásos készségek és a nyelv. *Az egyéni fejlődésneurológiai érettségben és a környezeti körülményekben mutatkozó óriási különbségek miatt kora gyermekkorban mutatható ki a normatív viselkedés legszélesebb spektruma.* Emiatt a normatív variációk és a pszichopatológia megkülönböztetése érdekében nagyon tiszta kritériumok szükségesek mind a tünetek megjelenésére, mind az időtartamukra vonatkozóan.

Az alábbiakban a kora gyermekkori zavarokat (is) tárgyaló klasszifikációs rendszerek történetét mutatjuk be egészen a kezdetektől napjainkig (lásd még 1. ábra), a 4. táblázatban pedig nyomon követhető az egyes rendszerek hatékonysága a fentebb kifejtett kritériumok alapján.



1. ábra A klasszifikációs rendszerek történeti alakulása

A DC hagyomány indulása: A DC:0-3 (ZERO TO THREE, 1994)

A DC:0-3 fejlesztéséről maga a kiadvány (ZERO TO THREE, 1994), valamint Emde és mtsai. (2005), Egger és Emde (2011), Lieberman és mtsai. (2004) és Mulrooney és mtsai. (2019) munkái alapján számolunk be (lásd még 1., 2. és 4. táblázatot).

A ZERO TO THREE[2] 1987-ben Stanley Greenspan és Serena Wieder vezetésével állította fel azt az amerikai, kanadai és európai klinikusokból és kutatókból álló munkacsoportot, amely megalkotta *a DC:0-3-at, a kora gyermekkori fejlődési és lelki egészség zavarok első diagnosztikai klasszifikációs rendszerét* (ZERO TO THREE, 1994). Céljuk az volt, hogy a meglévő BNO és DSM rendszerek mellett létrehozzák az első olyan *kiegészítő, fejlődésorientált diagnosztikai rendszert*, amely kifejezetten a csecsemő- és kisgyermekkor klinikai zavarait írja le. A munkát fejlődéspszichológiai, pszichoanalitikus és családi rendszerszemléleti teoretikus alapokra helyezték. Az új rendszert egyértelműen

1. táblázat A tengelyek elnevezésének változása a DC rendszerekben, párhuzamba állítva a DSM-IV rendszerrel

Tengelyek	DSM-IV*	DC:0-3**	DC:0-3R***	DC:0-5™****
1. tengely	Klinikai zavarok Egyéb, klinikai figyelmet igénylő állapotok	Elsődleges diagnózis	Klinikai zavarok	Klinikai zavarok
2. tengely	Személyiségzavarok Mentális retardáció	Kapcsolati zavar klasszifikációja	Kapcsolati klasszifikáció	Kapcsolati kontextus
3. tengely	Általános egészségi állapot	Betegségek, fejlődési zavarok és egyéb egészségi állapotok	Betegségek, fejlődési zavarok és egyéb egészségi állapotok	Általános egészségi állapotok és tényezők
4. tengely	Pszichoszociális és környezeti problémák	Pszichoszociális stresszorok	Pszichoszociális stresszorok	Pszichoszociális stresszorok
5. tengely	A működés globális becslése	Érzelmi fejlődés funkcionális szintje	Érzelmi és társas működés	Fejlődési kompetenciák

* DSM-IV (APA, 1994); magyar kiadás: Animula, 1997
** DC:0-3 (ZERO TO THREE, 1994)
*** DC:0-3R (ZERO TO THREE, 2005)
**** DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016); magyar kiadás: Medicina, 2019

[2] 1977-ben alapított, a szülőséget, valamint a kora gyermekkori fejlődést és lelki egészséget támogató vezető szakmai szervezet az Egyesült Államokban – https://www.zerotothree.org/

2. táblázat Klinikai zavarok az 1. tengelyen a DC:0-3-ban és a DC:0-3R-ben (ZERO TO THREE, 1994, 2005)

DC:0-3*	DC:0-3R**
100: Traumatikus stressz zavar	**100: Poszttraumás stressz zavar** **150: Depriváció/Rossz bánásmód okozta zavar**
200: Érzelmi zavarok (Szorongás; Hangulati zavarok: Elhúzódó veszteség/gyászreakció, Depresszió, Az érzelemkifejezés kevert zavara, A nemi identitás zavara, Depriváció/rossz bánásmód okozta kötődési zavar)	**200: Érzelmi zavarok** **210: Elhúzódó veszteség/gyászreakció** **220: Szorongásos zavarok csecsemő- és kisgyermekkorban** 221: Szeparációs szorongás zavar 222: Specifikus fóbia 223: Társas szorongás zavar 224: Generalizált szorongás zavar 225: M.n.s. szorongásos zavar **230: Depresszió csecsemő- és kisgyermekkorban** 231: 1. típus: Major depresszió 232: 2. típus: M.n.s. Depresszív zavar **240: Az érzelemkifejezés kevert zavara**
300: Alkalmazkodási zavar	**300: Alkalmazkodási zavar**
400: Szabályozási (regulációs) zavarok (Hiperérzékenység, Alacsony reaktivitás, Motorosan dezorganizált/impulzív és egyéb)	**400: A szenzoros feldolgozás szabályozási zavarai** **410: Hiperszenzitivitás** 411: A típus: félénk/óvatos 412: B típus: negatív dacos **420: Hiposzenzitivitás/csökkent szenzoros érzékenység** **430: Szenzoros élménykeresés/Impulzivitás**
500: Az alvási viselkedés zavara	**500: Az alvási viselkedés zavara** **510: Elalvási zavar** **520: Éjszakai ébredés zavar**
600: A táplálási viselkedés zavara	**600: A táplálási viselkedés zavara** 601: Állapotszabályozással összefüggő táplálási zavar 602: A gondozó és a csecsemő közötti társas interakciók szabályozásával kapcsolatos táplálási zavar 603: Infantilis anorexia (csecsemőkori étvágytalanság) 604: Szenzoros ételaverzió 605: Organikus megbetegedéshez társuló táplálási zavar 606: A tápcsatorna sérüléseihez társuló (/poszttraumás) táplálási zavar
700: A kapcsolódás és a kommunikáció zavarai	**700: A kapcsolódás és a kommunikáció zavarai** **710: Több rendszert érintő fejlődési zavar**
	800: Más zavarok (DSM-IV-TR vagy BNO-10)

* ZERO TO THREE, 1994, valamint Lieberman és mtsai., 2004, 145. o. alapján
** ZERO TO THREE, 2005, valamint Emde és mtsai., 2005, 37. o. alapján

kapcsolatfókuszú, a kötődéselméletet hangsúlyozó, az egyéni különbségeket *fejlődési mintázatokban* kezelő szemléletben alkották meg. A DSM-IV-hez hasonlóan *5 tengelyes* megközelítést alkalmaztak, amelyet némi átnevezéssel a későbbi verziókban is megtartottak (lásd 1. táblázatot; Egger és Emde, 2011, 100. o. alapján, bővítve DC:0-5™ tengely elnevezéseivel).

Az *1. tengelyen hét nagyobb kategóriát* írtak le (*ez a későbbi revíziókban jelentősen differenciálódott; lásd* 2. táblázat), és amennyiben több zavar is szóba került, egy diagnosztikai döntési fát nyújtottak segítségül, hogy az elsődleges diagnózist meg lehessen állapítani (ez utóbbi is változott a későbbiekben, amikor már megengedtek párhuzamos diagnózisokat).

A *2. tengelyen a szülő-gyermek interakciók és kapcsolat vizsgálatának eredményei* alapján történt döntéshozás. A rendszer több kombinációt kezelt az 1. és 2. tengelyen. A 2. tengelyen jelölendő *szülő-gyermek kapcsolat és interakciók sérülése* nem feltétlenül okozott az 1. tengelyen individuálisan is értelmezhető problémát, és fordítva, a gyermek kaphatott egy elsődleges zavar diagnózist az 1. tengelyen, miközben a 2. tengelyen jól alkalmazkodónak ítélték meg a szülő-gyermek kapcsolatot. Három szempont alapján, a viselkedéses interakciók, az érzelmi színezet és a szülő pszichológiai bevonódásának mérlegelésével határozták meg a kapcsolati zavar kategóriáját. A kategoriális megítélést a dimenzionális becslőskála, a PIR-GAS *(Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale; Szülő-csecsemő kapcsolatot felmérő globális skála)* is segítette.

A *3. tengelyen* minden *egyéb fizikai és mentális betegséget* jelöltek, amelyek feltérképezése fontos volt a tünetek megfelelő értelmezéséhez és az intervenciók tervezéséhez.

A *4. tengelyen* a *fejlődést kockáztató stresszorok* összegyűjtéséhez kapott támpontot a szakember.

Az *5. tengely* a megfigyelések és egyéb objektív mérőeszközök segítségével gyűjtött információk összesítése után lehetőséget adott *a különböző fejlődési területeken elért mérföldkövek és az általános fejlettségi szint összefoglalására*.

Az 5 tengelyes megoldással és ennek a korai időszaknak a kulcsjellemzőire (rohamos fejlődés, heterogenitás, szülő-gyermek kapcsolat, tágabb környezeti stresszorok stb.) való reagálással a DC:0-3 létrehozói valóban hozzájárultak a fejlődésközpontú klasszifikációkkal szemben támasztott kritériumok (lásd fent DelCarmen-Wiggins és Carmen, 2001; Egger és Emde, 2011; Mulrooney és mtsai., 2019; lásd még 4. táblázat) megalapozásához. A *DC:0-3 rendszer korlátai* ugyanakkor később *kritika* tárgyát is képezték, hiszen főleg szakértők klinikai konszenzusán alapultak a kategóriák, azok indoklása még nem empirikus adatokból származott, így a rendszer nem tudta kielégíteni azt a kívánalmat, hogy a gyakorlat és a tudomány között megbízható hidat teremtsen. A DC:0-3-ban néhány kategória még nem is tartalmazott diagnosztikai kritériumokat, csak a DSM első változataihoz hasonló összefüggő szövegezést, más esetben pedig, ha voltak is, ezek nem voltak feltétlenül mérhető tünetek és sajátosságok.

Mivel maga a kora gyermekkori lelki egészség szakterület is nagyon fiatal volt ebben az időben, a hiányosságok ellenére mindenki üdvözölte az első fontos lépést a korai életkorok problémáinak rendszerezésére.

A DSM-PC (Wolraich és mtsai., 1996)

A DSM-PC (Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care) fejlesztéséről maga a kiadvány (Wolraich és mtsai., 1996), valamint Wolraich (1997) és Drotar munkái (1999, 2004) alapján számolunk be (lásd még 3. és 4. táblázatot).

Az 1990-es években használt DSM-IV olyan gyermek- és serdülőkori mentális zavarokat írt le, amelyek súlyosabb és ritkább jelenségek voltak, mint a viselkedési és fejlődési problémák és nehézségek szélesebb spektruma (pl. nem klinikai szintű alvás, táplálás, aktivitás stb. problémák), amivel viszont a szakemberek a gyermek-alapellátásban gyakran találkozhattak. Emiatt szükségesnek véltek egy olyan rendszert, ami segíthette a gyermek-alapellátásban dolgozó gyermekgyógyászok és pszichológusok munkáját. A DSM-PC megalkotásakor olyan leíró és diagnosztizáló rendszer megalkotása volt a cél, amely közös nyelvet teremthetett a két szakma között, és amely segíthette a referálást, a konzíliumot, a közös megegyezésen alapuló kezelést. A DSM-PC kidolgozását többek között az alábbi fontos feltételezések vezérelték:

- A fejlődési pszichopatológia állításaival összhangban (bővebben lásd Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben) *a gyerekek problémáit egy kontinuumként kell elképzelnünk*, amely a természetes normatív variációktól a súlyos zavarokig terjed. Így a problémaköröket klinikai szegmensekre lehet osztani.
- *A gyermek környezetének minőségi jellemzői kritikusak* a gyermek lelki egészségének alakulása szempontjából, ezért már a gyermek-alapellátás szintjén fontos a stresszteli szituációk azonosítása és kezelése. Az e szemléletben történő munkának preventív hatása van a súlyos zavarok megelőzésében.
- A stresszre adott válaszok és a *tünetek kifejeződése mind az életkortól, mind a fejlődés szintjétől függenek.*
- Az új rendszernek *kompatibilisnek* kell lenni a *meglévő rendszerekkel* (az akkor használt BNO-10-zel és DSM-IV-gyel).
- A rendszernek *objektív adatokon, kutatási eredményeken és szakmai konszenzuson kell alapulnia*. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosoknak is érthető, kezelhető, hasznos rendszert kell, hogy nyújtson, tiszta, konkrét megfogalmazásban.

A DSM-PC a viselkedéses klaszterek leírásakor a *teljes súlyossági spektrumot* bemutatta*: a természetes fejlődési variációkat, a problémákat és a zavarokat*. Megadott néhány esetet is, és kitért differenciáldiagnosztikai kérdéskörökre. A 10 viselkedéses klaszter (lásd 3. táblázat) leírása mindig ugyanabban a struktúrában került kifejtésre[3].

[3] E szempontok a következők voltak: (1) a klaszter elnevezése, (2) panaszok, definíciók és tünetek, (3) epidemiológiai és etiológiai információk, (4) a súlyosság spektruma, (5) általános megjelenési forma a fejlődés szakaszaiban (csecsemőkorban [0–2 év], kisgyermekkorban [3–5 év], iskoláskorban[6–12 év], serdülőkorban [13 évtől]), (6) differenciáldiagnosztika: alternatív okok, illetve komorbid (együtt járó) és kapcsolódó állapotok.

3. táblázat Érzelmi és viselkedészavarok gyermekkori megjelenési formái a DSM-PC-ben (Drotar, 1999, 373. o. alapján)

Fejlődési kompetenciák	Kognitív/alkalmazkodási készségek Akadémiai készségek Mozgásfejlődés Beszéd és nyelvi fejlettség
Impulzív/hiperaktív vagy figyelemhiányos viselkedésformák	Hiperaktív/impulzív viselkedésformák Figyelemhiányos viselkedésformák
Negatív/antiszociális viselkedésformák	Negatív érzelmi viselkedésformák Agresszív/oppozíciós viselkedésformák Antiszociális viselkedésformák
Szerhasználat/szerabúzus	Szerhasználat/szerabúzus
Érzelmek és hangulati állapotok	Szorongásos tünetek Lehangoltság és kapcsolódó tünetek Rituális/obszesszív-kompulzív tünetek Öngyilkossági gondolatok és viselkedésformák
Szomatikus és alvási viselkedésformák	Fájdalom/szomatikus panaszok Excesszív nappali álmosság Álmatlanság Éjszakai ébredések
Táplálási, evési és ürítési viselkedésformák	Székelési problémák Nappali/éjszakai szobatisztasági problémák Tisztító és falási problémák Diétázás és testkép problémák Rendszertelen evési viselkedésformák
Betegséggel összefüggő viselkedésformák	Egészségi állapotokat befolyásoló pszichológiai faktorok
Szexuális viselkedés-formák	Gender identitással kapcsolatos kérdéskörök Szexuális fejlődéssel kapcsolatos viselkedésformák
Atipikus viselkedésformák	Repetitív viselkedésmintázatok Társas interakciókkal kapcsolatos viselkedésformák Bizarr viselkedés

A problémák súlyosságának spektrumát három szinten értelmezték a szerzők, amely a gyakorlati munkában és az intervenciók tervezésében hasznos támpont lehet:

- A (természetes) *fejlődési variációk* olyan, a szülők számára ugyan panaszt okozó viselkedésformák, amelyek még megfelelnek a gyermek életkorának, az adott életkorban jellemző normatív spektrumnak.
- *Probléma* esetén a viselkedésformák már elég súlyosak ahhoz, hogy a gyermek funkcionalitása a kortársaival, az iskolában vagy a családjában csorbát szenvedjen, azonban nem olyan súlyosak még, hogy a DSM kategóriáit jelölhessük ki.
- A *zavarok* már egyértelműen a DSM kategóriáira vonatkoznak.

A rendszer útmutatásai alapján a *fejlődési variációk kezelésénél* a gyermekorvosok feladata leginkább az, hogy a szülőket biztosítsák arról, minden az életkornak megfelelően zajlik. A *tanácsadás és a szülő-edukáció* éppen elegendő intervenció. *Problémák és zavarok esetében* már indokolt a *lelki egészséggel foglalkozó szakemberekhez utalás,* azonban fontos a folyamatos *monitorozás és hosszabb távú nyomon követés is*. A szerzők szerint a DSM-PC a pszichológusok számára is fontos eszköz lehet abban, hogy a problémakörök nagyobb spektrumát kezelhessék, illetve teamben dolgozhassanak a gyermekorvosokkal.

A *környezeti kihívások* felsorolásában nagyon hasonlóak voltak a kategóriák a 2005-ben megjelent DC:0-3R rendszerbe foglaltakhoz (lásd később). A cél mindkét rendszerben az volt, hogy a szakember beazonosíthassa a problémák mögött húzódó lehetséges okokat, a hátrányos környezeti helyzetet, azokat a faktorokat, amelyek sérülékennyé vagy épp ellenállóvá tesznek egy gyermeket a stresszes életeseményekkel és helyzetekkel szemben (lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát a rezilienciáról a jelen kötetben).

Az Egyesült Államokban, csakúgy, mint hazánkban vagy a világ más országaiban, a diagnosztikai kódolás és az egészségügyi finanszírozás a DSM és a BNO alapján zajlik. Így a DSM-PC esetében – csakúgy, mint a többi alternatív diagnosztikai klasszifikációs rendszernél – a klinikai alkalmazás és a kutatás inspirálása volt releváns inkább.

Bár láthatjuk, hogy mind szemléletében, mind a rendszer felépítésében a DSM-PC nagyon is teljesíti az adekvát kora gyermekkori rendszerekkel szemben támasztott fentebb kifejtett kritériumok (DelCarmen-Wiggins, 2001; Egger és Emde, 2011; Mulrooney és mtsai., 2019) nagy részét (leíró viselkedéses tünetek, heterogenitás, tágabb környezeti stresszorok, közös nyelv célzása, intervenciótervezések orientálása, empirikus adatokon alapuló szemlélet, széles probléma spektrum, későbbi életkorokhoz való kapcsolódás stb.; lásd 4. táblázat), a DSM-PC korlátai között megemlíthető, hogy szemben a DC:0-3 és DC:0-3R rendszerekkel, a kisgyermekkorban nem foglalkozott a szülő-gyermek kapcsolati problémákkal, valamint kevésbé fedte le a problémák és a fejlődési késések spektrumának azt a részét, amelyeket főleg csecsemőkkel foglalkozó szakemberek tapasztalnak.

A DSM-PC, bár nagyon hasznos kézikönyv, érdekes módon nem igazán terjedt el és kevesen cikkeztek róla. Kérdés, hogy vajon a DSM-5 megjelenésével megfogalmazódik-e az igény a DSM-PC megújítására is.

Az RDC-PA (Task Force on RDC, 2003)

Az RDC-PA fejlesztéséről a Task Force on RDC (2003), valamint Postert és munkatársainak (2009) munkái alapján foglaljuk össze a legfontosabb ismereteket (lásd még 4. táblázatot).

Mivel a DSM-IV tünetleírásairól hamar kiderült, hogy a korai életkorokban nem alkalmazhatók eredménnyel, nehézséget jelentett a kora gyermekkori klinikai zavarok megbízható, összehasonlításokra is alkalmas tudományos kutatása. Az Amerikai Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Akadémia 2000-ben indítványozta, hogy egy munkacsoport a már fellelhető jelentős kora gyermekkori kutatások és a DSM-IV alapján állítson össze egy rendszert a 6 év alatti gyerekek zavarairól a további klinikai kutatások számára.

A munkacsoport 40 kutatást tekintett át. Nem új klasszifikációs rendszer felállítása volt a *cél*, hanem a *DSM-IV meglévő kritériumainak megbízható és érvényes, valamint fejlődésfókuszú rendszerezése*. Az RDC-PA létrejöttét tehát nem gyakorlati, hanem *tudományos célkitűzések* inspirálták, ennyiben jelentősen különbözik a tanulmányban bemutatott többi rendszertől, amelyeket viszont a 2000-es évektől nagyon is inspirált.

A munkacsoport több alapelvet követett munkájánál:

- Csakis olyan *fejlődéslélektanilag nem megfelelő kritériumok vagy szövegezések (definíciók, fogalmak) cseréje, módosítása* történt, amelyeket empirikus kutatások indokoltak.
- Mivel a gyerekek belső világát (érzelmeket, gondolatokat, fantáziákat) a korlátozott kognitív és nyelvi képességeik miatt nem lehet pontosan megismerni, a kritériumok megfogalmazásánál inkább a *megfigyelhető viselkedésre alapoztak*.
- Bár a munkacsoport a csecsemő- és kisgyerekkori tünetek hátterében nagyon fontosnak tartotta a szülői környezetet, ezt sokkal komplexebbnek ítélték meg annál, minthogy szülői viselkedésformák is bekerüljenek diagnosztikai kritériumokba.

Az RDC-PA 19 zavart ír le részletesen. Ebből 13 zavar a DSM-IV-ből származott. Két zavar esetében kibővítették az alkategóriákat és a tüneti kritériumokat is (a táplálkozási zavarnál hat, az alvászavarnál pedig két alkategóriát határoztak meg). A tizenhárom zavarnál 87 tünet leírását közölték. A legtöbb DSM-IV-ben leírt tünet egyáltalán nem változott, kb. 30%-ot fejlődési szempontból módosítottak, és kb. a tünetek 15%-át törölték, mert ezek egyáltalán nem feleltek meg a fejlődési szempontoknak. Néhány tünettel kapcsolatban további vizsgálatok szükségességét jelezték. A tapasztalatok szerint a *kritériumokat hatékonyabban alkalmazhatták a 3–5 éves korosztály esetében, mint a 2 év alattiakra*.

Az RDC-PA megalkotását számos kutató és klinikus üdvözölte. A rendszer jelentősége (lásd még 4. táblázat), hogy kiemelten a klinikum és a tudomány közötti híd megerősítéséért tett erőfeszítéseket. Inspirálta a későbbi rendszereket is (lásd alább), ahol az empirikus adatokon alapuló (evidence-based) kategória- és kritériumalkotás lett elsődleges cél. Egy másik érdekesség, hogy e rendszer kidolgozása közben vetődött fel először élesebben a leíró vs. etiológia alapú meghatározások körüli vita[4], amely később is folyamatos diskurzus tárgyát képezte a kora gyermekkori időszakkal foglalkozó klinikusok között.

[4] Az RDC-PA-ba Chatoor munkái (2009) alapján kerültek be a táplálási zavarok részletes kritériumai. Többek szerint túl erős volt a differenciáltság: 6 zavart írtak le, amelyből 5 kategória leírása etiológián alapult, pedig ez általában nem szokott szempont lenni a nozológiákban; mindeközben nem voltak igazi, a csoportosítást empirikusan igazoló vizsgálatok. Chatoor érvelése szerint a különböző etiológia különböző prognózist és intervenciós lépést igényel, így ajánlott ezek használata. Végül a csoport döntése szerint mind a 6 alkategóriát integrálták az RDC-PA-ba. Ezt egy az egyben felhasználta a DC:0-3R is, azonban a DC:0-5™-ben eltörölték az etiológia alapú részletes alkategóriákat, és 3 kategóriás leíró megközelítést alkalmaztak (lásd később).

A DC:0-3R (ZERO TO THREE, 2005)

Az alábbi összefoglalást maga a kiadvány (ZERO TO THREE, 2005), valamint Emde és mtsai. (2005), Egger és Emde (2011) és Mulrooney és mtsai. (2019) munkái alapján foglaljuk össze (lásd még 1., 2. és 4. táblázatot).

A ZERO TO THREE a 2000-es évek elején Robert Emde vezetésével kért fel egy munkacsoportot az 1994-ben kiadott DC:0-3 rendszer revíziójára. A DC:0-3R a klinikai megfigyelések mellett már az empirikus bizonyítékokra és kutatásokra is alapozott. Forrásként használták az elérhető szakirodalmakat, a DC:0-3 rendszert használók körében közzétett kérdőívek információit, az RDC-PA fejlesztéseit, valamint több hullámban kutatók és klinikusok véleményezéseit.

A DC:0-3R fejlesztőinek fontos célkitűzése volt, hogy *pontosítsák és specifikálják a kritériumokat*, ezzel is *növelve a klinikusok megítélései közötti megbízhatóságot*, valamint *inspirálják a bizonyítékokon alapuló rendszer kialakulását*, amihez empirikus kutatási tapasztalatokra volt szükség. A munka kezdetén nem rendelkeztek operacionalizált kritériumokkal (pontos leírásokkal, határértékekkel, zavarok közti pontos határokkal stb.). Tisztában voltak a szerzők azzal, hogy a rendszer időről időre megújításra szorul majd.

Az RDC-PA és az időközben revideált DSM-IV-TR kritériumait a DC:0-3R mindenhová beépítette, ahová lehetséges volt (pl. megállapították a szorongásos zavarok, az alvási viselkedés és a táplálási viselkedés zavarainak alkategóriáit). A rendszerben néhány elnevezést is megváltoztattak (pl. a DC:0-3-ban még új kategória, a Szabályozási (regulációs) zavar, a DC:0-3R-ben a Szenzoros feldolgozás szabályozási zavarai elnevezést kapta).

Újra és újra kihangsúlyozták, hogy a *DC rendszer nem helyettesíti, hanem kiegészíti a meglévő rendszereket*, olyannyira, hogy a DC:0-3R-be nem foglalták bele azokat a klinikai zavarokat (pl. autizmus, ADHD), amelyek jelölése a DSM-IV alapján megtehető volt. A DC sohasem célozta, hogy a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a pénzügyi visszatérítés alapja legyen, vállaltan a BNO és a DSM rendszerek szakmai kiegészítéseként szolgált és szolgál ma is.

Az *1. tengelyen* (lásd 2. táblázat) – az RDC-PA áttekintése és más klinikai tapasztalatok alapján – szigorodtak a kritériumok: a DC:0-3R-be foglalt *zavarok megállapításakor már legalább három kritériumnak kellett teljesülnie, legalább két helyzetben, legalább két héten keresztül*. Míg a DC:0-3-ban még széles és általános kategóriákat fogalmaztak meg, a DC:0-3R-ben már *sokkal több specifikus kritérium* segítette a tájékozódást.

A DC:0-3 több értékelő skálájában is változás lépett elő.

A *2. tengelyen* a kapcsolati diagnosztika meghatározásánál két eszköz állt rendelkezésre:

- A *PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale; Szülő-csecsemő kapcsolatot felmérő globális skála) becslőskála* esetében a klinikus megítélésének alapja a megfigyelt viselkedés, a szülő, illetve ha lehetséges volt, a gyermek szubjektív tapasztalatairól szerzett információk voltak. A problémáknál meg kellett határozni azok intenzitását, gyakoriságát, időtartamát, ez alapján volt értékelhető a súlyossági kategória a nehézség, a probléma és a zavar között. A kontinuum skálán, a *jól alkalmazkodó és a súlyosan sérült/igazolható rossz bánásmód (bántalmazás, elhanyagolás) végpontokkal jellemezhető dimenzión* 10 kategóriába sorolhatták a szülő-gyermek kapcsolatról kialakult szakmai benyomást.

- A *Kapcsolati problémákra vonatkozó listán (Relationship Problems Checklist)* a kapcsolati működés néhány jellegzetességét lehetett megítélni (pl. bevonódás, feszültség, ellenségesség dimenziókban).

A *4. tengelyen* a *pszichoszociális stressz megítélésében* egy olyan lista segítette a tájékozódást (hasonlóan a már ismertetett DSM-PC rendszerhez), amely a *környezeti és pszichoszociális stresszorok széles spektrumát* tárta fel.

Az *5. tengelyen* az érzelmi és társas működés megítélését segítő eszköz hat fejlődési területen határozta meg a *funkcionális kapacitásokat és kompetenciákat*.

Korábban a DC:0-3-ban nem preferálták a többszörös szindrómák megállapítását, egyetlen kategóriát kellett kiválasztani, ehhez kaptak iránymutatást a klinikusok. A DC:0-3R-ben viszont *elfogadták az együttesen jelen lévő diagnosztikai klasszifikációkat, sőt ezt a zavar súlyossági fokmérőjének is tekintették*. A vezető tünetek alapján azonban cél volt priorizálni a diagnózisok között, mivel az intervenciók tervezésénél ezt fontos szempontnak tekintették.

A fentiekben láthatjuk, hogy mindazok az életkor-specifikus előnyök, amit a DC:0-3 már képviselt a BNO/DSM rendszerekkel szemben, a DC:0-3R-ben már kiegészült az empíria és a klinikai gyakorlat közötti kapcsolat megerősítésével is. Ez a tendencia a legfrissebb DC:0-5™-ben csak fokozódott (lásd később).

A DSM-5 (APA, 2013)

Az alábbi ismertetést maga a kiadvány (APA, 2013), valamint Friedman és mtsai., 2012; Regier és mtsai., 2013 munkái alapján tesszük meg (lásd még 4. és 5. táblázatot).

A ma is aktuális DSM-5 tervezése már 1999-től elindult, szakmai konferencia sorozat segítette a közös gondolkodást. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association; APA) 2006-ban kezdte el felkérni a revízióért felelős munkacsoport tagjait. A specifikus diagnosztikai kategóriák alapján13 munkacsoportot hoztak létre. Hat másik munkacsoport is megkezdte munkáját, akik az alábbi horizontális témaköröket vizsgálták és dolgozták fel: diagnosztikai spektrumok, az életút fejlődési megközelítése, gender és kulturális összehasonlító tematikák, pszichiátriai és általános orvosi kérdéskörök, a sérültség és funkcióromlás felmérési lehetőségei, a diagnosztikai mérésre alkalmas eszközök áttekintése. Tizenhárom ország több mint 400 szakértője dolgozott különböző diszciplínákat (pszichiátriát, pszichológiát, neurológiát, gyermekgyógyászatot, alapellátást, epidemiológiát, kutatásmódszertant, statisztikát) képviselve. A 2010-re elkészült első kéziratot még számos hullámban tárgyalták újra. A WHO-val a korábbiaknál *szorosabb volt az együttműködés a DSM-5 és a készülő BNO-11 összehangolása érdekében*. Az APA és a WHO egy közös kutatási adatbázist szerkesztett a két fejlesztés számára, és egy harmonizációért felelős munkacsoportot is felállítottak, amely a párhuzamos folyamatokat koordinálta. A 2013 májusában megjelent DSM-5 végül mind struktúrájában, mind tartalmában jelentős átdolgozáson esett át a korábbi változatokhoz képest:

- *Megszűnt az öttengelyes rendszer.*
- A teljesen leíró szintű klasszifikáció valamennyire elmozdult az etiológiai felé, mivel az *új metastruktúrában 5 fontos klasztert* fogalmaztak meg a zavarok kóroki magyarázatára vonatkozóan: a neurokognitív és a fejlődésneurológiai zavarokat, a pszichózisokat, valamint az érzelmi és az externalizáló klasztereket.
- A *kulturális és társas kontextus, az életkor és a gender hatásai* külön tárgyalásra kerültek a tüneti megjelenés, a kockázati faktorok, a lefolyás, az előfordulás és más diagnosztikus elemek varianciájának bemutatásában.
- Néhány esetben *több kategória egy zavar alá* került, ilyen lett pl. az autizmus spektrum zavar vagy a szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok.
- Más esetekben *egy-egy zavart több különálló zavarra* bontottak: pl. a DSM-IV-ben a reaktív kötődési zavar két jelölendő altípusa a DSM-5-ben két külön kategória lett reaktív kötődési zavar és gátolatlan társas kapcsolati zavar néven (kötődési zavarokról bővebben lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben).
- Számos esetben *átnevezés* is történt: pl. a DSM-IV mentális retardáció kategóriája ezentúl intellektuális képességzavar (az értelmi fejlődés zavara) néven szerepel.
- A DSM-5 *dimenzionális szempontokat* is beépített. Bár a diagnózisok még mindig egyfajta igen-nem döntésen alapulnak, a specifikátorok (jelölők), az altípusok, a súlyossági fokmérők és a horizontális tüneti felmérések segítik a klinikusokat abban, hogy megragadhassák a zavarok közötti átmeneteket, amelyek egy szigorúan vett kategoriális megközelítésben nem lenne lehetséges.

Bár a DSM-5 törekedett arra, hogy a korábbi változatoknál erőteljesebben képviselje a fejlődési szempontokat (lásd életúti megközelítés, kontinuum szemlélet), ennek ellenére sem tudta biztosítani a kora gyermekkori lelki egészség zavarok megbízható leírását (Mulrooney és mtsai., 2019). Sajnos a DSM rendszer továbbra sem teljesíti azokat a kritériumokat (lásd 4. táblázat), amelyek teljesülése mellett sikeresen orientálhatná a csecsemőkkel és kisgyermekekkel foglalkozó klinikusok diagnosztikai munkáját.

Az elmúlt évtizedek fejlesztései révén 2016-ban nyílt mód egy olyan rendszer publikálására, amely a kora gyermekkori szakterület számára átütő megoldásokkal jelentkezett. Ötvözte a DSM szemléleti hagyományainak erősségeit, miközben próbált átfogóan megfelelni a már fentebb bemutatott szakmai feltételrendszernek. Egy rendhagyó klasszszifikációs rendszer született, részletes diagnosztikai kézikönyv formájában, amelynek tartalma minden eddigi rendszer mélységét felülmúlta.

A DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016[5])

A ZERO TO THREE 2013-ban felkért egy újabb munkacsoportot Charles H. Zeanah vezetésével, hogy a DC:0-3R revízióját végezzék el. Mivel közel egy évtized múlt el az előző kiadás óta, és rengeteg empirikus kutatási anyag gyűlt össze több szakterületről, időszerűvé vált a diagnosztikai rendszer újragondolása. A munkacsoport a kora gyermekkori lelki egészség szakterület interdiszciplinaritását (pszichiátriát, pszichológiát, gyermekgyógyászatot, ápolást, szociális munkát és a konzultációs szakmákat) képviselte. Többen részt vettek a korábbi DC-verziók kidolgozásában. A munkacsoport ismét számos forrásból merítette az információkat: alapos szakirodalom kutatás és az empirikus kutatási eredmények áttekintése mellett a DC:0-3R-t korábban használók (kérdőívvel összegyűjtött) klinikai tapasztalatai voltak segítségükre. Több körös egyeztetési és véleményezési folyamatok után 2016 végén publikálták az új rendszert, az első 5 év fejlődési és lelki egészség zavarait bemutató DC:0-5™-t (Zeanah és mtsai., 2016, 2017; Mulrooney és mtsai., 2019).

A klasszifikációs rendszer szándékoltan *ateoretikus* (csakúgy, mint a DSM-5), vagyis nem kapcsolódik specifikus magyarázó teóriákhoz és konstruktumokhoz, ugyanakkor (a DSM-5-tel ellentétben) elkötelezetten *kapcsolatfókuszú és fejlődésorientált* rendszer, amely továbbra is megtartotta a *többtengelyes* megközelítést (Mulrooney és mtsai., 2019).

A DC:0-3R-hez képest a diagnosztikai kritériumokat kiterjesztették az első öt évre, és több zavar esetében már az első évben megfigyelhető jegyeket is ismertették. Az igazi zavarokat az átmeneti nehézségektől úgy különböztették meg, hogy *minden zavar kritériumai között szerepelt kötelező feltételként a distressz átélése és a funkcionális sérülés. A több lépésből álló diagnosztikai algoritmusok követése és az összes kritérium megléte szükségszerű annak érdekében, hogy a klinikai zavarok elkülöníthetők legyenek az egyéni különbségekből fakadó természetes sokszínűségtől és az átmeneti nehézségektől.* Erre a fajta *érzékeny differenciálásra* kifejezetten nagy szükség van a kora gyermekkori időszakban, ahol nagyon gyors változások történnek a gyerekek életében. Minden zavar esetében specifikálták az életkori limitációkat és a tünetek fennállásának elvárt időtartamát is. Az öt tengelyt megtartották, de néhánynak az elnevezését kissé módosították (lásd 1. táblázat). (Zeanah és mtsai., 2016, 2017; Mulrooney és mtsai., 2019.)

Az *1. tengelyen* néhány zavart, illetve azok alkategóriáit törölték, módosították. Ugyanakkor újabbakat is beemeltek a rendszerbe, pl. minden olyan zavart, amit a DC:0-3R nem tartalmazott, csak a DSM-IV-re való hivatkozással kezelt (lásd autizmus spektrum zavar, ADHD; ezeket a rendszer saját logikája szerint definiálta és írta le). A DSM-5 struktúrájához hasonló *8 nagyobb klinikai zavar klasztert* állapítottak meg. Az elnevezésekben figyeltek a DSM-5 terminusaira, és mindenhol megadták az *átjárásokat a DSM-5 és a BNO-10 rendszerekhez* (lásd 5. táblázat). (Zeanah és mtsai., 2016, 2017; Mulrooney és mtsai., 2019.)

---

[5] Magyar kiadás: 2019; *DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Minden egyes zavar bemutatása azonos szempontrendszer szerint történik[6].

Az *1. tengelyen* az egyik nagy változás, hogy *eltörölték a Chatoor-féle táplálási zavar kategorizációt*. Chatoor (2009) etiológiai alapon különbözteti meg a táplálási zavarok 6 alkategóriáját (magyarul összefoglalót lásd Scheuring és mtsai., 2016), és azt vallja, hogy ezek a megkülönböztetések kulcsfontosságúak az intervenciók tervezésekor. A hat alkategória már az RDC-PA-ba, majd ennek nyomán a DC:0-3R-be is bekerült, azonban a DC:0-5™-ben elvetették ezt a koncepciót. Azzal érvelt a munkacsoport, hogy a diagnosztikai klasszifikációs rendszerek általában (a DSM is), így a DC:0-5™ is leíró, fenomenológiai rendszerek, ahol a kritériumok a megfigyelhető tünetek alapján kerülnek kialakításra. *Mivel a chatoori kategóriák etiológiai alapúak, így nem illeszkedtek a koncepcióba*. Másrészt a chatoori kategóriák a táplálási viselkedésről szóltak, amelyből hiányolták az önálló evésviselkedés nehézségeit. Az *új rendszerben* így a zavarcsoport elnevezése és az alkategóriák is megváltoztak, *a táplálkozási és evészavarok három leíró alcsoportját határozták meg: a túlevés zavart, a csökkent táplálékbevitel zavart és az atipikus evés zavart* (Keren, 2016).

Egy másik újítás volt, hogy az 1. tengelyen bevezették a *Kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kora gyermekkorban* elnevezésű kategóriát, amely bármilyen viselkedéses manifesztációval jelentkezhet (legyen ez alvászavar, táplálási zavar, dac stb.). *Kapcsolatspecifikus zavart akkor állapítunk meg, ha egy adott viselkedés csak egy adott gondozóval való interakciók során jelenik meg, míg más kontextusokban és gondozókkal a probléma nem jelentkezik* (Zeanah és Lieberman, 2016). Ez az újítás nagyon lényeges, mind a DSM-mel, mind pedig a korábbi DC rendszerekkel összehasonlítva. E zavar meghatározásában testesül meg az, ahogyan a kapcsolatról gondolkodik a megközelítés. A medikális szemlélet individuálisan a gyermeknek tulajdonítja az okokat és a zavart (ilyen pl. a DSM). A DC:0-5™ a többi 1. tengelyen lévő zavarnál használja még e szemlélet fontos ismérveit, kihangsúlyozva, hogy számos zavar csakis akkor diagnosztizálható, ha a gyermek több személlyel, több kontextusban mutatja a tüneteket (vagyis azok invazív módon, áthatóan jelentkeznek). Ugyanakkor e leírásokban is folyamatosan kapcsolatfókuszú a DC:0-5™, hiszen minden zavar kialakulásában, fenntartásában és kezelésében óriási jelentőséget tulajdonít a közvetlen gondozói környezetnek (2. tengely). A zavarok, tünetek egy részének megjelenésénél viszont a DC:0-5™ feltételezi a diádspecifikusságot (vö. hasonlóságot a kötődési kapcsolatok minőségének alakulásával; lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben), vagyis azt, hogy nagyon jelentős különbséget jelent mind az azonosításban, mind pedig a kezelésben, ha a panaszok mindössze egy adott kapcsolatban vagy helyzetben figyelhetők meg. Ilyen esetekben, az ún. kapcsolatspecifikus zavaroknál a hangsúly egyértelműen a diád működésén, interakciós történetén van.

A *2. tengelyen* a korábban használt PIR-GAS helyett *két új skálát* alkottak, a gondozó-gyermek diádikus kapcsolat, valamint a gyermek és családja, illetve közvetlen környezete közötti kapcsolatok megítélésére. A táblázatok segítségével a sameroffi tranzakciós modellnek (1975) megfelelően elemezhetjük mind a gondozó, mind pedig a gyermek hozzájáru-

[6] Ezek a szempontok a következők: (1) Diagnosztikai folyamat – kritériumok, (2) Életkor a diagnózis felállításakor, (3) A tünetek fennállása (időtartam), (4) Diagnosztikai jellemzők, (5) Fejlődési jellemzők, (6) Prevalencia, (7) Lefolyás, (8) Kockázatok és prognózis, (9) Kulturális szempontok a diagnosztikában, (10) Nemi megoszlás, (11) Differenciáldiagnózis, (12) Komorbiditás, (13) Átjárás a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel.

lását a kapcsolathoz. Majd két dimenzionális skála segítségével négy nagyobb kategóriát határozhatunk meg az adaptív működés szintjeiben a *jó adaptáció és a veszélyes kapcsolatok/gondozási környezetek végpontú dimenzió mentén* (Zeanah és Lieberman, 2016). Ez az egyszerű eszköz lényegében annak az esszenciáját operacionalizálja és valósítja meg, ami a modern fejlődéselméletek megfogalmazása során kikristályosodott: vagyis, hogy az egyén környezetére és így saját fejlődésére is hatással van. Ilyen értelemben nemcsak a kompetensebb felnőtt, de minden gyermek is aktív ágensként járul hozzá elsődleges kapcsolatainak minőségéhez, saját fejlődéséhez, sőt ilyen értelemben saját pszichopatológiájához is. Ne felejtsük el, a kapcsolat mindig is hierarchikus, a kompetensebb gondozó vállal felelősséget a gyermeke jóllétéért, azonban a folyamatos, spirális tranzakciók érvényesülésével a gondozó működésére is nagy hatással van a gyermek működése és fordítva (lásd bővebben az elméleti modelleket Danis és Kalmár két tanulmányában a jelen kötetben).

Az egész kötetben a *kulturális szemlélet* érezteti hatását. Alapfeltételezés, hogy a család kulturális értékei, hiedelmei, elvárásai és szokásai nagyban befolyásolják a gondozást és a nevelési környezetet, valamint az érzelmi és viselkedéses tünetek értelmezését. A kötet elején külön elméleti-módszertani fejezetet szántak a *kulturális érzékenység* szerepének tárgyalására a diagnosztikai folyamatban. Emellett minden zavar esetében egy fontos leíró rész a *kulturális különbségekről* szól (Mulrooney és mtsai., 2019).

A *4. tengelyen* részletes, a DC:0-3R-hez képest némileg bővített táblázat segíti a *pszichoszociális stresszorok* feltérképezését. Az átfogó lista figyelembe veszi a fejlődésről alkotott modelljeink komplexitását, a kockázati és védőfaktorok jelentőségét a sérülékenység – reziliencia kontinuumon (lásd bővebben az elméleti modelleket Danis és Kalmár két tanulmányában a jelen kötetben).

Az *5. tengelyen* a *fejlődési kompetenciák* megítélésében részletes életkori útmutató segít, amely korábban kidolgozott fejlődési mérföldkövekről szóló szakanyagok összesítésével készült el (ZERO TO THREE, 2016). Ez a táblázat természetesen nem helyettesíti az átfogó fejlődéspszichológiai-gyógypedagógiai vizsgálatokat, a sztenderd fejlődési tesztek használatát, azonban segít a szakembernek annak eldöntésében, hogy a megfigyelt gyermek fejlődése tipikus vagy megkésett, atipikus mederben zajlik-e[7].

Vita a csecsemő- és kisgyermekkori klasszifikációról

Von Klitzing (2017) a World Association of Infant Mental Health (WAIMH) világszervezet jelenlegi elnöke a DC:0-5™ megjelenése után vitát indított a WAIMH szakmai folyóiratában (Perspectives in Infant Mental Health). Ő és sokak véleménye szerint a kora gyermekkori időszak olyannyira változó és képlékeny, hogy hiba lehet rigid kategóriák alkalmazása a viselkedéses tüneteik leírására. Másik aggodalma az volt, hogy azok a gyerekek, akik korán pszichiátriai diagnózist kapnak, ezzel együtt stigmát is kapnak. Véleménye szerint, mivel a tünetek nagyon gyakran a kapcsolatról szólnak, eredményesebb lenne egy olyan rendszer, amely az egyén fejlődési helyzetének, körülményeinek

[7] A fejlődési táblákban a normatív fejlődési mérföldkövek esetében lehetnek kulturális különbségek is, amire az eszköz egy-egy adaptációjánál (pl. a magyar fordítás használatánál) is ügyelni kell.

pszichopatológiai leírását szolgálná. Felveti a komorbiditás gyakori megjelenésének problémakörét is. Úgy véli, hogy a tünetek jobban leírhatók és értelmezhetők különböző dimenzionális jellemzők mintázataként, mintsem komorbid kategóriákként. Azt is kiemeli, hogy akár kategoriális, akár dimenzionális elképzelésünk van a pszichopatológiáról, kisgyermekkorban a kapcsolati viszonyokról is szakvéleményt kell alkotnunk. Hasonló dilemmákkal találkozunk Angold és Egger (2004) vagy Lieberman és mtsai. (2004) tanulmányában a kora gyermekkori diagnózisok adásának kérdéskörében.

Zeanah és mtsai. (2017) mint a DC:0-5™ megalkotói válaszukban több felvetett kérdésre adnak megfontolandó választ. Egyetértenek azzal, hogy a DC:0-5™ nem teljesen adekvát rendszer a kora gyermekkori lelki egészség problémák megragadására, ugyanúgy, ahogy más nozológiák sem azok, sőt. Reményeik szerint eddig a DC:0-5™ rendszer az, amely az elődökhöz képest a leginkább komplexen próbálja megragadni a korai kérdéskört. A rendszer „alkalmatlansága" az, ami a klinikai gyakorlatot és a kutatást tovább inspirálja az egyre fontosabb, érvényesebb és megbízhatóbb rendszerek megalkotása felé. A még hatékonyabb diagnosztikai rendszerek pedig még hatékonyabb kezelési intervenciók tervezéséhez vezethetnek. Annak ellenére, hogy nem értünk egyet a kategorizálással, spontán módon minden szakember, szülő, sőt még a szolgáltatók és az azokat finanszírozók is kategorizálnak, megállapítva vagy hipotézist gyártva arról, mi az, ami már „súlyos esetnek" számít. Így indokolttá válik a közös nyelv kialakítása, ami konszenzust tud biztosítani a megítélés megbízhatóságára vonatkozóan. Ugyanakkor kiemelik, hogy természetesen szinte minden humán tulajdonság dimenzionálisan értelmezhető, és a „nem egészséges", „problémás" vagy „klinikai zavart" jelentő tünetek, viselkedésformák a kontinuum egy adott pontjától, az ún. határértéktől számítandók. A munkacsoport kifejezetten a fejlődés komplexitásában való hit és a számos individuális és környezeti faktor bonyolult összjátékának mérlegelésével tartotta meg az 5 tengelyes struktúrát, kiemelve és leginkább fókuszba állítva a gondozási kapcsolatot és a családi rendszert. A kora gyermekkorban mutatkozó szindrómák mintázata a kutatások szerint stabilitást mutat az időben, ami egyrészt a korai időszakban megfogalmazott tünetcsoportok megbízhatóságát, másrészt a későbbi szindrómák előrejelzésének lehetőségét is megerősíti. Az óvodáskortól az iskoláskorig a stabilitás közepes, csakúgy, mint az iskoláskortól a serdülőkorig. A csecsemőkortól a későbbi életkorokig való stabilitásra vonatkozó vizsgálatok alacsonyabb száma miatt kevésbé megalapozottak az összefüggések, de tüneti hasonlóság bizonyítottan mutatkozik, minél komolyabbak a tünetek, annál inkább. A munkacsoport nagyon fontos innovációként tekint a kapcsolatspecifikus zavarok elkülönítésére, szemben azokkal a problémákkal, amelyek különböző kapcsolatokban, különböző környezeti kontextusokban hasonlóan (vagyis pervazívan) megmutatkoznak. A stigma véleményük szerint egy társadalmi konstrukció, aminek leépítéséért mindenkinek küzdenie kell. A munkacsoport fontosnak tartja nyomatékosítani azt is, hogy zavarokat osztályozunk és nem gyerekeket. Ha a szülőket is felruházzuk azzal a készséggel, hogy közös nyelvet használva tudjanak kommunikálni gyermekükről, akkor kisebb esélyt adunk a megértés hiányából fakadó címkézéseknek. A munkacsoport azt is vallja, hogy a komorbiditás megléte, azonosítása rendkívül fontos az intervenciók tervezése szempontjából. Összefoglalóan, ha dimenzionálisan is gondolkodunk a pszichopatológiáról, muszáj a szakembereknek döntést hozniuk arról, hogy egy gyermek és családja segítségre, beavatkozásra szorul-e egy adott pillanatban (von Klitzing, 2017 és Zeanah és mtsai., 2017 vitaanyag kivonatolása alapján).

Összegzés, értékelés

Áttekintve a kora gyermekkori időszak fejlődési és lelki egészség zavarainak kategorizálására és leírására tett erőfeszítéseket, összefoglalhatjuk, hogy a BNO/DSM hagyomány sajnos minden törekvése ellenére sem tudja teljesíteni azokat a feltételeket, amelyek a korai fejlődés és kapcsolati kontextus sajátosságaiból adódnak (lásd fentebb DelCarmen-Wiggins és Carter, 2001; Egger és Emde, 2011; Mulrooney és mtsai., 2019). A megbízható és érvényes klinikai kutatásokat ösztönző RDC-PA, valamint az amerikai gyermek alapellátásban korábban szorgalmazott, majd méltatlanul háttérbe szoruló DSM-PC rendszerek olyan szempontokkal gazdagították a klasszifikációs rendszerek fejlődéstörténetét, amelyek a mai napig hasznunkra válnak.

Az 1990-es évektől a DSM mellett párhuzamosan kibontakozó, több mint 20 éves DC hagyomány olyan komplex rendszer megfogalmazását tette lehetővé 2016-ra, amely szemléletében ötvözni tudta mindazokat a teoretikus és empirikus eredményeket, amelyeket ma az egészséges és a patológiás fejlődés dinamikájáról tudunk, és teljesíteni képes az adekvát kora gyermekkori diagnosztikai rendszerekkel szemben támasztott specifikus kívánalmakat is (lásd az értékelő 4. táblázatot). Mindemellett a DC:0-5™ öt tengelyén felmérhető sajátosságoknál nemcsak a kockázati tényezőket, hanem az erősségeket és erőforrásokat is regisztrálhatjuk, így a véleményalkotás folyamatában mérlegelhetjük a gyermek és családja helyzetét a sérülékenység – ellenálló-képesség dimenzión. Mindez pedig a reziliencia-fókuszú intervenciótervezésre ad lehetőséget (lásd ajánlás alább).

Az angolszász fejlesztések mellett más országok is megfogalmaznak diagnosztikai irányelveket (lásd a németországi rendszert az alábbi keretes szövegben), amelyeknek iránymutatásai orientálhatják munkánkat hazánkban is. Ugyanakkor a DC:0-5™ – értékelésünk szerint a ma elérhető legátfogóbb kézikönyv – az egyetlen, amely a BNO és DSM rendszerek mellett 2019 óta magyar fordításban is hozzáférhető a szakemberek számára.

Német irányelvek a csecsemők, a kisgyermekek és az óvodáskorúak mentális zavarairól (von Gontard és mtsai., 2015)

Nemcsak az angolszász országok fejlesztéseit érdemes ismernünk, mivel pl. a német nyelvterületen is több évtizedes hagyományokkal bír a kora gyermekkori lelki egészség támogatása és a pszichés zavarok kezelése. Németországban von Gontard, Möhler és Bindt (2015) vezetésével egy 30 fős munkacsoport dolgozta ki a kora gyermekkori lelki egészség zavarok diagnosztizálásának és kezelésének irányelveit (*Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter*[8]).

A német rendszer is a *dimenzionális megközelítést preferálja* a lelki egészség zavarok diagnosztikájában. Érvel amellett, hogy nem lehetséges éles, kategoriális különbségtétel

[8] Letölthető az alábbi oldalon: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-041.html

4. táblázat A bemutatott rendszerek hatékonysága a kora gyermekkori klasszifikációs rendszerekkel szemben támasztott kritériumok alapján

Kívánalmak egy adekvát kora gyermekkori klasszifikációs rendszerrel szemben (DelCarmen-Wiggins és Carter, 2001; Egger és Emde, 2011; Mulrooney és mtsai., 2019 alapján)	**Képesek-e kezelni az alábbi rendszerek a felsorolt szempontokat?**						
	DSM-rendszer korábbi változatai	**DSM-5**	**DC:0-3**	**DC:0-3R**	**DC:0-5™**	**DSM-PC**	**RDC-PA**
A rohamos fejlődés (átmenetiség és változékonyság) figyelembe vétele (meghatározva a tünetek fennállásának elvárt időtartamát)	meghatároz időtartamot, de nem a kora gyermekkori időszakra vonatkozóan	meghatároz időtartamot, de nem a kora gyermekkori időszakra vonatkozóan	nem	részben	igen	nem	nem
A heterogenitás (nagyfokú változatosság) és a súlyossági szegmensek kezelése (kontinuum szemlélet)	nem	részben	részben	részben	igen	igen	részben
A viselkedéses jegyekre koncentrálás	igen	igen	részben	igen	igen	igen	igen
Az elsődleges gondozói környezet feltérképezése	nem	nem	igen	igen	igen	részben	részben
Tágabb környezet és stresszorok mérlegelése	részben	részben	igen	igen	igen	igen	részben
A problémák és a zavarok formáinak és teljes spektrumának kezelése	igen, de nem a kora gyermekkori időszakra vonatkozóan	igen, de nem a kora gyermekkori időszakra vonatkozóan	részben	részben	igen	igen	igen

A 4. táblázat folytatása

Kívánalmak egy adekvát kora gyermekkori klasszifikációs rendszerrel szemben (DelCarmen-Wiggins és Carter, 2001; Egger és Emde, 2011; Mulrooney és mtsai., 2019 alapján)	Képesek-e kezelni az alábbi rendszerek a felsorolt szempontokat?						
	DSM-rendszer korábbi változatai	DSM-5	DC:0-3	DC:0-3R	DC:0-5™	DSM-PC	RDC-PA
Kapcsolódás a későbbi életkorok pszichopatológiájához	későbbi életkorok vannak a fókuszban	későbbi életkorok vannak a fókuszban	nem	nem	részben, későbbi következmények bemutatásával	igen, serdülőkorig	nem
Közös nyelv teremtése a szakemberek és kliensek között	részben	részben	igen	igen	igen	igen	csak klinikusok és kutatók között
A kapcsolatfókuszú intervenciók tervezésének orientálása	nem	nem	igen	igen	igen	igen	nem
Szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a pénzügyi visszatérítés alapjainak biztosítása	igen	igen	nem	nem	nem	nem	nem
Szoros kapcsolat teremtése a klinikai gyakorlat és a tudomány között	igen, de nem a kora gyermekkori időszakra vonatkozóan	igen, de nem a kora gyermekkori időszakra vonatkozóan	nem	részben	igen	részben	igen

sem az egészséges és zavart működés, sem pedig a különböző zavarok között. A rendszer kidolgozásakor a BNO-10, a DSM-IV, a DC:0-3R és az RDC-PA-t is alapul vették.

Rendszerükben *13 zavart* mutatnak be részletesen az említett osztályozási rendszerek alapján, bővebb leírással, szakirodalmi adatokkal alátámasztva, illetve a kézirat elején megfogalmaznak *általános ajánlásokat, irányelveket a diagnosztikára és a kezelésre vonatkozóan*. A pszichológiai, pszichoszomatikus problémákkal küzdő gyermekek esetében az organikus problémák differenciáldiagnosztikája és kiszűrése alapfeltétel, valamint a diagnosztika és a kezelés során is interdiszciplináris teammunka indokolt.

Néhány fontosabb ajánlás a diagnosztikára és a kezelésre vonatkozóan a német „Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (Irányelvek a csecsemők, a kisgyermekek és az óvodáskorúak mentális zavarairól)" című kéziratban

– A kora gyermekkori lelki egészség zavarok diagnosztikája csakis a szülő-gyermek interakciók, illetve a pontos diagnosztikai kritériumok figyelembe vételével történhet.
– A BNO, a DSM és a DC osztályozási rendszereket is érdemes figyelembe venni a diagnosztikai folyamatban.
– Az elsődleges pszichológiai zavar mellett a DC segítségével érdemes a kapcsolati zavart kizárni, illetve annak megléte esetén számba venni.
– A kapcsolati diagnosztikában rögzíteni kell az interaktív viselkedés minőségét, érzelmi tónusát és a pszichológiai bevonódás/elérhetőség mértékét (pl. a DC kézikönyvekben publikált skálák segítségével).
– Akkor is indokolt tanácsadás, konzultáció, egyéb beavatkozás, amikor a kapcsolati zavar egyéb elsődleges mentális zavar nélkül áll fenn.
– Az ún. szubklinikai (klinikai határértékek alatti) tünetek felismerése is fontos, a tanácsadás, konzultáció ilyen esetekben is indokolt.
– A diagnosztikában a klinikai kórelőzmények, a fizikai állapot és az interakciók/kapcsolatok felmérése is szerepet játszik.
– Terápia csakis a diagnosztikai folyamatot követően, elsődleges zavar és/vagy kapcsolati zavar megállapítása esetén indokolt.
– Diagnózis megállapítása esetén soha nem hagyhatjuk kezelés nélkül a gyermeket és családját.
– Előnyben kell részesíteni a nem gyógyszeres kezeléseket.
– A pszichoterápia a csecsemők, kisgyermekek és óvodások lelki egészség zavarainak fő kezelési formája. (Lehetséges kezelések: szülő-edukáció, szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és pszichoterápia, a gyermek egyéni pszichoterápiája, pár- és családterápia, a szülők egyéni pszichoterápiája vagy pszichiátriai kezelése, ambuláns és osztályos kórházi kezelés, ha szükséges.)
– A pszichoterápia módszereinek, technikáinak, gyakoriságának és egyéb jellemzőinek meghatározása a zavar típusán és súlyosságán alapul.
– Az indikációtól függően multimodális terápiákat és/vagy egyéb pszichoszociális támogató szolgáltatásokat kell nyújtani (pl. beszédterápia, foglalkozási terápia, gyógypedagógiai fejlesztés, fizioterápia, mozgásterápia, fizikai betegségek kezelése, gyermekjóléti intézkedések).

– A szülőket és/vagy gondozókat mindig be kell vonni a diagnosztikai és a terápiás folyamatba.
– Gyógyszeres terápia csak speciális indikációk esetén alkalmazható, és azt mindig tanácsadás/konzultáció, valamint nem gyógyszeres beavatkozásokkal kell kombinálni.

Zavarok osztályozása a rendszerben

Kapcsolati zavarok
Táplálkozási zavarok
Alvászavarok
Tartós excesszív sírás
Szabályozási zavarok
Ürítési zavarok
Hangulati zavarok
Szorongásos zavarok
Alkalmazkodási zavarok
Poszttraumás stressz zavar
Kötődési zavarok
Hiperkinetikus zavarok/figyelemhiányos hiperaktivitási szindróma (ADHD)
A társas viselkedés zavara oppozíciós magatartással (ODD)
Egyéb zavarok (Autizmus spektrum zavar, elektív mutizmus, tik zavar, kényszeres zavar, szomatoform zavar)

Vizsgálatok, diagnosztika, szakvélemény-alkotás és intervenciótervezés – nemzetközi ajánlások

A diagnosztikai klasszifikációs rendszerek alkalmazása a *diagnózisalkotás* szinte utolsó szakaszában történik. *Alapos felmérési szakasz* után tudunk csak döntést hozni a klasszifikációs rendszerbe foglalt kritériumok és zavarkategóriák jelenlétéről.

A DC:0-5™ külön részeket szentel az egyes munkafolyamatok definiálására. Eszerint (Mulrooney és mtsai., 2019, 260. o. alapján, összefoglalva: ZERO TO THREE, 2016, 6–7. o.):

„A *vizsgálat* az adatgyűjtés folyamata, amelyben a dokumentumok áttekintése, a gondozók által ismertetett anamnézis felvétele, valamint a viselkedés természetes és strukturáltabb megfigyelése történik.

A *diagnózis* a csecsemő/kisgyermek zavarainak azonosítása és osztályozása révén jön létre.

A *szakvélemény* a csecsemő/kisgyermek klinikai tüneteinek értelmezése a kisgyermek kapcsolatainak, biológiai jellemzőinek, közösségi hálózatának és fejlődési státuszának kontextusában.”

Felmérés, vizsgálat

A diagnosztikai felmérés (vizsgálat) szakaszában három fontos célt kell kitűznünk és elérnünk (Lieberman és mtsai., 2004):

- *Átfogó információkat* kell szereznünk a gyermekről és a gyermek fejlődését befolyásoló környezeti tényezőkről.
- *Bizalomteli kapcsolatot* kell kiépítenünk *a szülőkkel*, mivel ez mind az információgyűjtés, mind a kezelés fázisában a minőségi munka egyik legfontosabb alapköve.
- Már a felmérési szakasz bizonyos pontjain *pedagógiai és terápiás hatást* kell gyakorolnunk, mivel fontos, hogy a szülők megértsék a gyermek fejlődésében mutatkozó erősségeket és sérülékenységeket, illetve a gyermek számára fejlődésileg megfelelő interakciók megteremtésére kerülhessen sor.

Az Amerikai Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Akadémia ajánlásai (Thomas, 1998; Bolten, 2012) szerint a csecsemőkorban a klinikai vizsgálatoknál fontos észben tartani a *szomatikus és lelki egészség*, valamint a *gyermek és a gondozó viselkedésének kölcsönhatásait*. A szülők a legfontosabb szereplők a terápiás teamben, ezért kulcsfontosságú, hogy erős, elköteleződött munkakapcsolat alakuljon ki a szülőkkel. Minden esetben vizsgálandó témák a *szocioökonómiai háttér, a szülők lelki egészség problémái, a családon belüli erőszak jelenléte és egyéb traumák történetei* is.

A gyermek *mozgásos, kognitív, nyelvi, és társas-érzelmi fejlődésének felmérése* elengedhetetlen. A vizsgálatoknak ki kell térniük a zavarok súlyosságának megítélésére, a zavar fejlődést befolyásoló hatásaira, és a zavart fenntartó hatásokra is (Bolten, 2012).

A felmérésnek multidiszciplinárisnak és kapcsolatfókuszúnak kell lennie. A DC:0-3-ban, a DC:0-3R-ben és a DC:0-5™-ben megfogalmazott öt tengely meghatározásához, feltérképezéshez kifejezetten *interdiszciplináris teammunkára vagy transzdiszciplináris szaktudásra* van szükség. Az organikus háttér feltérképezéséhez az orvosi és gyógypedagógiai szaktudás elengedhetetlen. A fejlődési, kapcsolati és pszichopatológiai folyamatok megítélése pedig fejlődés- és klinikai pszichológiai kompetencia.

Az alapos, több alkalmas vizsgálatokban szükség van a következő információforrások használatára (Egger és Emde, 2011; Bolten, 2012; Lieberman és mtsai., 2004; Mulrooney és mtsai., 2019):

- Szülői (és egyéb fontos gondozási személyekkel végzett) interjúk és beszámolók
- Szülői kérdőívek
- A gondozók és a gyermek külön és együttes természetes megfigyelése
- A családi működés megfigyelése
- Strukturált és szabad játék helyzetben a szülő-gyermek interakciók megfigyelése (lehetőleg videotechnikával)
- Sztenderdizált mérőeszközök a motoros, kognitív, nyelvi, érzelmi és társas fejlődés megítélése érdekében
- Strukturált diagnosztikus interjúk

Számos nemzetközi gyakorlatban alkalmazott felmérési módszer (szülői kérdőívek, interjúk) segítheti a protokollok kialakítását (összefoglalások, pl. Szaniecki és Barnes, 2016; AAP, 2012; Ringwalt, 2008; Skovgaard és mtsai., 2004), ezek adaptálására nagy szükség van hazánkban.

Diagnózis- és szakvélemény-alkotás

Az átfogó felmérési szakasz információi, amelyek végső soron – a diagnosztikai klasszifikációs kézikönyvek használatával – elvezetnek a diagnózis- és szakvélemény-alkotás folyamatáig, a következők (Lieberman és mtsai., 2004):

- A gyermek tüneteinek pontos leírása.
- Aktuális alkati sajátosságok, temperamentumbeli jellemzők, minden fejlődési területen (nyelvi, kognitív, szenzomotoros integráció, érzelemszabályozás, interperszonális kapcsolatok) felmért működési szint.
- Fejlődési anamnézis, prenatális és perinatális történések, hatások, a fejlődési mérföldkövek alakulása születéstől, teljesítmények a fentebbi területeken.
- A szülők pszichológiai működése és a szülői kompetenciák.
- Családi működés, beleértve a párkapcsolati stresszt és a kulturális hátteret.
- A szülő-gyermek kapcsolat minősége, interakciós minták, szülői percepciók a gyermekről, illetve pozitív és negatív tulajdonítások a gyermekkel kapcsolatban.
- Napi rutin és gondozási szokások.
- Családi körülmények, pszichoszociális anamnézis és jelen stresszorok.

A diagnózisalkotás folyamatában a *visszajelzések* és a *fejlődési útmutatás, a szülőedukáció* rendkívül fontos, hiszen ezek hatására bekövetkező változásokkal a gyermekről és a fejlődési háttérről kialakított vélemény is változhat. E rövid, célzott intervenciók a diagnosztikai folyamat integráns részei kell, hogy legyenek (Lieberman és mtsai., 2004).

Intervenciótervezés

Nemcsak a kora gyermekkori fejlődési és lelki egészség zavarok felmérésében és azonosításában, hanem ezek ellátásában is a klinikai teammunka és a network szemlélet az irányadó (a teammunkáról lásd részletesebben Lengyel és Siba, Németh és Kurimay, valamint Scheuring és Szabó tanulmányait könyvünk II. kötetében).

Sturner és mtsai. (2007) amellett érvelnek, hogy a mindennapi gyakorlatban tekintetbe kell vennünk a *nem zavar szintű problémákat* is, vagyis a *kockázatos konstellációk* regisztrálására is felhívják a figyelmet. Fontos a *preventív intervenciók* alkalmazása. Emiatt idézik a DSM-PC céljait, ahol a *természetes változatosság* leírása mellett a *problémák* és a *zavarok* definíciói is szerepelnek. Fontosnak tartják az *erősségeket* is feltérképezni, ezeknek a kritériumait kidolgozni, hogy a *reziliencia-szemlélet* (lásd Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben) irányába mozdulhasson el a diagnózisalkotás és az intervenciótervezés folyamata.

A gyermekegészségügyet tekintik az egyetlen olyan szakterületnek, ahol rendszeresen látják a gyerekeket a rutin egészségügyi rendeléseken. Mivel a gyermekorvosoknál nem a lelki egészségre vonatkozó diagnosztikai nyelv és keretrendszer él, a lelki egészség problémáinak felismerési esélye is csökken. A *kockázati és protektív faktorokra* való figyelem inspirálása fontos, ugyanis ha a gyermekorvosok jobban tisztában lennének a

viselkedéses és fejlődési témákkal, nagyobb esély adódna az enyhébb problémák felismerésére és gyors menedzselésére. Továbbirányítás szükségessége esetén az elérhető módszerek, szolgáltatások ismerete is elengedhetetlen. Mivel kisgyermekkorban a viselkedéses tünetek mellett gyakori a fizikális panaszok megjelenése is (pl. súlycsökkenés, reflux, hipotónia), az *orvos az ellátó team része kell legyen.* Még ha speciális kezelés is történik, a gyermekorvos továbbra is követi a gyermek fejlődését. Éreznie kell, mikor ajánljon más speciális ellátást, illetve mikor érdemes újra kezelést indítványozni. Még nemzetközi viszonylatban sincs túl sok olyan orvosspecialista, aki a kora gyermekkori lelki egészség témájában képzett lenne. Ugyanakkor, ha ezen a téren informáltabbak lennének az orvosok, több ellátási lehetőségre kerülhetne sor.

Ma hazánkban nemcsak az orvosok, de más szektorok szakemberei, sőt a klinikai pszichológusok egy része sem rendelkezik még azokkal az ismeretekkel és kompetenciákkal, amelyek a nemzetközi szintéren már hosszú évtizedek óta elsajátíthatók, gyakorolhatók a kora gyermekkori lelki egészség szakterületén (lásd bővebben Danis bevezető tanulmányát). Mind az átfogó interdiszciplináris képzések, mind pedig az ellátó rendszer szélesítése és specializálása irányába tett lépések nélkülözhetetlenek a jövőben (a kapcsolatorientált intervenciókról szóló képzésekről lásd a könyv II. kötetének tanulmányait).

Zárszó

A magyar ellátórendszerben minden olyan szakterületen, ahol a csecsemők és kisgyerekek nagy része napi, heti rendszerességgel, vagy ritkábban, de kiszámíthatóan megjelenik, a Sturner és munkatársai (2007) által javasolt alaptudás elsajátítása minőségi ugrást jelentene az ellátásban. A házi gyermekorvosok és szakorvosok mellett a védőnői hálózat, a bölcsődék kisgyermeknevelői, az óvodák óvodapedagógusai, illetve a szociális intézmények szociális munkás családgondozói azok a szakemberek, akiknek tudása a korai fejlődési és lelki egészség zavarokról kulcsfontosságú alapkompetencia kell, hogy legyen. E kompetenciák része a természetes és egészséges fejlődés ismerete, a saját hatáskörben való preventív támogatás módszereinek alkalmazása, a problémák és zavarok észlelésének és a megfelelő szakemberhez való irányításnak a gyakorlata. Reményeink szerint hazánkban mind a különböző szintű képzések bővülése, mind a DC:0-5™ egyre szélesebb körű ismerete segíti ezt a folyamatot a jövőben.

5. táblázat A DC:0–5 átjárása a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel (ZERO TO THREE, 2016/Medicina, 2019 alapján)

DC:0–5™	DSM-5	BNO-10	
Zavar elnevezése	**Zavar elnevezése**	**Zavar elnevezése**	**Kód**
10 Az idegrendszer fejlődési zavarai			
10.1 Autizmus spektrum zavar	Autizmus spektrum zavar	Gyermekkori autizmus	F84.0
10.2 Korai atipikus autizmus spektrum zavar	Az idegrendszer egyéb meghatározott fejlődési zavara	Nem meghatározott pervazív (átható) fejlődési zavar	F84.9
10.3 Figyelemhiányos/ hiperaktivitás zavar	Figyelemhiányos/ hiperaktivitás zavar	Az aktivitás és figyelem zavarai	F90.1
10.4 Kisdedkori túlaktivitás zavar	Figyelemhiányos/hiper-aktivitás zavar, túlnyomó-részt hiperaktív/impulzív megjelenési forma	Az aktivitás és figyelem zavarai	F90.1
10.5 Globális fejlődési késés	Globális fejlődési késés	A pszichés fejlődés egyéb rendellenességei, Globális fejlődési késés	F88
10.6 Nyelvfejlődési zavar	Nyelvi zavar	Nem meghatározott zavara a beszéd és a nyelv fejlődésének	F80.9
10.7 A mozgáskoordináció fejlődési zavara	A mozgáskoordináció fej-lődési zavara	A motoros funkció speci-fikus fejlődési rendellenes-ségei (Koordinációs fejlődési zavar)	F82
10.8 Az idegrendszer egyéb fejlődési zavara csecsemő- és kora gyermekkorban	Az idegrendszer nem meghatározott fejlődési zavara	A pszichológiai fejlődés rendellenességei	F89
20 A szenzoros feldolgozás zavarai			
20.1 Szenzoros túl-érzékenység zavar	Az idegrendszer egyéb meghatározott fejlődési zavara	A pszichológiai fejlődés egyéb rendellenességei	F88
20.2 Csökkent szenzoros érzékenység zavar	Az idegrendszer egyéb meghatározott fejlődési zavara	A pszichológiai fejlődés egyéb rendellenességei	F88
20.3 Egyéb szenzoros ingerfeldolgozási zavar	Az idegrendszer egyéb meghatározott fejlődési zavara	A pszichológiai fejlődés egyéb rendellenességei	F88

Az 5. táblázat folytatása

DC:0–5™	DSM-5	BNO-10	
Zavar elnevezése	**Zavar elnevezése**	**Zavar elnevezése**	**Kód**
30 Szorongásos zavarok			
30.1 Szeparációs szorongás zavar	Szeparációs szorongás zavar	Szeparációs szorongás a gyerekkorban	F93.0
30.2 Szociális szorongás zavar (szociális fóbia)	Szociális szorongás zavar (szociális fóbia)	Szociális szorongás zavar gyerekkorban	F93.2
30.3 Generalizált szorongás zavar	Generalizált szorongás zavar	Generalizált szorongás	F41.1
30.4 Szelektív mutizmus	Szelektív mutizmus	Elektív mutizmus	F94.0
30.5 Újdonsággal szembeni gátoltság zavar	Egyéb meghatározott szorongásos zavar	Egyéb meghatározott szorongásos zavar	F41.8
30.6 Egyéb csecsemő- és kora gyermekkori szorongás zavar	Egyéb meghatározott szorongásos zavar	Egyéb meghatározott szorongásos zavar	F41.8
40 Hangulati zavarok			
40.1 Kora gyermekkori depresszív zavar	Major depresszív zavar	Depressziós epizód	F32
40.2 Kora gyermekkori szabályozatlan düh és agresszió zavar	Diszruptív hangulatszabályozási zavar	Egyéb perzisztáló (tartós) hangulatzavar	F34.8
40.3 Egyéb kora gyermekkori hangulati zavar	Nem meghatározott depresszív zavar	Nem meghatározott hangulat (affektív) zavar	F39
50 Kényszeres és kapcsolódó zavarok			
50.1 Kényszeres zavar	Kényszeres zavar	Főként kompulzív cselekedetek (rögeszmés ritusok)	F42.1
50.2 Tourette-zavar (Tourette-szindróma)	Tourette-zavar	Kombinált vokális és multiplex motoros tik (zavar) [Gilles de la Tourette-szindróma]	F95.2
50.3 Motoros vagy vokális tik zavar	Tartós (krónikus) motoros, vagy vokális tik zavar	Krónikus motoros vagy vokális tik (zavar)	F95.1
50.4 Trichotillománia (hajtépkedés zavar)	Trichotillománia (hajtépkedési zavar)	Trichotillománia	F63.3
50.5 Csecsemő- és kora gyermekkori bőrkapirgálás/bőrtépkedés zavar	Bőrkapirgálás (bőrtépkedés) zavar	Arteficialis dermatitis – Neuroticus excoriatio	L98.1
50.6 Egyéb kényszeres és kapcsolódó zavar	Nem meghatározott kényszeres és kapcsolódó zavar	Nem meghatározott obszesszív-kompulzív zavar	F42.9

Az 5. táblázat folytatása

DC:0–5™		DSM-5	BNO-10	
Zavar elnevezése		Zavar elnevezése	Zavar elnevezése	Kód
60 Alvás-, táplálkozási és evés-, valamint sírászavarok				
Alvászavarok	60.1 Elalvási zavar	Inszomnia zavar	Nem organikus inszomnia	F51.0
	60.2 Éjszakai ébredések zavar	Inszomnia zavar	Nem organikus inszomnia	F51.0
	60.3 Részleges ébredéssel járó alvászavar	Nem rapid szemmozgás alvási fázis alatti (non-REM) ébredési zavarok	Pavor nocturnus (Sleep terrors)	F51.4
	60.4 Kora gyermekkori lidérces álomzavar	Lidérces álomzavar	Incubus (dream anxiety) („lidérc-nyomás”)	F51.5
Táplálkozási és evészavarok csecsemő- és kora gyermekkorban	60.5 Túlevés zavar	Nem meghatározott táplálkozási és evészavar	Túlevés, ami más pszichés zavarhoz társul	F50.4
	60.6 Csökkent táplálékbevitel zavar	Nem meghatározott táplálkozási vagy evészavar	Egyéb evészavar (táplálkozási zavar)	F50.8
60.7 Atipikus evészavar	Táplálék felhalmozása	Nem meghatározott táplálkozási vagy evészavar	Csecsemő- és gyermekkori táplálási zavarok	F98.2
	Pica	Pica	Pica csecsemő- és gyermekkorban	F98.3
	Kérődzési (ruminációs) zavar	Kérődzési (ruminációs) zavar	Csecsemőkori ruminációs zavar	F98.21
60.8 Excesszív sírászavar		N/A	A csecsemőkor sajátos nem specifikus tünetei. A csecsemő excesszív sírása	R68.1
60.9 Egyéb alvás-, táplálkozási és evés-, valamint excesszív sírászavar csecsemő- és kora gyermekkorban		Egyéb meghatározott táplálkozási vagy evészavar	Egyéb evészavar (táplálkozási zavar)	F50.8
		Egyéb meghatározott alvás-ébrenlét zavar	Egyéb nem organikus alvászavar	F51.8
		N/A A csecsemőkor sajátos, nemspecifikus tünetei. A csecsemő excesszív sírása		R68.11

Az 5. táblázat folytatása

DC:0–5™	DSM-5	BNO-10	
Zavar elnevezése	**Zavar elnevezése**	**Zavar elnevezése**	**Kód**
70 Trauma, stressz és depriváció okozta zavarok			
70.1 Poszttraumás stressz zavar	Poszttraumás stressz zavar hatéves és annál fiatalabb gyerekek esetében	Poszttraumás stressz zavar	F43.10
70.2 Alkalmazkodási zavar	Alkalmazkodási zavarok	Alkalmazkodási zavarok	F43.20
70.3 Komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban	Egyéb meghatározott traumával és stresszorral kapcsolatos zavar (tartósan fennálló komplex gyász zavar)	Súlyos stresszre adott egyéb reakció	F43.8
70.4 Reaktív kötődési zavar	Reaktív kötődési zavar	Reaktív kötődési zavar gyerekkorban	F94.1
70.5 Gátolatlan társas kapcsolati zavar	Gátolatlan társas kapcsolati zavar	Diszinhibiciós (gátlástalan) kötődési zavar gyermekkorban	F94.2
70.6 Egyéb trauma, stressz és depriváció okozta zavar a csecsemő- és kora gyermekkorban	Nem meghatározott traumával és stresszorral kapcsolatos zavar	Súlyos stresszre adott nem meghatározott válasz	F43.9
80 Kapcsolati zavarok			
80.1 Kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kora gyermekkorban	Szülő-gyermek kapcsolati probléma	Egyéb nevelési problémák	Z62.820

AJÁNLOTT IRODALOM

American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* American Psychiatric Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2014 – *DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.)

ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* ZERO TO THREE Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – *DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.)

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles.* University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT.

American Academy of Pediatrics (AAP)(2012). *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit. Mental Health Screening and Assessment Tools for Primary Care.* Letöltés: https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf

American Psychiatric Association (APA)(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed.* American Psychiatric Press, Washington D.C.

American Psychiatric Association (APA)(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Text Revision.* American Psychiatric Press, Washington D.C.

American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed.* American Psychiatric Press, Washington D.C.

Angold, A., Egger, H. L. (2004). Psychiatric Diagnosis in Preschool Children. In DelCarmen-Wiggins, R., Carter, A. (Eds.) *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment.* Oxford University Press. 123–139.

Bolten, M. I. (2012). Infant psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22(Suppl 1),* S69–S74.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Harvard University Press, Cambridge.

Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children*. ZERO TO THREE Press, Washington D.C.

DelCarmen-Wiggins, R., Carter, A. (2001). Introduction–Special Section: Assessment of infant and toddler mental health: Advances and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40,* 8–10.

Drotar, D. D. (1999). The diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version: what pediatric psychologists need to know. *Journal of Pediatric Psychology, 24 (5),* 369–380.

Drotar, D. D. (2004). Detecting and Managing Developmental and Behavioral Problems in Infants and Young Children: The Potential Role of the DSM-PC. *Infants and Young Children, 17(2),* 114–124.

Egger, H. L., Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In DelCarmen-Wiggins, R., Carter, A. (Eds.) *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment.* Oxford University Press. 223–243.

Egger, H. L., Emde, R. N. (2011). Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV, the research diagnostic criteria-preschool age, and the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood-revised. *American Psychologist, 66(2),* 95–106.

Emde, R. N., Egger, H., Fenichel, E., Guedeney, A., Wise, B. K., Wright, H. H. (2005). *Introducing DC: 0-3R.* ZERO TO THREE Press, Washington D.C.

Equit, M., Paulus, F., Fuhrmann, P., Niemczyk, J., von Gontard, A. (2011). Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry and Human Development, 42(6),* 623–633.

Friedman, N., Sadhu, J., Jellinek, M. (2012). DSM-5: Implications for Pediatric Mental Helath Care. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics, 33(2),* 163–178.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 581–586.

von Gontard, A., Möhler, E., Bindt, C. et al. (2015). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter.* AWMF online

Jewell, J. D., Hupp, S. D. A., Pomerantz, A. M. (2009). Diagnotic Classification Systems. In Matson, J. L., Andrasik, F., Matson, M. L. (Eds.) *Assessing Childhood psychopathology and Developmental Disabilities.* Springer. 31–53.

Keren, M. (2016). Eating and Feeding Disorders in the First Five Years of Life: Revising the DC:0-3R Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood and Rationale for the New DC:0-5 Proposed Criteria. *Infant Mental Health Journal, 37(5),* 498–508.

von Klitzing, K. (2017). Should We Diagnose Babies? Some Notes on the Launch of the New Zero to Five Classification System. *Perspectives in Infant Mental Health, 25(2),* 1–3.

Lieberman, A. F., Barnard, K. E., Wieder, S. (2004). Diagnosing Infants, Toddlers, and Prechoolers: The ZERO TO THREE Diagnostic Classification of Early Mental Health Disorders. In DelCarmen-Wiggins, R., Carter, A. (Eds.) *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment.* Oxford University Press. 123–139.

Mulrooney, K., Egger, H., Wagner, S., Knickerbocker, L. (2019). Diagnosis in Young Children: The Use of the DC:0-5™ Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood. In Frankel, K. A., Harrison, J. N., Njoroge, W. F. M.. (Eds.) *Clinical Guide to Psychiatric Assessment of Infants and Young Children. Springer.* 253–283.

Pickles, A., Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology, 15,* 529–551.

Postert, C., Averbeck-Holocher, M., Beyer, T., Müller, J., Furniss, T. (2009). Five systems of psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry and Human Development, 40(1),* 25–41.

Regier, D. A., Kuhl, E. A., Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry, 12(2),* 92–98.

Ringwalt, S. (2008). *Developmental screening and assessment instruments with an emphasis on social and emotional development for young children ages birth through five.* The University of North Carolina, FPG Child Development Institute, National Early Childhood Technical Assistance Center, Chapel Hill.

Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development, 18,* 65–79.

Scheuring, N., Danis N., Karoliny A., Szabó L. (2016). Az első három életév táplálási és táplálkozási zavarai organikus és funkcionális nézőpontból. *Lege Artis Medicinae, 26(5–6),* 247–254.

Sprafkin, J., Volpe, R. J., Gadow, K. D., Nolan, E. E., Kelly, K. (2002). A DSM-IV-referenced screening instrument for preschool children: the Early Childhood Inventory-4. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(5),* 604–612.

Squires, J., Bricker, D., Twombly, E. (2002). *The ASQ:SE user's guide: For the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional.* Paul H Brookes Publishing.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Landorph, S. L., Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age. *European Child and Adolescent Psychiatry, 13(6)*, 337–346.

Sturner, R., Albus, K., Thomas, J., Howard, B. (2007). A proposed adaptation of DC: 0-3R for primary care, developmental research, and prevention of mental disorders. *Infant Ment Health Journal, 28(1),* 1–11.

Szaniecki, E., Barnes, J. (2016). Measurement Issues: Measures of infant mental health. *Child and Adolescent Mental Health, 21 (1),* 64–74.

Task Force on Research Diagnostic Criteria (2003). Infancy and Preschool. Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 1504–1512.

Thomas, J. M. (1998). Summary of the practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0–36 months). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(1),* 127–132.

Wolraich, M. L. (1997). Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version: design, intent, and hopes for the future. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 18(3),* 171–172.

Wolraich, M. L., Felice, M. E., Drotar, D. (Eds.)(1996). *The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: Diagnostic and statistical manual for primary care – child and adolescent version.* American Academy of Pediatrics, Elk Grove, IL.

Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M. M., Keren, M., Lieberman, A., Mulrooney, K., Oser, C. (2016). The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0–5: Selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health Journal, 37(5)*, 471–457.

Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M. M., Keren, M., Lieberman, A., Mulrooney, K., Oser, C. (2017). Introducing a New Classification of Early Childhood Disorders: DC:0-5™. *ZERO TO THREE, 37(3)*, 11–17.

Zeanah, C. H., Lieberman, A. (2016). Defining Relational Pathology in Early Childhood: The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0-5 Approach. *Infant Ment Health Journal, 37(5),* 509–520.

Zeanah, C.H., ZERO TO THREE Diagnostic Classification Task Force (2017). Should We Diagnose Babies? No! Should We Diagnose Disorders in Babies? Yes! *Perspectives in Infant Mental Health, 25(3-4),* 1–5.

ZERO TO THREE (1994). *DC:0-3 Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* ZERO TO THREE Press, Arlington, VA.

ZERO TO THREE (2005). *DC:0-3R Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Rvised ed.* ZERO TO THREE Press, Washington D.C.

ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* ZERO TO THREE Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – *DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.)

Hivatkozás: Hédervári-Heller, É. (2020). Regulációs zavarok és kapcsolati nehézségek a csecsemő- és kisgyermekkorban – Elméleti és gyakorlati megközelítések. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 308–329.

A pszichoszociális, orvosi, egészségügyi és pedagógia alapszakmákban, a főiskolákon és egyetemeken elsajátított elméleti ismeretek kibővítése elengedhetetlen feltétele a kora gyermekkori pszichés megbetegedések, regulációs zavarok és kapcsolati nehézségek felismerésének és kezelésének. Ebből adódóan a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia mint e szakterületeken végzett új tevékenység speciális elméleti és gyakorlati felkészültséget igényel, figyelembe véve a legújabb nemzetközi tudományos ismereteket.

A kora gyermekkori regulációs zavarok elsődlegesen az excesszív (erőteljes) sírásban, krónikus nyugtalanságban, alvászavarban, táplálkozási és gyarapodási rendellenesség tüneteiben, valamint a játéktevékenység iránti kedvetlenségben mutatkoznak meg. E viselkedésbeli problémák a 2. életévtől kibővülnek többek között a testvérek közötti rivalizálás, a dacos ellenkezés, az intenzív szeparációs félelem és a kontroll nélküli dühkitörések tüneteivel. Mindezek a zavarok a szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolat nehézségeit vonhatják maguk után, vagy fordítva a kapcsolati nehézségek is vezethetnek viselkedésbeli problémákhoz.

A regulációs zavarok felismerése és konzulens vagy terapeuta általi kezelése ma már a korai prevenció és intervenció fontos elemének tekinthető Magyarországon is. Miután a regulációs zavarok tüneteinek eredete sokrétű lehet, így ennek elméleti megközelítése is többirányú: pszichoanalitikus, kötődéselméleti, fejlődéspszichológiai, interakcionista, rendszerszemléleti és ezek alapján integratív. Az elméleti ismeretek gyakorlatba való átültetése az egyik legnehezebb szakmai kihívás. Az egyidejű elméleti és gyakorlati meggondolások párosulva egy mélyebb önreflektív hozzáállással állandó kísérői a rugalmas és professzionális szakmai munkának.

REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS KAPCSOLATI NEHÉZSÉGEK A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORBAN – ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI MEGKÖZELÍTÉSEK

Hédervári-Heller Éva

Bevezető

A regulációs zavarok általános definíciója és diagnosztikája
Általános elméleti megközelítés
Tudományos vizsgálatok
Nemzetközi irányelvek, diagnosztikai kódrendszerek
A regulációs zavarok jellegzetességei

A klasszikus regulációs zavarok tünetei, kapcsolati nehézségek és érzelmi problémák
Krónikus nyugtalanság és excesszív sírás
Alvászavarok
Táplálkozási és evészavarok, gyarapodási zavarok
Kapcsolati nehézségek
Érzelmi problémák

A regulációs zavarok kezelési módszerei
Általános megjegyzések
Kezelési megközelítések, kezelési módszerek
Prevenció
A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció
A szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápiás kezelés
A konzultációs és (pszicho)terápiás megközelítések további sajátosságai
Rövid betekintés néhány nyugati állam gyakorlatába

Szakképzés a regulációs problémák és zavarok konzultációs és terápiás kezelésére
A Papoušek házaspár úttörő munkája az USA-ban és Németországban

Zárszó

A tanulmány részben építkezik a szerző korábban magyarul megjelent művére: Hédervári-Heller É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban.* Animula Kiadó, Budapest. A szóban forgó részek felhasználására az Animula Kiadó engedélyt adott.

Bevezető

Az emberi újszülött, összehasonlítva más emlőssel, biológiai adottságaiból adódóan hosszabb ideig szorul társas környezete támogatására. Ennek következtében a kora gyermekkori viselkedési állapotok, valamint a biológiai folyamatok és szociális körülmények egyensúlya szoros összefüggésben áll az elsődleges gondozói személyekhez fűződő kapcsolatokkal. Ugyanakkor *a csecsemő és a kisgyermek fejlődése rendkívül gyors ütemű*, legfőképpen az első 2 életévben. Ez a gyorsütemű fejlődés, összehasonlítva a későbbi életkorokkal, együtt jár a viselkedésszabályozásban tapasztalható könnyű irritabilitással. *A fiziológiai, érzelmi és pszichoszociális folyamatok egyensúlya könnyen meginoghat, és viselkedésbeli problémákhoz, az úgynevezett regulációs (szabályozási) zavarokhoz – leggyakrabban excesszív síráshoz, táplálkozási, gyarapodási problémákhoz, alvászavarokhoz és csökkent játéktevékenység iránti érdeklődéshez – vezethet.* Az egyes zavarok megmutatkozhatnak önmagukban, vagy egyszerre több területet érintve, együtt járhatnak az elsődleges gondozói személlyel való kapcsolati nehézségekkel és más pszichés vagy viselkedésbeli problémával. Egy-egy regulációs zavar minden esetben a csecsemő/kisgyermek és a szülők interakciós folyamataiban nyilvánulnak meg anélkül, hogy minden esetben kapcsolati zavarhoz vezetnének.

Nemzetközi epidemiológiai vizsgálatok becslése alapján *az enyhébb és súlyosabb pszichés megbetegedések együttesen az első életévben 5–10%-ban, a 2–5 éves korú gyermekeknél pedig 16–18%-ban mutatkoznak meg* (Papoušek és mtsai., 2004; Klitzing és mtsai., 2015). A kezelésre szoruló esetek aránya ennél jóval alacsonyabb, a becslések szerint az előbb ismertetett arányok felét teszi ki.

A regulációs zavarok általános definíciója és diagnosztikája

Általános elméleti megközelítés

Nem ritkán a csecsemők és kisgyermekek az első 3 életévben nehézségeket mutatnak a közérzetük, valamint a viselkedési és a fiziológiai folyamataik szabályozásában (érzékelési, figyelmi, mozgásos vagy érzelmi területeken – ZERO TO THREE, 2005). A problémás viselkedési állapotok legkorábban az excesszív sírás, az etetési/gyarapodási és az alvás-

zavar képeiben mutatkoznak meg. A regulációs zavar klinikai szempontból a csecsemő- és kisgyermekkori pszichés vagy pszichoszomatikus zavarok egyik megjelenési formája (Papoušek és mtsai., 2004; Hédervári-Heller, 2008/2020; Klitzing és mtsai., 2015). *A nem klinikai szintű regulációs nehézségek a korai fejlődés mindennapi krízisének tipikus megjelenési formái, melyek önmagukban még nem tekinthetők klinikai értelemben vett tünetegyüttesnek és betegségnek. Azonban, ha ezek kezeletlenül maradnak, későbbi pszichés megbetegedések előfutárai is lehetnek.* A fejlődés korai szakaszában fellépő regulációs nehézségek nem a modern társadalom „produktumai", már a megelőző évszázadokban is ismert jelenségek voltak. A 20. század közepe óta egyre nőtt a kora gyermekkori regulációs zavarok okai, diagnózisa és kezelése iránti szakmai érdeklődés (Dornes, 2000).

A regulációs zavarok fogalma a nemzetközi kódrendszerekben napjainkig nem egységes és nem kielégítően használatos. Nem kielégítő a regulációs nehézség, probléma, zavar és betegség fogalmainak az egymástól való elkülönítése sem. A nemzetközi szinten tetten érhető, napjainkban sem egységes definíció és diagnózis szoros összefüggésben áll a kora gyermekkorra jellemző fejlődéspszichológiai feladatokkal és sajátosságokkal. Ezek a speciális sajátosságok, fejlődési kihívások a következők: (1) a születést követő első három hónapban kiemelten jelentős az alapvető fiziológiai folyamatok (többek között hőmérséklet, alvás, ébrenlét, éhség, szomjúság, telítettség, testi érintés) regulációja, (2) kifejezetten gyors ütemű a fejlődés, (3) a gyerekek különös érzékenységet mutatnak a szenzomotoros és pszichés zavarok fellépésében, (4) mindezekkel pedig szorosan egybefonódik az elsődleges gondozó személyekkel való interakciók és érzelmi együttlétek, így a gondozói környezet minősége. A nem egységes definíció összefüggésben áll azzal a ténnyel is, hogy a csecsemő- és kisgyermekkor szenzomotoros, pszichés és pszichoszomatikus zavarai iránti tudományos és klinikai érdeklődés egy viszonylag új szakterület (Stern, 1995; Papoušek, 2018; diagnosztikai klasszifikációs rendszerekről lásd bővebben Danis tanulmányát a jelen kötetben.)

A klinikai munkára vonatkozóan a csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok klinikai zavarként, megbetegedésként való diagnosztizálása több nemzetközi vélemény szerint is problémás (Klitzing és mtsai., 2015). A diagnózis felállítására irányuló óvatosság kihangsúlyozza a csecsemő és a kisgyermek patologizálásának/stigmatizációjának a veszélyét. Ezzel együtt rámutat *a zavar kialakulásának és fenntartásának a multifaktoriális (többtényezős) jellegére* (a gyermek, szülő, környezet szinteken) és a gyermek első 3 életévére jellemző speciális fejlődéspszichológiai sajátosságokra, többek között a leggyakoribb esetekben *az atipikus viselkedési állapotok gyorsütemű változékonyságára* (bővebben a fejlődési pszichopatológia kérdésköreiről lásd Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben). A fő probléma abból ered, hogy *a kora gyermekkori zavarok leggyakrabban a szülő és csecsemője/kisgyermeke diszfunkcionális interakcióival állnak szoros összefüggésben, melyek megjelenése, ahogyan már említésre került, sokoldalú lehet.*

A regulációs zavarok klinikai diagnózisára irányuló nagy kihívás többek között abból is adódik, ha a fókusz a csecsemő és kisgyermek tünetére irányul, és mindezt a gyermekből eredő zavarként kezelik a fentiekben felsorolt kora gyermekkor fejlődéspszichológiai feladatok és sajátosságok elhanyagolásával. A kora gyermekkori regulációs zavarok tüneteinek a klinikai diagnózisa a fentiek miatt különös óvatosságot igényel.

Egy viselkedésbeli probléma az első 3 életévben utalhat regulációs zavarra, ami még nem feltétlenül minősíthető betegségnek, klinikai szintű zavarnak. Egy *regulációs nehézség,*

probléma vagy zavar felismerése nem szűkíthető le a kimondottan klinikai, terapeutai feladatkörökre, hanem a csecsemő- és kisgyermekkorral foglalkozó konzulensi tevékenységre specifikusan felkészült szakember feladatkörébe is tartozik. Egy klinikai diagnózistól való elkülönítés érdekében mindenképpen javasolt, hogy a konzulensi tevékenységben ne a diagnózis fogalmát használjuk, hanem regulációs problémáról, nehézségről, vagy a klinikai súlyosságú betegségtől elkülönülő regulációs zavarról legyen szó. A konzulensi és klinikai tevékenység ugyan sok hasonlósággal bír, és ugyanazon célra irányul (regulációs zavar kialakulásának a megelőzésére, a zavar megszüntetésére vagy legalábbis enyhítésére), mégis ajánlatos a diagnózis felállítását a klinikai szakemberek területkörében hagyni. Ennek szükségességére a későbbiekben visszatérek.

Egy-egy kora gyermekkori regulációs probléma nem kimondottan csak a szakember megítélése szerint értendő. *Akkor is foglalkoznunk kell a problémával, ha a csecsemő és kisgyermek a szülő percepciója (észlelése) szerint atipikus viselkedésbeli állapotokat mutat, és a szülők ezt gondként élik meg.* Ugyanazon jelenséget más és más szülő különbözőképpen él át és különbözőképpen értékel. Egy korai regulációs probléma negatívan hathat úgy a család, mint a gyermek működésére, és gátolhatja a gyermek további egészséges pszichoszociális fejlődését.

A fentiekben említett és alább részletesen tárgyalt viselkedési és pszichés problémák gyakran spontán vagy szakmai segítséggel (konzulensi vagy terápiás támogatással) rövidebb és ritkán hosszabb időn belül megszűnnek. A különböző preventív és intervenciós lehetőségekről a későbbiekben külön lesz szó.

Tudományos vizsgálatok

Az utóbbi években megnőtt a tudományos érdeklődés a kora gyermekkori pszichés megbetegedések epidemiológiai vizsgálata (Papoušek és mtsai., 2004; Scheuring és mtsai., 2011; Sidor és mtsai., 2013), valamint a különböző intervenciós eljárások hatékonyságának a vizsgálata iránt (Barlow és mtsai., 2015; Lieberman és mtsai., 2015; Fonagy és mtsai., 2016; Ludwig-Körner és mtsai., 2018).

A szülő-csecsemő/kisgyermek terápiás kezelések hatékonyságának a tudományos vizsgálata napjainkig nem igazán kielégítő, a növekvő érdeklődés ellenére sem. A tudományos kutatást is megnehezíti többek között a regulációs zavarok nemzetközi szinten nem egységes definíciója, a nem egységes klasszifikációs rendszerek használata, valamint a meglévő nemzetközi vizsgálatok tudományos szempontból nem minden esetben kielégítő adatgyűjtési módszertana (Barlow és mtsai., 2015).

Mindezen kritikus megállapítások ellenére is elmondható, hogy *a kora gyermekkori pszichés megbetegedések és regulációs zavarok kezelésére irányuló szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációk, valamint a pszichoanalitikus és más terápiás irányzatokon nyugvó eljárások hatékonyságára vonatkozóan vannak támogató tudományos eredmények* (többek között: Robert-Tissot és mtsai., 1996; Papoušek és mtsai., 2004; Lieberman és mtsai., 2015). A hatékonyság vagy eredményesség elsősorban a kezelések által támogatott biztonságos anya-gyermek kötődési viszony kialakulására mutat rá, ellentétben a kontrollcsoportba tartozó szülő-gyermek diádoknál, ahol a szülők nem részesültek konzultációs vagy terápiás támogatásban (Lieberman és mtsai., 2015).

A tudományos vizsgálatok többszörösen rámutatnak az *anya depressziós vagy más pszichés tüneteinek a negatív hatására* a csecsemő és kisgyermek regulációs zavarainak és más problémás viselkedésének a megjelenésében (Slade és Sadler, 2018). A nemzetközi empirikus vizsgálatok eredményei alátámasztják az *interdiszciplináris kezelés szükségességét* is, ami egyszerre veszi figyelembe a gyermek, a szülő és a környezet oldaláról a gyermek viselkedési állapotában megmutatkozó regulációs nehézségek gyökereit és fennmaradásának mechanizmusait (Papoušek, 2018). Egy interdiszciplináris szakmai továbbképzés, ahol az orvos, pszichológus és pedagógus stb. szakemberek közösen képzik magukat, a közös szakmai nyelvhasználat lehetőségét teremti meg, mely segítségével a saját szakmai kompetenciából kiindulva több oldalról közelíthetjük meg a regulációs nehézségek kezelését. Ez a törekvés ma már Magyarországon is tapasztalható, és egyre elterjedtebbé válik (lásd Hédervári-Heller és Németh, valamint Hámori tanulmányát könyvünk II. kötetében).

Nemzetközi irányelvek, diagnosztikai kódrendszerek

Az egészségügyi szervezetek által világszerte hivatalosan elfogadott nemzetközi diagnosztikai kódrendszerek *(DSM-5, BNO-10)* továbbfejlesztése folyamatos, e rendszerek mégsem tekinthetők kielégítőnek a csecsemő és kisgyermek nem organikus regulációs zavarainak, valamint kapcsolati nehézségeinek a meghatározásában (von Gontard, 2010; Groß, 2014; lásd bővebben Danis diagnosztikai klasszifikációs rendszerekről szóló tanulmányát a jelen kötetben). Amint a fentiekben már említésre került, a kora gyermekkor pszichopatológiai diagnózisainak egyik alapproblémája és veszélye, hogy a viselkedésközpontú diagnosztikával a zavart magában a gyermekben lokalizálja, és nem veszi kellőképpen figyelembe az esetleges kapcsolati problémát.

A 2019-ben magyarul is megjelent *DC:0-5™* (ZERO TO THREE, 2016/2019) *„A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere"* például a korábbi publikációiban (DC:0-3, ZERO TO THREE, 1994) általánosan használt *regulációs zavarok* definícióját módosítja, és a *következőképpen fogalmazza meg*: „Szemben a regulációs zavarokkal, melyeket a DC:0-3 és DC:0-3R meghatározott, a szenzoros feldolgozás zavarainak fókusza kizárólag a túlzott és a csökkent szenzoros érzékenységen/válaszkészségen van, melyek mellé bekerült egy »Egyéb« kategória is a kevésbé jellemző megnyilvánulások leírása." (ZERO TO THREE, 2016/2019, 49. o.) A csecsemő- és kisgyermekkor regulációs zavarainak a tünetei *(alvás-, táplálkozási és evés-, valamint sírászavarok)* a „Klinikai zavarok" (I. tengely) osztályozásában jelennek meg (101–124.), a fentitől különböző kategóriakánt. A DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016/2019) ugyan az egészségügyi intézmények klasszifikációs kódrendszerében hivatalosan nem használható a DSM-5 és BNO-10 helyett, mégis nagy előnnyel jár a csecsemő- és kisgyermekkorral foglalkozó klinikai és nem klinikai szakemberek számára. Előnye főleg a kora gyermekkori pszichoszociális, szenzomotoros, kapcsolati és más zavarok komplex jellemzőinek részletes bemutatásában mutatkozik. A klinikai munkához egy nemzetközileg gondosan előkészített alapot nyújt a kora gyermekkor atipikus viselkedési állapotainak, pszichés és pszichoszomatikus zavarainak a megértésében. A nem klinikai szakembereknek, ide értve a szülő-csecsemő konzulenseket is,

hasznos információkat nyújt a csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak a differenciált ismertetésében.

A kora gyermekkori *regulációs zavarok klasszifikációjával* összefüggésben, a fentiekben tárgyalt nemzetközi kódrendszerekkel (DSM-5, BNO-10, DC:0-5™) összehasonlítva, kivételt képez a *„Németországi Gyermekorvosi, Pszichiátriai, Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Társaság" irányelve* (Deutsche Gesellschaft […], 2007). Ebben az irányelvben, a diagnosztikai kritériumoknak eleget téve, alapos bemutatásra kerül a 0–3 éves korra vonatkozó regulációs zavarok klasszifikációja és az intervenciós javaslatok is, amelyek között explicit szerepel a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és pszichoterápia egyaránt (lásd bővebben Danis tanulmányát a diagnosztikai rendszerekről a jelen kötetben).

Említést érdemel, hogy a német nyelvterületeken gyakrabban használatos és elfogadott a *kora gyermekkori regulációs zavarok / érzelem- és viselkedésszabályozási nehézségek (early regulatory disorders / problems / difficulties in infancy) fogalmának a használata* úgy a korai prevenciós, mint az intervenciós (klinikai és nem klinikai korai fejlesztési, kórházi és ambuláns orvosi és pszichoterápiás) programokban és ellátásokban (Klitzing, 1998; Papoušek és mtsai., 2004; Hédervári-Heller, 2008/2020; Sidor és mtsai., 2013; Cierpka, 2015; Papoušek, 2018).

Az angol nyelvű publikációk a német nyelvterületen elterjedt *kora gyermekkori regulációs zavarok* mellett elsősorban a klinikai diagnózisra és pszichoterápiás kezelésre fókuszálva tárgyalják a csecsemő- és kora gyermekkor pszichés problémáit, traumáit és pszichopatológiáját.

A regulációs zavarok jellegzetességei

Az atipikus viselkedési állapotok elsődlegesen a mindennapi krízisek extrém variációiként jelennek meg. Minden családban előfordul, hogy a csecsemő vagy kisgyermek gyakran sír, nehezen megnyugtatható, elalvási vagy átalvási nehézséggel küzd, étvágytalan, dühkitörései gyakoribbá válnak – és így tovább. *Egy csecsemő/kisgyermek viselkedésbeli problémáit más és más szülő különbözőképpen éli meg és különbözőképpen interpretálja (értelmezi).* A szülők teherbíró képessége is nagyon különböző, mely meghatározhatja, hogy a gyermek bizonyos viselkedését a korral járó tipikus állapotként, vagy épp zavarként értékelik. *A szülők pszichés állapota, érzelmi stabilitása, valamint a családot támogató intézményes vagy családon belüli támogatási lehetőségek is közrejátszhatnak a gyermek problémás viselkedésének a spontán megszűnésében, vagy ennek felerősítésében és megszilárdításában*. Egy hasonló intenzitású és tartósságú tünet például egy szülőnek nem jelent gondot, egy másik szülőnél viszont komoly egyéni vagy családi problémához vezethet. Néha a csecsemő vagy kisgyermek viselkedésszabályozási nehézségei a gondozó személyek pszichésen fel nem dolgozott, tudattalan konfliktusait hozzák a felszínre, és ugyanez fordítva is igaz.

Az esetek többségénél a fejlődéssel járó mindennapi normatív krízisek rövid lefolyásúak, és a gyerek egyéniségét és életkorát figyelembevevő megfelelő gondozói bánásmóddal hamarosan megszűnnek klinikai beavatkozás nélkül is. Gyakran elegendő néhány konzultációs ülés a szülő és a gyermek jelenlétében, hogy a kezdeti regulációs probléma vagy zavar megszűnjön. *Ha a regulációs zavar kialakulásának kezdeti fázisában a szülők*

magukra maradnak, és nem kapnak kielégítő szakmai támogatást, akkor a gyermek atipikus viselkedésszabályozása kísérheti hátrányosan a gyermek további pszichés és szenzomotoros fejlődését (Halász, 2001; Hámori, 2016; Molnár, 2019).

Mint a fentiekben már részben megemlítésre került, *a klasszikus regulációs zavarok leggyakrabban az excesszív sírás, a krónikus nyugtalanság, az alvásproblémák, a táplálkozási és gyarapodási nehézségek tüneteiben, valamint a játéktevékenység iránti érdeklődés hiányában jelentkeznek.* A *2–3. életév között* a klasszikus regulációs zavarok mellett sok más tünet is megjelenhet, melyek kezelése többnyire már gyermekpszichiátriai, gyermekpszichoszomatikus, szakpszichológusi kezelést igényel. Ezek a tünetek lehetnek többek között: *érzelmi, kötődési és kapcsolati nehézségek (Hámori, 2015), fejlődésbeli elmaradások, heves testvérrivalizáció, túlzott dac, heves szeparációs szorongás, oppozíciós zavar (kihívó ellenkezés), később személyekre, tárgyakra vagy saját magára irányuló erős agresszivitás, koncentrációzavar, nem organikus obstipáció (szorulás), motorikus nyugtalanság és az 5. életévtől hiperkinetikus figyelemzavar, azaz ADHD* (Attention Deficit with Hyperactivity Disorder) és így tovább (Balázs és Miklósi, 2015; ZERO TO ZHREE, 2016/2019).

Egyik központi feladat a regulációs zavarok megértésében a *probléma anamnézis*. A tünettől függetlenül minden egyes regulációs zavar anamnézisénél, úgy a konzultáció, mint a terápia keretein belül, az 1. táblázatban felsorolt kérdések megvitatása feltétlenül szükséges.

1. táblázat Tisztázandó kérdések köre regulációs zavarok esetén

Fontos kérdések a probléma anamnézis során
Hány terület érintett?
Mióta áll fenn a regulációs zavar?
Milyen gyakran és intenzitással lép fel a regulációs zavar?
Van vagy volt a család más tagjánál ilyen vagy hasonló probléma?
Hogyan magyarázzák a szülők a probléma megjelenésének az eredetét?
Milyen próbálkozások történtek a szülők részéről a regulációs zavar megszüntetésére és milyen eredménnyel?
Milyen vizsgálatok történtek más szakterületeken?
Hogyan hat ki a gyermek regulációs zavara a család életére, és hogyan élik meg a szülők ezt a helyzetet reálisan és a fantáziájukban?

Mindenképpen figyelembe kell venni a tipikus életkori fejlődési szintnek megfelelő, a szülők és a szakemberek által megfogalmazott elvárásokat.

A kora gyermekkori érzelem- és viselkedésszabályozás zavarainak az eredete multifaktoriálisan meghatározott, és nem tekinthetők sem tisztán orvosi, sem tisztán pszichoszociális problémáknak. E tünetek létrejötte komplex, számítanak:

- a gyermek biológiai rizikófaktorai (a gyermek veleszületett sajátosságai és zavarai, mint pl. nehéz temperamentum, irritabilitás, autizmus);
- a szülőknél meglévő kedvezőtlen pszichoszociális feltételek (kedvezőtlen pre-, peri- és posztnatális feltételek, pszichés megbetegedések stb.);
- a környezeti rizikófaktorok (nem törődő gondozás, elhanyagolás, testi, lelki és szexuális bántalmazás, egy elsődleges gondozó személy halála, vagy más módon

való elveszítése/hosszabb szeparáció, a gondozói környezet és a gondozói személy gyakori váltakozása, zavart párkapcsolat, a szülők válása, permanens családi konfliktusok, családi- és társadalmi támogatás hiánya stb.).

A regulációs zavarok kiváltó okai nem vezethetők vissza kizárólag a fentiekben felsorolt egyes területekre, sokkal inkább az egyes rizikófaktorok kölcsönhatásával magyarázhatók (lásd Danis és Kalmár a fejlődési pszichopatológiáról szóló tanulmányát a jelen kötetben).

A klasszikus regulációs zavarok tünetei, kapcsolati nehézségek és érzelmi problémák[1]

Krónikus nyugtalanság és excesszív sírás

A születést követő első hetekben, leggyakrabban a hatodik hét körül, a csecsemők tartósabban sírnak, és sírásuk nehezen csillapítható. Ez a *nem specifikus sírásnak* nevezett nyugtalansági állapot a normális fejlődés velejárója. A nem specifikus sírás leggyakrabban 16 és 23 óra között lép fel és jellemzője, hogy a sírás okára nem találunk magyarázatot (St. James-Roberts és Halil, 1991). *A harmadik hónaptól a legtöbb csecsemőnél csökken a sírások tartama.* Az átlagos sírás tartamára a csecsemő első hónapjaiban nagy eltérésű adatokat találunk: napi 10–20 perc, vagy napi 1–1,5 óra is lehet (Dornes, 2002). Más kultúrákban, ahol a csecsemőket a gondozók a testükhöz kötve hordozzák, és csak ritkán fektetik le, ritkábban találkozunk a nem specifikus sírással és a krónikus nyugtalansággal.

A tipikus fejlődés elvárásaitól eltérő sírási nehézségek az *excesszív és tartós (perzisztáló) sírás* formáiban jelentkezhetnek. Az excesszív sírás nemzetközileg elfogadott definíciója a Wessel és munkatársai (1954) által meghatározott kategóriákra vonatkozik. E szerint *akkor beszélünk excesszív sírásról, ha a csecsemő a születését követő három hónapban valamikor legalább három héten át, hetente legalább három nap, naponta legalább három órát sír vagy nyűgösködik.* A probléma kezdete leggyakrabban az első két hónapra esik. A nyugati államokban végzett tudományos vizsgálatok azt mutatják, hogy az excesszív sírás a csecsemők 16–29%-ánál figyelhető meg (St. James-Roberts és Halil, 1991; ZERO TO THREE, 2016/2019). Azt a felfogást, hogy fiúcsecsemőknél és az elsőszülötteknél gyakrabban lép fel a sírás problémája, tudományos vizsgálatok nem igazolják. A harmadik hónaptól „*tartós perzisztáló sírás*"-ról beszélünk, mely gyakran éjszaka lép fel, és minőségében eltér az excesszív sírástól.

A sírási problémákkal küzdő csecsemőnél feltűnő tulajdonságok figyelhetők meg. Fogékonyak a vizuális ingerekre, motorikusan nyugtalanok, a függőleges testi pozíciót ked-

[1] Ez a fejezet többnyire követi a regulációs zavarok leírását a Hédervári-Heller (2008, 66–111. o.; 2020, 86–139. o.) publikációja alapján, részben kiegészítve a DC: 0-5™ (ZERO TO THREE, 2016/2019) leírásával.

velik, a hason és a háton fekvést elutasítják, könnyen megijednek és ingerlékenyek (irritábilisak). Nehezen tudnak megnyugodni, és paradox módon keresik az ingereket, pedig szinte állandóan túl vannak ingerelve. Ezeket a csecsemőket nehéz testközelben tartani, mivel gyakran megfeszítik magukat (lásd még magyar nyelven: Danis és mtsai., 2015).

Alvászavarok

Az alvás és ébrenlét ciklikus váltakozása és szabályozása már a prenatális fázisban megkezdődik, és körülbelül a magzati állapot 36. hetére kifejlődik. A magzatok legnagyobb hányadánál a születés előtti alvás és ébrenlét ciklusa nem követi a nappal és az éjszaka ritmusát. *Az alvási és az ébrenléti állapotok az éjszakához és nappalhoz való illesztése a csecsemő első hónapjainak egyik fontos feladata.* Az alvás éjszakai és nappali ciklikus ritmusának módja individuális különbségeket mutat már csecsemőkorban is.

A születést követő első két hétben a csecsemő alvásciklusa rövid időtartamú, körülbelül 40–60 perc. Egy alvásciklus ebben a korai életszakaszban *a nyugodt és nyugtalan alvás (REM-alvás = rapid eye movements, azaz gyors szemmozgásos alvás)* egyarányú felosztásában, azaz 20–30 perces váltakozásokban mutatkozik. A fejlődés folyamán egy-egy alvási ciklus tartama megnövekszik, és a nyugodt vagy mély alvás hosszabb idejűvé válik, a REM-alvás pedig lerövidül. A csecsemők egy nagyon kis százaléka képes születéstől kezdve, vagy élete első hónapjában az alvási és ébrenléti állapotát a nappal és éjszaka ciklikus váltakozásaihoz igazítani, és az éjszakát átaludni. Ez a képesség a csecsemők 70%-ánál a harmadik, további 20%-ánál a hatodik hónapra fejlődik ki igazán.

A csecsemők alvási igényei nagy egyéni különbségeket mutatnak. Az újszülöttek átlagos alvási ideje napi 14–16 óráról 2 éves korra átlagosan napi 12–13 órára csökken. Vannak csecsemők, akik ennél rövidebb vagy az átlagnál hosszabb ideig alszanak. A határ kiterjedhet 10–20 óráig. Minden csecsemő és kisgyermek éjszakánként többször (2–5 alkalommal) fölébred, egy gyermek sem alussza át az éjszakát ébredés nélkül. Az éjszakai átalvás alatt azt értjük, ha egy csecsemő egyfolytában 6–8 órát alszik anélkül, hogy az újra elalváshoz külső segítségre lenne szüksége.

A sikeres alvásnál a csecsemő fejlődési szintje mellett a külső feltételeket is figyelembe kell vennünk. Úgymint az alvás helyét, a levegő hőmérsékletét, tisztaságát, a ruházatot, a rituálékat, a szokásokat és a gondozó személy támogatásának minőségét. A gyakran vitatott kérdés, hogy a csecsemő saját szobájában, saját ágyában vagy a szülői ágyban aludjon-e, egyénileg ítélendő meg. Mégis fontos figyelembe venni, hogy egy újszülött és csecsemő még nagymértékben szülői támogatásra szorul, testi és érzelmi közelséget igényel, és saját negatív érzéseit, amelyek az alvással kapcsolatosak, csak úgy tanulja meg önállóan szabályozni, ha először megtanulhatta érzelmeinek a szülővel közösen történő szabályozását (lásd bővebben Cs. Ferenczi és Németh tanulmányát a jelen kötetben).

Az alvászavarok meghatározásánál figyelembe kell vennünk a csecsemő alvási és ébrenléti állapotainak fejlődésére jellemző vonásokat. Ebből kiindulva, szakmai értelemben alvási problémákról a csecsemő hat hónapos korától beszélhetünk, akkor, ha a csecsemő legalább hetente ötször az elalvásnál vagy az átalvásnál komoly problémákkal küzd. *Az alvászavar a legtöbb esetben a következő tünetekben jelentkezik: a csecsemő vagy a kisgyermek nem, vagy csak nehezen tud elaludni, óránként vagy kétóránként fölébred,*

sír, nehezen megnyugtatható, az éjszaka-nappal, az alvás-ébrenlét állapotainak ritmusa nem alakul ki, az elalvás és átalvás kimondottan csak szülői segítséggel működik, az elalvási fázisok meghaladják a 30 percet, és az éjszakai ébrenlét 20 percnél tovább tart. Mint minden más regulációs zavarnál, meg kell említeni, hogy a gyermek problémás viselkedését akkor is zavarként kezeljük, ha szakmailag a gyermek viselkedését tipikusnak ítéljük meg, de a szülők számára gondot jelent a gyermek viselkedése (lásd még magyar nyelven a témáról: Scheuring és mtsai., 2015a, 2015b, 2015c).

Táplálkozási és evészavarok, gyarapodási zavarok

Az étkezés az ember alapvető fiziológiai szükségleteinek egyike, ugyanúgy, mint az ivás, a légzés vagy az alvás. *Kultúráktól, egyéni tapasztalatoktól és igényektől függően nagy különbségek fedezhetők fel az etetési és étkezési szokásokban.* Említést igényel a csecsemőket örökbefogadó anyák helyzete, akik kizárólag cumisüvegből táplálják gyermeküket, és akik ugyanolyan érzelmi közelséget, biztonságos kötődési kapcsolatot nyújthatnak, mint a biológiai anyák, akik többségükben gyermeküket szoptatják. A csecsemők táplálására vonatkozó szakmai és egyéb támogatás csak az anya-gyermek párok sajátosságát figyelembe véve válhat igazán sikeressé.

A csecsemőkor ételajánlata három csoportra osztható. A gyermek az első négy-hat hónapban *folyékony*, a hatodik hónaptól *pépes* és azt követően *fél szilárd*, majd *szilárd* ételeket fogyaszthat. Minden anya szeretné a gyermekét nemcsak mennyiségében elegendően, hanem a lehető legjobb módon táplálni, végül is a csecsemő életben tartása a szülői gondoskodás egyik leglényegesebb feladata.

Az anya számára a leggyötrőbb tapasztalat, ha csecsemője nem gyarapszik, nem szopik kellőképpen, vagy visszautasítja az ételt. Ezek a problémák az anya kompetenciaérzésének megkérdőjelezését és az önbizalom megingását idézik elő, s gyakran a düh, a kételkedés és a szomorúság érzéséhez vezetnek. A zavarok hosszabb idejű fennmaradása erősen megingathatja a felépülőben lévő anya-gyermek érzelmi kötődési kapcsolat biztonságát.

Etetési vagy étkezési zavarok felléphetnek újszülött, csecsemő, valamint kisgyermekkorban, és hónapokra vagy évekre tartós problémává válhatnak. A csecsemő sikeres etetéséhez bizonyos feltételek jelenléte szükséges. Ilyen többek között a csecsemő anatómiai érettsége, megfelelően fejlett orális-motorikus képessége, a csecsemő megfelelő testtartása, valamint etetés közben a gondozó személy által meghatározott megfelelő minőségű interakció és egy kellemes érzelmi hangulat biztosítása. *Csecsemőkorban gyakran fellépnek ideiglenes etetési nehézségek anélkül, hogy ezeket problémaként kezelnénk.* Minden csecsemő életében előfordul, hogy nem eszik eleget, vagy bizonyos ételt visszautasít. Különösen az átmeneti időszakokban, a folyékony táplálékról a pépes, a pépesről a félig szilárd és szilárd ételekre való átállásnál jelentkeznek gyakran átmeneti etetési- és étkezési problémák. A szoptatás körül is előfordulhatnak nehézségek, melyek megfelelő szakmai támogatással (orvos, védőnő és laktációs szaktanácsadó) a legtöbb esetben könnyen korrigálhatók. Az ideiglenesen fellépő etetési- vagy étkezési problémák gyakran szakmai segítség nélkül szűnnek meg. *Etetési- vagy étkezési zavarokról akkor beszélünk, ha a szülők vagy a szakemberek a csecsemő etetés vagy étkezés közbeni viselkedését több mint négy hétig problémásnak vélik. Etetési és étkezési zavarok nem minden esetben járnak*

együtt gyarapodási problémával. A gyarapodási problémák lehetnek organikus és nem organikus eredetűek.

Attól függően, hogy hány hónapos a csecsemő vagy a kisgyermek, az etetési zavarok kritériumai is változnak.

1. *Az etetési zavarok kritériumai az első hónapokban* a következő problémaköröket foglalják magukba: napi hányás, a tej, az étel visszautasítása, étvágytalanság, szopási- és nyelési nehézségek, az egyes etetési folyamatok hosszú, több mint 45 percnyi időtartama, az egyes etetések közötti időtartam kevesebb mint két óra, átmeneti szoptatási problémák.

2. *Etetési problémák a hatodik hónap után* gyakran a következő kategóriákkal bővülhetnek: mindenféle étel teljes vagy nagymértékű visszautasítása (*infantilis anorexia,* Chatoor és mtsai., 1988), félig szilárd vagy szilárd ételek visszautasítása, rágási- és nyelési problémák, étvágytalanság, bizarr étkezési szokások, a kanál visszautasítása és az anya-gyermek evés közbeni interakciós zavarai. Az infantilis anorexia (Infantile Anorexia, csecsemőkori étvágytalanság, „Feeding Disorder of Separation", Chatoor és mtsai., 1997; Chatoor, 2009) az étkezési zavarok egy ritka, de súlyos formája. Megjelenése a 6. hónap és 3 éves kor között jellemző. Az étel teljes mértékű visszautasítása együtt jár gyarapodási zavarral, lelassult motorikus fejlődéssel és/vagy beszédfejlődési lemaradással. A szülői félelem a gyermek egészségi állapota miatt jellemző szülői viselkedést és értelmezést von maga után, miszerint gyermekük étvágytalan és etetés közben makacs. A gyermek etetése a napirend meghatározójává válik. A szülő állandóan követi gyermekét az étellel, erőszakkal eteti, gyakran váltja az ételkínálatot, és furcsa módon tereli el a gyermek figyelmét valami másra ahhoz, hogy etetni tudjon. Az „infantilis anorexia" esetében a szülő-gyermek kapcsolat legfontosabb témái az autonómia, a függőség és a kontroll köré szerveződnek (Chatoor, 2009).

Az etetési problémák egy másik különleges formája a *poszttraumatikus etetési zavar* csecsemőkorban (Chatoor, 2009). Az ilyen esetekben mindenféle száj-, arc- vagy garatterületet érintő ingerlés averzív hatást gyakorol a csecsemőre, és ezért utasít vissza mindenféle folyadékot vagy ételt. Az ok sokoldalú lehet. Az arcot, a szájat és a garatot érintő korai műtétek, szondázás vagy egy „reflux" (a gyomorsav égető visszafolyása a garatba) traumás hatása, valamint az erőszakos etetés negatív tapasztalatai egyaránt hozzájárulhatnak az étel visszautasításához. Ilyen esetekben a csecsemő az ételt mint potenciális veszélyt éli meg, és védekezik ellene. Ezért utasítja vissza az ételt, mint a veszélyt kiváltó ingert (lásd még magyar nyelven a témáról: Németh és mtsai., 2017, 2018a, 2018b).

Kapcsolati nehézségek

A kapcsolati nehézségek vagy kapcsolati zavarok a hivatalos diagnosztikai klasszifikációs kódrendszerekben (DSM-5, BNO-10) nem szerepelnek. Kivételt képez a DC:0-5™, mely a *klinikai zavarok* (ZERO TO THREE, 2016/2019, I. tengely, 147–151. o.) fejezetében külön tárgyalja a *kapcsolatspecifikus zavarokat*, valamint egy külön fejezetben (uo., II. tengely, 153–163. o.) jellemzi a *kapcsolati kontextust,* vagyis a csecsemő/kisgyermek és a gondozói személy közötti társas-érzelmi viszonyt, kapcsolati adaptációt (alkalmazkodást).

Fontos megjegyezni, hogy a *kapcsolati zavar* nem azonos a *kötődési kapcsolat zavaraival.* A kötődési zavar hátterében sajátos, hosszan tartó vagy újra és újra megjelenő

traumatikus tapasztalatok, leginkább súlyos fizikai, társas és érzelmi elhanyagolás áll (Zeanah és Gleason, 2015; Hédervári-Heller, 2008/2020). Értelemszerűen ebből az adódik, hogy az első 5 életévben nem alakulhat ki egy személyes elsődleges érzelmi kapcsolat. A kötődési zavarok diagnózisa megtalálható a DSM-5, BNO-10 és a DC: 0-5™ kódrendszerekben. A DC:0-5™ a *trauma, stressz és depriváció okozta zavarok* (ZERO TO THREE, 2016/2019, I. tengely) alfejezetében foglalkozik a két nemzetközileg elfogadott és legismertebb kötődési zavarral: a *reaktív kötődési zavarral* (137–141. o.) és a *gátolatlan társas kapcsolati zavarral* (141–146. o.). A kötődési zavarok megjelenésének a gyakorisága kimondottan csekély. Tudományos becslések szerint világszerte a 9 hónapos kortól az 5. életévig a gyermekek csupán 1%-ára vonatkozik. Ezzel ellentétben *a gyakorlatban sokszor indokolatlanul kerül sor a kötődési kapcsolat zavarainak a használatára* (Hédervári-Heller és mtsai., 2018). Külön kiemelendő, hogy a klinikai és nem klinikai szakmákban egyaránt különös óvatosság szükséges a kötődési kapcsolat zavarainak fogalmi használatában. Egy tudományosan nem alátámasztott és hamis diagnózis veszélyeztetheti és akadályozhatja a pozitív változást a konzultációban és a terápiás kezelésben, ezen túlmenően pedig stigmatizál is. (Kötődési zavarokról bővebben lásd még Tóth tanulmányát a jelen kötetben.)

Visszatérve a kapcsolati nehézségekre, újra megemlítendő, hogy *a csecsemő- és kisgyermekkori regulációs nehézségek és zavarok kialakulása legtöbb esetben a szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolati kontextusában értelmezhető, az organikus és/vagy pszichoszociális tényezők által magyarázott, zavart interakciós tapasztalatokra épülve jelenik meg.* Amint már korábban is tárgyaltuk, ebből a megfigyelésből nem vonható le az a következtetés, hogy a regulációs nehézségek és zavarok egyértelműen kapcsolati zavarokkal járnak együtt. Mindenféle csecsemő- és kora gyermekkori fejlődési kisiklás mint rizikófaktor kihathat az elsődleges gondozói személyekhez fűződő kapcsolatra – és fordítva, minden kapcsolati nehézség elősegítheti a gyermek regulációs problémáinak a megjelenését. Ez a dinamika még önmagában nem indokolja a korai kapcsolati viszonyok patologizálását.

A DC:0-5™-ben (ZERO TO THREE, 2016/2019) a következőképpen kerül sor a kapcsolatspecifikus zavar általános jellemzésére: „*A kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kisgyermekkorban diagnózisa olyan szisztematikus viselkedést ír le, mely a csecsemő/kisgyermek egy gondozóval való kapcsolatára korlátozódik. Nem szükséges, hogy ez a viselkedés egy meghatározott formát mutasson, mindössze az a feltétele, hogy a csecsemőnek/kisgyermeknek kizárólag egy bizonyos kapcsolatában mutatkozzon meg, illetve hogy ez a viselkedés funkcionális károsodást okozzon. Ha a viselkedés egynél több kapcsolatban azonosítható, akkor ezt a zavart nem diagnosztizálhatjuk.*" (147. o.)

Egy sokak által jól ismert példa, ha a hat hónapnál idősebb csecsemő vagy kisgyermek otthon alvási problémát mutat, a nagyszülőknél – ahol hetente több alkalommal is alszik – viszont nem. Ezen esetekben az otthoni alvási nehézség megfelel a kapcsolatspecifikus zavarok kritériumának. Egy további példa: a kötődési kapcsolat minőségéről való gondolkodás gyakran téves ítéleteket von magával a kapcsolati zavar fogalmával kapcsolatban. Az ismert bizonytalan, organizált (A, C) és bizonytalan, dezorganizált (D) kötődési minták járhatnak együtt kapcsolati zavarral, vagy sem. *Egy bizonytalan kötődési minta önmagában még nem utal kapcsolati zavarra vagy patológiára* (lásd a kötődésről bővebben Tóth tanulmányát a jelen kötetben).

Hasonlóan a regulációs zavarok keletkezési gyökereihez, a kapcsolati zavar is eredhet a gyermek vagy a gondozó személy egyéni nehézségeiből, a kettőjük nem optimális illeszkedéséből, vagy a kedvezőtlen környezeti feltételekből.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy *a kapcsolatspecifikus zavar megállapításához két diagnosztikai feltétel szükséges: diádspecifikusnak kell lennie (vagyis egy bizonyos személyhez kell, hogy fűződjön), és legalább egy hónapig legalább egy funkcionális területen zavarnak kell mutatkoznia*. A kapcsolatspecifikus zavar lényege, hogy a kapcsolati nehézség a csecsemők/kisgyermekek zavart funkcionális működésében (pl. érzelem, félősség, étkezés, alvás) nyilvánul meg. Empirikus adatok még alig-alig állnak rendelkezésre, ami a diagnózis felállításánál különösen óvatosságra inti a szakembert.

Érzelmi problémák

Átmeneti érzelmi nehézségek, mint például szeparációs szorongás, dac vagy agresszió a csecsemő- és kisgyermekkor természetes fejlődésének velejárói. Az érzelmi zavarok legnagyobb részben a gyermek bizonyos fejlődési stádiumára jellemzőek, időben behatároltak, és több esetben terápiás beavatkozás nélkül is megszűnnek. Kivételes esetekben a gyermek érzelmi zavara megjelenési formájában, intenzitásában és tartósságában meghaladja a tipikus fejlődés határait, és *komoly tünetként* jelentkezik. Ide sorolhatjuk például a csecsemő- és kisgyermekkori szeparációs- és más szorongásos, valamint depresszív zavarokat, depriváció okozta zavarokat, az affektív apnoét (a gyermek nagy sírását követő légzéskimaradását), a sztereotip viselkedésmódokat, a kötődési zavarokat, a túlzott és tartós dacos, opponáló és agresszív viselkedésformákat. Ezen tünetek leggyakrabban nem a konzultációs, hanem a klinikai terápiás tevékenység feladatköréhez sorolandók. (Más érzelmi problémákról olvashatunk többet a DC: 0-5™ [ZERO TO THREE, 2016/2019] és Hédervári-Heller [2008/2020] publikációiban).

A regulációs zavarok kezelési módszerei

Általános megjegyzések

A kora gyermekkori pszichés és pszichoszomatikus zavarok nagyon régóta ismert problémák, azonban tüneteit – kevés, főleg pszichoanalitikus kezelések kivételével – szisztematikusan az 1960-as évekig nem diagnosztizálták és nem is kezelték. A kora gyermekkori regulációs zavarok pszichoterápiás kezelése során tulajdonképpen egy *új „páciens"* jött létre, mely nem külön a csecsemőt/kisgyermeket, vagy nem külön a szüleit helyezi a középpontba, hanem a *csecsemő/kisgyermek és a szülő aszimmetrikus kapcsolatát* (Stern, 1995). A pszichoanalitikus felfogásmódban, a kora gyermekkori pszichopatológia a preverbális és többnyire a preszimbolikus korban átélt zavart interakciók és kapcsolati tapasztalatok eredménye. (Továbbvezető irodalmak a regulációs zavarok elméletéről és kezelési módszereiről: Hédervári-Heller, 2008/2020; Németh és mtsai., 2016; Stern, 2004).

Kezelési megközelítések, kezelési módszerek

A kora gyermekkori regulációs zavarok kezelése történhet ambuláns és kórházi keretekben, konzultációs és terápiás szinten. Minél szélesebb szakmai körben (lásd pedagógiai, pszichológiai és orvosi szakmák) és minél korábban – az iskolai családi életre felkészítés során, a várandósság idején, de legkésőbb a születéstől – nyújtunk a szülőknek támogatást, annál inkább hozzájárulhatunk az egészséges pszichoszociális fejlődés lehetőségéhez. Miután a regulációs zavar megjelenése szoros összefüggésben áll a szülő-csecsemő/kisgyermek interakciós tapasztalatokkal és kapcsolattal, *a konzultáció valamint a (pszicho)terápiás kezelés mindig közösen a szülő és a csecsemő/kisgyermek jelenlétében történik*. A kórházi kezelés esetében a gyermek egy fontos gondozói személlyel együtt (többnyire a szülővel) kerül felvételre, és a kezelés is közösen történik. A zavar mellett mindenképpen figyelem összpontosul a csecsemő/kisgyermek és az elsődleges gondozói személyek kapcsolatára, az ambuláns és kórházi kezelések során egyaránt.

Ahogy az eddigiekben már leírásra került, nem minden esetben van szükség *(pszicho) terápiás* vagy *kórházi kezelésre*, gyakran elegendő, ha a *korai prevenció* és *konzultáció* alkalmazásával nyújtunk a családoknak támogatást.

A prevenció, a konzultáció és a (pszicho)terápia különválasztása részben mesterséges, hisz a prevenció nem egy külön módszerként értelmezendő, hanem része mind a konzultációnak, mind a terápiás kezelésnek, és ugyanúgy kezelhető önálló elemként is. Az itt történő különválasztás érzékeltetni kívánja az egyes lépéseket a regulációs zavarok megelőzésében és kezelésében (Hédervári-Heller, 2008/2020). Minden támogató folyamat esetében szükséges az előzetes orvosi vizsgálat, mely a csecsemő és kisgyermek viselkedésszabályozási problémáinak a lehetséges organikus okát kizárja.

Prevenció

A kora gyermekkori prevenció az első lépés a regulációs zavarok megelőzésében. *A prevenció a népegészségügyi ellátás keretében, magzati kortól egy össztársadalmi, mind állami és egyházi fenntartású szolgáltatások, mind civil szervezetek körébe tartozó feladat*. Ide tartoznak többek között: intézkedések és jóléti programok a kisgyermekes családok szociodemográfiai és szocioökonómiai helyzetének javítására, a szülővé válást és szülőséget támogató tanfolyamok és más intézményes családsegítő programok, orvosi és egészségügyi támogatás (szülész-nőgyógyász, védőnő, gyermekorvos), valamint a 3 éves kor alatti napközbeni gyermekellátás, intézményes gyermeknevelés (bölcsődék, bölcsődei játszócsoportok, családi napközi, gyerekfelügyeletek). Egy-egy regulációs probléma vagy zavar kezdeti állapotának felismerése terápiás végzettség nélkül is lehetséges, ha legalább a fentiekben felsorolt szakemberek jól tájékozottak a zavar tüneteiről, azok lehetséges okairól és a kezelési lehetőségekről. Így a prevenció mint egy „*szűrővizsgálat*" első állomásaként értelmezhető.

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció

Amennyiben a szülő vagy a szakember a csecsemő és kisgyermek viselkedését problémásnak ítéli meg, a *konzultáció mint „intervenció”* kerül alkalmazásra. *A konzultációs üléseket tartó szakember nemcsak tájékozódási szinten ismeri a regulációs zavarok tüneteit, hanem egy szakmai továbbképzésen elsajátított kezelési módszert alkalmaz anélkül, hogy terápiás kezelést végezne, és klinikai diagnózist állítana fel.* Már Bálint Mihály (1957/1990) is megállapította, hogy egy együléses tanácsadásnak is lehet terápiás hatása. A pedagógusok, pszichológusok, védőnők, gyermekorvosok, gyermek- és ifjúsági pszichiáterek, gyermekpszichiátriai gondozók munkatársai, gyermekjóléti szolgálatok szakemberei és a pszichoterapeuták egyaránt tarthatnak konzultációs órákat, megfelelő szakmai felkészültséggel. A konzultáció több 1–1,5 órás szakmai találkozást foglal magában. A konzulensi tevékenység nem azonos a klinikai (pszicho)terápiás munkával. (Az integrált szülő-csecsemő konzultációról részleteket lásd még Németh és Hédervári-Heller tanulmányában, könyvünk II. kötetében.)

A szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápiás kezelés

A csecsemő és a kisgyermek hetekig, hónapokig fennálló heves regulációs zavarai, valamint többszörös családi rizikófaktorok jelenléte esetén gyakran nem elegendő a konzultáció, hanem hosszabb, hetekig vagy hónapokig tartó szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápiás kezelésre van szükség. *A zavar manifesztációja (megjelenése), a szülők mélyebb intrapszichés vagy interperszonális konfliktusai, pszichikailag nem feldolgozott traumák, esetleg a szülő-gyermek heves kapcsolati problémái indokolhatják a szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápiás kezelést.* A szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápia a más hivatalosan elfogadott és a betegbiztosítók által finanszírozott terápiás kezelésekkel szemben egy új kihívás, melyre szakmaspecifikus továbbképzés ajánlatos (Hédervári-Heller, 2008/2020; Hédervári-Heller és Németh, 2011; az integrált szülő-csecsemő konzultációról részleteket lásd még Németh és Hédervári-Heller tanulmányában, könyvünk II. kötetében).

A konzultációs és (pszicho)terápiás megközelítések további sajátosságai

A fentiekben jellemzett *szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és (pszicho)terápiás kezelésnek* vannak közös és eltérő vonásai.

A csecsemő- és kora gyermekkor érzelem- és viselkedésszabályozási zavarai egy komplex problémakört jelent, így kezelésük is speciális szakmai felkészültséget igényel. Ide tartozik a *szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció* és a *szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápia* mint a korai prevenció és intervenció nemzetközi szinten széleskörűen elterjedt módszerei.

A regulációs zavarok kezelésére irányuló szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és (pszicho)terápia módszertani megközelítése különböző elméleti alapokra épül, melyek mindkét intervenciós formában alkalmazhatóak. *Az elméleti alapokat a következő fő csoportosításban jeleníthetjük meg:*

- *Klasszikus és modern pszichoanalízis, reprezentációs megközelítés.*
- *Modern fejlődéspszichológia, interakcionista, rendszerszemléleti megközelítés.*
- *Kötődéselmélet, kapcsolati, érzelmi, valamint pszichoszociális megközelítés.*
- *Integratív, figyelembe véve az előbbi három elméleti megközelítést.*

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és (pszicho)terápia legfőképpen *két általános célt* követ:

- *a szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolatban megjelenő problémák felismerése, feloldása, a kapcsolat javítása, valamint*
- *a gyermek problémás érzelem- és viselkedésszabályozási problémáinak/zavarának az enyhítése és megszüntetése.*

Mindkét cél a szülő, valamint a csecsemő és kisgyermek lelki egészségének (pszichés állapotának) a javítására irányul.

Egy „kisiklott" fejlődés kapcsán (lásd a fejlődési pályákról részletesen Danis és Kalmár fejlődési pszichopatológiáról szóló tanulmányát a jelen kötetben) a szakember különösen nagy szerepet játszhat az érzelmileg megzavart szülő-csecsemő kapcsolat helyreállításában. Közvetítő szerepe, mint egy *„szabályozó harmadik" segítheti a szülőt gyermekének és saját szülői pozitív viselkedési állapotainak az észlelésében, és a pozitív interakciók megerősítése és ösztönzése révén hozzájárul egy érzelmileg biztonságos szülő-gyermek kötődési kapcsolat kialakulásához.* A biztonságos kötődési minta önmagában még nem garancia, de egy jelentős védőfaktor a gyermek további egészséges lelki fejlődésében.

Az eddigiekben jellemzett konzultáció és (pszicho)terápia hasonlóságai mellett e két intervenciós eljárás közötti különbségeket is lényeges szem előtt tartani. A szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápiás intervenció alkalmazásának feltételei: klinikai egészségügyi pszichológus szakvizsga vagy pszichoterápiás végzettség, specifikus ismeretek a csecsemő- és kisgyermekkor fejlődési sajátosságairól és a *szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs* szakirányú továbbképzés. A (pszicho)terápiás kezelés magában foglalja, mélyebben, mint a konzultáció, a szülők intrapszichés és interperszonális konfliktusainak, valamint a család- és a konfliktusdinamika megértését és támogatását. A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok és pszichés problémák kezelése a klinikai diagnosztikának eleget téve, a hivatalosan elismert diagnosztikai kódrendszerek bevonásával történik.

Rövid betekintés néhány nyugati állam gyakorlatába

A kora gyermekkori prevenció és intervenció szükségességét a nyugati államok, többek között Anglia (Winnicott, 1964, 1965), Franciaország (Dolto, 1973; Eliacheff, 1993), Svájc (Cramer és mtsai., 1990), Nyugat-Németország (Stork, 1986; Papoušek és Papoušek, 1987), USA (Fraiberg és mtsai., 1975; Mahler és mtsai., 1975; Fraiberg, 1980), már az 1960-as évektől kezdve felismerték, és ennek megfelelő intézkedéseket, programokat, szolgáltatá-

sokat hoztak lére. A szülő-csecsemő konzultáció és terápiás kezelés fontosságának elismerése és továbbfejlesztése az utóbbi években központi kérdéssé és az egészségügyi ellátás lényeges részévé vált (Hédervári-Heller, 2006; Danis, 2015; Vaever és Smith-Nielsen, 2018). Németországban például a szülő-csecsemő terápia hivatalosan elismert módszer, amelynek költségét az állami és a magán egészségügyi biztosítók, bizonyos feltételekhez kötve, egyaránt átvállalják (Deutsches Ärzteblatt, 2003). A családokkal, a gyermekekkel és a fiatalokkal foglalkozó állami és civil intézetek az általuk kínált konzulensi és terápiás lehetőségek körét folyamatosan egészítik ki a szülő-csecsemő konzultációval és terápiával.

Szakképzés a regulációs problémák és zavarok konzultációs és terápiás kezelésére

A Papoušek házaspár úttörő munkája az USA-ban és Németországban

A napjainkig nagy nemzetközi elismerésben részesülő Hanuš és Mechthild Papoušek – az interdiszciplináris csecsemőkutatás területén végzett tudományos vizsgálataikra alapozva – hozták létre az 1990-es évek elején a Müncheni Orvostudományi Egyetemi Klinikán a *Sírás Ambulancia* néven világszerte ismertté vált ambulanciát a kora gyermekkori regulációs zavarok kezelésére. Tudományos kutatómunkájuk már az 1960-as évektől kiterjedt az újszülöttek és a csecsemők kommunikációjára, kapcsolati tapasztalataira, tipikus és atipikus viselkedési állapotaira egyaránt (Papoušek és Papoušek, 1987; Papoušek, 2018). Az alapkutatási és klinikai tevékenységük mellett megvalósították a Müncheni Orvostudományi Egyetemen a speciális multidiszciplináris konzultációs és terápiás továbbképzést. A *Szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia* hatékonyságát a hosszú évek alatt végzett tudományos vizsgálataikkal empirikusan is alátámasztották (Papoušek és mtsai., 2004; Papoušek, 2018).

A német nyelvterületeken a Papoušek házaspár kezdeményezésére visszavezethető sokirányú szakmai továbbképzések egyik különlegessége többek között az, hogy e képzések nem kimondottan a klinikai tevékenységekre irányulnak, hanem kiterjednek a korai prevenció és egyéb nem klinikai szakterületekre is. Ezen túlmenően figyelembe veszik a különböző elméletek aktuális tudományos vizsgálati eredményeit: többek között a pszichoanalízis, a kötődéselmélet, a csecsemőkutatás és a modern fejlődéspszichológia, az idegtudományok, valamint a pedagógia-, a pszichológia-, az orvos- és a társadalomtudományok új ismereteit. Ezt kiegészítve a nagyvárosokban folynak akkreditált módszerspecifikus szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs és pszichoterápiás képzések kimondottan a módszerspecifikusan képzett és gyakorló pszichoterapeuták és pszichoterápiás végzettséggel rendelkező orvosok részére.

A Magyarországon 2005-ben és 2006-ban tartott szakmai továbbképzések (szakmaspecifikus kurzusok és szemináriumok) tananyaga, valamint a 2010-től folyó akkreditált posztgraduális egyetemi továbbképzés, az *Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (Hédervári-Heller és Németh)* a német nyelvterületeken és más nyugati államokban

szerzett tudományos ismeretekre és gyakorlati tapasztalatokra épül(t), figyelembe véve a magyarországi adottságokat (Hédervári-Heller, 2008/2020; Németh, 2012; Danis, 2015; Németh és mtsai., 2015; lásd részletesebben a képzésről Németh és Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk II. kötetében).

Zárszó

Az Európai Unióba való belépés 2004-ben Magyarország számára is több új nemzetközi szakmai kapcsolatot, lehetőségeket és megoldásokat hozott magával, amelyek segítségével a családok és a kisgyermekek jobb pszichoszociális ellátásban részesülhetnek (Danis, 2015; Németh és mtsai., 2015; Hámori, 2016). Ezzel egyidejűleg a kora gyermekkori prevenció és intervenció fontossága is előtérbe került. Az interdiszciplináris szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs szakirányú továbbképzések és tevékenység az egészségügyben és a társadalompolitika területén is egyre nagyobb elismerésben részesülnek.

Az első ilyen interdiszciplináris szakirányú továbbképzés Magyarországon 2010-ben Németh Tünde kezdeményezésére indult el „Integrált szülő-csecsemő konzultáció" néven, melyet Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde dolgoztak ki. A szakirányú képzésen a 0–3 éves korú gyermekekkel foglalkozó egészségügyi, szociális és pedagógiai területen dolgozó szakemberek vehetnek részt (Hédervári-Heller, 2008/2020; Németh, 2010; lásd a képzésről bővebben Németh és Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk II. kötetében). Figyelembe véve a prevenció lehetőségét, ma már szélesebb körben valósulhat meg a csecsemő- és kisgyermekkori nem organikus hátterű pszichés problémák megelőzése, megjelenés esetén a korai feltárása, valamint konzultációs és esetenként (pszicho)terápiás kezelése.

AJÁNLOTT IRODALOM

Cramer, B., Palacio-Espasa, F. (2012). *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata. Módszertani és esettanulmányok.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia.* Animula Kiadó, Budapest.

Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K. V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő, 25(5),* 16–26.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship.* ZERO TO THREE Press, Washington, D.C.

Stern, D. (2004). *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Balázs, J., Miklósi, M. (2015). *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve.* Semmelweis Kiadó, Budapest.

Bálint, M. (1957/1990). *Az orvos, a betege és a betegség.* Animula Kiadó, Budapest.
Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K., Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. A systematic review. *Campbell Systematic Reviews, 6,* 1–223.
Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., O´Donnell, R. (1988). Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 535–540.
Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children.* ZERO TO THREE, Washington D.C.
Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O´Donnell, R., Rivera, Y., Mrazek, D. A. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health, 18,* 76–91.
Cierpka, M. (Eds.) (2015). *Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern.* Springer, Berlin.
Cramer, B. G., Robert-Tissot, Ch., Stern, D., Serpa-Rusconi, S., De Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J-P., Knauer, D., Berney, C., D`Arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health, 11,* 278–300.
Danis, I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle, 43(2),* 100–116.
Danis, I., Scheuring, N., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015). Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban. *Védőnő, 25(5),* 11–18.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Eds.) (2007*). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3td Edition).* Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
Deutsches Ärzteblatt (2003). Psychotherapie auch bei Kleinkindern zu erstatten. Urteile des Sozialgerichts Stuttgart. *Deutsches Ärzteblatt, 2,* 52.
Dolto, F. (1973). *Psychoanalyse und Kinderheilkunde.* Fischer, Frankfurt am Main.
Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes.* Fischer, Frankfurt am Main.
Dornes, M. (2002). *A kompetens csecsemő. Az ember preverbális fejlődése.* Pont Kiadó, Budapest. (Németül: *Der kompetene Säugling. Doe präverbale Entwicklung des Menschen.* Fischer, Frankfurt am Main (1993).
Eliacheff, C. (1994). Das Kind, das eine Katze sein wollte. Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. München: Kunstmann.
Fonagy, P., Sleed, M., Baradon, T. (2016). Randomized Controlled Trial of Parent-Infant Psychotherapy for Parents with Mental Health Problems and Young Infants. *Infant Mental Health Journal, 37,* 97–114.
Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery. *Journal ofthe American Academy of Child Psychiatry, 14,* 387–422.
Fraiberg, S. (Eds.)(1980). *Clinical Studies in infant mental health: The first year of life.* Basic Books, New York.
von Gontard, A. (2010). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch.* Kohlhammer, Stuttgart.
Groß, S. (2014). *Zur Diagnostik der Regulátionsstörungen. In Cierpka, M. (Eds.) Frühe Kindheit 0-3 Jahre.* Springer, Berlin. 147–158.
Halász, A. (2001). A csecsemőkor pszichológiája, pszichopatológiája és terápiás megközelítése. In Virág, Gy. (Szerk.) *Dinamikus gyermekpszichiátria.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 19–50.
Hámori, E. (2016). A korai kapcsolat zavarai. *Pszichoanalízis, kötődéselmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Hédervári-Heller, É, Németh, T. (2011). Alkalmazkodj a világhoz! – Az újszülött és a csecsemő alkalmazkodása. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek II.: A kora gyermekkori fejlődés természete: fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 68–101.

Hédervári-Heller, É. (2006). A kötődéselmélet klinikai relevanciája. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia, 5,* 87–101.

Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia.* Animula Kiadó, Budapest.

Hédervári-Heller, E. (Eds.) (2018). Neuere diagnostische Ansätze für die frühe Kindheit am Beispiel der Bindungsstörung. *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 49,* 109–122.

von Klitzing, K. (Eds.) (1998). *Psychotherapie in der frühen Kindheit.* Vandenhoeck& Ruprecht, Göttingen.

von Klitzing, K. Döhnert, M., Kroll, M., Grube, M. (2015). Mental disorder in early childhood. *Deutsches Ärzteblatt, 112,* 375–386.

Lieberman, A., Ippen, C. G., Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy. A Manual for Child-Parent Psychotherapy With Young Children Exposed to Violence and Other Trauma.* (2. Ed.). ZERO TO THREE Press, Washington, D.C.

Ludwig-Körner, Ch., Kuchinke, L., Koch, G., Mattheß, J., Eckert, M. (2018). Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie auf dem Prüfstand. *Psychotherapeutenjournal, 17,* 346–352.

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. Basic Books, New York.

Molnár, J. E. (2019). Regulációs zavarok csecsemő- és kisgyermekkorban. Terápiás oldásuk lehetősége. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 432–448.

Németh, T. (2010). Itt és most – A koragyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) *XII. Családbarát konferencia kiadványa.* OGYEI, Budapest. 7–12.

Németh, T. (2012). A koragyermekkori regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat, 63,* 320–325.

Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K. V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő, 25(5),* 16–26.

Németh, T., Daritsné Rajzó, É., Jánosiné Kakuk, S., Prónay, B., Danis, I. (2016). A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció tevékenységének megjelenése és integratív szemlélete a pedagógiai szakszolgálat egyes területein – A lelki egészségvédelem lehetőségei a korai időszakban. *Gyógypedagógiai Szemle, 44 (2),* 91–108.

Németh, T., Várady, E., Danis, I., Scheuring, N., Szabó, L. (2017). Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész – Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae, 27(10-12),* 406–417.

Németh, T., Várady, E., Danis, I., Scheuring, N., Szabó, L. (2018a). Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban II. rész – Szoptatás, hozzátáplálás és elválaszt(ód)ás az Egészséges Utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae, 28(6-7),* 313–323.

Németh, T., Várady, E., Danis, I., Scheuring, N., Szabó, L. (2018b). Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban III. rész – Az önálló táplálkozás alakulása az Egészséges Utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae, 28(8-9),* 383–389.

Papoušek, H, Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant`s integrative competence. In Osofsky, J. D. (Ed.) *Handbook of infant development.* (2nd Edition). Wiley, New York. 669–720.

Papoušek, M. (2018). Zum 25. Jubiläum der „Münchener Sprechstunde für Schreibabys". In Mall, V.,Voigt, F., Jung, N. (Eds.) *Frühe Entwicklung und Kommunikation. Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie,* Band 3. Schmidt-Römhild, Lübeck. 7–24.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen.* Hans Huber, Bern. (Angolul: *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship.* ZERO TO THREE Press, Washington, D.C. (2008).

Robert-Tissot, Ch., Cramer, B., Stern, D., Serpa, S., Bachmann, J.-P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., De Muralt, M., Berney, C., Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal, 17,* 97–114.

Scheuring, N., Danis, I., Papp, E, Németh, T., Szabó, L. (2015b). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat, 66(3),* 149–153. (Felkért másodközlés: *Védőnő, 25(4),* 30–35.)

Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015a). Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat, 66 (2),* 108–113. (felkért másodközlés: *Védőnő, 25(3),* 9–14.)

Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015c). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat, 66(4),* 208–214. (Felkért másodközlés: *Védőnő, 25(5).*

Scheuring, N., Papp, E., Danis, I., Németh, T., Czinner, A. (2011). A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései. *Gyermekorvos Továbbképzés, 10,* 13–19.

Sidor, A., Fischer, C., Cierpka, M. (2013). Early Regulatory Problems in Infancyand Psychopathological Symptoms at 24 Months: A Longitudinal Study in a High-risk Sample. *Journal of Child and Adolescent Behavior, 1,* 1–10.

Slade, A., Sadler, L. S. (2018). Pregnancy and Infant Mental Health. In Zeanah, Ch.H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health.* (4th Edition). Guilford, New York. 25–40.

St. James-Roberts, I., Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: normative and clinical findings. *Journal of Child Psychology Psychiatry, 32,* 951–968.

Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation.* Basic Books, New York.

Stern, D. (2004). *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest.

Stork, J. (Eds.) (1986). *Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion.* Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.

Vaever, M.S., Smith-Nielsen, J. (2018). Copenhagen Infant Mental Health Project (CIMHP): Effects of Infant Mental Health Screening and Indicated Prevention Approaches – Study Design and Preliminary Results. In Mall, V., Voigt, F., Jung, N. (Eds.) *Frühe Entwicklung und Kommunikation. Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie,* Band 3. Schmidt-Römhild, Lübeck. 51–66.

Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimescalled „colic". *Pediatrics, 14,* 421–434.

Winnicott, D. W. (1964/2000). *Kisgyermek, család, külvilág.* Animula Kiadó, Budapest.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* Hogarth, London.

Zeanah, Ch., Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychologyand Psychiatry, 56,* 207–222.

ZERO TO THREE (1994). *DC:0-3 – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmenal Disorders of Infancy and Early Childhood.* ZERO TO THREE Press, Washington, D.C.

ZERO TO THREE (2005). *DC:0-3R – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmenal Disorders of Infancy and Early Childhood.* (Rev. Ed.). ZERO TO THREE Press, Washington, D.C.

ZERO TO THREE (2016). *DC: 0-5™ – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmenal Disorders of Infancy and Early Childhood.* ZERO TO THREE Press, Washington, D.C. (Magyarul: *A csecsemő- és koragyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 2019)

Hivatkozás: Góczán-Szabó, I., Prónay, B. (2020). Atipikus fejlődés, lelki egészség, család. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 330–363.

Tanulmányunk témája az atipikus fejlődés és annak hatásai a családra a korai életévekben. Az atipikus fejlődés témaköre sokkal több családot érint, mint amennyiben fogyatékossággal élő gyermeket nevelnek. Egyrészt a korai intervenció folyamán rendeződhetnek olyan állapotok, melyek korábban a tartósan eltérő fejlődés lehetőségét hordozták, másrészt az atipikus fejlődés kérdésköre látensen is része lehet a családi dinamikának, akár transzgenerációs szinten is, így jelentősen több gyermek életét befolyásolva, mint akik valóban atipikusan fejlődnek, vagy fogyatékossággal élnek. Az atipikus fejlődés és a fogyatékosság a csecsemőket/kisgyermekeket nevelő családok életét szélesebb körben érintheti, mint amire a segítő szakember első megismerésre rálát. A tanulmány szerzőinek célja, hogy a nem gyógypedagógiai területen dolgozó szakemberek számára rövid betekintést nyújtsanak a korai atipikus fejlődés diagnosztizálható sajátosságaiba, a különböző eltérő fejlődéssel járó kórképekbe, a fogyatékossági kategóriákba. Mindez bővebben a mellékletben olvasható. Ezen túl megismerkedünk olyan szemléleti keretekkel, melyeken keresztül az eltérő fejlődést és annak a család életében leképeződő hatásait értelmezhetjük. Végigkövetjük azt a lehetséges folyamatot, ahogy a család számára nyilvánvalóvá válik gyermekük eltérő fejlődése. Érintjük a korai komplex folyamatdiagnosztika témáját, a családközpontú intervenciót, mindazt, ami a gyermekkel és családjával a mindennapok szintjén történik. Nyitunk egy ablakot arra is, mivel kell a családnak lelki szinten megküzdenie e folyamat során. Kiemelünk néhány jelentős témát (pl. szembesülés a diagnózissal, a szülő szerepe a korai intervenció folyamatában, a testvér[ek] helyzete, megküzdési lehetőségek stb.), és fókuszt helyezünk olyan eseményekre is (pl. az első intézménybe kerülés), amelyek kitüntetett jelentőségűek lehetnek a gyermek és a család életében. Végül felvetünk olyan lehetséges helyzeteket, amikor a fogyatékosság témája látensen befolyásolja a szülői fantáziákat és döntéseket. Mindez megakaszthatja a család gyarapodását, meghatározhatja egy tipikusan fejlődő gyermek életét, a házasság dinamikáját.

Célunk nem az egyes témák részletes kibontása, hanem a kora gyermekkorban a családokat különböző területeken segítő szakemberek figyelmének ráirányítása a téma komplexitására és egyes kérdésköreire, támpontokat adva mind az atipikus fejlődés jeleinek, mind a család lelki támogatására vonatkozó igényeinek felismerésére.

ATIPIKUS FEJLŐDÉS, LELKI EGÉSZSÉG, CSALÁD

Góczán-Szabó Ildikó
Prónay Beáta

Bevezetés – az atipikus fogalom tisztázása
Az atipikus fejlődés hátterének, megnyilvánulásának sokszínűsége

Az atipikusan fejlődő gyermeket nevelő családok jellemzői, kihívásai

Az eltérő fejlődésű csecsemő/kisgyermek és szülei számára elérhető rendszerszintű családközpontú támogatások

Atipikus fejlődésű gyerekek a családban
Értelmezési keretek, modellek a családról
A család mint a kihívásokhoz alkalmazkodó folyamatosan fejlődő rendszer
Az atipikus fejlődés (fogyatékosság, fejlődési rendellenesség) felismerése és a diagnózisközlés
Korai intervenció – dilemmák, lehetőségek
A gyász
A szülők érzelmi támogatásának lehetőségei
Közösségbe kerülés – autonómia
A sérültségből adódó atipikus élethelyzet és a regulációs zavarok lehetséges összefüggései
A sérült gyermek testvére

Zárógondolatok

Melléklet
Az idegrendszer fejlődési zavarai
Fogyatékosság és eltérő fejlődés
Az eltérő mozgásfejlődés és jelentősége az atipikus fejlődés előrejelzésében
A koraszülöttség

„Ha nem lenne fejlesztő iskola, én biztosan nem dolgoznék, és talán a férjem sem. Otthon lenne egy frusztrált, sérült gyermekem, aki nem kapná meg a szükséges szakellátást, és akivel valószínűleg nem tudnék mit kezdeni. Lenne másik két gyermekem, akikre szintén kevesebb figyelmem jutna, és akik szintén sérülnének a helyzetből adódóan. Mindenki sokkal fáradtabb és frusztráltabb lenne a családban, Gergőt is beleértve. Most boldogok vagyunk, Gergő is az."

Ágnes, egy édesanya (Kiss és mtsai., 2018, 1. o.)

Bevezetés – az atipikus fogalom tisztázása

Az atipikus fejlődés kifejezés egy nagyon heterogén csoportot foglal magába. Egyfelől ide soroljuk azokat a gyermekeket, akiknek a fejlődése valamilyen oknál fogva a születésüktől kezdve eltér a tipikus fejlődéstől, de a prognózis lehet nagyon kedvező; másrészt ide soroljuk azokat a gyerekeket is, akiknek a születés pillanatában nyilvánvaló fogyatékosságuk van, melynek a prognózisa a sérülés típusától függően kedvező vagy kedvezőtlen. Van egy olyan csoport is, akiknek a sérülését/fogyatékosságát már a magzati korban lehet tudni, mert a manapság kötelező szűrővizsgálatok során fény derül rájuk. Nem utolsó sorban vannak olyan esetek is, melyekben a fejlődés a korai időszakban nem tér el egyáltalán vagy csupán kissé a megszokottól, így a problémára csak késve derül fény.

Ezeket a jellegzetességeket, a csoport rendkívüli heterogenitását igyekszünk a teljesség igénye nélkül írásunk első részében bemutatni. Nem szándékunk részletes gyógypedagógiai ismeretek közlése a tanulmány terjedelme miatt, és azért sem, mert a gyógypedagógiai szakirodalomban bőven lehet tájékozódni a különböző állapotokról. Lásd Felhasznált szakirodalom és Mellékletek, pl. Borbély (2012) *A szülők és mi*, Borbély (2019) *Szempontok a szülőkkel való optimális kommunikációhoz a fogyatékosság tényének elfogadása érdekében*; Lányiné (2017) *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*, vagy Vekerdy-Nagy (szerk. 2019), a gyógypedagógia területét széles spektrumban érintő *A gyermekrehabilitáció sajátosságai* című művét. Itt csak lényegre törő bemutatást nyújtunk elsődlegesen azok számára, akiknek nem szakterületük az atipikus fejlődés, de praxisuk során ide sorolható csecsemőket, kisgyermekeket nevelő családokkal foglalkoznak.

Az atipikus fejlődés hátterének, megnyilvánulásának sokszínűsége

A magzati korban előre vetülő fogyatékosság kérdésével nem itt, hanem a későbbiekben foglalkozunk majd. Ebben a részben a fejlődésben megnyilvánuló eltérésekről írunk. Az, hogy az atipikus fejlődés *fejlődési késésben*, vagy megnevezhető *fogyatékossággal járó eltérő fejlődésben* nyilvánul-e meg, többnyire hosszabb *diagnosztikai (és intervenciós) nyomonkövetés* során derülhet ki (pl. koraszülöttség esetében).

A *meglassúbbodott fejlődés, a fejlődési késés, a megkésett fejlődés*, ahogy az elnevezés is jelzi, folyamatban nyilvánul meg. Elsősorban azoknak a szülőknek tűnik fel, akiknek van már gyermekük, van már élményük, tapasztalatuk a gyermeki fejlődésről. Ebben az esetben sem mindig ismerik fel, hiszen tudjuk, hogy szinte biztosan nincs két teljesen egyforma fejlődésű testvér, még az ikrek fejlődése is eltérhet egymástól. Ezért a szülők sokáig gondolhatják, hogy az eltérés, amit tapasztalnak, az optimális fejlődés variánsa. Az esetek egy részében igazuk is van, attól függetlenül, hogy van-e esetleg minor idegrendszeri érintettség, mely indokolja a fejlődésbeli eltérést, vagy csak alkati sajátosságról van szó. A gyanú kivizsgálásának jelentőségét mégsem szabad elhanyagolnunk. Ezek a minor tünetek maguktól is rendeződhetnek, amennyiben viszont fennmaradnak, indokolt lehet a korai intervenció. E csoportot sorolja Borbély Sjoukje (2012) a korai intervencióban megjelenő „rizikó" gyerekeknek.

A *fogyatékosságot okozó veleszületett sérülés* sokféle lehet: érintheti az érzékszerveket, a mozgást, valamint okozhat intellektuális képességzavart (a fogalom magyarázatát lásd Prónay és Góczán-Szabó tanulmányában, ebben a kötetben). Többségében idegrendszeri sérülés áll fenn. Ezekben az esetekben is elsősorban a súlyos, vagy a genetikai okokhoz kapcsolódó, *malformációval*[1] járó sérüléseket lehet csak a születéskor és az azt közvetlenül követő időszakban felismerni. Ezek a sérülések minél láthatóbbak, annál inkább problémát jelenthetnek érzelmileg az anya, a szülők számára. S bár láthatóak és riasztóak lehetnek, és súlyosan összeütközhetnek azokkal a képekkel, melyekben az anya a várandóssága alatt a gyermekről fantáziált, korántsem biztos, hogy pont ezek örökre fennmaradnak, vagy nem kezelhetők, változtathatók. Ez utóbbitól függetlenül ezek az elváltozások mindenképpen megzavarhatják a születést követő első időszakot.

Olyan esetek is vannak, amikor az újszülött érkezésével járó örömöt nem zavarja meg semmi, de röviddel a szülést követően megnyilvánuló probléma riadalmat, bizonytalanságot kelt. Mik lehetnek ezek, amelyek már előre vetíthetnek intervenciós igényt és esetleg tartós vagy örökre fennmaradó állapotot? Az egyik ilyen lehet a szopás, szoptatás nehézsége (lásd alább az atipikus fejlődés lehetséges összefüggése a regulációs zavar kialakulásával; a szoptatás fontosságáról és problémáiról lásd részletesen Riordan és Wambach, 2019).

[1] *Malformáció:* A megszokottól eltérő látható jegyek, pl. a szemek, fülkagyló helyzete, formája, ajakhasadék, ujjak összenövése, végtaghiány, koponya formája, mérete stb.

A fogyatékosság minőségében, mennyiségében eltérő fejlődést jelent. Jellegzetessége a lassú vagy akár gyorsabb, de a korai életéveket érintő manifesztálódás (megnyilvánulás). Akár már a méhen belüli diagnosztika is fényt deríthet a sérültségre. Az érintettség mértékét illetően beszélhetünk az enyhétől a halmozott állapotokig. Az eltérés súlyossága és jellegzetességei befolyásolják az akadályozottság mértékét és sajátosságait, és összefüggethetnek a társadalmi megítéléssel, a stigmatizáltsággal.

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kara hét területen képez gyógypedagógus szakembereket. E szakirányok egy része a *klasszikus fogyatékossági kategóriákra* irányul, melyeknek előfordulása az egyes társadalmakban nem egyforma. *Ezeket az állapotokat a genetikai okok éppen úgy okozhatják, mint a méhen belüli fertőzések, ártalmak, a szülés körüli problémák, vagy a születést követő fertőzések, betegségek, pre-, peri- és posztnatális ártalmak.* A fogyatékosságoknak is különböző súlyosság szerinti besorolását használjuk, de érdemes azt megemlíteni, hogy minden esetben nehéz a határokat kijelölni, *érdemesebb spektrumként kezelni az állapotokat. A klasszikus csoportok közé tartozik az intellektuális képességzavar*[2] *(IKZ; enyhe, mérsékelt, súlyos), a hallássérülés, a látássérülés, a testi- és mozgáskorlátozottság* (lásd még később kicsit részletesebben), *a beszédsérülés és az érzelmi és viselkedészavarok, beilleszkedési problémák köre.* A klasszikus szakirányos képzések 2010 óta kiegészültek az *autizmus* pedagógiája szakiránnyal. Még nem történt meg a halmozott fogyatékosság szakirány nappali BA képzési programjának kidolgozása, bár egyre inkább szükségesnek látszik. A *halmozott fogyatékosság* azt jelenti, hogy bármely két, három, négy sérülés kombinálódhat. Itt is előfordulhatnak – a kombináció következtében – az *enyhétől a súlyosig* létrejövő állapotok. Például az enyhe halmozott sérülés egy szájpad/ajakhasadék miatt beszédkorrekciót igénylő, tanulásban akadályozott gyermek. A súlyosra példa lehet a veleszületett siketvakság, amely különböző mértékű hallás- és látássérülés kombinációjából ered. Amit fontos megállapítani, az a jellegzetesség, hogy a halmozódás következtében egy merőben új állapot jön létre. A kategória kritériuma súlyos halmozott sérülés esetén az, hogy legalább az egyik sérülés mérsékelt formában van jelen.

A diagnosztikai szempontokat és fogyatékossági kategóriákat, a tünetegyütteseket, állapotokat, problémákat, melyeket az atipikus fejlődés körében értelmezünk, több *osztályozási rendszer* kezeli. Jelenleg Magyarországon hivatalosan a *BNO-10* és a *DSM-5* használata kritérium egy diagnózis felállításához. Bár egyik sem életkor-specifikus, a kora gyermekkori ellátásban érintett szakemberek elsősorban ezzel a két nómenklatúrával dolgoznak, ezért ismertetésükre jelen tanulmányunkban nem térünk ki. A BNO rendszer mellett szintén a WHO egyik alapvető osztályozási kategóriarendszere az *FNO (2001/2003 – A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása)*. Szemléletében a fogyatékosságnak csak egyik tényezője a (sérülés, betegség, fejlődési rendellenesség stb. által létrejött) kóros egészségi állapot. „A fogyatékosság a megváltozott egészségi állapotú személy és környezete kölcsönhatásának eredménye" (Kullmann, 2019, 97. o). Az FNO alkalmas a funkcióképesség érintettségének regisztrálására is, így képet kaphatunk a vizsgált személy önellátásával, támogatási igényével kapcsolatban is.

[2] Korábban értelmi fogyatékosság

Gyermekekre adaptált változata 2007-ben jelent meg (*ICF-CY,* WHO, 2007), melynek jelenleg nincs még magyar fordítása. Erőssége, hogy az állapot meghatározása során az egyes problémakörökhöz a szülőkkel egyeztetett konkrét intervenciós célok kapcsolhatók (Nagy, 2019), amelyek a gyermek gondozói környezete számára is átláthatóbbá teszik a várható fejlődést és a rehabilitációt. Kifejezetten a kora gyermekkori állapotokra fókuszáló, ezért a diagnózisalkotásban részletes információt nyújtó, sok szempontra kiterjedő komplex szemléletet közvetítő osztályozási rendszer a DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016/2019), amely viszont kiegészítő, alternatív osztályozási rendszer, nem helyettesíti a nemzetközi és hazai gyakorlatban elfogadott BNO és DSM rendszereket. Külön érdeme, hogy a csecsemőt és kisgyermeket kapcsolati megközelítésben is szemléli, és a korai regulációs zavarok felismerésére is diagnosztikai kereteket nyújt. Ez az osztályozási rendszer a Medicina Könyvkiadó gondozásában 2019 áprilisában megjelent magyarul: DC:0-5™ *A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*, melyet a *ZERO TO THREE*, National Center for Infants, Toddlers and Families adott ki az USA-ban 2016-ban (diagnosztikai rendszerekről részleteket lásd még Danis tanulmányában a jelen kötetben). A DC:0-5™ a kora gyermekkorban az atipikus fejlődés körébe sorolt problémákat az *Idegrendszer fejlődési zavarai* csoportba sorolja.

A mellékletben, további olvasmányokat is javasolva, ezt a klasszifikációs rendszert alkalmazzuk néhány atipikus fejlődésű csoport ismertetésénél, amelyek kiemelt jelentőségűek témánk szempontjából, így az I. tengelyen *az idegrendszeri fejlődés zavarai* csoportba sorolt *autizmus spektrum zavar*, *figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar* és *globális fejlődési késés* rövid leírásában. Ez utóbbi olyan tünetek együttese, melyek prognózisa a későbbi intellektuális képességzavar diagnózis lehet. Hasonló részletezettséggel említjük meg a szenzoros sérüléseket, a *látás- és hallássérülést*, valamint a *testi és mozgáskorlátozottságot*. Az *eltérő mozgásfejlődésről* kicsit bővebben írunk, mert a korai életkorban megjelenő akár nagyon enyhe tünetei jelzésértékűek lehetnek egy később szélesebb spektrumban megnyilvánuló sajátos fejlődésnek.

Az atipikusan fejlődő gyermeket nevelő családok jellemzői, kihívásai

Hangsúlyozzuk, hogy minden anya/apa és kisgyermekük interakciói egyediek, kapcsolatuk fejlődése csak rájuk jellemző módon alakul, a korai szülő-gyermek kapcsolatra és a hétköznapi interakciókra azonban gyakran hathatnak kedvezőtlen tényezők. Vannak olyan jellemzők, tények, melyek általában leírhatók azokról a családokról, ahol fogyatékossággal élő személy él.

Az atipikus fejlődésű gyermek családjának extra nehézségei között az egyik legjelentősebb szerep a *társadalmi-gazdasági helyzet*. *Legtöbbször az egyik szülő (családtag), általában az anya, kiesik a keresők sorából, ezzel nehezebb anyagi helyzetbe kerül a család,* illetve az apára, esetleg a többi keresőre, ha vannak már idősebb, keresettel rendelkező családtagok, nagyobb felelősség hárul az anyagi egyensúly megteremtése miatt.

A családfenntartó(k) felé a fokozott munkateher és a csökkent szabadidő, pihenéssel tölthető idő és a megnyúlt távollét a családtól stresszt okoz. Egyúttal ez általában azzal a következménnyel is jár, hogy *a gyermekkel otthon lévő szülő sokkal több problémát kénytelen egyedül, támasz nélkül megoldani. A gondozó szerepet betöltő személy számára nemcsak a többi családtag távolléte jelent napi szinten izolációt, hanem az is, hogy a rokonok, barátok is eltávolodnak.* Magyarázza ezt és az új kapcsolatok kialakításának nehézségét a *stigmatizáltság* is (lásd még Prónay és Góczán-Szabó tanulmányát a jelen kötetben). Mivel a gyermek viselkedése vagy fogyatékosságának látható jelei az emberek többségéből távolságtartást, vagy akár megítélést válthat ki, ezért *a megszokott kisgyermekes tevékenységekből és közösségekből az atipikus gyermeket nevelő családok* a legtöbb esetben *kiszorulnak, vagy azoktól önvédelemből szándékosan távol maradnak*. A stigma erkölcsi ítéletet is von magával. Az összes *sztereotípia, előítélet*, melyeket történelmi korokon át megőrzött a közvélemény, könnyen érvényesül e családok megítélésében ma is. A stigma Allport (1977) szerint kiterjed a környezetre, nemcsak a problémát hordozó személyt (gyermeket, felnőttet) érinti, de az ő teljes társas környezetétől is távolságot tartanak mások. Utoljára, de nem utolsó sorban említjük a *társadalmi szerepek beszűkülését*, mely az elsődleges gondozót érinti leginkább, de az egész családra is kiterjedhet, akár csak a stigma (lásd részletesen pl. Allport, 1977; Goffman, 1981; Lányiné és Takács, 2004). *A saját csoportra találás többnyire segíti, oldja az izolációt, csökkenti a stigmatizáltság érzését és az ezekből eredő érzelmi konfliktusokat, stresszt.*

A stressz témája ma is aktuális, bár a szakmai érdeklődés már inkább *a megküzdést és a pozitív pszichológiai nézőpontot* helyezi előtérbe. A szülői stressz specifikus vizsgálatára alkalmazható eszköz a *Szülői Stressz Index* (Abidin, 1983), mely 2012-ig 4 átdolgozott kiadásban támogatta az ez irányú kutatásokat. Az atipikus fejlődésű gyermekek szülei esetében a stresszteli élet nyilván fokozottabban jellemző lehet (Abidin, 1995; Dorsics 2000). Az ez irányú kutatásokat és eredményeiket ebben a tanulmányban nem részletezzük[3], azonban illusztrációként említünk néhány kutatást az életminőség-kutatások köréből.

Az atipikus fejlődés és annak következményeiben tapasztalható (akár egyedi) sokszínűség miatt nincs egyszerű helyzetben a kutató, aki számszerűsítené és objektív keretek közé szeretné illeszteni azokat a hatásokat, melyeket a sajátos nevelési igényű csoportba sorolt gyermekek és családjaik megélnek. Amennyiben arra vállalkozunk, hogy mindezt a korai kapcsolati működésmód górcső alá helyezésével tovább szűkítjük, el kell engednünk annak igényét, hogy minden kétséget kizáróan nagy elemszámú vizsgálatokat találunk. Ízelítőként az alábbiakban ezek közül a vizsgálatok közül mégis megemlítünk néhányat. *Az atipikus fejlődésű gyermeket nevelő szülők életminőségének vizsgálataiból (QoL)*[4] tömören igyekszünk néhány fontosabbat bemutatni (lásd következő keretes szöveget). Elsődlegesen az a célunk ezzel, hogy rávilágítsunk, milyen környezeti jellemzők állnak a gyermek fejlődésének hátterében, mely tényezők azok, amelyek a kapcsolatokat és az interakciókat befolyásolhatják, és ezzel a regulációs zavarok szempontjából fontosak lehetnek számunkra.

---

[3] A témában továbbgondolásra javasoljuk az ELTE BGGYK keretében létrejött OTKA 61463 sz. pályázat kutatásait és zárójelentését – 2011. Kutatásvezető dr. Gereben Ferencné.

[4] *QoL (Quality of Life):* az életminőség kifejezés rövidítése.

Atipikus fejlődésű gyermeket nevelő családok körében végzett életminőség-kutatások

Schalock és mtsai. (2008) az *életminőség vizsgálatát a fogyatékosság kontextusában 8 alapterületen* javasolja, melyek a következők: *egyéni fejlődés, önmeghatározás, interperszonális kapcsolatok, társas befogadás (inklúzió), jogok, érzelmi jóllét, fizikai jóllét, anyagi jóllét.* Már korábban e tanulmányban mi is érintettük ezeket a területeket, akkor még csak általánosságban említve az atipikus gyermeket nevelő családok vonatkozásában. A kutatások általában nem fedik le a Schalock és mtsai. (2008) által felsorolt területek teljes körét. Többségükben egy vagy két területre koncentrálnak. Esetenként a területek változóként szerepelnek egy-egy más hangsúlyú vizsgálatban.

A legtöbb vizsgálat az *autizmus spektrum zavar* (autism spectrum disorder – ASD) területén folyt. Pl. Allik és mtsai. (2006) 30 anyát és 31 apát vontak be a vizsgálatukba. A vizsgált gyermekek magasan funkcionáló, akkor még *Aspergeri autizmus*[5] csoportba sorolt gyermekek és az illesztett kontrollcsoport tagjai voltak. A vizsgálat eredménye szerint az *ASD gyermekek anyáinak testi egészsége gyengébb volt, mint a tipikusan fejlődő gyermekek anyáéi.* Továbbá szintén az ő esetükben együttjárást találtak az anya mentális betegsége és a gyermek viselkedésproblémái között.

Egy másik kutatásban három atipikus fejlődésű csoportba sorolt gyermekek szüleit vizsgálták Mugno és mtsai. (2007). Ebben a vizsgálatban 212 szülőt ASD, CP és IKZ gyerek szüleinek életminőségét hasonlították össze egymással és 77 tipikusan fejlődő gyermek szüleiével. A vizsgálatban azt tapasztalták, hogy az ASD gyermekek szüleinek életminősége alacsonyabb volt, mint a CP és IKZ gyerekek szüleié.

Újabb kutatások is megerősítik az előző eredményeket. Ezek közül Eapen és Guan (2016) azt tapasztalta, hogy nemzeti és kulturális háttértől függetlenül igaz, hogy az *ASD gyermeket nevelő szülők és/vagy gondozók életminőségére* hatást gyakorol a gyermekük állapota. A szülők életminősége alacsonyabb szintű volt, mint a tipikusan fejlődő és más fogyatékossággal élő gyermekek szüleié. *Az életminőséget elsősorban azok a stresszorok rontják, melyek az érzelmi, fizikai, társas és anyagi jóllét területeit sújtják. A társas és viselkedési problémák nemcsak distresszt okoznak a szülőknek, hanem megnehezítik az őket átmenetileg helyettesítő gondozók bevonását is. A szülők saját társas kapcsolataik ápolásában, társasági eseményeken való részvételben is akadályozottak.* Eapen és Guan (2016) eredményei megerősítették korábbi két kutatás Khanna és mtsai. (2011) és Pozo és mtsai. (2014) azonos eredményeit az ASD csoportba tartozó gyermekek szüleinél.

Povee és mtsai. (2012) *Down szindrómás gyermekek* családjaival folytatott vizsgálatot, melyben a gyermekek maladaptív viselkedése és a kommunikációs nehézsége negatívan befolyásolta a családi alkalmazkodást, de a szociális státusz, az alacsony jövedelem jelentősebb hatást gyakorolt a család elégtelen működésére, mint a fogyatékosság (Povee és mtsai., 2012, in Garai és Kovács, 2014).

[5] Ma már a DSM-5 nem alkalmazza az Aspergeri autizmus kategóriát, helyette a magasan funkcionáló autizmus spektrum zavart használja.

Testi- és mozgásfogyatékossággal élő gyermekek szülei esetében például Cans (2000) végzett vizsgálatot Brazíliában. A vizsgálatban 92 szülő vett részt. A vizsgálat a szocioökonómiai státusz, a sérülés mértéke és a szülői stressz szempontjából vetette össze a szülőcsoportokat. A vizsgálati módszerek között szerepelt olyan teszt (GMSFCS), mely a gyermek mozgásállapotát a nagymozgások tekintetében vizsgálta[6] (Palisano és mtsai., 2008). Ez a funkcionális osztályozás a szülőre háruló teher jóslására is alkalmas. PSI-vel vizsgálták a szülői stressz mértékét is. A Szülői Stressz Index eredménye alapján *a szülőkre jellemző volt a megnövekedett stressz-szint, ami szignifikánsan kapcsolódott azzal, hogy a gyermek a funkcionális skálán súlyos mozgáskorlátozottságot mutatott.* További eredmény szerint a szülők kora befolyásolta a stressz átélését. A fiatalabb szülők kevesebb stresszt éltek meg.

A fentiek és a korai intervencióban dolgozó szakemberek tapasztalatai is megerősítik azt az álláspontot, hogy *az atipikus fejlődésű gyermekeket nevelő családok többsége a mindennapokban olyan – a gyermek állapotának következtében létrejövő – fizikai és pszichés terheket hordoznak, és társas kapcsolataikban is olyan mértékű változás alakulhat ki, ami a szakemberek részéről is folyamatos figyelmet igényelhet.* A családot körülvevő diagnosztikai és intervenciós ellátórendszer fókuszba kell, hogy helyezze az egész család támogatását, tekintetbe véve szűkebb és tágabb környezetüket, reális lehetőségeiket a szolgáltatások elérésére. Az atipikus fejlődésű csecsemőket és kisgyermekeket nevelő családok ellátása legalább olyan sokszínű lehet, mint maga a problémakör.

Az eltérő fejlődésű csecsemő/kisgyermek és szülei számára elérhető rendszerszintű családközpontú támogatások

Az 1970-es évek elejétől a hazai gyógypedagógiai pszichológia is intenzíven foglalkozott *a korai intervencióval (fejlesztéssel)*, korán felismerve a korai életévek meghatározó szerepét az életútra és különös jelentőségét a fejlődési késést mutató, eltérő fejlődésű, fogyatékossággal élő gyermek szempontjából. A gyógypedagógiai ellátásban megjelentek a *korai fejlesztő szolgáltatások.* A korai időszak szakmai jelentőségének egyenes következménye volt, hogy *az anya-gyermek diád a figyelem fókuszába került.* Az első magyar publikációk várattak magukra, de végül olyan jelentős szerzők sorakoztak fel a téma mögé, mint Pálhegyi (1992, 1995), Lányiné (2009, 2017), Kálmán (2010).

A 2015-ös hazai állásfoglalás, nemzetközi trendekhez igazodva, tágan értelmezi a kora gyermekkori intervenciót. „*A koragyermekkori intervenció magában foglalja a preill. perikoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a*

[6] *GMFCS – Gross Motor Function Classification System:* a nagymozgás funkcionális osztályozási rendszerére alkalmas vizsgáló eljárás.

gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében." (Kereki és Szvatkó, 2015, 8–9. o.) Ez a meghatározás nyilvánvalóan közli, hogy a korai intervenció célcsoportja tág: a hátrányos helyzetű, veszélyeztetett gyermek széles és átfogó csoportja sorolódik ide (lásd bővebben Danis bevezető tanulmányát a jelen kötetben).

Az *Európai Ügynökség (European Agency for Special Needs and Inclusive Education)* 2005-ben felmérést végzett 26 országban, és ezeknek az országjelentéseknek az alapján állásfoglalást adott ki a kora gyermekkori intervenció elveiről. *Öt elvet* fogalmaztak meg és tettek közzé, amelyek a következők: *elérhetőség, közelség, költségfedezet, a szolgáltatások sokfélesége, interdiszciplináris teammunka.* Megnevezték a tevékenységek körét is: *„A koragyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, (pszicho)terápiás, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet.*" (Kereki és Szvatkó, 2015, 8–9. o.)

További fontos irányelveket olvashatunk a kora gyermekkori intervencióval kapcsolatban Magyarországon jelenleg érvényben lévő szabályozó rendeletekben[7].

Az intervenciónak három szintjét különböztethetjük meg (Kereki és Szvatkó, 2015):

- Első szinten a tágabb értelemben vett kora gyermekkori intervencióról van szó. Minden érintett ágazat intézményes szereplői által nyújtott szolgáltatásokat beleértjük, amelyek az érintett célcsoportra irányulnak.
- Második szinten, a szűkebben vett kora gyermekkori intervenció szintjén azok a szolgáltatások jelennek meg, amelyeket a pedagógiai szakszolgálat komplex terápiás szemléletű ellátási kerete nyújt az iskoláskor előtti gyermekek és szüleik számára.
- A harmadik szint a pedagógiai szakszolgálat tagintézményeiben nyújtott szolgáltatást, a „gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás" tevékenységet érinti.

„A kora gyermekkori intervenció ellátás folyamatát a következő lépések jellemzik: észlelés, szűrés, állapotmegismerés, konzultáció, fejlesztés, terápia, értékelés." (Kereki és Szvatkó, 2015, 46. o.)

„A korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex kora gyermekkori prevenció, tanácsadás és fejlesztés: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása (15/2013. [II.26.] EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4. § és 5. §)." (Kereki, 2019b, 535. o.)

[7] Az 1993. évi LXXIX (79.) tv. a közoktatásról, A 2011. évi CXC (190.) tv. a nemzeti köznevelésről, A pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet (a továbbiakban: szakszolgálati rendelet) 4. és 5. §-a szabályozza a korai fejlesztés feltételeit, kereteit.

Amennyiben a komplex orvosi, gyógypedagógiai pszichológiai diagnosztikai eljárást követően a *szakértői bizottság korai fejlesztést* javasol, a gyermek lakóhelye szerinti *pedagógiai szakszolgálathoz* irányítja a családot. Szükség esetén a gyermek otthonában, vagy a gyermeket ellátó intézményben, pl. bölcsődében is sor kerülhet a fejlesztésre. A helyszínek tekintetében a gyermek ellátást kaphat *fogyatékossággal élő gyermekek nappali, vagy akár bentlakásos intézményeiben*, de ez lehet kijelölt *köznevelési szerződéssel bíró akár egyházi, vagy civil fenntartású intézmény is*. Ezeken túl a szülők a *magánszféra* széles spektrumával találkozhatnak, amelyek nyújthatnak komplex ellátást, vagy lehetnek valamilyen módszerspecifikus irányzat képviselői. Az elérhető támogató hálózat nagyon sokrétű lehet. *A diagnosztikai és az intervenciós folyamatban a gyermek betegsége és sérülésspecifikus igényei meghatározzák, hogy milyen vizsgálatokra, milyen szakorvosi segítségre (pl. neurológus, gyermekpszichiáter, szemész, ortopéd szakorvos stb.), milyen szakmai orientációjú gyógypedagógusra, vagy más szakemberre van szükség.*

A hosszabb távú családközpontú ellátás érdekében elengedhetetlen, hogy a családokat gondozó szakemberek (pl. házi gyermekorvos, védőnő, bölcsődei gondozónő, a szociális, vagy akár a jogi szféra képviselője) összhangban álljanak a család rendelkezésére. A komplex ellátás *kliensút modelljére* rátekintést nyújthat a szakemberek számára Kereki folyamatábrája (2019a, 433. o.).

Atipikus fejlődésű gyerekek a családban

Értelmezési keretek, modellek a családról

Számos modell szemlélteti a család működését. A tanulmány keretei nem teszik lehetővé, hogy ezeket mind ismertessük. A továbbiakban több alapvető szemléleti modell szempontjaira támaszkodva olyan tényezőket tekintünk át, melyek jelen lehetnek és befolyásolhatják a sajátos fejlődésű csecsemő/kisgyermek optimális fejlődését, valamint az őt körülvevő család mindennapjait. A családban mint egységben gondolkodunk, hiszen a sérült gyermek érkezése hatással van a családi rendszer egészére, a családtagok további személyiségalakulására, egymáshoz való viszonyulásukra és a család tágabb kapcsolatrendszerének, „beágyazottságának", valamint életminőségének alakulására (Kálmán, 1995; Degovics, 2004; Radványi, 2013; Garai és Kovács, 2014). A családtagok, de a család mint rendszer igényei és lehetőségei is új értelmezési keretben szemlélhetők, aminek eredője a sajátos fejlődésű gyermek elfogadása, támogatása, és megküzdés az állapotából adódó kihívásokkal, valamint mindezek integrálása a család egészének működésébe.

A sajátosan fejlődő gyermeket és családját több, jól elkülöníthető, de egymásra épülő szinten egyre formálisabb rendszerek veszik körül (lásd bővebben Bronfenbrenner ökológiai modelljét a humán fejlődésről Danis és Kalmár első tanulmányában a jelen kötetben; valamint Danis és Kalmár, 2011). A legtágabb hatókörben, a *makrorendszer* szintjén a család életére hatással lehet az adott kultúra vélekedése a fogyatékosságról, az eltérő megjelenésről, képességekről. Ugyanakkor – a törvényalkotásban is megjelenő társadalmi

szintű befogadás támogatása mentén – ez a rendszer tud a legszélesebb körben tenni a fogyatékossággal élő emberek jogainak érvényre juttatásáért, életminőségük javításáért.

Összességében az eltérő fejlődésű kisgyermeket nevelő családot formális keretekben (a gyermeket közvetetten, szüleit közvetlenül) érintő kapcsolati rendszerek az *exorendszer* szintjén jelennek meg. Fontos, hogy a családot támogató szakembernek (pl. orvos, pszichológus, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens, szoptatást támogató szakember, gyógypedagógus, kisgyermeknevelő, óvodapedagógus stb.) erre a szintre legyen rálátása, mert formálisan ugyan, de azzal, hogy megfelelő lehetőségeket, élhető objektív kereteket tud-e biztosítani, ez a rendszer már közvetlenül meghatározhatja a család fizikai és pszichés jóllétét. Sérült gyermeket nevelő családok esetében a család ismeretségi körében óhatatlanul változás következik be. Egyrészt megfigyelhető a beszűkülés, másrészt az új élethelyzet új ismeretségeket teremt. Fontos tényező lehet, hogy a szülők – főleg az anya – munkahelye hogyan viszonyul a kialakult helyzethez. Amikor az anya úgy dönt, hogy szeretne dolgozni, mennyire rugalmas a távollét, az időbeosztás kérdésében? Kell-e a családnak egykeresővé válnia? Az önkormányzat szerepe számottevő lehet az intézményválasztásban, a közösségbe kerülési lehetőségek biztosításában.

A *mezorendszerek* szintjén láthatjuk a gyermeket közvetlenül is érintő – mindennapjait, fejlődési lehetőségeit is meghatározó – kapcsolati hálót. A sajátos fejlődésű gyermek és családja számára alapvető kérdés, hogy hozzájut-e ahhoz a családközpontú komplex korai intervencióhoz, ambuláns vagy intézményi szinten, ami optimális fejlődését biztosítja (lásd fentebb).

A *mikrorendszerek* tartalmazzák a kortárs kapcsolatok informális színtereit (pl. játszótér, közvetlen lakókörnyezet), a közeli rokonságot és a család által választott megtartó referencia közösségeket. Ez a kapcsolatrendszer teremti meg az első szembesülést a külvilág reakcióival, ugyanakkor ebből várható leginkább fizikai és lelki támogatás, amire a sérült gyermek érkezésével a családnak szüksége van.

A család mint a kihívásokhoz alkalmazkodó folyamatosan fejlődő rendszer

A család állandó változásban működő, egyensúlyra törekvő, önmaga határait biztosító rendszer (a rendszerszemléletről lásd bővebben Danis és Kalmár első tanulmányát a jelen kötetben). Biztonságos életteret adhat a család minden tagjának, hogy abban önmagukat és egymást kiteljesíthessék, mintát és érzelmi keretet nyújthat a gyermekek számára a szocializáció folyamatához, hogy önazonos, önálló életet élni képes felnőtté váljanak.

A *családi életciklus* fogalmával (Haley, 1973, in Goldenberg és Goldenberg, 2008) felhívta a figyelmet a családi rendszer folyamatos változásának, alkalmazkodásának szükségességére, arra, hogy *a családok időszakonként a fejlődésből következő új megoldandó feladatokkal szembesülnek.* Haley szerint a változás két irányból válhat szükségszerűvé. Egyrészt a rendszert befolyásoló külső tényezők (a fentebb említett ökológiai rendszerek: kulturális hatások változása, lakhelyváltozás, új munkahely, bölcsőde megkezdése, óvodaváltás stb.) hatásai mentén, másrészt a családon belüli változások (elsősorban a gyermekek fejlődés adta igényeiben való változások) következményeiként

(Goldenberg és Goldenberg, 2008; Komlósi, 2009). *Egy-egy újonnan megjelenő fejlődési fázis kapcsán a családi rendszeren belüli viszonyokat újra kell alakítani (ún. normatív krízis időszaka), addig formálni, amíg létre nem tud jönni az újbóli stabilitás.* Az életciklus-szemlélet az a gondolkodási keret, ami együtt szemlélteti a család két dinamikusan megjelenő képességét: a *stabilitásra, a folytonosság fenntartása*, valamint a *fejlődésre, egyben változásra irányuló képességét* (Goldenberg és Goldenberg, 2008). A család mint rendszer fejlődésében hasonló utat jár be, mint ahogy modellálható az ember élethosszig tartó egyéni fejlődése (Erikson, 1991, in Kurimay, 2004). Ezeket a párhuzamosan zajló folyamatokat és egymásra épülő két fejlődési rendszerösszefüggéseit lásd bővebben Kurimay, 2004, 163. o.).

1. táblázat A családi életciklusok feladatai és kihívásai egészséges és fogyatékossággal élő gyermekek esetében (Carter és McGoldrick, 1989, in Goldenberg és Goldenberg, 2008; valamint Becvar és Becvar, 1988, in Fonyó és Pajor, 2000, 242. o. nyomán)

Családi életciklus	Az átmenet érzelmi vetületei: alapelvek	Fejlődési feladatok pszichológiai szempontból	Atipikus fejlődésű gyermeket nevelő család
1. Az otthon elhagyása: egyedülálló fiatal	Felelősségvállalás önmaga fizikai, érzelmi, anyagi jóllétéért	A származási családtól való életvitelszerű fizikai távolság, érzelmi leválás; Bensőséges, kölcsönös kapcsolat kialakítása és fenntartása (párkapcsolat, barátság); Képesség arra, hogy saját munkája által anyagi függetlenségét biztosítsa.	
2. Családok kapcsolódása a házasságon, vagy más egymás iránti elköteleződési formán keresztül: az új pár	Elköteleződés az új rendszer iránt	A házastársi rendszer kialakítása; A házastárs bevonásával, a tágabb családdal, barátokkal való korábbi kapcsolatok újra alakítása.	
3. Család kisgyermekkel	A megszülető gyermek befogadása a családba A gyermek intézményi közösségbe kerülése	A házastársi rendszer újraszervezése: azzal a céllal, hogy az érkező gyermek életteret kapjon a családi rendszerben; Együttműködés a gyermeknevelésben, közös tehervállalás anyagi és háztartási feladatokban; A tágabb családdal való kapcsolatok átalakulnak, a szülői és nagyszülői szerep értelmezésével és megélésével.	Sérült gyermek születése Szembesülés a diagnózissal (trauma, krízis, gyász); Társas kapcsolatok átalakulása (elszigetelődés); Az ellátáshoz, fejlesztéshez igazított családi működés; A gyermeki alrendszer sajátosságai; Közösség: szembesülés a mássággal; Az intézményválasztás nehézségei.

Az 1. táblázat folytatása

Családi életciklus	Az átmenet érzelmi vetületei: alapelvek	Fejlődési feladatok pszichológiai szempontból	Atipikus fejlődésű gyermeket nevelő család
4. Család kamasz gyermekkel	Fokozott rugalmasság a családi határok kezelésében: illeszkedés a serdülők függetlenedési törekvéseihez és a nagyszülők támogatottsági igényéhez	A szülő-gyermek kapcsolat annak érdekében módosul, hogy lehetővé tegye a kamaszok rendszerből való ki- és belépését; Több figyelem irányul az életközépi kérdésekre – házassági/párkapcsolati, karriertervekre; Együttműködés az idősebb generációról való gondoskodásban.	A gyermeki függőség tartóssá válása; Párkapcsolat, intimitás, szexualitás kérdése; Pályaválasztás, hivatásválasztás, szakmatanulás.
5. A gyermekek kibocsátása a családi fészekből	A családi rendszerből való kilépések és visszatérések folyamatának elfogadása	A házastársi rendszer diáddá alakul; Felnőtt-felnőtt kapcsolat kialakítása a szülők és gyermekeik között; Kapcsolatok kialakítása az új jövevényekkel: gyermekek házastársaival, unokákkal; A nagyszülők (saját szülők) betegségeivel, halálával való szembenézés és megküzdés.	Intézményi ellátás lezárul: hosszú távú gondoskodás, részleges önrendelkezés; Prolongálódhat a szülőkre utaltság; Munkakeresés, támogatott munkalehetőségek; Párkapcsolat, intimitás, reprodukció kérdése.
6. Családok az élet vége felé	A generációk közötti szerepekben bekövetkezett változások elfogadása	Személyes és párkapcsolati működés és érdeklődés a pszichológiai hanyatlással szembenézve: új családi- és szociális szereplehetőségek felfedezése; A középgeneráció központi szerepének támogatása; Az idős emberek bölcsességét és élettapasztalatait elismerve, az idősebb generáció támogatása önrendelkezésük, kompetenciájuk tiszteletben tartásával; Megküzdeni a társ, a testvérek, barátok elvesztésével, szembenézni a saját halállal; Életösszegzés és integráció megélése.	Szükség esetén hosszú távú gondoskodás a fogyatékossággal élő felnőtt utódról.

A stabilitás időről időre történő természetes megingása mellett történhetnek a család életében olyan krízishelyzetek (pl. egy családtag hirtelen halála, fogyatékossággal élő gyermek születése), ami váratlan terhet ró a családra. *A fogyatékossággal élő gyermek családja több krízist él meg a gyermek fejlődése során.* Egyrészt szembesül a gyermek másságával, másrészt az évek során, a fejlődés folyamatában sok olyan nehezítő tényező állhat fenn, ami a családtól extra alkalmazkodási készséget, alternatív megoldási lehetőségek keresését igényli.

Az 1. táblázat a családi életciklusokat foglalja össze (Carter és McGoldrick, 1989, in Goldenberg és Goldenberg, 2008; valamint Becvar és Becvar, 1988, in Fonyó és Pajor, 2000, 242. o. alapján), és áttekintést nyújt azokról a jelentős fejlődési horgonypontokról, melyek az *egyéni fejlődés és a családi fejlődés* összefüggéseiben megragadhatók és különösen jelentőségteljesek a sérült gyermeket nevelő családok életében, mert nehezítetté válnak, és megküzdési erőket igényelnek. (Tanulmányunk életkori fókuszához a modell első három fázisa kapcsolódik, de a modellt a teljes életútra vonatkozóan összességében bemutatjuk, mert a további életszakaszok fontos fordulópontokat, szempontokat jelenítenek meg a jelen kötetben részletesen tárgyalt fogyatékossággal élő szülők szülői szerepre készülésének folyamatában. Lásd bővebben Prónay és Góczán-Szabó másik tanulmányát.)

Garai és Kovács (2014) 15 év hazai gyógypedagógiai és pszichológiai forrásokból származó publikációit tekintették át azzal a céllal, hogy feltárják az eddigi tapasztalatokat a fogyatékossággal élő gyermekek családjaival kapcsolatban. A sokrétű forráskutatás során arra következtetésre jutottak, hogy „a család mint rendszer nem került be a hazai tudományos kutatások főáramába". (Garai és Kovács, 2014, 236. o.)

A szerzőpáros munkája alapján feltárult, hogy kezdetben a hazai és a külföldi kutatásokat is a „patológiás szemlélet" jellemezte, mely a fogyatékosság hatásának negatív kimenetelére fókuszált. Thompson és mtsai. (1994) kutatásai alapján írják: *„a fogyatékosság/krónikus betegség okozta megnövekedett stressz nem közvetlenül hat a családtagok alkalmazkodására, hanem közvetítő pszichológiai folyamatokon keresztül"*. (Thompson és mtsai., 1994, in Garai és Kovács, 2014, 240. o.)

Garai és Kovács (2014) vizsgálatot végeztek annak feltárására, hogy a fogyatékossággal élő gyermeket nevelő családok másképp működnek-e. Az eredményeik nem estek egybe a korábban feltárt kutatások eredményeivel. A két csoportban a családi működés nem különbözött jelentősen, de találtak közöttük különbséget a családi működés flexibilitása szempontjából. Az atipikus fejlődésű gyermekek családja rugalmatlanabb volt, mint a kontrollcsoporté. E merevség a családi szervezettségben, szerepekben és kapcsolati szabályokban mutatkozott.

A családdá válás normatív krízisét (lásd bővebben Danis tanulmányát a szülővé válásról a jelen kötetben) *megterhelő fogyatékossággal élő gyermek érkezése paranormatív krízist idéz elő. Megrendül a formálódó szülői szerep* (Borbély és mtsai., 1998; Pálhegyi, 1992; Lányiné, 2009; Borbély, 2012; Garai és Kovács, 2014), *különösen az elsődleges gondozó folyamatosan stressznek van kitéve* (lásd fentebb: PSI). *A szülői szerepek átértelmezése és a reziliens működés segíthet a megküzdésben* (Garai és Kovács, 2014).

A következőkben olyan témákat járunk körül, amelyek az atipikus fejlődésű kisgyermek és családjának életútján, kifejezetten a korai életszakaszban jelent kihívásokat és kíván aktív megküzdést a családoktól és támogatást a családokat kísérő segítő szakemberektől.

Az atipikus fejlődés (fogyatékosság, fejlődési rendellenesség) felismerése és a diagnózisközlés

A továbbiakban a család életének előrehaladása mentén tekintjük át azokat a kérdéseket, amelyek a fogyatékosság és az eltérő fejlődés témaköre kapcsán felmerülhetnek. Ezen a gondolati úton követjük a sérült gyermek egyéni fejlődését is az első 3–5. életéve során fontos pillanatokat, eseményeket, hatóerőket megvilágítva. Ezen belül különös figyelmet szentelünk az anya és sajátosan fejlődő gyermeke között bontakozó kapcsolat lehetséges jellemzőinek.

Nincs olyan szülőpár, aki fogyatékossággal élő gyermek érkezésére számítana. Még abban az esetben sem, amikor ennek öröklődő betegség vagy extra környezeti kockázat folytán tudottan esélye lehet. *A szülők egészséges gyermeket képzelnek el. A szülői, elsősorban az anyai fantáziák a várandósság előrehaladtával egyre részletesebb képet engednek a fantáziált gyermekről, valamint önmaga anyaként való megéléséről.* A kutatások azonban azt mutatják, hogy *a várandósság utolsó heteiben az anyák részben visszavonják fantáziáikat, hogy ezzel csökkentsék a lehetséges eltérést a valódi gyermek és az idealizált gyermekkép között* (Stern, 2004, 2006).

A *méhen belüli diagnosztika* ugrásszerű fejlődésének többek között két nagyon lényeges hatása van a gyermeket váró pár megéléseire, fantáziáira. Egyrészt a méhen belül zajló titok intimitását befolyásolhatja a szinte már a gyermek arcvonásait is rögzítő ultrahang, másrészt az áldásos szűrő funkciója mellett a vizsgálatok sorozata a legtöbb szülőben egy feszült készenléti állapotot tarthat fenn, aminek a stresszes csúcspontja az *eredményközlés*. Kiderülhet az atipikus fejlődést feltételező probléma. *Döntési helyzetbe kerülhet a szülő, hogy megszakítja-e a várandósságot.* Egy óhatatlanul létrejövő krízishelyzetben bármilyen döntés is születik, az meghatározó lehet a pár későbbi kapcsolatára, a családi dinamikára vonatkozóan. A közös döntés melletti elköteleződés során *nagy különbségek lehetnek a két szülő intrapszichés megélésében. Mindenképpen traumatikus a hír a pár számára, és mindenképpen veszteséggel jár*. A gyászfolyamat szólhat a meg nem születő gyermek elengedéséről, vagy fókuszában lehet a gyermek elfogadása, a meg nem születhető elképzelt gyermek fokozatos elengedésével. Ez a folyamat az anya részéről egy *különösen sok ambivalenciát hordozó időszak* lehet, hiszen a gyermek valóságát a testén keresztül éli meg. Olyan gyermeket igyekszik a lelkével befogadni, akit a testével már befogadott, és a másságáról sok esetben nincs valódi megtapasztalása, ugyanakkor kognitív szinten teljesen tájékozott lehet a fennálló kórkép mibenlétéről. Fontos megemlítenünk *a méhen belüli téves diagnosztika hatását*, ami folyamatában megegyező lehet a fenti helyzettel, döntés is születhet, és amellett, hogy a gyermek egy későbbi kontrolldiagnosztikai (pl. magzatvízvizsgálat során nyert) eredmény alapján egészségesnek bizonyul, a szülők szorongása a gyermek megszületéséig fennmaradhat, és a krízishelyzet során megélt érzések, gondolatok későbbi integrálása szükséges lehet a további várandósságok kapcsán is. Egy később szükséges pszichoszociális támogatásnak, pl. szülőcsecsemő konzultációnak/terápiának mindegyik fentebbi verzió nagyon fontos anamnesztikus részlete lehet.

Az atipikus fejlődés hátterében fennálló okok és következményeik többsége a perinatális időszakban, vagy a korai élethónapokban, életévekben nyilvánul meg. A probléma a szülők

számára kiderülhet *azonnal, látványos jeleket mutatva* (pl. súlyos fejlődési rendellenességek), de lehet, hogy akár az első 2 életév *gyanúk és remények között* telik egy a fejlődés során *lassabban kibontakozó kórkép* (pl. autizmus spektrum zavar) esetén. A szülők maguk is nagyon széles idői spektrumot mutathatnak abban, ahogy közel tudják engedni magukhoz gyermekük sérültségének tényét, és teljesen egyedi, ahogy azt az utat bejárják, aminek során részlegesen vagy teljesen el tudják fogadni gyermeküket olyannak, amilyen és azzal az életperspektívával, ami adott esetben lényegesen eltér az előzetes elképzeléseiktől, elvárásaiktól.

Koraszülött, vagy súlyos fejlődési rendellenességekkel megszületett gyermekek esetében gyakran a *kórházi környezet* teszi egyik pillanatról a másikra mássá a szülőséget, hiszen a gyermek életéért való küzdésben a szülők a jelent, az itt és most pillanatait élik meg – ez is időnként több, mint ami befogadható. A fejlődési perspektíva kérdése nem is aktuális és nem is megválaszolható.

Az orvosi, gyógypedagógia pszichodiagnosztikai vizsgálatot követően a szülők értesülnek arról, hogy gyermeküknek valamilyen megnevezhető kóroki háttér talaján, vagy éppen nem ismert okból eltér a fejlődése a többi gyermekétől. A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika több szempontból komplexnek tekinthető. A gyermek családját helyezi a fókuszba az őket körülvevő tágabb ökoszisztéma feltárásával együtt. A gyermekre és vele együtt a családjára az összes olyan tudományterület felől tekint, ami támogathatja a pontos diagnózisalkotást, fejlődését, jóllétét. Egyik fontos alapelve az *időben elnyújtott folyamatdiagnosztika.* Az egy vizsgálati szakvéleményt, vagy szakértői véleményt megalapozó folyamat is lehetőleg több találkozási alkalmat foglal magába. *Minél kisebb életkorú gyermeket vizsgálunk, annál nagyobb jelentősége van a többszöri találkozásnak, hogy a csecsemő/kisgyermek valódi működésmódját, képességeit, erősségeit feltárjuk. Szükséges, hogy rálásson a vizsgáló team az interakciók mentén a korai kapcsolat alakulására, akár felismerje a regulációs nehézségeket és a szülők érzelmi jelenlétét, hogylétét, informáltságát a gyermekük állapotával kapcsolatban, valamint segítségre való igényüket, erősségeiket a helyzettel való megküzdésben. A szülő tagja lesz a szakmai teamnek. Teljes információt kap a vizsgálati folyamat végeztével, és az intervenció megtervezésének aktív részese lesz.*

Ugyanakkor a szülő pszichésen *nagyon erősen megterhelt helyzetben* van, amikor szembesül gyermeke betegségével, fogyatékosságával, atipikus fejlődésével. A szülőknek évekkel később is gyakran villanófényemlékei vannak a diagnózisközlés helyzetéről (helyzeteiről). Egyes hallott szavak, mondatok kiemelődnek, másokat önvédelemből kívül tart a psziché. A kora gyermekkorban az ezeket a családokat segítő szakemberek részéről különösen fontos kommunikációs attitűd az *őszinte, nyílt, hiteles, ismereteket átadó, ugyanakkor igényeiket, nehézségeiket elismerő támogató (holdingot tartó) jelenlét.* A szülők fontos, elismerhető igénye tudni a jövőt, hiszen az általában sok bizonytalansággal járó helyzetben biztos kapaszkodót nyújthat számukra, hogy mire kell felkészülniük. Nagyon fontos, hogy a szakember, anélkül, hogy jóslásokba bocsátkozna, el tudja viselni annak terhét, hogy nem tud bizonyos kérdéseket megválaszolni, viszont a szülőnek és rajta keresztül csecsemőjének együttműködést tud ajánlani egy közös útra. A szülők és az intervenciót végző szakember számára kicsit könnyebb a kapcsolat alakulása, ha a vizsgálati folyamatnak és/vagy a diagnózis közlésének a fejlesztő szakember nem részese (Borbély, 2019).

Több modellt ismerhetünk arra vonatkozóan, hogy milyen szempontok mentén támogathatja a nehéz információ, rossz hír (pl. haláleset, fogyatékosság) közlését a segítő szakember (SPIKES modell: Baile és mtsai., 2000; enyhítő modell: Pilling, 2004; valamint lásd részletesen Hortobágyi és Németh tanulmányát a jelen kötetben). Jelen tanulmányunkban ezeket nem részletezzük, de alapul vesszük az alábbi *szempontsorhoz, ahogy gyermekük fogyatékosságáról, eltérő fejlődéséről a szakember beszélni tud a szülőkkel.* Fontos tehát, hogy …

- *zavartalan, kényelmes tér* álljon rendelkezésre az együttléthez, *ráhangolódás*, felkészülés a családra;
- lehetőleg *mindkét szülő* jelen legyen;
- a *szakember birtokában legyen a rendelkezésére álló információknak*, akár részletesen tájékoztatni tudja a szülőt kérésére a vizsgálat egyes részleteiről, szempontjairól, a megfigyelésről, a vizsgálati eljárások sajátosságairól, eredményeiről;
- a beszélgetés kezdetén *nyitott kérdések* mentén a szakember tárja fel, milyen lelki állapotban van a szülő, milyen érzésekkel, gondolatokkal, elvárásokkal van jelen, milyen előzetes információkkal rendelkezik;
- a *szakember mérje fel a szülő terhelhetőségét* a konkrét beszélgetési helyzetben, próbáljon igazodni ahhoz, hogy mennyi és milyen jellegű információra nyitott a szülő;
- *közérthetően, empatikusan tárja fel mondanivalóját*, közben győződjék meg arról, hogy a szülő követni tudja, folyamatosan legyen nyitott a szülő felmerülő kérdéseire;
- *adjon teret a szülői érzés megnyilvánulásainak, sokkreakciójának*; viselje a csendet, várjon, ha a szülő sír, és biztosítsa arról, hogy kifejezheti az érzéseit; ne siettesse a beszélgetést; akár az érintésnek is lehet helye és ideje; nyújtson támaszt anélkül, hogy a problémát bagatellizálná;
- *győződjön meg arról, hogy a szülő megértett-e mindent* (amit szeretett volna), választ kapott-e a felmerülő kérdéseire; amennyiben a szülő ellenáll valamilyen részlet befogadásának, az az információ hangozzon el, de ne legyen kötelező számot adnia arról, hogy azt pontosan megjegyezte; *fogadja el a segítő a védekezést a befogadhatatlannal szemben* („Ezt is mondta az orvos? Nem hallottam… úgysem nyugszunk addig, míg le nem érettségizik" stb.); közösen keressék meg azokat a szülőhöz közelálló személyeket, akik támaszt tudnak nyújtani.

A *szakember ajánljon perspektívát rövid közös előretekintéssel*, a következő napokban, hetekben különböző eseményekkel támogassa a családot, érzékeltetve a segítő kapcsolat folytonosságát. Érzékelje a szülő, hogy milyen konkrét intervenció követi a diagnosztikai folyamatot, és ez legyen összhangban a család igényeivel, terhelhetőségével. Van, amikor a gyermek állapotának befogadása, a fejlődési perspektíva realitása többszöri szakember-szülő beszélgetés eredménye, és az intervenciós tér ad további lehetőséget arra, hogy a szülő valóban meglássa gyermekét, annak sajátosságaival együtt.

Korai intervenció – dilemmák, lehetőségek

A komplex diagnosztikai folyamat és annak eredménye nemcsak a diagnózisalkotást teszi lehetővé, hanem alapja az intervenciós javaslatnak, ami figyelembe veszi a szülők személyes pszichés teherbírását és kapcsolatuk terhelhetőségét, erőforrásaikat és az objektív lehetőségeket.

A szülő mint a fejlesztési team tagja, rögtön több dilemmával szembesülhet. A javaslatok tükrében viszonyulnia kell ahhoz, hogy milyen ellátást, milyen keretekben tud és szeretne elfogadni. Borbély (2019) említi, hogy a *rendszerszemléletű, kapcsolatfókuszú partnerséghez* való viszonyulásban a jelenlegi (X, Y generáció) szülők attitűdje is más, mint a 20–30 évvel ezelőtti szülőké. Kevésbé ráhagyatkozók, tudatosak és pontosan érteni szeretnék a körülményeket, hogy önálló döntésük minél megalapozottabb legyen. Ugyanakkor érintettségükben jogosan a szakemberek megértését és támogatását igénylik. Ezen dinamikák és ambivalenciák mentén a lehető legjobbat és legtöbbet szeretnék gyermeküknek. Nagy szerepe van a kora gyermekkori szakembereknek abban, hogy támogatásukkal a szülők a lehetőségek feltárását, kipróbálását követően bizalommal el tudjanak köteleződni egy, vagy néhány szakember (módszer) mellett.

A szülő, elsősorban az anya *szerepdilemmába* kerülhet, milyen mértékig vállalhat fel fejlesztő szerepet – és ezzel szorosan összetartozó, de külön kérdés lehet, hogy a gyermek a nap során mennyit lehet spontán helyzetben és mennyit irányítottban. Ez a két kérdés főleg az idegrendszer korai plaszticitása mentén merülhet fel. *A korai fejlesztés az esetek egy részében versenyfutásnak tűnik az idővel.* Vannak módszerek, melyek a szülő teljes elköteleződését igénylik, hiszen az idegrendszert stimuláló gyakorlatsorokat írnak elő napi öt-hat alkalommal. Az anya testére épített stimuláló gyakorlatok bevonják az interakciót, kapcsolatépítést és közös élményt jelenthetnek. Vannak olyan szemléletben dolgozó szakemberek, akik elsősorban a napi gondozási rutinhoz kötik az otthoni fejlesztést, és vannak olyanok, akik akár gyakoribb találkozások mentén leveszik a konkrét fejlesztést a szülők válláról. A szülők is különbözően viszonyulhatnak ehhez a kérdéshez. Egyesek kifejezetten igénylik és kreatívan kapcsolódnak a fejlesztéshez, mert megélik, hogy aktív részesei gyermekük fejlődésének, és ezzel erősödik szülői kompetenciaérzésük. Ugyanakkor egyes szülők szülői szerepüket csorbítottnak élik meg a fejlesztésbe vonódástól. Abban is lehet eltérés, ahogy ezt egy szülő a korai élethónapok, életévek során időben megéli. Fontos, hogy a szakember ezeket az érzéseket, viszonyulásokat felismerje és szenzitíven kövesse. Lássa meg azt is, hogy a korai anya-gyermek interakciókra, a kapcsolat alakulására hogyan hat mindez.

A gyász

A továbbiakban két folyamat indul el. Egyrészt a korai intervenció mindennapjaik részévé válik, másrészt elindulnak azon az úton, hogy anyaként, apaként, szülőpárként viszonyulni kezdjenek ahhoz, amit éreznek, gondolnak gyermekük másságáról, atipikus fejlődéséről, fogyatékosságáról.

Ez a viszonyulás hatalmas önismereti út is egyben. Szól a múltjukról is: milyen *attitűdöt* hordoznak magukban *a másságról, a szülőségről, a családról mint rendszerről*, milyen

terhelhetőséggel, megküzdési potenciállal rendelkeznek és sok más kérdésről, ami személyiségüket meghatározza. Innentől az út közös. Mindez az érzés és gondolatvilág, a sérültséghez való viszonyulás, a gyermekkel kapcsolatos megnyilvánulások mentén bekerül a szülők kapcsolati dinamikájába, alakítja egymáshoz való viszonyulásukat is. A korábban beépült vélekedések, működésmódok a család napi működésén keresztül manifesztálódnak, és ez a folyamat egy normatív krízisre épülő paranormatív krízisből indul el. Ugyanakkor mindez nem értelmezhető attól a kontextustól függetlenül, ami a családot körülveszi. Hogyan vélekedik környezetük, kultúrájuk az eltérő fejlődésről, a fogyatékosságról, mennyiben nyújt támaszt fizikai és érzelmi szempontból a személyes környezetük.

Az is valósággá válik számukra, hogy elképzelték, milyen lesz a megszülető gyermekük, és ezek a fantáziák bennük élnek. *Veszteség történt*. Nem az a gyermek született meg.

Az atipikusan fejlődő gyermek szülei (közvetetten testvérei, nagyszülei) a *veszteségfeldolgozás, a gyászfolyamat* során hasonló utat járhatnak be, mint a gyermeküket fizikailag elveszítő szülők, és úgy, mint ahogy a gyász folyamatát az emberek többsége megéli. Ugyanakkor minél inkább sematizáltan közelítünk a család felé gyászuk megértésében, annál sematizáltabbá válik a segítségnyújtás is: minden család, minden szülői működésmód és veszteségfeldolgozási folyamat egyedi (Lányiné, 2009).

Tanulmányunkban a gyászfolyamattal kapcsolatos ismereteket nem közöljük, mert azok részletesen olvashatók Hortobágyi és Németh tanulmányában a jelen kötetben. Az alábbiakban olyan szempontokat emelünk ki, melyek specifikusan a fogyatékossággal élő gyermeket nevelő szülők gyászát, az elfogadás útját befolyásolhatják.

- Két intenzív lelki energiákat igénylő, egymással szorosan összefüggő ellentétes irányú folyamat zajlik egyszerre a szülőkben, *az elengedés és az elfogadás folyamata*, hiszen a meg nem született gyermek elgyászolása mellett ott kell állni a valóságos gyermek mellett a mindennapokban, képviselni az érdekeit, segíteni („tartalmazni") őt a nehézségeiben, miközben a szülő még „nem érkezett meg hozzá" (Lányiné, 2009; Borbély, 2019). Az elengedés szimbolikus megnyilvánulása lehet a sérült gyermek olyan képességeinek, lehetőségeinek elfogadása, amivel a szülő korábban nem tudott azonosulni.
- Alapvető sajátossága a veszteségfeldolgozás folyamatának, hogy nem történik meg fizikailag a valóságos elvesztés, és az a lehetőség sem adatik meg, hogy az elhunyttal közösen megélt pillanatok felidézése segítse az elengedést (Lányiné, 2009).
- A sérült gyermek fejlődése, növekedése folyamán olyan új élethelyzetek állhatnak elő, amik a szülőtől *újabb és újabb elengedést* kívánnak meg Ezek a helyzetek megnyilvánulhatnak a hétköznapokban és az életük fordulópontjain is (ilyen pl. az iskolaválasztás folyamata; aztán pl. az apa kezébe kerül a régi körzőkészlete, amit az apjától kapott, és elhatározta, hogy majd továbbadja a gyerekének, vagy az anya készülődik a testvére lányának esküvőjére). A példaként említett természetes élethelyzetekhez hasonlóak bármelyik pillanatban váratlanul szembesíthetik a szülőt a megváltozott életlehetőségekkel, de különösen a családi életciklusváltások teremthetnek újabb hullámvölgyeket a szülői elfogadásban és elengedésben.
- Előfordulhat az is, hogy a gyermek ismétlődő állapotromlása következtében időről időre *szűkülnek a lehetőségek a kapcsolatban és a tevékenységekben,* így a szülőnek újabb és újabb élethelyzeteket kell elfogadnia. Ez elsősorban a progresszivitással járó kórképek esetében nyilvánul meg (pl. súlyos epilepszia estében).

A szülők érzelmi támogatásának lehetőségei

Minden család és a családtagok egyénileg is rendelkezhetnek olyan *belső megküzdési potenciállal*, ami segít túljutni a legnehezebb időszakokon. Szükség esetén igénybe vehetnek professzionális segítséget (pszichoterápia, konzultáció).

A *sorstársi kapcsolat*, vagy akár a *sorstársi közösség* nem professzionális önsegítési mód, de hatékonysága vitathatatlan. Jellegéből adódóan nem hivatalos és tekintélyelvű, így egyrészt érzelmi támaszt nyújthat, mert a szülők megtapasztalják, hogy mások is megélik, amit ők, látnak más családokat túljutni krízisekben, nagyon nehéz időszakokon. A sorstársi kapcsolatban maguk is támaszt nyújthatnak. Ugyanakkor a sorstársi kapcsolat hiteles információforrás lehet a napi gyakorlat, vagy akár komolyabb döntési helyzetek mérlegeléséhez. A sorstársi közösség komoly erőt mutathat az érintett gyermekek, vagy az atipikus fejlődésű gyermeket nevelő családok érdekeinek képviseletére is.

A családok sokféle szakemberrel találkoznak mind a diagnosztikai folyamat, mind az intervenció során (orvos, védőnő, ápoló személyzet, fejlesztő szakemberek, a szociális, vagy akár a jogi terület szakemberei stb.). Ezek a szakemberek eltérő módon kapcsolódhatnak a családhoz, akár egy egyszeri vizsgálat, vagy tanácsadás alkalmával, akár tartósabb segítői kapcsolatban. Összességében elmondható, hogy *amennyiben a segítő szakember képes fenntartani a szülői kompetenciát elismerő, erősítő attitűdöt, a szülő és gyermeke valódi aktuális igényeire reagáló segítségnyújtás keretében a szülő érzelmi biztonságot és támogatottságot élhet meg.* Ez az attitűd *mellérendeltségi, partneri viszonyt* feltételez. Azon túl a szülői működésmód megerősíthető pillanatait keresi és emeli ki a szakember a szülővel való kommunikációban, és támogatja a szülő azon bizonyosságát, hogy a saját gyermekét ő ismerheti legjobban.

Közösségbe kerülés – autonómia

Az atipikus fejlődésű gyermek kiszolgáltatottságát, védelemre szorulását, a születéstől kezdve több szinten és gyakran megélheti a szülő. Olyan helyzetekben is, amikor nem tud beavatkozni, mert nincs rá módja. Korai műtétek, fájdalmas orvosi vagy egyéb terápiás beavatkozások stb. tanúja lehet.

A szülő gyermeke természetes autonómia törekvését kevésbé képes támogatni, ha társas kirekesztettséget él meg. Nagyon fontos, hogy támogató közeget találjon az anya gyermekével a szűk családon kívül, amiben látja, hogy a gyermek is jól érzi magát (közös játszó programok, pl. Ringató foglalkozások, vagy nagy családi együttlétek stb.). *Az első közösség az első valódi szembesülés a mássággal is, így a szülőknek ez az időszak különösen intenzív megélést jelenthet.*

„*Mindent érte, de semmit nem helyette.*" Ez a szemlélet azt feltételezi, hogy *a szülő az önálló tevékenységekben olyan mértékben és módon segíti gyermekét, ahogy azt a sérültsége, aktuális készségei és képességei megkívánják.* Az anyától való eltávolodás egy valóságosan és szimbolikusan zajló folyamat. Atipikusan fejlődő csecsemő és kisgyermek, különösen, ha mozgásfejlődésében is érintett, tovább marad az anya testén. Érdemes a családdal foglalkozó szakembereknek támogatni az anyát és a gyermeket abban, hogy mik lehetnek azok a helyzetek, tevékenységek, amelyek segítik a gyermek autonóm

kompetenciáját és az anyát abban a bizalomépítő folyamatban, hogy a gyermekét jó szívvel engedje közösségbe. *Az atipikus fejlődésű gyermek közösségbe szoktatása különös türelmet és körültekintést igényel.*

A sérültségből adódó atipikus élethelyzet és a regulációs zavarok lehetséges összefüggései

Az atipikus fejlődésű csecsemőket nevelő családokban megjelenő regulációs zavarok általában komplex módon alakulnak ki. A *szülői oldalról* tekintve a kapcsolatot befolyásolja az a *trauma, krízis és gyászfolyamat*, melyet a szülők megélnek. Amennyiben első gyermekük sérült, szülői szerepük megélését alapjaiban rengetheti meg a megváltozott élethelyzet és a tudat, hogy sérült gyermeket hoztak világra. Ösztönös szülői megnyilvánulásaikban elbizonytalanodhatnak.

Ugyanakkor *gyermekük részéről* sem érkezik az a segítség, ami megerősíthetné szülői kompetenciájukat. Reakcióik nem mindig érthetők, sírásuk, igényük eredete nem mindig azonosítható a szülő számára. *A sajátos fejlődés rizikót jelenthet a korai reguláció és az optimális anya(szülő)-gyermek kapcsolati fejlődés és az illeszkedő interakciók szempontjából. A gyermek önregulációs folyamatai az organikus sérülésből eredően is érintettek lehetnek.* Az organikusan érintett gyermek esetében (amennyiben lehetséges) szükséges elkülöníteni az organikus okokat a korai regulációs folyamatokban. Fontos, hogy a szülő tisztában legyen azzal, mi az, ami nem az ő szenzitivitásán múlik, hanem a gyermek állapotából ered. Fontos, hogy elsősorban a gyógypedagógiai intervenció során a szülő kapjon arra vonatkozóan segítséget, hogyan tud segíteni gyermekének. Ezen túl lehetnek olyan elcsúszások az interakciós folyamatokban, melyek eredendően vagy következményesen a kapcsolat sajátosságaiban, az interakciós mintákban ragadhatók meg, és nem elsődlegesen az atipikus fejlődésből erednek.

> Egy kiragadott példán keresztül képzeljük el, milyen komplex módon érintkezhetnek pl. a mozgásszabályozás anomáliái a korai reguláció alakulásával és egy olyan fontos kötődést támogató tényezővel, mint pl. a szoptatás. A szopáshoz számos apró összehangolt mozgásos megnyilvánulás szükséges. Többek között megfelelő izomtónus, amivel a gyermek tartható az anya karján. Egy opistotonus (a törzs és a nyak feszítőizmok működésének extrém mértékű túlsúlya) testtartásban lévő gyermeket nehezen tud az anya a megfelelő testhelyzetbe hozni és megtartani. A gyermek testtartása (ellazultsága, megfeszülése) fontos információforrás az anya számára gyermeke belső állapotáról. A kóros reflexek és a perzisztáló csecsemőreflexek szintén megakadályozhatják az anya ölébe simulást és a mell felé fordulást (pl. erős aszimmetrikus tónusos nyaki reflex esetében meghatározott irányú kartartás teheti lehetővé, hogy a csecsemő fejét a mell irányába tudja fordítani, vagy az anya arcára tudjon orientálódni). A testhelyzeten túl a periorális (száj körüli) izomzat tónusbeli és koordinációbeli alkalmassága is szükséges a szopáshoz, de a légzés és nyelés váltakozásának koordinálása is nehezített lehet a sérült csecsemő számára. Az anya ebből többnyire tudattalanul érzékeli, hogy csecsemője nem néz rá, és a szopás/szoptatás mindkettőjük számára kudarcot jelent. A csecsemő számára végül a sikertelenség síráshoz és elkerüléshez

vezethet. Mindez növelheti az anya megingását saját anyai kompetenciájában. Ilyenkor a szülő-csecsemő konzulens/terapeuta mellett szükséges a szoptatási tanácsadó és a gyermek mozgásterápiáját végző szakember bevonása is.

A szülőnek általában nehezebb érteni a gyermeket, aki más, mint a testvére. Nem mindig támaszkodhat az intuícióira, mert tudja, hogy gyermeke speciális igényű. (Pl. nincsenek egyértelmű jelzései a jóllakottságra, ugyanakkor az egész evési/etetési helyzet egy tanult folyamat lehet az anya részéről, mert a gondozási folyamat *sérülésadaptív beavatkozást* kíván, ami azt jelenti, hogy a szülő megtanulja azokat a technikákat, melyekkel könnyebbé, vagy egyáltalán lehetővé válik egy gondozási folyamat, pl. a nyelvlökéses nyelés egy speciális kanálbehelyezést, meghatározott támogatott gyermeki fejtartást, testtartást igényelhet). Létrejöhet a *megzavart interakció*, a *megzavart éppen alakuló korai reguláció*, ami szintén szakemberek együttműködését igényli a család érdekében.

Az atipikus fejlődésű csecsemőt nevelő család egészét szemlélve nem megkerülhető a testvér(ek) jelenléte és annak lehetséges sajátosságai a családi dinamikában.

A sérült gyermek testvére

Optimális esetben a testvéri viszony életünk leghosszabb kapcsolata, szocializációnk meghatározó alakítója. A családi rendszer egyik alrendszere, ami a testvérsor minden tagja számára személyiségformáló erőt képvisel. Sérült gyermek testvéreként felnőni különleges élethelyzet, ami lehetséges előnyöket, de leküzdendő nehézségeket is jelenthet.

A sérült gyermek megszületésével az *idősebb testvér* felé megváltozhat a szülői látásmód, ami megnyilvánulhat abban, hogy a tipikus fejlődésű gyermek problémái bagatellizálódhatnak. Kevesebb figyelem juthat rá, ami azt vonja maga után, hogy küzdenie kell a szülő figyelméért. A figyelemfelkeltés eszköze lehet a kiválóság (amivel elfogadja a szülők látens igényét az ő problémamentességére), de bekövetkezhetnek negatív változások a viselkedésében, nagyobb gyermeknél a tanulásban. A szülő erőteljes lelki és fizikai megterhelődése parentifikációba vonzhatja a testvért.

A *fiatalabb testvér* esetében is kérdések sora releváns: egyáltalán megszületik-e, a család számára vállalható-e? Ha igen, küldetéssel születik-e? Már egy újraalakult egyensúlyba születik-e bele? Megélhető-e a boldogság, amit okoz a léte? A szülők számára nehezített a sérült gyermek mellett reálisan látni az egészséges gyermeket.

Felnőtt önismereti (pszichodráma) csoportok tapasztalataiból merítve is érzékelhető, mennyi ambivalenciát rejt ez az élethelyzet a testvér számára. Gyakori velejárói lehetnek a kapcsolatnak a *harag és a bűntudat, a felnőtt testvérért érzett felelősség*. Sérült testvér mellett felnövő fiataloknak komoly önismereti kérdése, hogy „milyen terhet és milyen kincset viszek a párkapcsolatomba?" A gyermekkori tapasztalatok transzgenerációs következménye az aggodalom a saját gyermekvállalásnál: „csak nehogy sérült legyen!"

A szülő-csecsemő konzultáció/terápia körében megjelenhetnek olyan családok, ahol a szülők évekig górcső alatt tartják gyermeküket, mintha nehezen hinnék el, hogy csecsemőjük optimálisan fejlődik. Újabb és újabb kérdéseik merülnek fel, szeretnék a gyermeküket „a biztonság kedvéért" ügyesítő, készségfejlesztő alkalmakra járatni, akár kialakulhat tünetek és vizsgálatok sorozatos dinamikája. Ennek több, többnyire a szülői szo-

rongás széles spektrumában keresendő oka lehet, de köztük lehetnek olyan a szülők, akik a testvérhelyzetből jövő szorongásuk miatt nehezen engedik el azt, hogy gyermekükkel szem előtt legyenek a korai gyógypedagógiai ellátás berkeiben (továbbá lásd Hannam, 1985; Borbély, 2019).

Zárógondolatok

Tanulmányunkban arra vállalkoztunk, hogy rátekintsünk az atipikus fejlődésre és annak lehetséges hatásaira a korai életévekben. Az atipikus fejlődés és a fogyatékosság témája a csecsemőket/kisgyermekeket nevelő családok életét sokkal szélesebb körben érintheti, mint amennyiben atipikus fejlődésű csecsemő/kisgyermek él. A nem gyógypedagógiai területen dolgozó szakemberek számára rövid rátekintést nyújtottunk a korai atipikus fejlődés diagnosztizálható sajátosságaira, a különböző eltérő fejlődést predesztináló kórképekre, a fogyatékossági kategóriákra (lásd melléklet). Felvázoltunk olyan szemléleti megközelítéseket, melyek segíthetik a kora gyermekkor különböző szakembereit az érintett családokról való (együtt)gondolkodásban. Speciális élethelyzetet érintő egyes témák kiemelésével reményeink szerint hozzájárulhatunk ahhoz, hogy a nem gyógypedagógia területén tevékenykedő szakemberek további támpontokat kapjanak az atipikus fejlődésű csecsemőt/kisgyermeket nevelő családok megértéséhez és támogatásához. Tanulmányunkban már megfogalmaztuk, de újra hangsúlyozzuk, hogy minden anya/apa és kisgyermekük interakciói egyediek, kapcsolatuk fejlődése csak rájuk jellemző módon alakul!

Az atipikus gyermeket nevelő családok is egyediségükben érthetők meg, és nincsenek általános receptek sem arra, hogyan tudnák a szakemberek a legoptimálisabb támogatást nyújtani számukra. Minden családnak másként, de biztosan együttműködve.

Melléklet

Az idegrendszer fejlődési zavarai[8]

Az *idegrendszer fejlődési zavaraihoz (neurodevelopmental disorders)* a DC:0-5™ alapján „egy csoport változatos megnyilvánulásokkal jellemezhető zavar tartozik, melyek közös jellemzői, hogy: *1. kora gyermekkorban jelentkeznek először, 2. a központi idegrendszer biológiai éréséhez szorosan kapcsolódó funkciók megkésettsége vagy rendellenessége jellemzi őket, és 3. általában egyenletes lefolyásúak, nem járnak tünetmentes időszakokkal és*

[8] A DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016/2019) az alábbiakon kívül még a további zavarokat írja le részletesen: *korai atipikus autizmus spektrum zavar, kisdedkori túlaktivitás zavar, nyelvfejlődési zavar, a mozgáskoordináció fejlődési zavara és az idegrendszer egyéb fejlődési zavara csecsemő- és kisgyermekkorban. A szenzoros feldolgozás zavarai közül figyelmükbe ajánljuk még a csökkent szenzoros érzékenység zavart és a szenzoros túlérzékenység zavart.*

fellángolásokkal, amint az más mentális zavarokra jellemző (…) A fejlett ipari társadalmakban e zavarok *előfordulási gyakorisága 15% (…) Az idegrendszer fejlődési zavarai kezelhetők (fejleszthetők), de általában nem gyógyíthatók.* Idegrendszeri fejlődési zavarban szenvedő csecsemők/kisgyermekek számára korai és intenzív intervenció javasolt. Bár ezek a zavarok agyi működési zavarokhoz kapcsolódnak, bőséges bizonyíték áll rendelkezésre, miszerint számos állapot pszichoszociális intervenciókkal fejleszthető." (DC:0-5™; ZERO TO THREE, 2016/2019, 21. o.)

Ezek közül röviden ismertetjük az alábbiakat.

Autizmus spektrum zavar (ASD)

„*Az autizmus spektrum zavar egy idegrendszeri fejlődési zavar, amit a társas interakciók és a szociális kommunikáció súlyos zavara, valamint beszűkült és repetitív viselkedésmintázatok jellemeznek.* Az autizmus tüneteinek korai felismerése és a korai, hiteles diagnózisalkotás kulcsfontosságú a magas előfordulási gyakoriság, a családokat és társadalmat érintő kiadások, valamint a korai fejlesztés elismert jelentősége miatt." (DC:0-5™; ZERO TO THREE, 2016/2019, 22. o.) A komorbititás előfordulás nagyon gyakori globális fejlődési és nyelvi fejlődési késés esetén.

A zavar BNO-10 megfelelője: Gyermekkori autizmus (F84.0), a DSM-5 megfelelője: Autizmus spektrum zavar.

Kiegészítésként megjegyezzük, hogy *a DSM-5 az autizmus triász helyett diádról beszél*: a társas kapcsolatok, a kommunikáció zavara és az ismétlődő viselkedések és cselekvések olyan mértékű jelenléte, ami funkcionális sérülést eredményez (American Psychiatric Association, 2013/2014).

Lásd bővebben: Csepregi (2019).

Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar a fejlődési szintnek nem megfelelő figyelemhiány és/vagy hiperaktivitás-impulzivitás olyan állandó mintázata, mely negatívan befolyásolja a kisgyermek és családja működését. Bár a kisgyermekekre nagyobb fokú figyelemhiány, hiperaktivitás és impulzivitás jellemző, mint az idősebb gyermekekre, néhány kisgyermeknél már korai életkorban olyan extrém fokú tünetek jelentkeznek, hogy a gyermekek specifikus nehézségei az említett területeken korán beazonosíthatók.

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar tünetei a lelki egészséggel foglalkozó szakemberekhez érkező beutalások egyik leggyakoribb okai kora gyermekkorban. A lehetséges differenciáldiagnózisok tükrében, melyek a tipikus fejlődési variációktól számos más mentális zavarig terjedhetnek, fontos a diagnosztikai folyamat szigorú alkalmazása.

A zavar DSM-5 megfelelője: Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, a BNO-10 megfelelője: Az aktivitás és figyelem zavarai (F90.0).

Globális fejlődési késés

„*A globális fejlődési késés diagnózist akkor állapítjuk meg, amikor a csecsemő/kisgyermek funkciói minden fejlődési területen – beleértve a verbális és nemverbális gondolkodást,*

problémamegoldást, nyelvi fejlődést, társas kapcsolatok fejlődését, finommotorikát, nagymozgás készségeket és az adaptív viselkedést – jelentősen elmaradnak az átlagtól (pl. késést vagy sérülést mutatnak). Csecsemő- és kora gyermekkorban az intellektuális képességzavar helyett a globális fejlődési késést állapítjuk meg, ezzel is utalva arra, hogy *a korai fejlődést nagyfokú plaszticitás jellemzi*, és még lehetőség van a további kognitív és adaptív fejlődésre. … A csecsemő/kisgyermek a standardizált fejlődési tesztekben minden fejlődési területen az elmaradás konzisztens mintázatát mutatja. Azok a csecsemők/kisgyermekek, akiknek globális fejlődési késésük van, jellemzően 1,5-2 vagy még több szórással alacsonyabb értékeket mutatnak a korosztályuk és kulturális csoportjuk átlagához képest." (DC:0-5™; ZERO TO THREE, 2016/2019, 42. o.)

A zavar DSM-5 megfelelője: Globális fejlődési késés, a BNO-10 megfelelője: A pszichés fejlődés egyéb rendellenességei, Globális fejlődési késés (F88).

A későbbi életkorokra jellemző intellektuális képességzavart (IKZ) az alábbiakban fejtjük ki.

Fogyatékosság és eltérő fejlődés

Intellektuális képességzavar – eltérő értelmi fejlődés

Lányiné a következőképpen fogalmaz: „*Az intellektuális képességzavar az értelmi fogyatékosság fogalmat felváltó új megjelölés. Azokra a személyekre alkalmazható, akik az intellektuális-kognitív működések, valamint a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartás jelentős akadályozottságával jellemezhetőek.*" (Lányiné, 2017, 15. o.) Az Intellektuális és Fejlődési Képességzavarok Amerikai Egyesületének (AAIDD) jelentős szerepe van az új kifejezés bevezetésében.

Lányiné továbbá azt írja: „E képesség különböző súlyosságú megnyilvánulása nem befolyásolja a közös emberi szükségletek birtoklását, és nem kérdőjelezi meg az érintettek személystátuszát. Az intellektuális képességzavarral élő emberek az emberi létezés egy lehetséges változatát képviselik. … Állapotuk megismerése nem csupán akadályozottságaik számbavételét, hanem erősségeik felderítését is jelenti az egyén és környezete interakciójának kontextusában." (Lányiné, 2017, 15. o.)

„*…a »valódi« értelmi fogyatékosság hátterében biológiai természetű okok, az agyi ontogenezis pre-, peri- és posztnatális sérülései, működészavarai szerepelnek, tartós állapot, amely a felnőtt szerepek betöltését is jelentősen akadályozza. … Az értelmi elmaradás kialakulásáért – ellentétben az értelmi fogyatékossággal – szociális ártó tényezők felelősek.* … Korán felfigyeltek azonban a kutatók arra, hogy az ép értelem és a fogyatékos értelem közötti merev határ megvonása szinte lehetetlen és egyúttal önkényes is." (Lányiné, 2017, 98. o.)

A zavar BNO-10 kódja: F70-79, és kiegészítő kódokkal a viselkedés kódolása is lehetséges: pl. F79.9.

A DSM-5 az értelmi fogyatékosságot az idegrendszer fejlődési zavarai között tünteti fel. „Az értelmi fogyatékosság (értelmi fejlődés zavara) olyan zavar, mely a fejlődési időszakban jelenik meg mind az intellektuális, mind az adaptív működés elvont gondolkodást igénylő, társas és gyakorlati területein." (Lányiné, 2017, 134. o.)

Lásd bővebben: Lányiné, 2009; Mlinkó, 2019.

Hallássérülés

Orvosi értelemben a hallássérülés a halláskárosodás, a halláscsökkenés és a hallásveszteség szinonimája. Négy csoportot különböztetünk meg: az *enyhe* (30–40 dB), a *közepes* (40–60 dB), a *súlyos*, ennél nagyobb mértékű (60–90 dB) *halláscsökkenést*, valamint *siketség* esetén a 91 dB-t meghaladó mértékű hallásveszteséget (Csányi, 2005).

A hallássérülés a gyógypedagógia szempontjából a nagyothallás és a siketség gyűjtőfogalma. Hallássérülésről akkor beszélünk, ha a beszédértéshez szükséges hallásterületen közepes, vagy annál súlyosabb fokú nagyothallás, siketséggel határos vagy siketségnek diagnosztizált hallásveszteség van, amely a beszédfejlődést akadályozza, az nem indul meg, vagy olyan mértékben sérül, hogy megindításához vagy korrekciójához speciális beszédfejlesztő módszerek alkalmazására van szükség (Farkas, 1996; Farkas és Perlusz, 2000).

A hallássérülés gyűjtő BNO-10 kódja: H90.

Lásd bővebben: Perlusz és Keresztessy, 2019.

Látássérülés

„Az ember látása olyan biológiai és élettani funkció, amely meghatározott anatómiai struktúráknak (szem, központi idegrendszer) a működéséhez kötött, rendkívül bonyolult fizikai, biokémiai és pszichikai történések eredménye. Ebből következik, hogy *a látás károsodása nemcsak egy, hanem egyszerre több okból is kialakulhat*." (Papp, 2000, 153. o.)

„A látássérülés definíciója során is több változattal, a látássérülés különböző szempontú megközelítésével találkozhatunk." (Pajor, 2017, 30. o.) Ismerünk orvosi, szociológiai, pedagógiai, jogi és munkaügyi definíciókat. Három definíció van általánosan használatban: a WHO, az OM és a kormányrendeletekben használt definíciók. Ezeket itt csak vázlatosan, a téma szempontjára figyelemmel ismertetjük. *Magyarországon „látássérültnek tekinthető az a személy, akinek jobbik szemén maximális korrekcióval mérhető látásélessége az ép látás 30%-a (V:0,3), vagy ennél kevesebb, illetve látótere nem több 20°-nál." (WHO, 1992, in Kovács, 2000, 463. o.; in Pajor, 2017, 31. o.) A 32/2012. (X.8.) EMMI rendelet szerint látássérült a tanuló akkor, ha a szem, a látóideg vagy a látás agykérgi központja sérült, és ez megváltoztatja a tanuló megismerő tevékenységét, alkalmazkodó képességét, személyiségét* (Pajor, 2017). E definíció továbbá részletezi a fenti WHO meghatározást három alcsoportba sorolással: (1) vakságra, ahol a látás 0, (2) alig látásra, ahol a látás 0-0,1 közötti (fényérzékelés, ujjolvasás, nagytárgylátás) és (3) gyengén látásra, ahol a vízus a megszokott módszerekkel számszerűen mérhető 0,1–0,33 közötti érték.

A BNO-10-ben a látássérülés kódja H54.

Lásd bővebben: Pajor, 2019.

Testi- és mozgáskorlátozottság (mozgássérülés)

Kullmann (2000) szerint – az orvosi nézőpontot és a WHO meghatározását figyelembe véve – a mozgás szervrendszerének strukturális vagy funkcionális zavara okozza a mozgássérülést. A mozgás szervrendszere két részből áll, tartó (csont- és ízületi rendszer) és

mozgató (izom- és idegrendszer) rendszerből, melyek működése egymással szorosan összefügg.

Benczúrné (2000) szomatopedagógiai alapon *mozgáskárosodásnak* azt tekinti, amikor annak a személyiség egészét befolyásoló hatása, következménye van, amikor „…*a tartó és/vagy a mozgató szervrendszer veleszületett vagy szerzett sérülése, károsodása és/vagy funkciózavara következtében a mozgásos tapasztalatszerzés, a szocializáció jelentős és maradandó akadályozottsága áll fenn.* A mozgáskorlátozottság egyéni megnyilvánulását, az akadályozottság mértékét számos tényező befolyásolhatja." (Benczúrné, 2000, 538. o.)

A terjedelmi korlátok miatt le kell mondanunk arról, hogy az eltérő mozgásfejlődés minden aspektusára kitekintsünk, és a már veleszületett mozgásfogyatékosságot okozó kórképekről átfogó képet nyújtsunk. A továbbiakban példákat említünk ezekre, és az idegrendszeri érintettség talaján megnyilvánuló eltérő mozgásfejlődés egyes jeleit ragadjuk meg.

A méhen belüli diagnosztika során, vagy az első élethetekben kiderülhetnek olyan veleszületett kórképek, melyek már kezdetektől eltérő mozgásfejlődéssel és a fiziológiás mozgásfejlődés során egyre inkább megnyilvánuló mozgásfogyatékossággal járnak. Ilyen lehet pl.: osteogenesis imperfecta[9], chondrodystrophia vagy az arthrogryposis multiplex congenita stb. Akár már csecsemőkorban a fejkontroll elégtelensége okán az egyes izomdisztrófiák is tüneteket mutathatnak, pl. Duchenne kór[10]. A kora gyermekkor segítő szakemberei találkozhatnak perifériás idegrendszeri eredetű, átmeneti vagy maradandó mozgáskárosodást okozó kórképekkel is, pl. a plexus brachialis[11] sérüléséből eredő mozgáskárosodás, ami *újszülöttkorban is kialakulhat a felmerülő szülési komplikációk mentén* (lásd bővebben: Mumenthaler, 1989; Berényi és Katona, 2012; Tulassay, 2016; Zahuczky, 2019).

Az eltérő mozgásfejlődés és jelentősége az atipikus fejlődés előrejelzésében

Leggyakrabban azonban olyan családokkal találkozhatunk, amelyekben a gyermek sajátos mozgásalakulása *a központi idegrendszer fejlődésének, működésének eltéréséből* származik. *A cerebrális parézis (CP) egy olyan tünetcsoport, amely a várandósság alatt, szülés közben vagy a gyermek első két életévében létrejött agykárosodás következtében alakul ki,*

---

[9] *Osteogenesis imperfecta:* a csontrendszer veleszületett betegsége, mely során genetikai eltérés következtében a csontokat és kötőszöveteket felépítő struktúrák károsodnak. A fokozott csonttörékenység, kötőszöveti gyengeség néhány év alatt a betegség súlyosságától függően akár teljes járásképtelenséghez is vezethet.

[10] A *Duchenne-féle izomdisztrófia* az izomsejtek fokozatos elhalásával járó veleszületett, örökletes betegség. Az elhalt izomsejtek helyét a zsírszövet és kötőszövet tölti ki, ebből adódóan a gyermek egyre erőtlenebb lesz. Csecsemőkorban a fejkontroll kapcsán már megjelenhet az izomgyengeség, de 3 éves kor körül a csípőizomzat meggyengülésével egyértelműen felismerhetővé válhat.

[11] *Plexus brachialisnak* nevezik a kar mozgásaiért felelős idegek kötegét, mely a kulcscsont közelében helyezkedik el, és ennek (akár a kulcscsont törésével együtt járó) sérülése következtében az érintett kar, kéz, beidegzése zavart szenvedhet.

és döntően mozgásszervi problémákat okoz. Társulhat hozzá az intellektuális képességek elmaradása, az érzékszervek érintettsége vagy epilepszia is (Kullmann, 2019). (Lásd bővebben Lengyel és Siba tanulmányát e könyv II. kötetében.)

A neonatológiai (újszülöttkori), korai neurológiai vizsgálatok során, az észlelhető *miotatikus-reflex aszimmetriák*, *fennmaradó csecsemőreflexek*, az *elemi mozgásminták lefutásának anomáliái* mellett leggyakrabban az *eltérő izomtónus* hívja fel a figyelmet az organikus érintettségre (Lakatos, 2010; Simon, 2019). Az eltérő izomtónus részben oka lehet további, később manifesztálódó tüneteknek, ugyanakkor preventíven jelzést adhat a szakemberek számára, hogy a megfelelő korai intervencióval a későbbi motoros, pszichés-kognitív, vagy szociális jellegű tünetek elkerülhetők, vagy csökkenthetők legyenek (Lakatos, 2010). *A fiziológiás mozgásfejlődés genetikailag meghatározott érési fázisaihoz minden ponton kapcsolódik az izomtónus.* A nem mozgáskorlátozott vagy eltérő mozgásfejlődésű csecsemőkkel, kisgyermekekkel foglalkozó szakemberek számára is apró figyelemfelhívó jelek lehetnek. *A hipotóniára (csökkent izomtónusra) jellemző a gravitációt legyőző mozgásformák (pl. felülés, négykézlábra emelkedés, felállás) késése. Az aránylag korai (5–7 hónapos kor közötti) felállás jelezheti a spasztikus (túlszabályozott) izomműködést,* főleg, ha a gyermek ebből a megtartott helyzetből tartósan nem tud saját szándéka szerint alacsonyabb mozgásformát felvenni, hanem az állásból többnyire „kidől" és nem leguggol, vagy leül, mert a hajlított ízületi helyzetek kényelmetlenek vagy fájdalmasak számára.

A mozgásfejlődésben létrejövő felfelé irányuló törekvés és a 6–9 hónapos korban megjelenő helyváltoztató mozgások látványossá teszik az izomszabályozás szerepét az egyensúlyi alkalmazkodásban. Többek között ráirányíthatják a szakemberek figyelmét az izomkoordináció finomszabályozásának sajátosságaira (pl. törzs-, vagy pontos célmozgásoknál megjelenő kézremegés mint ataxiára utaló jelek), de egyszerűen a kismértékben fennmaradó csecsemőreflexek is megmutatkozhatnak a nehezített szem-kéz koordinációban, ami önmagában is befolyásolhatja hosszú távon a gyermek figyelmi funkcióit is. A mozgásszabályozás központi idegrendszeri érintettsége a beszédmotorikában és a finommotorikában is megjelenhet.

Maga az organikus sérülés, amiből az eltérő mozgásfejlődés létrejön, érinthet a mozgáson kívül más fejlődési területeket is olyan mértékben, hogy halmozott fejlődési eltérésről, halmozott fogyatékosságról beszélünk.

A koraszülöttség

Koraszülöttségről akkor beszélünk Magyarországon, *ha a gesztációs idő rövidebb, mint 37 hét és/vagy az újszülött súlya kevesebb, mint 2500 gramm*. A koraszülöttség további csoportosítása születési súly alapján a következő: (1) *kis súlyú újszülött* (súlya kevesebb, mint 1500 gramm), (2) *igen kis súlyú újszülött* (súlya kevesebb, mint 1000 gramm), (3) *igen-igen (extrém) kis súlyú újszülött* (súlya kevesebb, mint 750 gramm).

A koraszülött gyermekeket, ha a 37. hét előtt vagy kevesebb, mint 2500 grammal születnek, nagy valószínűséggel az anyától külön, *intenzív ellátásban* részesítik. Ennek hossza az újszülött állapotától függ.

Az igen éretlen koraszülöttek a 26. terhességi hétnél éretlenebb koraszülötteket jelenti. Ez az életképesség határához közeli állapotot jelent. A *Neonatológia Oxford Kézikönyve (NOK)* 2012-ben jelent meg magyar kiadásban (Fox és mtsai., 2012). Az előszó alapján hiánypótló, ám az Egyesült Királyság gyakorlatát tükrözi, mely több esetben eltér a magyar törvények és protokollok előírásaitól. Megbízhatóbb, hitelesebb forrást nem találva mégis erre a kiadványra támaszkodunk a koraszülöttek problémáinak, ellátásának vonatkozásában.

A kézikönyv javasolja, hogy felkészült, gyakorlott szakembernek *a szülőket már a szülés előtt tájékoztatni kell a várható komplikációkról, lehetséges következményekről, beavatkozások szükségességéről és ezekhez a hozzájárulásukat meg kell kérni, szerezni.* Bár a hazai gyakorlatban erről nincs ismeretünk, a szülésznek el kell végezni a koraszüléshez vezető klinikai körülmények részletes feltárását, mely megalapozza a további tennivalókat.

A brit perinatális orvoslásban konkrét irányelvek állnak rendelkezésre a 23. terhességi hét előtti és utáni beavatkozásokról, konkrétan arról is, hogy mikortól nem, illetve mikortól, milyen kritériumok mentén és mely eljárások alkalmazásával ajánlott az *újraélesztés*. Ezt követően a folyadékháztartás és a légzés támogatása szigorú előírások mentén *NIC*, illetve *PIC (Neonatális/Perinatális Intenzív Centrum)* osztályon történik. A koraszülöttek első *koponya UH vizsgálatát* 4 órán belül kell elvégezni.

A koraszülöttség prognózisát is ismerteti a NOK. *A koraszülöttek között a mortalitási és morbiditási arány magas, és minél éretlenebb (súly, a várandósság időtartama) az újszülött, annál nagyobb a kockázat.* A 26. hét előtt születettek esetén 4-ből 3 újszülött számára még a 36 hetet (korrigált kor) követően is szükséges lehet az oxigén adása, akár 1 éves korukig is, és gyakoribb és kockázatosabb a vírusos légúti fertőzés esetükben. A 24–26 terhességi korú újszülöttek túlélési aránya 35–50%-os, az idegrendszeri fejlődési problémák előfordulása: kognitív lemaradás esetén 40–50%, cerebrális bénulás esélye pedig 15–20%. Ezek a számadatok a terhességi hét számának növekedésével javulnak, a 30–32. hét esetén a túlélés aránya 97–98%, a kognitív lemaradás aránya 25–35%, a cerebrális bénulásé 5–10%. A lány, a nagyobb súlyú, a nem ikerterhességből világra jött és a magasabb terhességi korú újszülöttek, valamint azok, akik születés előtt szteroid kezelést kaptak, jobb prognózissal bírnak. Hazatérés után gyakran előfordul a táplálás visszautasítása és a növekedés-fejlődés lelassulása is (Fox és mtsai., 2012; lásd bővebben: Beke, 2019).

Ami összességében az atipikus fejlődéssel kapcsolatos lehetséges prognózist illeti, megemlíthetjük a fogyatékosság talaján induló fejlődési eltérést, ami az orvosi és gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat során egyértelműen diagnosztizálható (érzékszervi fogyatékosságok: látás-, hallássérülés). *A korai komplex diagnosztika során tapasztalható olyan enyhe mértékű eltérés is, mely akár idegrendszeri eredetű, mégis – a korai átfogó ellátás következtében – az idegrendszer mérhetetlen plaszticitásának köszönhetően funkcionálisan is nyom nélkül rendeződhet.* Így például *diagnosztizálhatunk eltérő mozgásfejlődést vagy értelmi fejlődést, de ezeket nem tekinthetjük fogyatékosságnak a korai életszakaszban. Koraszülöttek esetében a korai időszakban különösen erősek a fejlődés önkorrekciós tendenciái.* Az idegrendszert ért inzultusok hatása többnyire nem visszafordíthatatlan (Shonkoff és Philips, 2000, in Danis és Kalmár, 2011).

AJÁNLOTT IRODALOM

Kálmán, Zs. (1995). *Bánatkő.* Bliss Alapítvány, Budapest.

Prónay, B., Góczán-Szabó I., Daricsné, Rajzó É., Jánosiné, Kakuk S., Németh, T. (2015). Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle, 43*,1–10.

Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) (2019). *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress index – manual (P*SI). Brandon, Vt., CPPC Tests, USA.

Abidin, R. R. (2012). *Parenting Stress Index 4th Edition.* (PSI-4-SF). PARiConnect, Lutz, USA.

Allik, H., Larsson, J., Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes, 2006/4,* 1.

Allport, G. W. (1977). *Az előítélet.* Gondolat Kiadó, Budapest.

American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* American Psychiatric Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2014 – *DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.)

Baile, W, Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, A. E., Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist 2000,(5),* 302–311.

Beke, A. (2019). Fokozottan veszélyeztetett csecsemők és kisgyermekek gondozási rendszerének jelentősége a rehabilitáció korai indításában. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest 515–528.

Benczúrné, M. (2000*). A* mozgáskorlátozott gyermekek szomatopedagógiai nevelés az óvodában és az iskolában. In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 535–560.

Berényi, M., Katona, F., (2012). *Fejlődésneurológia – az öntudat, a kommunikáció és a mozgás kialakulása.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Borbély, S. (2012). *A szülők és mi.* Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.

Borbély, S. (2019). Szempontok a szülőkkel való optimális kommunikációhoz a fogyatékosság tényének elfogadása érdekében. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Borbély, S., Jászberényi, M., Kedl, M. (1998). *Szülők könyve.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Cans, C. (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine and Child Neurology, 42,* 816–824.

Carter, B., McGoldrick, M. (1989). Overview: The changing family life cycle – a framework for family therapy. In Carter, B., McGoldrick, M. (Eds.) *The Changing Family Life Cycle.* 2nd. Ed. Allyn and Bacon, Boston.

Czeizel, B. (2010). Családközpontú kora gyermekkori intervenció – Mi is az? In Hámori E. (szerk.) *Kutatás és terápia metszéspontjai – Várandósságtól a felnőttkorig.* PPKE, Piliscsaba. 46–52.

Csányi, Y. (2005). A hallássérült gyermek. A hallássérült gyermek az óvodában. In Csendes, K. (szerk.) *Kisgyermekek, nagy problémák.* RAABE Tanácsadó és Kiadó, Budapest. 1–16.

Csepregi, A. (2019). Pedagógiai szakszolgálati rendszer. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 529–535.

Degovics, Zs. (2004). Súlyosan, halmozottan sérült mozgáskorlátozott gyermekek szocializációs folyamatáról. *Gyógypedagógiai Szemle, 34(4),* 241–256.

Dorsics, O. (2000). Egy külföldi kérdőív alkalmazhatósága a fogyatékos gyermekek korai szocializációjának vizsgálatában. In Halász, G., Lannert, J. (szerk.) *Jelentés a közoktatásról.* OKI, Budapest.

Eapen, V., Guan, J. (2016). Parental Quality of Life in Autism Spectrum Disorder: Current Status and Future Directions. *Acta Psychopathologica, 2(1),* 5.

Farkas, M. (1996). *A hallássérültek kiejtése- és beszédfejlesztésének elmélete és gyakorlata.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

Farkas, M, Perlusz, A. (2000). *A hallássérült gyermekek óvodai és iskolai nevelése és oktatása.* In Ilylyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 505–533.

Fehérné, K. Zs., Szabó, Á. (2009). Fogyatékosság – a legfontosabb fogalmak szótára, a fogyatékosság jelentéstartalma, modelljei, az FNO klasszifikációs rendszer bemutatása. In Torda, Á., Székely, K. E., Szabó, G. (szerk.) *„A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai hátterének kialakítása" TÁMOP 5.4.5 kiemelt projekt.* FSZK, Budapest. 7–15. https://fszk.hu/wp-content/uploads/2018/09/029_2-10_Ismeretek-a-fogyatekos-akadalyozott-szemelyek-NYOMDAI.pdf

FNO (2003). *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása.* (Eredeti angol címe: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) © World Health Organization,* 2001.) World Health Organization. https://edu.gtk.bme.hu/local/coursepublicity/mod/resource/view.php?id=3547

Fonyó, I., Pajor, A. (szerk.) (2000). *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből.* ELTE BGGYFK, Budapest. 127–181.

Fox, G., Hoque, N., Watts, T. (2012) *A Neonatológia Oxford Kézikönyve*. Kadix Press, Budapest.

Garai, D., Kovács, L. (2014). Másképp működnek-e a fogyatékos gyermekeket nevelő családok? A családi működés sajátosságai sérült gyermekek családjaiban. *Magyar Pszichológiai Szemle, 69(1),* 235–262.

GMFCS – Gross Motor Function Classification System https://cerebralpalsy.org.au/our-research/about-cerebral-palsy/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/

Goffman, E. G. (1981). *A hétköznapi élet szociálpszichológiája (Tanulmányok).* Gondolat Kiadó, Budapest.

Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2008). *Áttekintés a családról 1–2.* Animula Kiadó, Budapest.

Hannam, C. (1985). *Parents and Mentally Handicapped Children*. Penguin Books, London.

Kálmán, Zs. (1995). *Bánatkő.* Bliss Alapítvány, Budapest.

Kálmán, Zs. (2010). *Aki álmában is látja a fényt. Anyaság – akadálymentesítés nélkül.* De juRe Alapítvány, Budapest.

Kereki, J., Szvatkó, A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
http://www.pedagogiai-szakszolgalat.hu/files/dokumentumok/koragyermekkori-intervencio-gyogypedagogiai-tanocsados-korai-fejlesztos-oktatos-gondozas-szakszolgalati-protokoll.pdf

Kereki, J. (2019a). A kora gyermekkori intervenciós rendszer. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 416–437.

Kereki, J. (2019b). Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 535–541.

Khanna, R., Madhavann, S. S., Smith, M. J., Patrick, J. H., Tworek, C., Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism Developmental Disorder, 41(9),* 1214–1227.

Kiss, L., Dalmadi-Nagy, A., Élő, F., Győri, Zs., Hegedűs-Beleznai, Cs., Kovács, B., Márkus, E., Selek, D., Szamosköziné Simon, E., Stummer, M., Tóth, M., Varróné Borzsák, A., Zechmeister A., (2018). *Tíz év a fejlesztő nevelés-oktatásban.* FSZK, Budapest.

Komlósi, P. (2009). A család – változások folyamata. In Gutman, B. (szerk.) *Családi boldogság, családi pokol?* Jaffa Kiadó, Budapest. 71–96.

Kullmann, L. (2000). A mozgáskárosodás. In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 197–208.

Kullmann, L. (2019). A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozási rendszerének alkalmazhatósága és sajátosságai gyermekkorban, In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 97–104.

Kurimay, T. (2004). *Családterápia és családkonzultáció – Európai távoktatási tankönyv.* Coincidencia Kiadó, Budapest.

Lakatos, K. (2010). Korai tünetek és szakszerű prevenció. In. Hámori, E. (szerk.) *Kutatás és terápia metszéspontjai – Várandósságtól a felnőttkorig.* PPKE, Piliscsaba.

Lányiné, E. Á., Takács, K. (2004). „…Nem csak a sérült képességeket kell vizsgálni, hanem azt az embert, aki ezeknek a hordozója…" A fogyatékosság jelensége a pszichológiában. In Verdes, T., Zászkaliczky, P. (szerk.) *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest.

Lányiné, E. Á. (2009). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés.* 1. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Lányiné, E. Á. (2017). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés.* 2. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Mlinkó, R. (2019). Intellektuális képességek megismerése és az intellektuális képességzavar. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest 145–155.

Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 2007/5,* 22.

Mumenthaler, M. (1989). *Neurológia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Nagy, A. (2019). Célalkotás a gyermekrehabilitációban In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 105–110.

OTKA kutatási zárójelentés (2011). *Korszerű diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazása a speciális szükségletű, sajátos nevelési igényű súlyosan, halmozottan sérült személyek szociális adaptációjának és inklúziójának támogatására.* http://real.mtak.hu/11718/1/61463_ZJ1.pdf

Pajor, E. (2017). *Látássérülés – Sérült látás*? ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

Pajor, E. (2019). Látás. In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 114–118.

Palisano, R. J., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. H. (2008). Content validity of the expanded and revised gross motor function classification system. *Developmental Medicine and Child Neurology, 50(10),* 744–750.

Pálhegyi, F. (1992). A sérült anya-gyermek kapcsolat. In Pálhegyi, F. (szerk.) *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái.* 2. kiadás. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 66–78.

Pálhegyi, F. (1995). A sérült gyermek családi helyzete. In Zászkaliczky, P. (szerk.) *„….önmagában véve senki sem…" Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből.* BGGYTF, Budapest. 246–256.

Papp, L. T. (2000). A látás károsodása. In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 151–182.

Pataki, L. (2000). Hallássérülés – hallási fogyatékosság. In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 183–195.

Perlusz, A., Keresztessy, É. (2019). *Hallás.* In Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 118–127.
Pilling, J. (2004). A rossz hírek közlése. In Pilling, J. (Szerk.) *Orvosi kommunikáció.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 391–412.
Pozo, P., Sarriá, E., Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability, 58(5)*, 442–458.
Radványi, K. (2013). *Legbelső kör: a család. Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyermek a családban.* Eötvös Kiadó, Budapest.
Riordan, J., Wambach, K. (2019). *Szoptatás és humán laktáció*. Semmelweis Kiadó és Média Stúdió, Budapest.
Rosenbaum, P. L., Palisano, R., Bartlett, D. J., Galuppi, B. E., Russell, D. J. (2008). Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Developmental Medicinie and Child Neurology, 50(4),* 249–253.
Schalock, R. L., Bonham, G. S., Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation Program Planning, 31(2),* 181–190.
Simon, G. (2019). Fogyatékosságok oki diagnosztikája. In Vekerdy-Nagy, Zs. (Szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 66–80.
Stern, D. N. (2004). *Az anyaság állapota – A szülő-csecsemő pszichoterápia egységes szemlélete*. Animula Kiadó, Budapest.
Stern, D. N. (2006). *Anya születik. Arról hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Animula Kiadó, Budapest.
Szantner, J., Hámori, E., Beke, A. (2010). A koraszülő anyák élményvilága. In Hámori, E. (szerk.*) Kutatás és terápia metszéspontjai – Várandósságtól a felnőttkorig.* PPKE, Piliscsaba. 46–52.
Tulassay, T. (2016). *Klinikai gyermekgyógyászat.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
Vekerdy-Nagy, Zs. (szerk.) (2019). *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
WHO (2007). *International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737
Zahuczky, K. (2019). Egyéb vázrendszeri strukturális eltérések, kórállaptotok. In Vekerdy-Nagy, Zs. (Szerk.) *A gyermekrehabilitáció sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 668–677.
ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* ZERO TO THREE Press, Washington, D.C. Magyar kiadás: (2019). DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikus klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

TÖRVÉNYEK – RENDELETEK

32/2012. (X. 8.) rendelet a sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról.

Hivatkozás: Prónay, B., Góczán-Szabó, I. (2020). Megerősítés, képessé tétel – Szolgáltatások és intervenciók a fogyatékossággal élő szülők és gyermekeik számára. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 364–393.

A *fogyatékosság és anyaság/szülőség* kérdésének hátterében húzódó jelentős fogalmak rövid ismertetése (fogyatékosság, FNO, fogyatékosságtudomány) vezet el ehhez, az utóbbi időkben már kevésbé mostohán kezelt témához. Az erre irányuló tudományos és társadalmi érdeklődés viszonylag szerteágazó problémakört ölel fel.

A *fogyatékosság és anyaság/szülőség* nem megkerülhető már sem tudományos szempontból, sem a terápiás, konzultációs gyakorlat szempontjából. A fogyatékossággal élő szülők megjelenhetnek a kora gyermekkori időszakban releváns specifikus intervenciók, a szülő-csecsemő konzultációk/terápiák esetforgalmában is.

Munkánkban kitérünk a fogyatékossággal élő anyák, családok bizonytalan, becsült előfordulási adataira és kutatásokra, melyek azzal foglalkoztak, milyen nehézségekkel néznek szembe a különböző fogyatékossággal élő személyek a szülővé válás és a szülőség folyamán. Milyen elvárásaik lennének, milyen támogatás, szakmai ellátás biztosított a számukra, és mely szervezeti formák biztosítják ezeket. Megemlítjük a gyermekvédelemi ügyek hátterét az ismerethiányból fakadó feltételezett veszélyeztetésről. Összefoglaljuk a korai időszakban lehetséges problémák és intervenciók körét. Nem utolsósorban idézünk megélt tapasztalatokat olyan művekből, melyekben hangot adtak a fogyatékossággal élő szülőknek. Utalunk az intervenció lehetőségére intellektuális képességzavar esetén. Említést teszünk a gyermekek vélekedéséről és visszatekintésükről, milyen volt a gyermekkoruk fogyatékossággal élő szüleikkel.

MEGERŐSÍTÉS, KÉPESSÉ TÉTEL – SZOLGÁLTATÁSOK ÉS INTERVENCIÓK A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZÜLŐK ÉS GYERMEKEIK SZÁMÁRA

Prónay Beáta
Góczán-Szabó Ildikó

Bevezetés

A fogyatékossággal élő személyek és a fogyatékosságtudomány
Néhány statisztikai mutató
A felnőtt élethez, az intimitáshoz, a szülőséghez való jog

A különböző atipikus populációkba tartozó szülőkről
Nehézségek a gondozásban, nevelésben
Intellektuális képességzavarral (IKZ) élő szülők esete
Érzékszervi sérült és mozgásukban akadályozott szülőkkel végzett vizsgálatok

A családokat, szülőket segítő szolgáltatások

Lived experience – megélt tapasztalatok
Önrendelkezés
Nehézségek a mindennapi helyzetekben
Nehézségek a szülés során
Apák – apaszerep

A fogyatékossággal élő szülők felnőtt gyermekei

Szolgáltatások és intervenciók a megerősödés jegyében

Összegzés

Bevezetés

A tanulmányt fontos néhány, a fogyatékosság szempontjából jelentős fogalom tisztázásával kezdeni. A WHO (Egészségügyi Világszervezet) definíciója szerint (2011)[1] a fogyatékosság gyűjtőfogalom. *A fogyatékosság szó (disability) a sérülések, az aktivitás és a részvétel korlátozottságára utal az egyén (egészségi állapota) és az egyén kontextuális tényezői (környezeti és személyes tényezők) közötti kölcsönhatás negatív szempontjainak figyelembevételével.* Részletesebben az állásfoglalás – a fogyatékosságra vonatkozóan – három pilléren nyugszik: *1. a személy testi funkcióit vagy szervezetét érintő problémán (impairment); 2. másrészt ennek és az adott társadalmi környezetnek a kölcsönhatásain, a fizikai környezeti és összetett társadalmi jellemzők létesítette akadályokon (handicap); 3. az akadályok felszámolásán, melyen keresztül biztosítani kell a fogyatékossággal élő személyek hozzáférését az egészségügyi és rehabilitációs szolgáltatásokhoz, oktatáshoz, foglalkoztatáshoz stb.* Az Egészségügyi Világszervezet 2011-ben tette közzé az első *Világjelentés a fogyatékosságról (World Report on Disability)* című kiadványát. A kiadvánnyal többek között az volt a WHO célja, hogy az ENSZ-egyezményt (CRPD, 2006; 1. az alábbi keretes szöveget), mely a fogyatékossággal élő személyek jogairól szól, minél közismertebbé tegye, és a döntéshozók figyelmét felhívja rá.

ENSZ-egyezmény a fogyatékossággal élő személyek jogairól (CRPD, 2006)

„*Az ENSZ 2006. december 16-án fogadta el ezt a nagy jelentőségű egyezményt.* Magyarország az elsők között csatlakozott hozzá, 2007. március 30-án írta alá. Az egyezmény civil kezdeményezésű: először a mozgásfogyatékossággal élő személyek világszervezete, a Disabled People's International vetette fel szükségességét. Miután megszerezték néhány tagállam támogatását, 2001-ben Mexikó vitte a közgyűlés elé a javaslatot. Az Egyezmény a XXI. század első legmagasabb szintű nemzetközi emberi jogi szerződése. Több tekintetben is paradigmaváltást jelent, elsősorban a fogyatékosság társadalmi modelljének legmagasabb szinten való elismerése terén. *Elfogadásával a tagállamok végső soron arra kötelezik magukat, hogy a fogyatékos embert ne ellátandó tehernek, hanem olyan állampolgárnak tekintsék, akinek joga van saját döntései alapján saját életét élni.* A törvény előtti egyenlőségről szóló 12. cikk szerint minden ember egyformán jog- és cselekvőképes, és ha valaki ennek gyakorlásához segítséget igényel, akkor azt biztosítani kell számára. Vagyis a jövőben nem lehet a fogyatékos személyek életéről döntést hozni saját akaratukat figyelmen kívül hagyva. *Az Egyezmény nem ad fogyatékosságdefiníciót*, nehogy az a jövőben kirekesztővé váljon. Elismeri a szabad és tájékozott döntéshez való jogot, a személyi szabadsághoz való jogot, az oktatás terén az inklúzió szükségességét stb. A tagállamok szintjén a végrehajtást számottevő országon belüli és nemzetközi figyelem övezi." (Könczei, 2009a, 34–35. o.)

[1] https://www.who.int/topics/disabilities/en/

„*A fogyatékosságot meghatározó definíciók és kritériumok* – amelyeket a nemzeti törvények és más szabályozói szintek rögzítenek – *nagymértékben különböznek egymástól* (…) a fogyatékosság tartalmának definíciója különleges hatással van arra, hogy a kormányzatok és más szervezetek milyennek tekintik a fogyatékos embereket, és hogyan bánnak velük." (Könczei, 2009a, 7. o., általánosságokról lásd még alábbi keretes szöveget.) Ennek az Európán belül is létező eltérő fogalmi rendszernek és a rá épülő jog- és szolgáltatási rendszernek Könczei (2009a) egy egész kiadványt szentelt.

Témánk szempontjából a fogyatékossággal élő személyek csoport meghatározását kiegészítjük néhány általánosságban jellemző ténnyel:

Egy csoportnak tekintve a fogyatékossággal élő személyeket, a WHO 2011-ben a Föld lakosságának 15%-áról beszél.

- Ez az arány folyamatosan nő, melyben sok tényező játszik szerepet.
- 2 fogyatékossággal élő emberből 1 nem tudja megfizetni a számára szükséges kezeléseket.
- A fogyatékossággal élő embereknek törékeny az általános egészsége.
- A fogyatékosság fokozza a kiszolgáltatottságot és korlátozza a társadalmi részvételt.
- A szegénység aránya magasabb a fogyatékos személyek között.
- Ezek a hátrányok azért jellemzik őket, mert akadályozott a hozzáférésük az egészségügyi, oktatási, közlekedési, információs és foglalkoztatási szolgáltatásokhoz – amit legtöbbünk garantáltnak tekint.
- A fogyatékossággal élő személyek több csoportba sorolhatók – látás-, hallássérülés, testi- és mozgáskorlátozottság, intellektuális képességzavar, autizmus spektrum zavar stb.

Az egy csoportba tartozók is sokféle szempont szerint alcsoportokba sorolhatók: életkor, az állapot keletkezésének ideje (veleszületett vagy szerzett), súlyossága (enyhe, mérsékelt, súlyos, halmozott), az iskolázottság stb. szempontjából.

Látható, hogy a fogyatékosság meghatározása mennyire sokféle, hogy Könczei (2009a) szerint az ENSZ-egyezmény el is határolódik a definíciótól a visszaélések elkerülésének érdekében, ennek ellenére mégis találunk az Egyezmény 2. oldalán az 1. cikkben egy rövid meghatározást: „*Fogyatékossággal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.*" (CRPD, 2006, 2. o.)

Ezt a tömör megfogalmazást még kiegészítjük a fogyatékossággal élő személyek körének egy másik meghatározásával, melyhez a társadalmi modellt[2] leginkább képviselő

[2] „…a szociális, vagy társadalmi modell a fogyatékossággal kapcsolatos korlátozásokat egy, a társadalom által kreált problémának tekinti, mely alapvetően a társadalomtól és az általuk kialakított korlátokból ered, s ezek azok a korlátok, amelyek kizárják a fogyatékossággal élő személyt a társadalomban való teljes, minél teljesebb részvételből. Ennek megfelelően nem a fogyatékossággal élő egyént kéne kúrálni, hanem a társadalom korlátait lebontani." (Mikola, 2016, 24–25. o.)

FNO (lásd az alábbi keretes szöveget) *definícióját* hívjuk segítségül. Kit tekinthetünk tehát fogyatékossággal élőnek, a szolgáltatások potenciális igényteremtő körébe tartozónak? Mindenkit, aki *testi, érzékszervi vagy értelmi sérüléssel, továbbá mentális betegséggel küzd*.

Az FNO (a Funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozási rendszere) (WHO, 2001/magyarul 2003)

„Az FNO két főfejezetből áll, amelyeknek további két alkotóelemük van:

1. főfejezet Funkcióképesség és fogyatékosság
   a) Testi funkciók és struktúrák
   b) Tevékenységek és részvétel

2. főfejezet Kontextuális tényezők
   c) Környezeti tényezők
   d) Személyes tényezők
      - Mindegyik alkotóelem egyaránt kifejezhető pozitív és negatív fogalmakkal.
      - Minden alkotóelem különböző résztartományokból áll, továbbá minden résztartományon belül kategóriákból; ez utóbbiak az osztályozás alapegységei."

(FNO, 2009, 12. o)

A „(…) koncepció szerint a fogyatékosság független a diagnózistól, az élettapasztalat a hangsúlyos" (Kullmann és Kun, 2004, in Katona, 2014, 15. o.). Az élettapasztalatot ebből a szempontból tágan értelmezzük, és leginkább azért említjük, mert jelentősen befolyásolja a személy funkcióit a hétköznapi helyzetekben és a feladatok ellátása során. Vagyis, *a szervi sérülés ellenére a személy, bár akadályozott egyes tevékenységek ellátásában, de az élettapasztalat (pl. a gyógypedagógiai rehabilitáció során szerzett) a funkció szintjén kiegyenlítheti a szervi adottságból származó nehézségeket, hiányt.*

Fontos megjegyeznünk, hogy *a fogyatékossággal élő személyek nagyon heterogén csoportot alkotnak több szempontból*. A különböző sérülések az értelmi, testi és mozgás, az érzékszervi, autizmus spektrum és ezek kombinációi stb. mind külön alcsoportba tartoznak. Az egyes csoportokban *további heterogenitást okoz a fogyatékosság keletkezésének ideje*: veleszületett, vagy az életút egy adott pontján szerzett (kisgyermekkor, serdülő-, felnőtt- vagy időskor). A *fogyatékosság mértéke* is jelentős különbségeket okoz, lehetnek enyhe, mérsékelt és súlyos mértékben fogyatékosok a személyek. További szempontokat is tekintetbe vehetünk, *a biológiai károsodás és a funkció nem szükség szerint állnak összhangban*, hiszen a gyógypedagógiai nevelés-oktatás és a rehabilitáció pont a funkció területén fejti ki hatását.

A fogyatékossággal élő személyek és a fogyatékosságtudomány

A *fogyatékosság és anyaság/szülőség* az utóbbi időkben kevésbé mostohán kezelt témájával, mely szerteágazó problémakört tárgyal, elsősorban a *fogyatékosságtudomány és a feminista fogyatékosságtudomány* (lásd az alábbi keretes szöveget) foglalkozik, de találunk értékes publikációkat a gyermekvédelem, illetve a gyermekvédelmet támogató kutatások és az érdekvédelem, a fogyatékos embereket képviselő szervezetek részéről is. A publikációk jellemzően nemzetközi közlemények – magyar nyelven és hazai vonatkozásban kevés mű született.

A fogyatékosságtudomány nagyjából 40 éves múltra tekint vissza. A fogyatékos emberek mozgalmaiból nőtt ki, melyek az USA-ban az 1960-as években felerősödött emberi jogi mozgalmakat követően az 1970-es években kezdték tevékenységüket.

„A fogyatékosságtudomány a társadalmak politikáit és gyakorlatát vizsgálja, hogy jobban megértsük a fogyatékossággal kapcsolatos – sokkal inkább társadalmi, mint testi – tapasztalatokat. A fogyatékosságtudományt mint diszciplínát azzal a céllal fejlesztették ki, hogy a károsodás jelenségét kibogozza a mítoszoknak, az ideológiáknak és a stigmának abból a hálójából, ami ráborul a szociális interakciókra és a társadalompolitikára. E tudományág megkérdőjelezi azt az eszmét, amely úgy tekint a fogyatékossággal élő emberek gazdasági és társadalmi státuszára és a számukra kijelölt szerepekre, mintha azok a fogyatékossággal élő emberek állapotának elkerülhetetlen következményei lennének." Fogyatékosságtudományi Társaság, 1998 (Könczei, 2009a, 2. o.).

A *feminista fogyatékosságtudomány* feminista nézőpontból tárgyalja a fogyatékosságtudomány kérdéseit.

A fentiek alapján nyilvánvaló, hogy a fogyatékos emberek joga a partnerkapcsolatra, a családi életre, a gyermekvállalásra, a szülői szerep betöltésére és ezen belül a fogyatékossággal élő nők, anyák helyzete ezentúl nem megkerülhető sem tudományos szempontból, sem a terápiás, konzultációs gyakorlat szempontjából. A fogyatékossággal élő szülők száma az utóbbi időben nőtt, és ezért a kora gyermekkori időszakban releváns specifikus intervenciók, a szülő-csecsemő konzultációk/terápiák esetforgalmában is egyre gyakrabban találkozni fogunk velük.

A tanulmányban legtöbbször a fogyatékos anyákról esik majd szó, nem azért, mert elvitatjuk a fogyatékossággal élő férfiak apaszerepéhez való jogát, hanem mert jellemzően kevés az apákkal kapcsolatos információ, kutatás. Azokban az esetekben, amikor az apák helyzetéről lehetőségünk van említést tenni, minden esetben élünk vele.

A feminista szakirodalom képviselői közül az érdeklődők számára pl. a kanadai Malacrida (2008, 2009) említhető a témakör jeles kutatójaként. A fogyatékosságtudomány és a feminista fogyatékosságtudomány területét *participatív és emancipatív*[3] kutatások, írások is jellemzik. A 21. század első évtizedében megjelent ENSZ Egyezménynek köszönhetően *felerősödött a fogyatékossággal élő emberek bevonása a velük kapcsolatos kutatásokba (participatív), illetve az emancipatív kutatásokban ők maguk vették kezükbe az irányítást, mint olyanok, akik benne élve, belülről szemlélve helyzetük és problémáik legjobb ismerői*. Az emancipatív kutatók közül témánk szempontjából jelentős és gyakran idézett szerző Daniels, akinek 2019-ben publikált cikkére szintén hivatkozunk majd. A pszichológia területén is megjelennek a participatív/emancipatív publikációk, pl. Connie Conley-Jung munkáját idézzük (Conley-Jung és Olkin, 2001). A két magyar szerző – akiket idézni fogunk – egyike, Kálmán a participatív kutatások területét képviseli, míg Ozvári-Lukács mindkettőt.

A fogyatékosság definíció változása, az FNO, a Világjelentés a fogyatékosságról WHO kiadvány és az ENSZ-egyezmény a fogyatékos emberek mozgalmával kölcsönösen hatottak egymásra. Ezek együttesen pedig befolyással voltak a fogyatékossággal élő emberek mindennapi életére. S bár egyik fogyatékossággal élő szülőcsoport statisztikai adatai sem ismertek pontosan, mégis több szerző, pl. Lamont és Bromfield (2009) más forrásokra is hivatkozva állítja, hogy a számuk nő. Többféle magyarázatot találnak a kutatók a jelenségre. A változások hatással voltak pl. a *lakhatásra* is. A *„deinstitucionalizációs" törekvés*, a nagy létszámú, fogyatékossággal élő embereket a társadalomtól szeparáló intézmények felszámolása általánossá vált a fejlett társadalmakban, demokráciákban (Kálmán és Könczei, 2002; Könczei, 2009; Lányiné, 2017). Magyarországon korábban, a 90-es években az ún. *Kitagolás, ma a Kiváltás programok egyre több lehetőséget nyújtottak/nyújtanak kiscsoportos lakóotthonokban, vagy önálló lakásokban társakkal vagy házastárssal, családdal a közösségi lakhatásra.*

Az emberi jogi mozgalmak és a fogyatékos emberek mozgalmai az egyén szintjén növelték az érintettek önrendelkezési jogát, az empowermentet (képessé tételt)[4] *a hatalommal való felruházást*. Társadalmi szinten talán a legfontosabb hatótényező a folyamatban a fogyatékos emberek jogait tartalmazó ENSZ Egyezmény (2006) volt, melyhez egyre több ország csatlakozik, és hazánk elsők közt ratifikálta. Ennek hatására, ezzel párhuzamosan általánossá váltak az *anti-diszkriminációs törvények* a fejlett gazdaságú államokban (Bernard, 2007; Feldman és mtsai., 1997; McConnell és mtsai., 2006; Pixa-Kettner, 2008; Feldman és mtsai., 1997; McConnell és Llewellyn, 2002, in Lamont és Bromfield, 2009).

A fogyatékossággal élő női aktivisták továbbra is kritizálják még a fogyatékossági és a feminista mozgalmakat is abból a szempontból, hogy kevés figyelmet szentelnek a

---

[3] Az *inkluzív (befogadó)/résztvevő kutatások* két formájáról van szó: az első a participatív jellegű kutatás, amikor a fogyatékos és a nem fogyatékos személyek kutatótársakként vesznek részt a folyamatban. Emancipatív a kutatás akkor, ha a teljes kutatást fogyatékos emberek tervezik és irányítják – vö. Nind, 2008; Marton és Könczei, 2009; Heiszer, 2015.

[4] Bővebben a fogyatékosságtudományi fogalomtárban 2009. http://mek.oszk.hu/09400/09410/09410.pdf

specifikusan fogyatékossággal élő nők problémáira (pl. Morris 1991, 1996; Sheldon, 2004; Vernon, 1997, 1999, in Camilleri-Zahra, 2016), mégis, a mozgalmak elérték, hogy csökkentek az erőszakos, a családalapítást megakadályozó intézkedések világszerte. Fontos tény, hogy a legtöbb országban tiltott lett és megszűnt elsősorban az *intellektuális képességzavarral (IKZ)*[5] élők esetén a korábban általános gyakorlatként alkalmazott *kényszersterilizáció,* de a várandósság megszakítására tett javaslat még élő probléma más fogyatékossági csoportok esetén is.

Néhány statisztikai mutató

Mekkora populációról beszélünk? A felnőtt, fogyatékossággal élő szülők, szülőpárok száma nem pontosan ismert. Ennek egyik oka, hogy a társadalom olyan szinten nem vesz tudomást létezésükről, hogy megbízható statisztika sem áll rendelkezésre róluk. Ez adódhat diszkriminációmentes attitűdből, azonban az adathiány következménye súlyos, mert így a pozitív diszkriminációra, szolgáltatások kialakítására sem nyílik lehetőség, hiszen számszerűen nincsenek igényteremtők.

Az ismeretlen esetszám nemzetközi jelenség. A rendelkezésre álló adatok is többségükben becslésekből és nem országos felmérésekből születtek, valamint az önbevalláson alapuló statisztikai adatok megbízhatósága is kérdéses. A még mindig kevés és megbízhatatlan statisztikai adatállomány nem fedi le az összes atipikus populációt, de pl. az Egyesült Királyságban a teljes, máshol egy-egy csoporttal kapcsolatban sikerült az elmúlt 20 évben feltárt adatokhoz hozzáférnünk.

A 21. század első évtizedében az Egyesült Királyságban 1,7 millió szülő azonosította magát fogyatékossággal élőnek (Morris és Wates, 2006). Egyes szerzők szerint, ha a szülők nem tartanának a hatósági ellenőrzésektől és a megkülönböztetéstől, a Morris és Wates által közölt szám jelentősen magasabb lenne (Booth és Booth, 2005; Llewellyn és mtsai., 2003; Sheerin, 2001; Swain és mtsai., 2003, in Daniels, 2019).

Figyelemfelkeltő, hogy a legtöbb statisztika az IKZ-val élő szülőkkel kapcsolatban ismert. Holland kutatók Schrojenstein és Lantman-de Valk (2002) vizsgálatára hivatkozva feltételezik, hogy nagyjából 110 000 intellektuális képességzavarral (IKZ) élő személy élt a 2000-es évek elején Hollandiában. Közülük az enyhébb IKZ csoportba tartozók, a teljes IKZ népesség kb. 1,5%-a lett szülő (Willems és mtsai., 2007). Emerson és munkatársai 2005-ös adatai alapján egy 3000 fős IKZ-val élő csoport 7%-ának voltak gyermekei, míg Booth és Booth (2005) szerint feltételezhetően 26 000 és 250 000 között lehet az IKZ-val élő szülők száma (in Morris és Waits, 2006).

Ausztrál adatok alapján a szülők 1-2%-a él IKZ-val a teljes népességhez viszonyítva (Lamont és Bromfield, 2009). Schuhengel és munkatársai (2017) idézik Man és Llewellyn 2016-os cikkét az ausztrál nemzeti fogyatékossággal élők háztartásait érintő felmérésre hivatkozva, mely a következő előfordulási adatokat közli: az ausztrál szülők 0,48%-a fogyatékossággal él, közülük 8% IKZ-val, 21% más fogyatékosságokkal.

[5] *Intellektuális képességzavar:* röviden IKZ, más néven értelmileg akadályozott személy.

Preston és Jakobson (1997) szerint 8,1 millió fogyatékossággal élő szülő van az Egyesült Államokban. Conly-Jung és Olkin 2001-ben szintén az Egyesült Államokban 350 000-re becsülte a látássérült szülők számát.

Daniels (2019) amiatt, hogy *a tudományos és statisztikai adatokból is hiányoznak a fogyatékosságra utaló tények,* így fogalmaz: „A társadalom kollektív családjának tudattalan szintjén a fogyatékosság ténye önmagában megakadályozza, hogy a fogyatékossággal élő nő gyakorolja anyává válásához való emberi jogát." (Daniels, 2019, 114. o.) Megemlíti, hogy miközben az átlag népességre vonatkozóan vannak adatok pl. a fertilitás mértékéről, addig a fogyatékossággal élő nőkről nincsenek, és más vonatkozásban is hiányoznak a statisztikából (lásd fentebb), „(…) gyakorlatilag semmit nem tudunk a gyermekvállalás korú nők számáról (…), várandósságáról, a szülések és abortuszok számáról." (Daniels, 2019, 114. o.)

Daniels gondolatai átvezetnek a statisztikai adatok ismertetésétől a fogyatékossággal élő emberek személyes életét érintő kérdések bemutatására.

A felnőtt élethez, az intimitáshoz, a szülőséghez való jog

„A *szexuális igények* megléte minden emberre jellemző, alapvető eleme az emberi létezésnek. Az értelmi és sok szempontból az érzékszervi és testi fogyatékosság és a szexualitás kapcsolata azonban még ma is kényes kérdésnek számít. A család mellett a szakemberek egy része is csaknem aszexuális lényként kezeli nemcsak a gyermeket, de a fogyatékos felnőttet is. Ez a hozzáállás a felnőtt számára megalázó…" (Győri, 2009, 33. o.) *A gondolkodás pedig egyszerűen kikerüli annak lehetőségét, hogy fogyatékossággal élő embereknek gyermekük születhet.*

A közvélemény és a szakemberek is gyakran gondolják, hogy felelőtlenség fogyatékossággal gyermeket vállalni, annak esélyével, hogy a fogyatékosság esetleg örökíthető. Az ép társadalom egyes tagjait taszítja a gondolat, hogy a fogyatékossággal élő személyek újabb „fogyatékossággal élő generációt" szüljenek, az újabb generáció pedig az ép társadalom ellátására szoruljon – az alapfelvetés ugyanis az, hogy a fogyatékossággal élő személyek nem képesek gyermekeik gondozására, ellátásuk biztosítására (Kauffman és mtsai., 2009).

Ebből eredően *a szolgáltatások kialakításának, elérhetőségének szintjén tapintható a hiány*. Amennyiben „nincsenek" fogyatékossággal élő anyák, akkor természetes, hogy az anyaságuk gyakorlását megkönnyítő/támogató szolgáltatások sincsenek, vagy rendkívül nehezen érhetők el, miközben az átlag népesség számára ezek a szolgáltatások hivatalosan rendelkezésre állnak. A fogyatékossággal élő anyák létének „láthatatlanságát" bizonyítja tehát az is, hogy a szükséges támogatások, szolgáltatások hiányoznak a palettáról (Pendo, 2008, in Daniels, 2019).

Magyar kutatók is hasonlóan fogalmaznak: „A fogyatékossággal élő nők tapasztalatai és szükségletei észrevétlenek maradnak" annak ellenére, hogy „A nőiség, s a felnőtté válás sztereotipikus konstrukciójának elengedhetetlen része az anyaság." (Katona és mtsai., 2016, 98–99. o.) Nemcsak a felnőtté válás jelképe a szülőség, hanem „*A társadalmi inklúzió megnyilvánulása a fogyatékossággal élő ember teljes értékű, felnőtt szerepének megvalósulása.* Az ENSZ-egyezmény értelmében a felnőtté válásnak társadalmi feltételei

is vannak, a társadalomnak biztosítani kell azokat a kereteket, amelyek lehetővé teszik a felnőtté válást, és a társadalmi részvételt. Mindebben nem szabad figyelmen kívül hagynunk az egyéni feltételeket sem, az emberi jogi megközelítés szerint a fogyatékossággal élő embereknek is tenniük, olykor küzdeniük kell a megvalósulásért." (Könczei és Hernádi, 2011, in Katona, 2014, 10. o.)

Ezzel szemben a feléjük közvetített „társadalmi szerepek gyakran a *függőség*, *passzivitás* és *meghúzódás* elvárásaival jellemezhetőek, amelyek a felnőtté válással szemben hathatnak, és *gyerekszerepbe*, *betegszerepbe*, vagy *permanens posztadoleszcenciába* kényszerítheti őket" (Katona, 2010; Krémer, 2011, in Katona, 2014, 12. o.).

A fogyatékos gyermekek és fiatalok szexuális nevelése, a felnőtt szerepekre és a családi életre való felkészítése, ha nem is teljesen mellőzött, mindenképp hiányos. Nemcsak a szülőség, hanem a szexualitás ténye, vagy a jog a szexualitásra is megkérdőjeleződik az intellektuális képességzavarban élők esetében különösen. Tévhit, hogy a fogyatékos személyeknek nincs szükségük szexuális nevelésre. A szülők is szívesen gondolnak felnőtt gyermekükre úgy, mintha aszexuális lenne (Zolnai, 2001), bízva abban, hogy minden ezzel kapcsolatos további bonyodalmat megelőznek és kizárnak az életből. Ha a fogyatékos személyek aszexuálisak, akkor a szexuális nevelés nem helyénvaló szexuális viselkedésre fogja sarkallni őket, és nem tudnak majd megbirkózni saját szexuális késztetéseikkel (Krupa és Esmail, 2010; Hicks, 1980, in Davies, 1996). Mindennek hátrányos hatása nemcsak a családalapítás, szülővé válás szempontjából jelentős, hanem hozzájárul a fogyatékos ember védtelenségéhez és kiszolgáltatottságához is. Ismert tény, pl. Loumiet és Levack (1993) közli, hogy *a fogyatékossággal élő gyermekeket, fiatalokat, felnőtteket és akár gyermekeiket is gyakrabban éri szexuális zaklatás és abúzus, illetve sokkal nagyobb mértékben vannak ennek kitéve, mint a társadalom egyéb tagjai* (szexuális bántalmazásról bővebben lásd Lénárd tanulmányát a jelen kötetben). Kwam 2005-ös kutatásába 18–65 év közötti látássérült felnőtteket vont be, akik látásukat 18 éves koruk előtt vesztették el. E populáció tagjai 18 éves koruk előtt súlyosabb szexuális abúzusról számoltak be, mint az azonos korú látó populáció, a gyakorisága is jelentősebb, a látássérült személyek között 21%, míg a látók között 12% (Kwam, 2005, in Duhonyi, 2019). A szexuális zaklatás, abúzus szülőségre gyakorolt hatásáról később még lesz szó. *Az értelmi fogyatékossággal és a legsúlyosabb fogyatékosságokkal élő személyek még inkább kiszolgáltatottak ezen a téren,* de jelen tanulmányban csak a szülők szempontjából említjük a témát, lásd még később Lamont és Bromfield (2009) értelmi sérült szülőkkel kapcsolatos közlését.

Győri hangsúlyozza, hogy „*A családi nevelés és a rehabilitációs folyamat szerves és természetes részévé kell, hogy váljon a szexuális nevelés, a szexualitás méltó módon való megélésének lehetősége, tanítása.* Ehhez szükséges, hogy tabuk nélkül, őszintén tudjanak beszélni a témáról az érintettek, a családtagok és a szakemberek. Ma már rendelkezésre áll elegendő információ és tudás, mely kellő empátiával és érzékenységgel átadható és gyakorlattá formálható. Az egészségügy, oktatás és szociális ellátás területén dolgozó valamennyi szakember dolga, hogy kellő ismereteket szerezzen e téren is, valamint, hogy tudatosítsa saját esetleges előítéleteit, korlátait, attitűdjeit a szexualitással kapcsolatban. Ez elengedhetetlen ahhoz, hogy kellő érzékenységgel tudjon támogatást nyújtani." (Győri, 2009, 33. o.) *A szexuális nevelésnek pedig részei a várandósság, a szülés és a gyermekgondozás, a szülőség témái is.*

A felnőtt ember számára a család és a szülői szerepek betöltése fontos egyéni érték, amely a társadalom részéről is elvárt. Az anyaság a nők identitásának része és a nők biológiai kiváltsága – függetlenül attól, hogy ép testben és értelemben rejlik-e a nő (Kálmán, 2010). Ennek ellenére a társadalmi vélekedés általánosan megkérdőjelezi a fogyatékossággal élő nők képességét a várandósságra, a szülésre, a gyermekgondozásra és -nevelésre. „A fogyatékos nők nemi szerepét régóta semmisnek tekintő társadalom kevés energiát fektet abba, hogy felismerje, képesek a szerelemre, partnerségre és anyaságra." (Gill, 1996a, 189. o., in Kálmán, 2010, 6. o.) Az apaságra való vágy természetes helyénvalósága ellenére, a felnőtt férfiak családban való kiteljesedésének igénye szintén akadályokba ütközhet a környezet részéről. Kirschbaum és Olkin (2002) tömören úgy fogalmaznak, hogy a szülőség az utolsó korlátozás a fogyatékossággal élő emberek számára (vö. Molden, 2014).

A következő részben a fogyatékossággal élő szülők nehézségeiből, megoldásaiból válogattunk a tanulmány szempontjából fontosnak tartott ismereteket. Az egyes alcsoportok esetében nem egyforma számban és mélységben tudunk hivatkozással élni, mert a feltárt irodalom nem tett többet lehetővé. Ez is mutatja, hogy nagy különbségek vannak a kutatások területén az egyes fogyatékossági csoportok között.

A különböző atipikus populációkba tartozó szülőkről

Nehézségek a gondozásban, nevelésben

A „más anyaságot", bármely forráshoz nyúlunk, mindegyikben és mindenki beszámolójában a *gyakorlati gondozási, nevelési feladatok megvalósítása* jelentette. A megkérdezettek az anyaság más vonatkozásaiban (pl. érzelmi aspektus) azonosnak tekintik magukat a nem fogyatékossággal élő anyákkal. Kálmán (2010) leszögezi, hogy mindegyik véleményt átszövi a boldog együttlét igénye, a fejlődés támogatása és a biztonság megteremtésének sajátos módjai.

A korai időszakban a kihívást minden anya számára, különösen az elsőként szülőkében a gondozási feladatok jelentik, és ez így van a fogyatékossággal élő anyáknál is. Az ő esetükben az extra kihívást *a hétköznapi élet adaptív technikáinak kitalálása és alkalmazása* jelenti. Ahogy telik az idő, növekszik a gyermek, és a korábban rutinná vált tevékenységek egyre kisebb szerepet kapnak, helyüket átadják másfajta nevelési helyzeteknek. Minden életkornak megvannak a sajátos kihívásai, és ezek a kihívások részben univerzálisak, minden anya szembesül velük, részben az anya fogyatékosságához és képességeihez igazodva nagyon egyedi megoldásokat kívánnak. *Más és más jelent kihívást minden fogyatékosságtípus esetén, de vannak az eltérő fogyatékosság ellenére közös nehézségek is.* A látássérült anyáknak pl. a gyermek mozgása testközelségből még könnyen kontrollálható, viszont amikor a gyermek mozgásfejlődésében eléri a helyváltoztatást, az már problémát jelenthet, különösen azért, mert ilyenkor a gyermekek többnyire még nem beszélnek (lásd még játszótéri példa kicsit idősebbeknél). A mozgáskorlátozott anyáknak szintén a helyváltoztatás, a hallássérült anyáknak a gyermekük beszédfejlődé-

sének támogatása jelenthet nehezen vagy nem leküzdhető problémát stb. Jelentős szakaszváltást jelent a gyermek közösségbe kerülése, hangsúlyosan pedig az iskolába lépés. A felnőtté válásig, függetlenedésig minden életkor elhozza a maga új alkalmazkodási feladatát, kreatív stratégiák kidolgozását igénylő fejlődési kihívásokat, melyek örökös technikai adaptációt igényelnek.

Intellektuális képességzavarral (IKZ) élő szülők esete

A gyermekvállalás kérdéséről Katona és Szűcs (2016) idézi a Nők Lapja Café „Miért ne lehetne nekem is gyerekem?" című cikkét, amely „(…) a fogyatékossággal élő nők gyermekvállalásának jogáról szól. A cikkben találkozhatunk látás-, hallás- és mozgássérült anyák történeteivel, de *intellektuális fogyatékossággal élő nők* nem kerülnek elő. Ők még a fogyatékossággal élő nők között is perifériára szorulnak ebben a kérdésben." (Katona és Szücs, 2016.)

„A szülői szerepre való képesség megkérdőjeleződése elsősorban az intellektuális fogyatékossággal élő nőket érinti." (Katona és mtsai., 2016, 99. o.) A nemzetközi kutatások viszont azt bizonyítják, hogy az intellektuális képesség nem a legfőbb beválási tényező a szülőség szempontjából (Aunos és mtsai., 2008). Ezt a vélekedést erősíti Willems és mtsai. vizsgálata (2007) is, melyben a részt vevő IKZ-val élő szülőket és szakember segítőiket kérdezték meg. Leszögezik, hogy *az IQ önmagában nem elegendő a szülőség minőségének a bejóslásához*. Ugyanők úgy vélik, hogy a szülőség akadályozása az IKZ népességben hibás gyakorlat lenne több okból. Részben valószínűleg eredménytelen lenne egy ilyen intézkedés. Másrészt az IKZ-val élő szülők társadalmi elfogadását is akadályozná (Willems és mtsai., 2007). Willemsnek és munkatársainak vizsgálata (2007) kifejezetten a sikeres szülőség tényezőit kívánta feltárni. Ők is megállapították többek közt Aunos és munkatársaival összhangban, hogy az IQ egymagában nem jelzi a szülőség minőségét.

Jelentős átfogó tanulmány szerzői Lamont és Bromfield (2009), akik 25 korábbi cikk összefoglalóját közlik az ausztrál gyermekvédelem számára. Ezek közül 13 kvantitatív kutatásból és 5 kvalitatívból származott, míg 7 a két módszer ötvözésén alapult. A legtöbb kutatást egyetlen kutatócsoport végezte egy adott országban. Az eredmények nem általánosíthatók biztonsággal a teljes IKZ populációra, mert a cikkek módszertanilag különböznek, a vizsgálatban résztvevő személyek felkutatásának módja eltérő, és a populáció nem egységesen definiált. A vizsgálatok többsége a kockázati tényezőkre helyezte a hangsúlyt, de nem mérlegelte a kockázat mértékét, és nem vette számításba a lehetséges védőfaktorokat és a szülők erősségeit (Molden és mtsai., 2003, in Lamont és Bromfield, 2009). A feldolgozott kutatások olyan országokban folytak, melyekben vannak már szolgáltatások, támogató hálózatok (pl. az angol nyelvterületen, Hollandiában és a skandináv államokban, esetenként Németországban). A szerzőpár munkájának indítéka az volt, hogy feltárják az *IKZ-val élő szülők és családjaik magas részvételi arányának okait a gyermekvédelemi eljárásokban*. Először az IKZ definícióját ismertették; majd vizsgálták, hogy van-e kapcsolat a szülői kompetencia és az IKZ között, mennyire jellemzők az IKZ szülőkre azok az elhanyagolásra és bántalmazásra veszélyeztető tényezők, amelyek gyermekvédelmi beavatkozást igényelnek, milyen szakmai kompetenciákkal, milyen szerepet töltenek be a segítő-támogató szervezetek az IKZ szülők életében?

Az állapot meghatározásánál tág értelemben és funkcionális szempontból közelítettek. Véleményük szerint, mely nem maradéktalanul egyezik a hazai IKZ felfogással, az értelmi fogyatékosság, a tanulásban akadályozottság, a fejlődési zavar és a tanulási nehézség egyaránt a személy alacsony intellektuális működését eredményezheti. Bár tágabb kört vontak be a vizsgálatukba, mi az intellektuális képességzavar kifejezést fogjuk használni, amikor elemzésük eredményeit bemutatjuk, ők is így tettek az eredeti műben. Az idézett cikkben az IQ határok nagyjából megegyeznek a Magyarországon használt besorolásokkal (*IKZ 70 IQ pont alatt és retardáció*[6] *80–70 IQ pont között*), az alkalmazott definíció hangsúlyozza az adaptív működés jelentőségét. A következő *funkcióbeli korlátokat* emelik ki: a közösségi együttélés szempontjából jelentős készségekben megmutatkozó indikátorok, mint a *kommunikáció, önellátás, tudatosság, a biztonság szempontjai, önirányítás*. Hangsúlyozzák, hogy az IKZ nagyon személyhez kötött jellemzőkkel bír, ezért amikor a szülői készségek vizsgálatára sor kerül, egyénileg kell azokat mérlegelni. A szerzők a bírósági eljárásokban kifogásolják a hozzáértés hiányát, a szakértői vizsgálatok IQ orientációját. A szerzők állásfoglalása, hogy a *hiány-/deficitorientált megközelítés helyett megoldásfókuszú megközelítésre van szükség*. A megoldásfókuszú megközelítés lényege ebben az esetben annak megállapítása, hogy amennyiben szükséges a támogatás a személy számára, az konkrétan miben nyilvánuljon meg. *Az IKZ-val élő szülők hozzásegítése az adaptív közösségi részvételhez és szülőségük gyakorlásához sokkal fontosabb szempont, mint hiányosságaik, gyenge képességeik vizsgálata* (Lamont és Bromfield, 2009). (A szülőség egy lehetséges intervenciós támogatásáról lásd a következő keretes szöveget.)

A szerzőpáros a korábbi vizsgálatok alapján *a szülői stressz és a hatékony működés* kérdését részletesen elemezte. Összegezték a szülők és a családok körülményeit, a szülők múltját. *Számtalan stresszforrást* azonosítottak, melyek a szülőségük „jó" gyakorlásában akadályozták őket, és amelyek társadalmi, közösségi problémákkal azonosíthatók, illetve szolgáltatásokkal feloldhatók, de legalábbis hatékonyan támogathatók. A feltárt szempontok között szerepel a szülők múltjában az elhanyagolás és szexuális visszaélés. A fizikai egészségi állapotuk az átlag népességhez viszonyítva gyengébb. A mentális betegségek gyakorisága, a depresszió, bipoláris zavar stb. gyakrabban fordul elő közöttük. Rosszak a lakáskörülményeik, alacsony a jövedelmük, a foglalkoztatottságuk. Izoláltak, legtöbbször családi támogatás sem áll rendelkezésükre. A szolgáltatásokat nem igénylik, mert nem tartják megfelelőnek, inkább diszkriminatívnak ítélik, és következményeként a családot veszélyeztető hatósági lépésektől tartanak. Összességében úgy ítélik meg, hogy a szolgáltatók nem tartják tiszteletben az emberi méltóságukat, és nem megfelelően nyújtanak támogatást számukra.

Lamont és Bromfield leszögezik, hogy ezek a családok a fenti okokból *nagymértékű stressznek vannak folyamatosan kitéve. Az ilyen mértékű stressz akadályozza őket a szülőségük hatékony gyakorlásában*. A vizsgálatokból az is kiderül, hogy a szolgáltatók, akiknek feladatuk lenne a családok, a fogyatékossággal élő szülők segítése, pedig ismereteik, készségeik hiányosságaira és inadekvátságára hivatkoznak (Llewellyn és mtsai., 1997; McConnell és mtsai., 2006, in Lamont és Bromfield, 2009).

---

[6] A BNO által használt mentális retardáció kifejezés a hazai gyógypedagógiában a nem IKZ, de gyenge intellektussal rendelkező (IQ 85–70 között) populáció megjelölésére terjedt el (Csákvári, 2013, 7. o.).

Az IKZ-val élő szülők gyengébb fizikai és mentális egészségi állapotát, alacsony támogatottságát és szocioökonómiai státuszát újabb publikációkban Hatton és mtsai. (2017), valamint Llewellyn és Hindmarsh (2015) is megerősítették (in Pethica és Bigham, 2018).

Természetesen a kockázati tényezők feltárása nagyon fontos, hiszen csak ezek birtokában lehet az IKZ szülők támogatási szükségletét, illetve azokat a helyzeteket számításba venni, melyekben a veszélyeztető tényezők felléphetnek. Az összefoglaló leszögezi, hogy nem a tények, hanem a pusztán ismerethiányból táplálkozó előítéletek, prekoncepciók láttatják az IKZ szülőket veszélyeztetőbbnek, mint a nem IKZ szülőket, nincs rá semmilyen tudományos bizonyíték, hogy tényleg gyakrabban válnak-e gyermekeik elhanyagolttá és vannak-e kitéve bármely féle bántalmazásnak, mint a többségi társadalomban (Booth és mtsai., 2004, in Lamont és Bromfield, 2009).

Az ausztrál – angolszász szakirodalom több szerző (pl. Booth és Booth, 2005; Frohmader és Ortoleva, 2012; Steele, 2016; Tobin és Luke, 2013; Zampas és Lamačková, 2011, in Daniels, 2019) munkáira támaszkodhat ebben a témában. Lamont és Bromfield (2009) az angolszász kutatásokon kívül holland és skandináv forrásokra is támaszkodott. Bár a kutatások heterogenitása az összefoglaló tanulmány elkészítésében az általánosításokat korlátozta, mégis a legátfogóbb képet nyújtja az IKZ-val élő szülők és családjaik nemzetközi szintű helyzetéről.

A következő keretes szövegben ismertetjük Sara esetét (Pethica és Bigham, 2018) és később Kálmán (2010) kutatását, majd ezekből Lamont és Bromfield kutatását kiegészítve itt említjük meg azon megfigyeléseket, hogy az IKZ szülők értelmi akadályozottságuk következtében kevésbé ismerik fel saját érdekeiket és érdekeik, szükségleteik érvényesítésének lehetőségét. Nagyon fontos lehet számukra az ezzel járó emelkedett stresszhatások kezelésében nyújtott környezeti segítség. Valódi igényeik felismerésében való támogatottságuk nyitottabbá teszi őket gyermekük igényeinek szenzitívebb befogadásában is. Szükséges, hogy az igényeikhez igazodó, időben történő, minden, a sérültségből és annak következményeiből adódó szempontot tekintetbe vevő, felelős támogatáshoz jussanak. Ezt a támogatást nyújthatja számukra a felelősségteljes, közvetlen – pl. családi – környezetük, mentorok stb. A segítségnyújtás szükségessé válhat, akár a mindennapi családi dinamikát érintő szituációkban, akár a gyermekük életét nagymértékben befolyásoló döntési helyzeteikben.

Jó gyakorlat – példa egy hatékony intervencióra IKZ-val élő szülő esetében

Sara[7] esettanulmányát Pethica és Bigham közölte (2018). Az esettanulmány azt tanúsítja, hogy nem az IKZ az egyetlen felelős az anyai gondozási/nevelési hiányosságokért. Sara esete jól illusztrálja a *transzgenerációs hatásokat, a saját élettapasztalatok lenyomatát a gyermeknevelésre*. Sara kisgyermekkorában nevelőszülőkhöz került, és az évek során számtalan nevelőszülője volt. Olyan szülőkép, minta kialakítása, melyet anyává válása

[7] A Sara kitalált név.

során alkalmazhatott volna, nehezített volt. Amikor 18 éves lett, önállóan kezdett élni, bár nehézséget okoztak neki a hétköznapi feladatok, és nagyon sebezhető volt. Enyhe IKZ diagnózist 19 éves korában kapott. A munkamemóriája alacsony szintű, lassú feldolgozás és gyenge beszédértés jellemzi, de az aktív beszédében is vannak nehézségei, mert szókincse alacsony szintű, és ezért nehezen fejezi ki magát, konkrét fogalmakat használ. Beszédének pragmatikai jellemzője, hogy nem érzi, ha a közlési módja félreérthető, és ez következményeket, pl. negatív megítélést vonhat maga után. Egy-egy konkrét megfogalmazása súlyos félreértésekre adhat okot, pl. azt mondja: „ordítok", ahelyett, hogy azt mondaná: hangosan beszéltem a gyerekkel. Korábban pszichoterápiában részesült érzelemszabályozási zavara miatt. Nem sokkal 19 éves kora után élettársi kapcsolatot létesített, és két gyermeke született, élettársával most is egy háztartásban élnek. Nehezen tudja kifejezni az igényeit is. A gyermekeiét és a saját érzelmeit sem tudja szóban megfogalmazni. Szociális és gondozói támogatást kapott, de attól való félelmében, hogy a gyermekeit elveszik tőle, elhallgatta a problémáit, és ellenálló volt. Frusztrálta és az önbecsülését aláásta, hogy folyamatos szakember kontrollja alatt áll.

Sara végül videótréningen vehetett részt, mely igazodott a képességeihez, és az erősségeire alapozta az intervenciót. Intervenciója az úgynevezett *Videó-alapú Interakció Támogatás* (*Video Interaction Guidance*-re – *VIG*; Kennedy és mtsai., 2011; lásd bővebben a nemzetközi videotechnikával dolgozó módszerekről Danis tanulmányát könyvünk II. kötetében) módszerre épült. A VIG a szülő-csecsemő konzultációhoz hasonlóan alkalmazza a *video-feedback* módszerét. Sara összesen 11 alkalommal részesült az intervencióban. Minden ülés két részből állt, egyiken videófelvétel készült Sara interakcióiról a gyermekeivel, a másikban a szakember által kiválasztott videórészleteket együtt nézték meg. A felvételek 10 perc, a visszajelző ülések 1 óra időtartamúak voltak. A módszert személyes igényeihez igazították, továbbá Hodes és munkatársai 2018-as javaslatait követve konkrét készségekre és viselkedés kialakítására fókuszáltak, emlékkönyvet használtak, melyben nemcsak verbális tartalmakat, hanem tárgyi, fotóemlékeket lehetett rögzíteni, és két ülés közötti célokat tűztek ki. A formális hatásvizsgálatok nem voltak adekvátak Sara esetében, de részben az intervenciót folytató szakember tapasztalta Sara interakcióinak fejlődését mennyiségi és minőségi szempontból is, másrészt a családdal kapcsolatban lévő más szakemberek is megerősítették ezt a tapasztalatot. Sara megjelenése és viselkedése felszabadultabb lett, és kifejezte, mennyire jól érezte magát az intervenció alatt. A találkozások eredményének éli meg, hogy kompetensebbnek érzi magát a gyermekeivel való kapcsolatában, és további intervenciókban szeretne részt venni. Jelentős eredménynek tekinthető, hogy a gyermekvédelmi listáról Sara és gyermekei lekerültek. A kutatók elérték céljukat az *anyai szenzitivitás és reflektív képesség* fejlesztése terén, melyek a *biztonságos kötődés* kulcselemei (lásd bővebben e fogalmakról Tóth kötődésről szóló tanulmányát a jelen kötetben). Felhívják azonban a figyelmet arra, hogy az IKZ-val élő szülőknek a megtanult készségeket nem könnyű új interakciós helyzetekben alkalmazni, ezért Saranak további támogatásra van szüksége. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy már az intervenció során is hasznos lett volna a kiválasztott videófelvételeket feltölteni az anya telefonjára, amivel a kompetens anyaságát az ülések között is követhette és elmélyíthette volna, de az utógondozás során ezt már megvalósították (Pethica és Bigham, 2017).

Érzékszervi sérült és mozgásukban akadályozott szülőkkel végzett vizsgálatok

Látássérült szülők

A fogyatékossággal élő személyek szülőségével kapcsolatban a legelső publikációk egyike az 1977-ben megjelent tanulmány a látássérült szülők és csecsemőik interakciójának vizsgálatáról, melyben olyan jól ismert kutatók is részt vettek, mint Tronick és Brazelton. Adamson és jeles munkatársai (1977) e vizsgálatuk során arra a következtetésre jutottak, hogy *a kölcsönösen kielégítő csecsemő-szülő kapcsolat nem függ a látássérüléstől.* A vizsgált családok esetében a sikeres kapcsolatkialakítás alapjának sokkal inkább az érzelmi kölcsönösség bizonyult.

Collis és Bryan (1981) négy családban végezték a kutatásukat, ahol a szülők legalább egyik tagja látássérült volt, a gyermekek 9 hónapos és 2 év 9 hónapos kor közöttiek voltak. A kutatás azt bizonyította, hogy a szülők fogyatékossága alig érintette kapcsolatukat a látó gyermekeikkel. *Még a látszólag látáshoz kötött társas kölcsönösségi helyzetekben is a szülők áthidalták a nehézségeket.* A verbális és a nem-verbális interakciók is adaptálhatónak bizonyultak a vaksághoz, és a tipikus kapcsolatnak teljesen megfeleltethetők voltak. Saját tapasztalatból illusztráljuk ezt a helyzetet: egy vak apa szín szerint nevezte meg a játékszereket a gyermekének, melyeket a közös játékukban szeretett volna használni.

Hallássérült szülők

Roos és munkatársai (2016) Svédországban egy nagyobb kutatás részeként 12 siket, súlyos mértékben nagyothalló gyermek korai társas kapcsolatát és mentalizációs képességük fejlődését vizsgálták, beleértve a gyermekek és szintén *súlyos mértékben hallássérült szüleik* interakcióit az első 18 hónapban. Az Interszubjektivitás Fejlődésének Elméleti Modelljét (Loots és mtsai., 2006, in Roos és mtsai., 2016) és az interszubjektivitási pillanatok meghatározását (Loots és mtsai., 2005, in Roos és mtsai., 2016) alkalmazták a vizsgálat és az elemzések során. Azt tapasztalták, hogy a résztvevő csecsemők az interszubjektivitás tipikus fejlődését követték minden tekintetben. A fejlődést a szülők nem folyamatos szemkontaktussal, hanem *tekintetkövetéssel* tartották fenn. *A szülők komplex vizuális kommunikációs eszközöket használtak a közös figyelmi helyzet fenntartásában, és azt várták a csecsemőtől, hogy az interakció jelentésének megértéséhez ő is a tekintetkapcsolatot használja.* A vizsgálatuk konklúziója az, hogy szemben a látó szülők és tanárok gyakorlatával *a siket szülők úgy alakítják az interakciókat, hogy a csecsemő az eseményeket és a tárgyakat egyszerre tudja megfigyelni, amikor jelnyelven megjegyzést fűznek hozzá.* Siket gyermekek halló szülei általában a fogyatékosság megszüntetését vagy legalábbis csökkentését remélik a manapság már természetesen alkalmazott cohleáris implantációtól, és arra várnak, hogy a hangzó beszéd elsajátítását támogathassák, nem tanulják meg a jelelést, és nem jelelnek ebben a korai időszakban a gyermekkel, mellyel a szerzők álláspontja szerint értékes, pótolhatatlan időt veszítenek el. A kutatásban résztvevő siket szülők meg voltak arról győződve, hogy siket csecsemőjük képes arra, hogy megértse, amit szülei jelnyelven mondanak neki, és közben összpontosítani tud az interakció szerinti tárgyakra vagy eseményekre. A vizsgált szülők kezdetektől jeleltek

csecsemőjükkel, és a már említett gazdag vizuális kommunikációval vettek részt a kapcsolatokban (Roos és mtsai., 2016).

Mozgáskorlátozott szülők

Kirschbaum és Olkin (2002) gondozási helyzetekben videófelvételeket készítettek, többek között mozgásukban korlátozott anyákkal. Az *anyák a négy végtagbénulástól a cerebrális parézisig* (a testi- és mozgáskorlátozott személyek definícióit és csoportosítását lásd Góczán-Szabó és Prónay tanulmányában a jelen kötetben) többféle problémával küzdöttek. Az alapműnek számító cikk (a mozgáskorlátozott csoporton kívül látássérült és szisztémás betegségekkel élőkről is szól) részletesen beszámol sikeres megoldási folyamatokról, „jó gyakorlatokról". Találkozunk a szülők saját adaptációinak leírásával, a szerzők segédeszközökre tett javaslataival, valamint bírósági eljárások szakértőinek közreműködésével történt alkalmassági bizonyítási eljárásokról. A gondozási helyzetek jelentik talán a legnagyobb kihívást a mozgáskorlátozott szülők számára. A cikkben izgalmas leírást találunk a csecsemők és szülők egymásra hangolódására: pl. megfigyelték, hogy már az egyhónapos csecsemő is oldalára fordulva összegömbölyödik, megkönnyítve szülője számára, hogy felemelje.

Buck és Hohmann (1981) egy *mozgáskorlátozott, gerincsérült apákkal* kapcsolatos kutatásban azt tapasztalták, hogy ők szignifikánsan *többször fejezték ki szóban és fizikailag a szeretetüket* a gyermekeik felé, mint a nem mozgáskorlátozott apák, és gyermekeik is szignifikánsan több szeretetet, elismerést, büszkeséget fejeztek ki a gerincsérült apjuk felé, mint a kontrollcsoport tagjai (Buck és Hohmann, 1981, in Kirschbaum és Olkin, 2002).

Kirschbaum és Olkin ugyanahhoz a fogyatékossággal élő szülőket támogató szervezethez kapcsolódnak, melyhez a következő fejezetben tárgyalt szerzők és ajánlások is.

A családokat, szülőket segítő szolgáltatások

A *fogyatékossággal élő szülők számának növekedése miatt a fogyatékossággal élő szülők szervezetei célul tűzték ki a segítést nyújtó szolgáltatások létrehozását, fejlesztését, saját szervezetükön belül és állami keretek között.* A létrehozott *szolgáltatások és az azokhoz való hozzáférés* eltérő a különböző országokban. A *speciális ellátások szükségessége és hiánya* miatt 1997-ben a kaliforniai Oaklandben nemzetközi konferenciát hívtak össze 22 állam és 11 ország 71 képviselőjének részvételével. A résztvevők munkacsoportokat alkottak azzal a céllal, hogy a fogyatékossággal élő szülők és családjaik érdekében megfogalmazzák a támogatási igényeket, és szolgáltatások életre hívását szorgalmazzák (Preston és Jakobson, 1997).

Preston és Jakobson (1997) tanulmányukban *8 területen azonosították a fogyatékosság problémáját a szülőséghez kapcsolva.* A következőkben egy-egy példát is említünk az egyes kategóriákkal kapcsolatban.

1. *Várandósság és szülés:* a személyzet információ hiányából adódó nehézségei a várandósság és a szülés idején problémát okoztak, 18%-ban ez egészségügyi komplikációkat eredményezett.

2. *Szülői szerepek ellátásának képessége:* a korábban már említett nehézségeket kiegészítve a szabadidő, sport, nyaralás területén igényeltek volna támogatást, illetve fizikai nehézséget jelentett a hordozás, az emelés pl. mozgáskorlátozottság esetén.
3. *Közlekedési nehézségek:* meglepő módon a szülők 79%-a említette fogyatékosságtól függetlenül a közlekedés nehézségeit a gyermeknevelés szempontjából.
4. *A napközbeni gyermekellátáshoz való hozzáférés nehézsége:* a gyermekellátás (nappali bölcsőde-óvoda) az ára, a hozzáférése és a közlekedés miatt jelentett nehézséget.
5. *Szükséges eszközökhöz való hozzáférés nehézsége:* nem létező, nem beszerezhető, nem megfizethető eszközöket soroltak fel.
6. *Személyi segítő szolgálat:* a megkérdezettek 57%-a élt a személyi segítő és asszisztencia igénylésével, problémát jelentett azonban e szolgáltatások elérése és az asszisztenciára jelentkezők megbízhatatlansága a kiszámíthatatlan rendelkezésre állás miatt.
7. *Rossz lakáskörülmények:* 43% elégedetlen volt a lakáskörülményeivel, az ára és az akadálytalan megközelítés hiánya voltak a vezető szempontok.
8. *Attitűdbeli korlátok:* a megkérdezettek közel fele említett attitűdbeli problémákat a környezet részéről. Ezek között pl. a kényszersterilizációt, az abortusz javaslatát említették. Bár a megkérdezettek jelentős része egyetemi végzettségű volt, és kevesen voltak az értelmi sérült személyek a mintában, 15%-uk említette, hogy gyermekvédelmi intézkedést kezdeményeztek ellenük, és 8%-uk esetében a fogyatékosságot említették az örökbefogadás elutasításának okaként (Preston és Jakobson, 1997).

Preston és Jakobson (1997) 8 pontja együtt rajzolja fel a fogyatékossággal élő szülők nehézségeit, támaszkodva saját beszámolóikra, mellyel a szolgáltatások létrehozását segítik elő.

Az eddig bemutatott, elsősorban a fogyatékossággal élő személyekre *irányuló* beszámolókról most áttérünk a participatív, emancipatív kutatásokra, melyek a különböző fogyatékossággal élő szülő-, anyacsoportok külföldi és hazai mintáiból származó adatokat elsősorban kvalitatív módszerekkel dolgozták fel.

Lived experience – megélt tapasztalatok

Helen Molden (2014) az Egyesült Királyságban 9 *látássérült anyával* végzett telefonos interjút, és a kvalitatív módszerek közé sorolt *IPA – Interpretatív Fenomenológiai Analízis*[8]-sel dolgozta fel a válaszokat. Az anyák 32–47 év közöttiek voltak, és a gyermekeik

[8] Az *Interpretatív Fenomenológiai Analízis* elsődlegesen azzal foglalkozik, hogyan értelmezi a világban való létezését a résztvevő. A fenomenológiai kutatásnak olyan formája, melyben a kutató célja megragadni a résztvevő megélt tapasztalatait.

10 év alattiak. A szerző a fogyatékossággal élők *szülőség élményét* akarta feltárni, beleértve, hogy a másokkal való interakciókban milyen napi szintű *stigmatizációt és kirekesztést* élnek meg. Az interjúkból paradox jelenségek tárultak fel a nem kívánt figyelem és a láthatóság, valamint a megkülönböztetés és a szolgáltatások hiányában tükröződő társadalmi láthatatlanság párhuzamos fennállásával.

Az interjúalanyok egyetlen kérdésben nyilatkoztak egységesen, dühösek voltak, hogy sem lelki, sem praktikus segítséget nem kaptak, amikor a legnagyobb szükségük lett volna rá. Enyhébb példának említették az egészségügyi dolgozók részéről tapasztalt rugalmatlanságot az ellátás során. A legsúlyosabbnak a *hátrányos megkülönböztetést* ítélték, mellyel érzelmileg nem tudtak megküzdeni.

Biztonságot és örömet okozott számukra ugyanakkor a *segítők jelenléte*, akár egy vezetőkutya, akár családtag, barát vagy szakember részéről. Kiemelt jelentőségű volt számukra az online közösség, hasonló állapotú emberek tapasztalatainak megosztásával (Molden, 2014). A *sorstársi segítség* akár szervezethez kötött, akár spontán szerveződés, biztos forrás a látássérült és egyéb fogyatékossággal élő szülők számára, lásd pl. Bata vizsgálatát.

Bata (2017) *látássérült anyák* angol, amerikai és kanadai weboldalakon találhatók blogjait (N=21) kutatta fel, és elemezte a bejegyzéseket a szülői kompetenciák és a szülői stressz szempontjából kvalitatív módszerrel és a tartalomelemzést segítő Atlas.ti 8[9] szoftverrel. A blogok nem strukturált, nem tudományos írások, hanem mindennapi élmények, érzések, gondolatok rögzítésére valók.

Az édesanyák az írásaikban a szülőségre, a gyermekre és a látássérülésre vonatkozó kifejezések mellett az érzelmek kifejezésére, a segítségre vonatkozó szavakat használták leggyakrabban. A látássérült szülők körében a *szülőség érzelmi aspektusa* hangsúlyozódik, valamint a *megfelelő segítség és információforrás igénye*, illetve a *társadalmi attitűd* szerepe szülőségükre vonatkozóan. Az érintett édesanyák az érzelmek tekintetében a negatív érzéseiknek többször adtak hangot, de a számadatok alapján szülői szerepüket inkább pozitívan értékelték a kompetenciák tekintetében is – a stresszforrások jelenléte ellenére.

Lendvai Lilla és Nguyen Luu Lan Anh (2019) 5 *látássérült anyával* félig strukturált interjút folytattak, és a feldolgozást Mint Molden 2014-ben ők is az IPA kvalitatív módszerével végezték. A szerzők négy diszciplína: a szociálpszichológia, a gyógypedagógia, a fogyatékosságtudomány és a gender kutatás metszéspontjába helyezik a munkájukat. A következtetéseik alapján az anyák jellemző élménye, hogy a társadalom elsődlegesen fogyatékossággal élő embernek azonosítja őket. A *kompetencia* hangsúlyozása fontos az életükben, mert úgy észlelik, hogy ez mások által folyamatosan megkérdőjeleződik.

Prilleltensky (2013) két fókuszcsoportot és 8 anyával mélyinterjút folytatott, az adatokat kvalitatív módszerrel dolgozta fel. A vizsgálati személyek mindannyian *alsóvégtag sérültek*, többségük kerekesszéket használók voltak. Különböztek abból a szempontból, hogy kaptak-e vagy nem formális vagy informális támogatást. Beszámoltak a stresszorok mennyiségéről és súlyosságáról, melyekkel szembesültek, valamint arról, hogy ha a gon-

[9] *ATLAS.ti The Qualitative Data Analysis* & *Research Software:* Kvalitatív Adat Elemző és Kutató Szoftver.

dozási feladatokat át kellett adniuk másnak, hogyan tudták helyreállítani a kontrollt a szülőszerepük felett. A gyermekek igényeinek kielégítéséhez szükséges *finanszírozott források hiányát* súlyos akadálynak találták a fogyatékossággal élő anyák.

Kicsit részletesebben ismertetjük az alábbi magyar kutatást, melyet Kálmán Zsófia (2010) végzett, és ami segít megértenünk, hogy környezetünkben a különböző fogyatékossággal élő anyák hogyan gondolkodnak, miként élik meg helyzetüket, miben szorulnak támogatásra és miben nem. A megkérdezett 13 interjúalany közül 3-3 volt *testi-, mozgáskorlátozott és hallássérült*, 2 fő mérsékelt *intellektuális képességzavarral* élt, 1 anya *halmozottan sérült*[10], 4 pedig *látássérült* volt. A szerző a kutatás szempontjából fontosnak tekintette, hogy mindegyik vizsgálati személynek volt már legalább egy gyermeke. A vizsgálat korlátjaként említi, hogy személyes ismeretségen keresztül indult el a vizsgálati csoport összeállításakor, és a továbbiakban hólabdamódszerrel találta meg a többi résztvevőt. A mintavétel sajátossága miatt a válaszadók többségükben jó érdekérvényesítő, képzett anyák voltak. A kutató az önként jelentkezők közül szelektált annak érdekében, hogy a viszonylagos mintavételi egyensúlyt fenntartsa. Kálmán így ír a vizsgálatban részt vett anyákról: „(…) a csoport feltehetően hazai viszonylatban sem tipikus: a résztvevők problémaérzékenysége, meglátásai élessége és megoldásaik kreativitása csaknem minden esetben kivételes emberekről árulkodik." (Kálmán, 2010, 11. o.)

Az interjú kérdései 20 témára koncentráltak, melyeket 5 kategóriába soroltak: önrendelkezés iránti igény; speciális problémák és megoldási módok; anyák és gyermekeik; információéhség; családon belüli és kívüli kapcsolatok. A továbbiakban elsősorban azokat ismertetjük, melyeket az eddigiekben még nem említett egyetlen idézett szerző sem, vagy jelentősége miatt fontos ismételni. Kálmán témái és kategóriái közül a továbbiakban 3 köré csoportosítjuk gondolatainkat.

Önrendelkezés

Az *önrendelkezést* Kálmán (2010) a várandósság megtartásával kapcsolatos döntésben és a szülés módjának megszervezése tekintetében említi példaként. Az anyák beszámolói szerint voltak az állapotukból adódó nehézségeik, melyek áthidalására vagy kitaláltak stratégiákat, vagy segítséget kértek. Pl. egy hallássérült asszony az egészségügyi szolgálattal való telefonos kapcsolattartás nehézségét említette komoly akadályként. Egy mozgáskorlátozott anya számára a gyógyszertárba való bejutás okozott gondot stb. Minden probléma a fogyatékossággal volt kapcsolatban, de nem egyedül az anyán múlt, hogy meg tudta-e oldani. A döntési helyzet másik vetülete a genetikához, a *fogyatékosság lehetséges átörökítéséhez* kapcsolódott. Kálmán így ír erről: „választási lehetőség adódik, hogy a gyerek az öröklött problémával ugyanúgy élje-e az életét, mint sérült szülője, vagy a már elérhető terápiás módszerekkel inkább az átlagos életút felé terelgessék. Abban, hogy a szülő vállalja-e a hozzá hasonló fogyatékossággal megszülető gyermeket, benne

[10] A *halmozott sérülés* azt jelenti, amikor két vagy több fogyatékosság egyszerre van jelen. Ezek lehetnek enyhe, mérsékelt és súlyos mértékűek. A legfontosabb jellemzőjük az, hogy kombinációjuk speciális állapotot eredményez.

van saját állapotáról alkotott véleménye, a világhoz való viszonya és az értékrendje, tehát teljes világszemléletét tükrözi a döntés." (Kálmán, 2010, 42. o.) Ez egy nagyon fontos gondolat, amit nem tudunk eléggé hangsúlyozni.

A fogyatékossággal élő emberek másképp látják saját helyzetüket, életüket, képességeiket és korlátaikat, mint azok, akik nincsenek testi, érzékszervi, értelmi sérülésük miatt akadályozva. Ez a nézőpontkülönbség az oka annak, hogy kívülről másképp értelmeződik a helyzetük. Ez a másfajta szemüveg minden területet érint. Amint azonban Kálmán is megfogalmazza, a szülők nem a többségi társadalom szemüvegén át látják saját életüket, nehézségeiket, kiszolgáltatottságukat, sikereiket és örömeiket, hanem saját sorsuk, állapotuk megélésén keresztül. Nagyon sokszor hangzik el látássérült, hallássérült felnőttek szájából, hogy a *genetikai kockázatot* mérlegelték, és a gyermek megszületése mellett döntöttek. Ez a döntés nem önzés, meggondolatlanság, hanem átgondolt, felelős lépés, pozitív attitűd saját magukra és fogyatékosságukra vonatkozóan. Ugyanakkor fontos kiemelnünk, hogy *a fogyatékosságok háttere sokféle, jelentős többségüknek nincs köze a genetikához.*

Nehézségek a mindennapi helyzetekben

A megkérdezett anyák az élethelyzetek, nehézségek, leküzdhetetlen akadályok közül nagyobb hangsúlyt fektettek a *nem gondozási helyzetekből adódó speciális problémákra*, melyek lelkileg megterhelik őket, pl. a mozgáskorlátozott anya nem tud kirándulni, síelni, a Balatonba bemenni a gyermekkel, és amíg a gyermek kicsi, ezeket egyedül nem is végezheti. A hallássérült anya a táncházas, zenés, éneklős alkalmakban érezte magát kirekesztettnek, és ezért a gyermekeket sem vitte olyan helyekre, ami neki gondot okozott. A látássérült anyák akadályozottnak érezték magukat a sétáltatásban, a járni kezdő gyermek szabad mozgásának, biztonságának ellenőrzésében, később pedig a biciklizés, a sportolás tanításában, gyakorlásában.

Az anyák saját fogyatékosságuknak a gyermek fejlődésére gyakorolt hatását igyekeztek állandóan ellenőrizni. Ebből a szempontból az elmaradás, a másság és a felelősséggel megterhelés szempontjai merülnek fel. A *fegyelem*, pl. a *szorosan kontrollált mozgás* az, amit a szülők hétköznapi életükben, nevelésükben minden fogyatékosság esetén sajátosságként említenek, és amit többen úgy élnek meg, mint a gyermek korlátozását, ami szintén érzelmi terhet jelent számukra (Kálmán, 2010). Bár a szülők saját lelkiismereti terhüket említik Kálmánnak az interjúkban, tudjuk, hogy *a korlátozás befolyásolja az interakciókat. Kevesen képesek olyan adaptív megoldásokat találni, melyek a gyermek számára nem jelentenek korlátozást, erős kontrollt.* Az interakció zavara pedig már a konzultáció területére tartozó problémákat eredményezhet.

Példaként egy vak anya adaptív megoldását említjük. A legtöbb látássérült szülő számára nagy kihívást jelent a játszótér. A tér, mely szabad mozgást enged a gyermeknek, és ami vizuálisan nem követhető a szülő számára. Nem tudja a baleseti helyzeteket, veszélyforrásokat hárítani, mert nem áll rendelkezésére a vizuális információ. A példában az anya azt a stratégiát alkalmazta, hogy egy játékos szabályhoz kellett a gyermekének alkalmazkodni. Azt „játszották", hogy jelenti a gyermek, mit készített pl. a homoko-

zóban, vagy hogy a barátja merre jár stb. Ezt a „szabályt" viszont nagyon korán meg kell tanítani, mert ebben a nagy térben az anyának esélye sincs a gyermeket más módon megtalálni. A társas támasz lehet még megoldás, barátokkal, játszótéri kapcsolatok kialakításával feloldani a helyzetet, de erre nem ismerünk példát. Amennyiben a szülő rendszeresen átruházza a játszótéri programot a nagyszülőre, vagy látó/jobban látó párjára, az szintén hatással lehet a gyermekkel való kapcsolatára.

A társas helyzetek témájához vezetett át a fenti példa. A gyermekvállalás szempontjából Kálmán vizsgálatában a *társadalmi helyzet, kapcsolatok* vonatkozásában két téma merült fel az interjúk során. Az egyik a saját (fogyatékosságban érintett) csoportjukkal való kapcsolat és egymás informálása, segítése, a másik a velük kapcsolatba kerülő szakemberekkel, itt elsősorban egészségügyi személyzetre gondolnak, valamint a hétköznapi emberekkel, a társadalmi környezettel való interakciókra. Vannak, akiknek saját csoportjukban nincsenek élő, rendszeres kapcsolataik, ilyenek pl. a hallássérült, hallókészüléket viselő, vidéken élő szülők. Ők nem tudtak segítséget kérni, tájékozódni sok fontos és alapvető kérdésben, pl. milyen eszközök segíthetnék a babasírás meghallását, sötétben hogyan pótolják a szájról olvasást stb. A látássérült személyeknek sokkal intenzívebb sorstársi segítő kapcsolataik voltak.

Bármi volt is a fogyatékosságuk, a megkérdezetteknek egyhangú volt a véleményük az egészségügyi személyzet tájékozatlanságáról és az ezzel járó hibás segítségnyújtásról. Említettek jogsértő eseteket, pl. hiányos tájékoztatást, vagy a tájékoztatás elmulasztását, de etikai vétség körébe tartozó témát is, pl. diagnózis közlését sok, idegen személy jelenlétében (Kálmán, 2010). Ezen a ponton visszautalunk Molden (2014) tanulmányára, ahol az Egyesült Királyságban fogyatékossággal élő asszonyok azonos problémákat említettek.

Nehézségek a szülés során

Az egészségügyi ellátás során jelentkező nehézségekhez kapcsolódik egy másik, a támogató konzultációk/terápiák során gyakran felmerülő téma, hogy: *a szülés traumatizálhat*. Konzultációs/terápiás gyakorlatunkban találkozhatunk olyan anyákkal, akiknek a szülés nem jelentett felhőtlen örömöt. Sok okból élhet meg a nő traumát a szülés során, de több dolog is van, amelyek ennek esélyét csökkenthetik. „Az, hogy ez ne következzen be, minimum elvárás. Ehhez az egyik legfontosabb feltétel a *tájékozott döntéshozás* a nő részéről, aminek pedig nem lehet más az alapja, mint *részletes informálása* minden egyes lépésről, beavatkozásról, lehetőségről. Más szavakkal: *a kontroll meghagyása a nő kezében, valamint kompetenciájának erősítése végig a szülés során*. Így nem a feje felett zajlanak az események, miközben az ő testével történik minden. Gyakran a személytelenség, illetve a nő figyelmen kívül hagyása okozza a tárgyiasítás érzését. Legyen fontos, hogy a nő hogyan érzi magát, mit szeretne, mit kér. Ne korlátozzák fölöslegesen a mozgását, és ha szükséges is a helyhez kötöttség egy-egy vizsgálat miatt, tegyék lehetővé, hogy a neki megfelelő pozíciókat vegye fel, általában legyenek rugalmasak és kreatívak a szülést kísérők" (Győrfi, 2019). (A szülés témájáról lásd még Németh tanulmányát könyvünk II. kötetében.) A felsoroltak ellenkezője gyakoribb a szülések során. Azoknak a nőknek,

akiknek valamilyen sérülésüknél fogva az információ elérése nem természetes, megszokott módon történik, fokozottan szükségük van a figyelmes, sokrétű, speciális igényeikhez adaptált tájékoztatásra, az alapos felkészülésre, a történések és a szükséges beavatkozások sorának ismertetésére. A hallássérült nők félelme az, hogy nem fogják érteni az utasításokat. A látássérült nők nem tudják, ki mit tesz, ki érinti őket, milyen célból. A mozgáskorlátozott nők fizikailag élnek meg súlyos nehézségeket a természetes szülés során, melyre, ha nincsenek felkészülve, nem tudnak, vagy időben nem megfelelően tudnak reagálni. Feltételezzük, és Kálmán interjúalanyai is erre a következtetésre jutottak, hogy *az egészségügyi személyzet információ és ismeretek hiányában nem tudja megfelelően támogatni a fogyatékossággal élő szülő nőket*. A hibás egészségügyi megoldások, akár krízisbe hajló szülési helyzetek miatt Kálmán interjúalanyai közül többekben felmerült az a gondolat is, hogy mit adhatnának ők a szakembereknek, általában a társadalomnak, pl. tájékoztatással, érzékenyítéssel, annak érdekében, hogy a szakemberek szenzitívebben tudják támogatni a speciális igényű anyákat várandósságuk idején, a szülés folyamán és a gyermekgondozás, nevelés korai időszakában (Kálmán, 2010). Megfogalmazódott bennük a gondolat, hogy ilyen módon segítsék a speciális igényű szülő nők és az őket ellátó egészségügyi személyzet egymásra hangolódását. Ezt a szándékot az is támogathatja, hogy tapasztalataik nyomán a későbbiekben gyermeket vállaló sorstársaiknak is hiteles információt és támogatást nyújthatnak, az egészségügyi személyzetet pedig „érzékenyíthetik".

A Kálmán (2010) mintájában szereplő mindössze két mérsékelt intellektuális képességzavarral élő anya gyermekei már felnőttek, nem élnek az anyjukkal, és nincs jó kapcsolatuk. Ezt írja róluk: „Életük, gyermekeikkel, családjaikkal való kapcsolatuk, problémáik más világról árulkodtak, mint a többi résztvevő esetében. Életútjuk alakulásában legalább akkora szerep jutott hátrányos szociális helyzetüknek, a fizikailag és szexuálisan bántalmazott nők kiszolgáltatottságának, ill. az állami gondozás családi kapcsolatokat romboló hatásának, mint fogyatékosságuknak. Ugyanakkor értelmi akadályozottságuk valószínűleg erősen csökkentette saját érdekeik felismerésének, illetve érvényesítésének lehetőségeit." (Kálmán, 2010, 15. o.)

Apák – apaszerep

Az *apák szerepéről* kevés szó esett eddig. Kálmán (2010) interjúalanyai között voltak, akiknek a férje is fogyatékossággal élt, de közülük azok, akik a családban, a párkapcsolatban éltek, mind kivették részüket a gyermek neveléséből, és támogató hátteret, biztonságot nyújtottak párjuk, családjuk számára.

Az utóbbi évtizedekben a szülőséget egyre kevésbé konvencionális szerepek szerint élik a családok. Kutatásokat is folytattak ebben a témában, és az eredmények azt mutatják, hogy *a férfiak ugyanolyan mértékben képesek biztonságot és érzékenységet nyújtani már az újszülötteknek is, mint az anyák, a gyermek fejlődésének sikerességét tehát nem a gondozó neme, hanem a kialakult kapcsolat erőssége és minősége határozza meg* (Benson és mtsai., 2016).

A fogyatékossággal élő szülők felnőtt gyermekei

Canchola és munkatársai 2016-ban publikált *A fogyatékkal élő szülők gyermekeinek „jövője" statisztikai modellezés* című cikkükben 982 17–21 év közötti, felsőbb éves középiskolás, vagy felsőfokú tanulmányokat végző fiatal adatait dolgozták fel. Sokrétűen vizsgálták, hogy a fogyatékosság, pl. a fogyatékosság típusa, mértéke, kialakulásának ideje és társadalmi-gazdasági hatások hogyan befolyásolják a fiatal felnőttek önbecsülését, a stigma megélését és a fogyatékos szülővel felnövekedés általános élményét. Az eredményekből kiemeljük, hogy a fogyatékos szülőkkel töltött gyermekkoruk általános élménye 59%-ban volt pozitív, 34%-ban vegyes és csak 7%-ban volt negatív vagy nagyon negatív. Az eredmények azt jelzik, hogy ezek *a fiatal felnőttek egészséges önbecsüléssel, alacsony-közepes stigmatizáció érzéssel és többnyire pozitív élményekkel rendelkeznek.*

Ozvári-Lukács Réka (2013) emancipatív, parcipatív kutatást végzett barátai, kollégái közreműködésével. Összesen 17 interjút készítettek látássérült szülőkkel és felnőtt gyermekeikkel, melyek közül 8 jelent meg Ozvári-Lukács neve alatt. A kötetben a szülők beszélnek a szülőségükről és felnőtt gyermekek a szüleikről, illetve arról, milyen volt velük felnőni. A gyermekek mind nagyon elismerően szólnak szüleikről, nevelési módszereikről, arról, hogy a szülők mindent megtettek annak érdekében, hogy ne szenvedjenek hátrányt az ő állapotuk miatt, pl. kirándulás, nyaralás, tanulás területén. A szülők trükkökről, adaptív technikákról számolnak be, melyek a kora gyermekkori nehézségeken átsegítették őket, és életük természetes adaptációs szakaszának írták le a szülővé válásukat, ahogy ezt más szülők is tennék. A könyv igazán pozitív kicsengésű kötet, sikertörténetek sorozata, nem leplezve a nehézségeket, a megoldásokat, az örömöket, a bánatokat.

Szolgáltatások és intervenciók a megerősödés jegyében

A fogyatékossággal élő szülők hazánkban is tartózkodóak a segítségkérés szempontjából. Szerepe lehet ebben az évtizedekig jellemző *deficitorientált gondolkodásnak*, szakmai attitűdnek, melyben a törekvés a hiányból adódó problémák megszüntetésére központi szerepet kapott. A korábban említett kevésbé pozitív megközelítésektől nem voltak mentesek a hazai szakmai közösségek, beleértve a gyógypedagógiát is. A fogyatékosságtudomány hazai művelése, mely szükség esetén a fogyatékossággal élő embereknek kölcsönöz hangot, de mindenképpen az ő nézőpontjukat veszi fel a társadalmi problémák szemlélésekor, még kevesebb, mint 15 éve létezik Magyarországon. Nem csoda tehát, hogy a korábbi általánosan érvényesülő és mai napig ható – lásd Kálmán (2010) munkájában említve – társadalmi vélekedés arra ösztönzi a fogyatékossággal élő szülőket, hogy ne különbözzenek a többségi társadalomtól, és ezért kevesen kérnek segítséget konzulensektől. A *szülő-csecsemő konzultáció* működése, hatékonysága lassan kerül be általában a köztudatba, ezért a többség számára nem nyilvánvaló, hogy ki mindenki és milyen „hétköznapi" problémákkal jelentkezik segítségért. Mint ahogy az sem, hogy a konzultáció (ahogy a sokkal ismertebb terápiás segítségnyújtás sem) nem megbélyegző, nem az alkalmatlanságot hangsúlyozó, hanem tisztán támogató gyakorlat.

Tudatában vagyunk annak, hogy *a szülőket fogyatékosságuk kevéssé akadályozza szülőségükben, különösen a testi és érzékszervi fogyatékosságok esetén*. Képesek adaptív megoldásokat alkalmazni a szokatlan, váratlan helyzetek megoldására. Erre példa az alábbi eset. A fiatal apa, aki egyedül maradt 13 hónapos fiával, mert látó felesége a második gyermek születése miatt kórházban volt, észlelte, hogy a még nem járó gyermek furcsa magasságból neszez. Ellenőrizte a hang eredetét, és a gyermeket az íróasztal tetején találta. Hogyan került oda a gyermek? Lépcsőt csinált az íróasztal fiókjaiból, amelyen aztán felsétált. Köztudott, hogy a látássérült szülők hallása, bár küszöbszinten nem, de funkcionálisan kiemelkedő, ami sok helyzetben az adaptáció kulcsa. A meseolvasásra, képeskönyv nézegetésére is van praktikájuk a látássérült szülőknek, „merre van a … a lapon?" – kérdezi pl. a szülő a gyermektől, a kérdést a könyv tartalmának ismerete segíti természetesen, ahogy a további beszélgetést is a képről.

Gyakran hangos mesekönyv hallgatása oldja meg a helyzetet a látássérült és a hallássérült szülők számára is. A látássérült szülők beszámolója alapján azonban kiderül, hogy a legtöbb gyermek előnyben részesíti, ha a szülő fejből mesél!

A látássérült szülőpár konzultációja során a helyzetből adódó és edukációval oldható probléma tárult fel. A szülő a mozgás kontrollját úgy oldotta meg, hogy szoros testközelben tartotta a 2 éves gyermekét, ami agresszív reakciót eredményezett. A konzultáció adaptált módszerét pedig a vizuálisan nem követhető események narratív interpretációja jelentette.

A hallássérült személyek sokkal vizuálisabbak, mint a nem hallássérültek. A hallássérült anya egy konzultáció során jól demonstrálta, hogy a gyermekei folyamatos monitorozása kiküszöbölte számára a hang hiányát. Az „érzelmi vizualitás" viszont homályos volt, a testvérféltékenység, ami a konzultációt igényelte, tipikusan azonos tőről, a testvérkapcsolat dinamikájából és anyjukhoz fűződő viszonyukból adódott, mint minden más családban.

Ozvári-Lukács (2013) könyvéből kiemelt példa (lásd később is), hogy egy fiatal szülőpár a technikailag nagy kihívásnak számító sétákat hordozókendő használatával oldotta meg. Elkerülték ezzel a babakocsival való ütközéseket, könnyedén tudtak a járművekre felszállni, és a gyermek is védettebb volt a testükön, de a testközelség a szülők számára érzékelési lehetőséget is biztosított, mind a mozgás, mind a lélegzés stb. szempontjából. Első gyereküknél ösztönösen és karakterből fakadóan az igény szerinti szoptatásra állt rá az anya, és később megerősítést kapott ebben a La Leche Ligától is.

Jelenleg kevés konkrét példával tudunk szolgálni a publikációk hiánya miatt. A kiragadott példák természetesen csak vázlatos illusztrációk.

A fogyatékossággal élő szülők helyzetét átfogóan feltáró és a szolgáltatások fejlesztését támogató kutatásokra és ezek eredményeire épülő jó gyakorlatokra nagy szükség van a jövőben. Fontos annak tudatában tervezni és megvalósítani a kutatásokat, hogy azok a fogyatékossággal élő szülőkkel kapcsolatban politikai aktust képviselnek. A kutatóknak tisztában kell lenniük ezzel a ténnyel, szem előtt kell tartaniuk, hogy ne csak saját érdeklődésük vezesse őket, hanem számítaniuk kell arra, hogy az eredményeiket lehet jól használni, vagy visszaélni azokkal (Conley-Jung és Olkin, 2001).

Az 1997-es oaklandi munkacsoport (Preston és Jacobson, 1997) 6 pontban foglalta össze ajánlásait, melyeket most vázlatosan ismertetünk.

1. *A fogyatékossággal élő szülők és családjaik elismerésének és befogadásának előmozdítása,* nemzeti-nemzetközi munkacsoportok alakítása, információk biztosítása, a szülőszervezetek és a fogyatékosság fókuszú szervezetek összefogása, összekapcsolása révén, valamint a fogyatékossággal élő szülőkre való figyelem felhívásával.
2. *A döntéshozók tájékoztatása* regionális és nemzeti politikai szintéren azoknak a családoknak az igényeiről, amelyekben az egyik vagy mindkét szülő fogyatékossággal él. Tájékoztatásra van szükség a lakhatási, közlekedési nehézségek, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a gyermekvédelem problémáiról stb.
3. *A fogyatékosságuknak megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés fejlesztése, biztosítása* minden fogyatékossággal élő szülő és családja számára. Az igényteremtők számára szülőségre felkészítés. Fogyatékossággal kapcsolatos ismeretek átadása a szolgáltatók képzésében és a gyakorlatban dolgozók számára az egészségügyi, a jogi, a gyermekvédelmi, a pedagógiai, a pszichológiai, a szociális munka területén. Ehhez megfelelő tantervek készítése.
4. *A szülőség gyakorlásához technológiai megoldások, adaptációk fejlesztése.* Műszaki és egyéb területeken a tájékozottság és a fejlesztők információkkal való ellátása stb.
5. *A szülők és a családok felkészítése arra, hogy képesek legyenek saját érdekükben hallatni a hangjukat.* Inklúzió a törvényhozásban és a közösségi szintéren. Sorstársi közösségek megerősítése, együttműködésük támogatása. A médián keresztül attitűdformálás stb.
6. *A fogyatékossággal élő szülők érdekeinek képviselete minden csoportra vonatkozóan.*

Ezeknek az ajánlásoknak a megvalósítása hazánkban nagyrészt várat magára, de még a fejlett gazdaságú országokban sem teljeskörűen valósult meg. Bízunk azonban abban, hogy hamarosan fokozódik a figyelem a fogyatékossággal élő szülők igényeire és azok ellátására minden területen.

A hivatásos szolgáltatókon kívül a *sorstársi közösségek szerepe* Ozvári-Lukács (2013) könyvében is megjelenik. Általánosságban elmondható, hogy míg a hivatalos szolgáltatások nem minden esetben működnek kielégítően, addig a saját csoport tapasztalatai jelentős támogatást nyújtanak a szülőknek. Nemcsak az *informális csoportok*, a *sorstársi szervezetek is* számtalan szolgáltatást tartanak fenn a különböző fogyatékossággal élő szülők számára.

A Through the Looking Glass egy olyan amerikai szervezet, melynek későbbi alapítói már a *korai önrendelkező élet mozgalom* kezdetén, 1973–1982 között Berkeleyben az Önrendelkező Élet Központban nyújtottak szolgáltatást fogyatékossággal élő pároknak és családoknak. Ennek a szervezetnek a megalakulását előzte meg az alapítók által szervezett konferencia 1979-ben, melyről korábban és a későbbiekben is említést teszünk. A szervezet a fogyatékosság kultúrán alapuló szolgáltatásokat nyújt 1982-es megalakulása óta. A szolgáltatások elsődlegesen a családok otthonában zajlanak, módszertanilag ötvözik a csecsemők mentális egészség programját és a családterápiát, a fejlődési intervenciót és a fogyatékosság kultúrán alapuló adaptációkat (Kirschbaum és Olkin, 2001).

Magyarországon *mentorszülő (képző és/vagy támogató) szolgáltatásokat* működtet az AOSZ (Autisták Országos Szövetsége), a VGYKE (Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Egyesülete), valamint a Jel Alapítvány (hallássérült szülők és gyermekek számára).

Fontosnak tartjuk, hogy a fogyatékossággal élő szülőket informáljuk és megerősítsük abban, hogy joguk és lehetőségük van az őket támogató szolgáltatások igénybevételére és igénylésére. Prilleltensky egyik interjúalanyának szavait a szerzőt követve szó szerint idézzük: „Erősnek kell lenned az elköteleződésedben (…) tájékozódnod kell az elérhető forrásokról, és olyan embereket kell találnod, amilyen én vagyok, akik hajlandók megtenni egy extra mérföldet azért, hogy segítsenek neked (…) harcolnod kell értük (szolgáltatások), és nem szabad elhinned, amit mások hisznek rólad, »hogy nem tudod ezt meg azt megtenni«. Ne engedd, hogy mások tervezzenek helyetted. Legyenek saját terveid, amikhez ragaszkodj akkor is, ha sok akadályt állítanak az utadba. Meg kell találnod a módját, hogy legyőzd ezeket. Ha nem tudok a főbejáraton bemenni, akkor megkeresem a mellék bejáratot. Vagy a hátsó ajtót. Vagy csinálok egy ajtót." (Prilleltensky, 2003, 45. o.)

Összegzés

Tanulmányunkban többféle nézőpontból mutattuk be, hogy valójában milyen a szülőség, elsősorban az anyaság élménye, nehézsége, akadályozottsága a különböző fogyatékossággal élő személyek esetében. Továbbá arra kívántunk adatokat szolgáltatni, hogy a fogyatékosság, akadályozottság ellenére hogyan teljesítik szülői szerepüket a fogyatékossággal élő emberek. Jelen tanulmányunk az általános érvényű elméleti kérdések mellett elsősorban a csecsemőket, kisgyermekeket nevelő családokra helyezte a fókuszt, hiszen ez nagyon intenzív időszak egy család életében, a párból családdá válás folyamatának ellentmondásai, bizonytalanságai, ugyanakkor fellelhető erős megküzdési potenciálja miatt.

Világosan érezhető, hogy a problémák egy részének megoldása nem hálózatok kiépítését és működtetését feltételezi, nem anyagi befektetést, hanem személyes figyelmet, empátiát igényel. Bár a helyzetek szokatlanok a hétköznapi rutin szempontjából, egyszerű alkalmazkodással, odafordulással, alapvetően emberi gesztusokkal megoldhatók, kezelhetők lennének.

Reméljük, hogy gomba módra fognak szaporodni a támogatási lehetőségek e csoport számára is. A szülő-csecsemő konzultáció/terápia több fentebb említett szolgáltatási formához is jól tud csatlakozni. Olyan komplex támogatási lehetőség a családok számára, ami nem a sérültség következményeinek kiküszöbölését tekinti feladatának, hanem a családba érkezett csecsemővel/kisgyermekkel megélt valóságra (ami minden családban egyedi), a szülő és gyermeke által közösen létrehozott pillanatokra nyújt betekintést. Ez a közös megismerés képes új utakat, lehetőségeket teremteni abban, ahogy egy szülő és csecsemője kapcsolódni tud egymáshoz, ahogy egyre jobban értik és támogatják egymást a kapcsolatban, felszabadítva azt a potenciált, amivel egy anya és egy apa szabadon meg tudja élni a benne rejlő teljes szülői kompetenciát. Ezek a mindennapokban együtt megélt pillanatok a bontakozó kapcsolat minden család, minden anya/apa és csecsemője számára egyedi.

AJÁNLOTT IRODALOM

Kálmán, Zs. (2010). *Aki álmában is látja a fényt…* De juRe Alapítvány, Budapest.

Ozvári-Lukács, R. (2013). *Tükrünk, tükrünk. Vak szülők és gyermekeik. Interjúkötet.* Queer Kiadó, Budapest. https://docplayer.hu/19309623-Tukrunk-tukrunk-vak-szulok-es-gyermekeik-interjukotet-dr-ozvari-lukacs-reka.html

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Adamson, L., Als, H., Tronick, E., Brazelton, T. B. (1977). The development of social reciprocity between a sighted infant and her blind parents. A case study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *16,* 194–207.

Aunos, M., Feldman, M., Goupil, G. (2008). Mothering with Intellectual Disabilities: Relationship Between Social Support, Health and Well Being, Parenting and Child Behaviour Outcomes. *JARID Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *21,* 320–330.

Bata, T. (2017). *Szülői stressz és szülői kompetencia vizsgálata látássérült anyák körében.* Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.

Benson, J. B., Haith, M. (2009). *Diseases and Disorders in Infancy and Early Childhood.* Academic Press Elsevier, Oxford, UK – San Diego, USA.

Booth, T., Booth, W. (2005). Parents with learning difficulties in the child protection system. Experiences and perspectives. *Journal of Intellectual Disabilities, 9,* 109–129.

Camilleri-Zahra, A. (2016). Book reviews. Disability, gender, and the trajectories of power, edited by Asha Hans. Sage, 2015, London. *Disability* & *Society, 31,* 983–992.

Canchola, J. A., Jacob, J., Preston, P (2016). *Statistical Modeling of Outcomes for Children of Parents with Dsiabilities.* www.researchgate.net/publication/308774856

Collis, G. M., Bryan, C. A. (1981). Interactions between blind parents and their young children. *Child: Care, Health and Development, 7,* 41–50.

Conley-Jung, C., Olkin, R. (2001). Mothers with visual impairments who are raising young children. *Journal of Visual Impairment* & *Blindness*, *95*, 14–29.

CRPD – Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény. (2006) Eredeti címe: *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* Elfogadva 2006. december 13. G.A. Res. 61/611, U.N. GAOR, 61st Sess., U.N. Doc. A/RES/61/611 (2006). Hatályba lépésének ideje: 2008. május 3. (A továbbiakban: Fogyatékosjogi ENSZ-egyezmény, CRPD) Internetes elérhetőség: http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm

Csákvári, J. (2013). *Intellektuális képességzavar és szociális kogníció.* Doktori értekezés. ELTE PPK, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest.

Daniels, J. N. (2019). Disabled Mothering? Outlawed, Overlooked and Severely Prohibited: Interrogating Ableism in Motherhood. *Social Inclusion, 7,* 114–123.

Davis, J. (1996). *Sexuality Education for Children with Visual Impairments.* Texas School for the Blind. https://www.tsbvi.edu/component/content/article?id=3254:sexuality-education-for-children-with-visual-impairments

Duhonyi, A. (2019). Gyermekkori szexuális bántalmazás látássérült személyeknél. *OMK Hírlevél, XIV*, 4-7. VÁI, Budapest.

FNO (2003). A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (Eredeti címe: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* © World Health Organization, 2001, Geneve.) In Fogyatékosságtudományi tanulmányok XX., 2009, ELTE BGGYK, Budapest.

Győri, E. (2009). Fogyatékos ember a családban. In Székelyné, K. E., Szabó, G. (szerk.) *Fogyatékos emberek társadalmi befogadása – a szociális ellátórendszer feladatai, lehetőségei.* Tudástár Tanulói tananyag. FSZK, Budapest.

Dr. Győrfi Judit Interjú (2019). Nők Lapja Café Egészség rovat. https://nlc.hu/egeszseg/20180301/szexualis-eroszak-tulelok-trauma-szules/?fbclid=IwAR06WoPxP5Uq0OEg7MGoR8JLEM_ufqLWs9f1tScpbANXSEL_sfLgBEk5qzY

Heiszer, K. (2016). Participatív kutatás, intellektuális sérülés. In Hernádi, I., Könczei, G. (szerk.) *A felelet kérdései között. Fogyatékosságtudomány Magyarországon.* FOTRI Digitális könyvek. ELTE BGGYK, Budapest. 68–77..

Hernádi, I., Könczei, G. (2015). *A felelet kérdései között. Fogyatékosságtudomány Magyarországon.* FOTRI Digitális könyvek. ELTE BGGYK, Budapest.

Hodes, M. W., Meppelder, M., de Moor, M., Kef, S., Schuengel, C. (2018). Effects of video feedback intervention on harmonious parent–child interaction and sensitive discipline of parents with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Child Care Health and Development, 44 (2),* 304–311.

Katona, V. (2014). *Mozgássérült emberek felnőtté válása a társadalom által teremtett keretek között. A reziliencia lehetősége az életutakban. Doktori disszertáció.* Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai Pszichológiai Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest.

Katona, V., Heiszer, K., Szűcs, M (2016). Rögös úton sehová. In Könczei Gy., Hernádi I. (szerk.) *Az esélyegyenlőségtől a Taigetoszig?* L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Katona,, V., Szűcs, M. (é.n.). *Intellektuális fogyatékossággal élő felnőttek párkapcsolatai és gyermekvállalása. Az esélyegyenlőségtől a Taigetoszig?* OTKA 111917K Kutatás részeredményei. Kézirat, Budapest.

Katona, V., Szücs, M., (2016). „Miért ne lehetne nekem is gyerekem?" – Intellektuális fogyatékossággal élő emberek gyermekvállalása. *Carissimi, 7,* http://www.carissimi.sk/images/carissimi_lapok/carissimi-2016-2.pdf

Kálmán, Zs. (2010). *Aki álmában is látja a fényt…* De juRe Alapítvány, Budapest.

Kálmán, Zs., Könczei, Gy. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig.* Osiris Kiadó, Budapest.

Kennedy, H., Landor, M., Todd, L. (2011). *Video Interaction Guidance. A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing.* Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

Kirshbaum, M., Olkin, R. (2002). Parents With Physical, Systemic, or Visual Disabilities. *Sexuality and Disability, 20(1),* 65–80.

Könczei, Gy. (2009a). *Fogyatékosságtudományi tudástár.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

Könczei, Gy. (szerk.) (2009b) *A fogyatékosság definíciói Európában. Összehasonlító elemzés.* (2. javított kiadás). ELTE BGGYK, Budapest.

Könczei, Gy., Hernádi, I. (szerk.) (2016). *Az esélyegyenlőségtől a Taigetoszig?* L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Krupa, C., Esmail, S. (2010). Sexual Health Education for Children with Visual Impairments: Talking about Sex Is Not Enough. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 104(6),* 327–337.

Lamont, A., Bromfield, L. (2009). *Parental Intellectual Disability and Child Protection: Key Issues.* NCPC Issues. National Child Protection Clearinghouse. NR. 31 2009 Australian Institute of Family Studies, Melbourne.

Lányiné, E. Á. (2017). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés.* (2. átdolgozott kiadás). Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Lendvai, L., Nguyen, L. L. A. (2019). The lived experiences of visually impaired mothers and their perception of social attitudes towards them. *Alkalmazott Pszichológia, 19,* 7–30.

Loumiet, R., Levack, N. (1993). *Independent Living Series.* Texas School for the Blind and Visually Impaired, Austin.

Malacrida, C. (2008). Negotiating the Dependency/Nurturance Tighrope: Dilemmas of Motherhood and Disability. *Canadian Review of Sociology, 44*, 469–493.

Malacrida, C. (2009). Performing motherhood in a disablist world: Dilemmas of motherhood, femininity and disability. *International Journal of Qualitative Studies in Education, 22*, 99–117.

Marton, K., Könczei, G., (2009). Új kutatási irányzatok a fogyatékosságtudományban. *Fogyatékosság és Társadalom, 1(1)*, 5–12.

Michiko, C., Ippen, G. (2009). The Sociocultural Context of Infant Mental Health. Toward Contextually Congruent Interventions. In Zeanach, C. H. (szerk.) *Handbook of Infant Mental Health*. (3rd Edition). The Guilford Press, New York, London.

Mikola, O. I. (2016). *A fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény. A fogyatékosság és az ésszerű alkalmazkodás*. Doktori értekezés. PPKE Jog- és Államtudományi Doktori Iskola, Piliscsaba.

Morris, J., Wates, M. (2006). *Supporting disabled parents and parents with additional support needs.* Policy Press/SCIE, Bristol.

Molden, H. (2014). A phenomenological investigation into the impact of parenthood: Giving a voice to mothers with visual impairment in the United Kingdom. *British Journal of Visual Impairment, 32,* 136–147.

Naumburg, C (2018). *The Gift of the Good Enough Mother*. https://blogs.psychcentral.com/mindful-parenting/2013/09/the-gift-of-the-good-enough-mother/

Nind, M. (2008). *Conducting qualitative research with people with learning, communication and other disabilities: Methodological challenges.* National Centre for Researc Methods. University of Southampton, UK.

Ozvári-Lukács, R. (2013). *Tükrünk, tükrünk. Vak szülők és gyermekeik. Interjúkötet.* Queer Kiadó, Budapest. https://docplayer.hu/19309623-Tukrunk-tukrunk-vak-szulok-es-gyermekeik-interjukotet-dr-ozvari-lukacs-reka.html

Pethica, S. Bigham, K. (2018). „Stop talking about my disability, I am a mother": Adapting video interaction guidence to increase sensitive parenting in a young mother with intellectual disability. *British Journak of Learning Disability, 46,* 136–142.

Preston, P., Jakobson, M. (1997). *Keeping Our Families Together: A Report of the National Task Force on Parents with Disabilities and their Families.* Through the Looking Glass. National Resource Center for Parents with Disabilities, Oakland.

Prilleltensky, O. (2003). A Ramp to Motherhood: The Experience of Mothes with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability, 2,* 21–47.

Roos, C., Cramer-Wolrath, E., Falkman, W. K. (2016). Intersubjective Interaction Between Deaf Parents/Deaf Infants During the Infant's First 18 Months. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *21,* 11–22.

Schuengel, C., Kef, S., Hodes, M. W., Meppelder, M. (2017). Parents with intellectual disability. *Current Oppinion in Psychology, 15,* 50–54 .

Rosenblum, L. P., Hong, S., Harris, B. (2009). Experiences of Parents with Visual Impairments Who Are Raising Children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, *103*, 81–92.

Willems, D. L., Vries, J. N., Isarin, J., Reinders, J.S (2007). Parenting by persons with intellectual disability: an explorative study int he Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 537–544.

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis, 34*, 89–97.

Zolnai, E. (2001). *Felnőttek, mert felnőttek. Értelmi sérült felnőttek szexuálpedagógiai támogatása*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

INTERNETES FORRÁS

WHO (2011) (https://www.who.int/topics/disabilities/en/)

Hivatkozás: Németh, T., Hortobágyi, Á. (2020). Gyász és veszteség a perinatális időszakban és a kora gyermekkor idején. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 394–417.

A veszteség és a gyász emberi létünk meghatározó élményei, az élet természetes kísérői, melyekkel valamilyen formában mindannyian találkozunk. Korábban az együtt élő közösségek mindennapi életének természetes része volt a haldokló kísérése, a halállal való találkozás. A megfelelő rítusok segítették a gyász feldolgozását, ezek elhalványulásával azonban a veszteség egyre inkább tabutéma lett kultúránkban. Ezzel együtt megfigyelhető, hogy az elmúlt években egyre több releváns cikk ad információt és kapaszkodót mind szakmai körökben, mind a nem szakmai közönség számára, egyre több szervezet és alapítvány foglalkozik a gyászolók kísérésével és a feldolgozás támogatásával. A pszichológián belül John H. Harvey és Eric D. Miller 1998-ban javaslatot tettek a veszteségpszichológia mint új interdiszciplináris szakterület létrehozására. Ennek az új területnek a szakemberek a veszteség folyamatának dinamikai feltárását és a különböző egyéni veszteségek, az egyént érintő halál okozta gyász témáinak a személyes élettörténetben való elhelyezését határozták meg feladatául.

E tanulmány célja az alapfogalmak rövid áttekintése mellett a szülői és a gyermeki gyász, a gyászban megjelenő nemi különbségek ismertetése, valamint a perinatális veszteségek különböző megjelenési formáinak – vetélés, abortusz, halvaszülés – elhelyezése ebben a szerteágazó témában. Az ikervárandósságok mellett igyekszünk fókuszba helyezni a kevesebb figyelemben részesülő mesterséges megtermékenyítés aspektusait, valamint a koraszülés veszteséggel kapcsolatos problémakörét. Írásunkban ezen kívül foglalkozunk a fel nem dolgozott veszteség, a fel nem dolgozott gyász testi-lelki hatásával, és röviden érintjük a veszteség és gyász terápiás vonatkozásait is.

GYÁSZ ÉS VESZTESÉG A PERINATÁLIS IDŐSZAKBAN ÉS A KORA GYERMEKKOR IDEJÉN

Németh Tünde
Hortobágyi Ágnes

Bevezetés

A gyász
- A gyász fázisai és formái – különböző leíró elméletek alapján
- A veszteség pszichoszomatikus hatásai
- Nemi különbségek a gyászban

A perinatális gyász
- A rossz hír közlésének általános szempontjai
- Stigmatizáció és a kultúra jelentősége
- Apák gyásza
- A gyász a párkapcsolat vetületében
- Testvérgyász

Az abortusz mint perinatális veszteség

A veszteség egyéb vetületei
- A mesterséges megtermékenyítés veszteséggel kapcsolatos aspektusai
- Veszteség az ikervárandósság során

Koraszülés

Terápiás vonatkozások

Zárszó

Mindennek rendelt ideje van (…) Ideje van a születésnek
és ideje van a meghalásnak.

A prédikátor Salamon könyve 3. fejezet

Bevezetés

A *veszteség* mindennapi életünk gyakori velejárója, több dimenziót felölelő fogalom, *a személy számára erős érzelmi töltettel rendelkező tárgyak, személyek, kapcsolatok elvesztését jelenti* (Harvey és Pauwels, 1996). *A pszichológiában a veszteség tárgyvesztést jelent, mivel ilyen esetben a személy a szeretet tárgyát veszíti el.* Veszteség esetén érdemes figyelembe venni mind az egyén *szubjektív* érzéseit, mind a történetet ismerő családtagok *objektív* véleményét (heteroanamnézis[1]). *A veszteség átélése egy érzelmileg megterhelt állapot, melyben a lelki egyensúly felborul, a régi működési módok már nem funkcionálnak, de újak még nem alakultak ki, így krízishelyzetet él át az egyén* (Caplan, 1964).

Maga a veszteség egy tágabb fogalom, mint a halál, több területet foglal magába, így például a munkahely, az otthon, a hagyomány, a közösség, az önértékelés elvesztését, a válást, a betegséget, a fogyatékosságot, a költözést is. Ezeket a veszteségeket is fájdalom, bánat, optimális esetben gyászmunka kíséri. A veszteség a negatív tartalom mellett egy lehetőség is a változásra.

A *halál* misztériuma ősidők óta foglalkoztatja az emberiséget. A halálhoz vezető út nagyon különböző. Nem hirtelen halál esetén a *haldoklás* folyamatáról beszélünk. Gyógyíthatatlan betegség esetén ennek különböző pszichés szakaszait – tudatlanság, bizonytalanság, tagadás, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás – írták le, melyek nem mindig ebben a sorrendben zajlanak. Megfigyelték, hogy a hozzátartozók – általában eltolódással vagy más sorrendben –, de hasonló folyamatokat élnek meg (Pilling, 2005). A halált tudományos, kulturális, vallásos és spirituális szempontból is sok titok övezi.

A történelem során a halálhoz való viszonyulás jelentősen változott az adott kultúra, életmód, vagy éppen a hagyományok függvényében. A középkori közösségi élet nem tette lehetővé a szeparációt, a legtöbb esemény nyilvánosan zajlott, így a halál és a gyász a gyermekek számára is természetes része volt az életnek (Fodor-Szlovencsák, 2000), az egész társadalom fogadta, viselte, közvetítette és magyarázta ezeket a jelenségeket (Polcz, 1993). Napjainkra *a születés és a halál rítusa* – az élet két végpontjának természetes megjelenése – egy elidegenedéssel és medikalizációval járó folyamaton keresztül kikerült az otthonokból a kórházakba és különböző intézményekbe.

A *gyász* a világon mindenhol előforduló jelenség, mely az emberekből nagyon *sokféle természetes és egyben eltérő reakciót* válthat ki. A gyász megjelenési formái változatosak. Sigmund Freud (1917) különbséget tett *normál és patológiás gyász* között (lásd később),

[1] *Heteroanamnézis:* a kliensre/betegre vonatkozó, de másoktól (általában családtagtól) nyert anamnesztikus adatok együttese, ami részben a beteg kooperáló képességének csökkenése/hiánya, részben az adatok további alátámasztása érdekében szükséges.

valamint bevezette a *gyászmunka*[2] fogalmát. Lindemann (1944) részletesen foglalkozott a normál gyász fogalmával és bevezette az *anticipációs gyász*[3] elnevezést. Ezt követően Bowlby (1961) a *gyász négy szakaszát a sokkos állapot, tiltakozás, kétségbeesés és gyógyulás* fázisaiként írta le. Kiemelendő továbbá Parkers (1972) hetvenes években írt összefoglaló munkája a gyászról, melyet egyre több veszteséggel és annak kezelésével foglalkozó írás követett.

Hazánkban elsőként Nagy Mária Ilona (1936/2015) foglalta össze ebben a témában végzett kutatási eredményeit, melynek sokat hivatkozott kiadása 1948-ban külföldön is megjelent. *Polcz Alaine* és az általa vezetett *Napfogyatkozás Munkacsoport* tagjai – többek között Angyal Eleonóra, Benczúr Lilla, Farkas Lőrinczné, Nyiri Magdolna, Pilling János – megtették a gyász tabujának felszámolásához vezető első áttörő lépéseket. A Napfogyatkozás Munkacsoport 1998-tól a *Magyar Hospice Egyesület* keretében működik, emellett a 2008 óta elektronikus formában megjelenő *Kharón Thanatológiai Szemle* 1997-től segíti a gyásszal foglalkozó szakemberek munkáját.

A gyász

A gyász jelenségével már a korai pszichoanalitikus elméletalkotók is foglalkoztak. Freud (1917) megfogalmazásában a *gyász a veszteség által kiváltott normális reakció, mely szeretett személy/ek vagy elvont dolog (haza, szabadság, idea) elvesztése után történik*. Gyász esetén leggyakrabban a halál által kiváltott reakcióra gondolunk, de fontos figyelembe venni, hogy egyéb veszteségeket is (pl. az egészség elvesztése) kísérhet gyász/gyászreakció. A szeretet személy elvesztését befolyásolja az elhunyttal való kapcsolat, a halál körülményei, a gyászoló életkora, neme, pszichés állapota és személyisége, szociális kapcsolatai, kulturális környezete, vallásossága (Parkers, 1972), továbbá korábbi veszteségélményei és azok feldolgozottsága, a feldolgozás módjai.

Melanie Klein pszichodinamikai szempontból lényeges megfigyelése alapján szoros összefüggés található a felnőttkori gyászreakció és a csecsemőkori élmények között. Az a felnőtt, aki gyerekkorában az anyai gondoskodás által szeretetben, jó élményekben, biztonságban részesült, jobb eséllyel képes a gyászt feldolgozni, mint akinek ezeket nélkülöznie kellett. Ennek magyarázata, hogy *veszteség esetén a gondoskodó szeretetet megtapasztalt személy a benne kialakult belső biztonságnak köszönhetően nem él át teljes magárahagyatottságot, míg az ilyen élményeket nélkülöző gyászoló a magárahagyatottság és a reménytelen szorongás állapotába kerülhet* (Klein, 1940).

---

[2] *Gyászmunka:* a halál során érzett fájdalom, szenvedés, bánat feldolgozása. A gyászmunka célja a másik halálának elfogadása, szembenézni a megváltozhatatlannal.

[3] Az *anticipációs gyász*, vagy más néven megelőző gyász: krónikus betegségben szenvedők vagy háborúban harcolók családtagjai már a halál előtt is foglalkoznak a halál lehetőségével. A veszteség megélése már a halál bekövetkezte előtt megkezdődik.

A modern rendszerszemléleti gondolkodók szerint a *halál is tekinthető szeparációs élménynek, mely aktivizálja a kötődési rendszert és a kötődési viselkedést, ennek megfelelően a biztonságosan kötődő családok optimálisabban dolgozzák fel a veszteségeket* (Byng-Hall, 2006).

A gyász fázisai és formái – különböző leíró elméletek alapján

A gyászmunka egy folyamat (Lindemann, 1944), melynek a *korai modellek* 3 szakaszát – *érzelmi sokk, a veszteség tudatosulása, felépülés* – írták le (Averill, 1968).

A normál gyászfolyamatot Pilling (1999) a következő szakaszokra bontja:

- *Anticipációs gyász:* az előre elképzelt veszteség, pl. háborúban résztvevő katonák, krónikus betegek, haldoklók hozzátartozói a halál előtt is már foglalkoznak a halál témájával.
- *Sokk:* a halálhír közlésekor alakul ki, az ekkor átélt sokkot gyakran kíséri tagadás vagy érzelmi kiüresedés, vagy ellenkezőleg, éppen érzelmi vihar. Ez a szakasz pár perctől 1-2 napig tarthat.
- *Kontrollált szakasz:* praktikus teendők, ügyintézés, majd a temetés, melyek feladatokat adnak és összerendezettséget igényelnek. A temetés idejének elhúzódása (hamvasztás) esetén már ebben az időben is megjelenhetnek a következő szakasz jellemzői.
- *Regresszió:* korábbi fejlettségi szintre jellemző viselkedés. Ez a szakasz sokféle érzelemnek és magatartásnak ad teret, emellett testi tünetek is megjelenhetnek (gyerekeknél pl. ujjszopás, szobatisztasági problémák, felnőttek esetén pl. kontrollálatlan sírás, indulatkezelési nehézségek, körömrágás).
- *Átdolgozás:* az emlékek sodródását a tudatos emlékezés váltja fel, bár az ünnepek, évfordulók felerősíthetik a hevesebb érzelmi reakciókat.
- *Adaptáció (alkalmazkodás):* a gyászoló az elhunytra nem mint külső létezőre, hanem mint belső alakra gondol. Fokozódik a kifelé fordulás, a jövőre irányultság, új szerepek jelenhetnek meg.

Benczúr (2015) 5 fő elméleti koncepciót emel ki a gyászról való gondolkodásból. Ezek alapján elkülöníti a Freud (1917) által leírt *gyászmunka koncepciót*, melyben a hangsúly a hiánnyal kapcsolatos konfrontáción van, és nem veszi figyelembe a folyamat dinamikus, (időnként) ambivalens jellegét, valamint a *kötődéselméleti koncepciót*, mely elfogadó az elhunythoz megmaradó lélektani, emocionális kötődéssel szemben. A másik három modell a gyászfolyamat jellegét emeli ki: a *jelentéskonstrukciós elmélet* a narratívára és a poszttraumás növekedésre helyezi a hangsúlyt, a *kognitív stresszelmélet* kiemeli, hogy a megküzdést a negatív érzések kifejezése mellett a pozitív érzések aktiválása segíti, a *gyász kettős folyamatmodelljében* (Stroebe és Schut, 1999) pedig a veszteség és a helyreállás/felépülés-orientáció dinamikus ingadozásai adják az előrelépés kulcsát. A felépülés-orientáció az elhunyt nélküli új struktúrák kialakítását, új tervek megjelenését hozzák túlsúlyba a folyamat végén (Hosszú és Lénárd, 2015).

A gyász egyéni megélése miatt a *szövődményes/komplikált gyásznak* nincs egységes definíciója. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy *ha a gyász különböző szakaszaiban elakadás történik, szövődményes gyászról beszélünk.* A hajlamosító tényezőket az alábbiakban foglaljuk össze (Nunn, 1988; Zisook, 1995):

- váratlan veszteség,
- túlságosan erős kötődés a halotthoz (dependencia),
- ambivalens érzések az elhunyttal kapcsolatban,
- gyermek, illetve fiatal halála,
- halmozott, illetve feldolgozatlan korábbi veszteségek,
- a gyásszal egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek,
- hiányos társas kapcsolatok,
- a halál erőszakos úton következett be (pl. öngyilkosság, gyilkosság),
- a túlélő olyan baleset következtében veszít el valakit, amelynek okozója volt,
- rossz testi vagy lelki egészség,
- depresszió a gyászoló anamnézisében.

Pilling (1999) alapján a *szövődményes gyász típusai* az alábbiak lehetnek:

- Időtartamát tekintve: *„krónikus gyász"* (éveken át tartó komor hangulat, szorongás, kapcsolatok beszűkülése).
- Intenzitását tekintve: *„bagatellizáló", illetve „hipertrófikus gyász"*. (Az első esetben a gyászoló igyekszik úgy tenni, mintha semmi sem történt volna, utóbbi esetén a gyászreakció erőteljes és elhúzódó lehet.)
- Megnyilvánulási formáját tekintve: *„torzult gyász"* (melynek során szomatikus és pszichiátriai betegségek aktiválódhatnak, kiváltódhatnak).

A *gyász normális lefolyásának folyamatáról* a pszichiátriai szakirodalom az idők során eltérően vélekedett. Míg a komplikált gyászreakciót hosszabb időtartam (hosszabb, mint 3–6 hónap), súlyos pszichés és szomatikus tünetek, szerhasználat, megnövekedett alkoholfogyasztás, illetve szuicid gondolatok kísérhetik, addig a normál gyászreakcióra a megtartott önértékelés, a fájdalom 12 héten belüli oldódása (annak ellenére, hogy a gyász 1 évig vagy tovább is eltarthat), a veszteségre való fókuszálás, a hangulat nyomottságának normál szintje, bűntudat és nem jelentkező, vagy csupán átmeneti öngyilkossági gondolatok jellemzőek (Pedersen, 2010). A DSM-5 (APA, 2013) alapján a diagnózis kiadásakor elengedhetetlen a klinikai ítélőképességre való támaszkodás a kórelőzmények és a veszteséggel kapcsolatos szenvedés kulturális normáinak figyelembevételével (DSM-5; APA, 2013).

A veszteség pszichoszomatikus hatásai

A veszteséget természetesen különböző *testi reakciók* kísérik. A gyászban kialakuló testi tünetek egy része normális gyászreakciónak számít (Lindemann, 1944). Az első reakciók közt a dermedtség, sírás, sóhajtások (Brown-Stoudomire, 1983), majd csökkent étvágy vagy falánkság, alvászavar, rémálmok, felriadások, fokozott alvásigény, továbbá vérnyomás-eltérések, fejfájás, bélrendszeri tünetek jelentkezhetnek. A veszteség által átélt

stressz nemcsak pszichés terhet jelent, megmutatkozhat *pszichoszomatikus tünetekben* is. Veszteséget követően előfordulhat colitis ulcerosa, IBS (irritábilis bél szindróma), daganatos megbetegedés, a belső elválasztású mirigyek zavarai, asztma, reumatoid artritisz, emellett megfigyelhető a mortalitás (halálozás) fokozódása (Vizinger, 2010). A veszteség mint stressz egy *hormonális kaszkád-mechanizmust* indít be: a felszabaduló endorfinok csökkentik a fájdalmat, míg a nyúltvelőben felszabaduló noradrenalin az izmok feszültségét okozza, és felelős az agresszív viselkedésért (Németh, 2000). Az egyébként egészséges, veszteséget átélő személynél a tartós stressz miatt átmeneti, de akár 3 hónapot is elérő *immunszupresszív*[4] *állapot* alakulhat ki, mely kedvez a fertőzések kialakulásának (Lázár, 2001).

A gyászoló férfiak és nők körében egyaránt megjelenhet gyomorfájdalom, szexuális zavar és magas vérnyomás. A férfiaknál jellemző lehet a fejfájás, a nehézlégzés, a fáradtság és az alvászavar, míg a nőknél gyakran magas pulzusszám, mellkasi, derék-, illetve hátfájdalom jelentkezik (Pilling, 2012). *Bár bizonyos testi tünetek mindkét nemnél megjelennek, a nőknél gyakoribb a szomatizáció, a depresszió és a szorongás.* A DSM-5 (APA, 2013) kritériumai alapján a gyászreakció már nem kizáró feltétel a depresszió diagnosztizálásánál.

A modernitás magával hozta a fájdalomcsillapítás kényelmét, a kereskedelmi reklámok üzenete alapján napjaink elsődleges válasza a fájdalomra annak távoltartása. *A pszichés fájdalom a testi fájdalomhoz hasonlóan szenvedést okoz a gyászolónak, melyre a gyászoló a megterhelő érzelmek elutasításával reagálhat, azonban ez a reakciómód a későbbiekben testi tünetekhez, depresszióhoz vezethet. Ezzel ellentétben az elvégzett gyászmunka jelentősen csökkenti a megbetegedések előfordulását* (Polcz, 1997). A gyászolók orvosi segítségkérés esetén, amennyiben a „bálinti" szemléletben (Bálint, 1990) dolgozó orvossal találkoznak, van lehetőségük az érzéseik elmondására, új narratíva[5] megalkotására, illetve értő figyelemre. Amennyiben ezt megkapják, ritkán igényelnek gyógyszert, illetve ritkán válik szükségessé gyógyszeres kezelés.

Nemi különbségek a gyászban

A kultúra és a kultúrában betöltött női és férfi szerepek erőteljesen befolyásolhatják és meghatározhatják a gyászfolyamatokat, az emberi kapcsolatok változásának értelmezési keretét, melyet mindig figyelembe kell venni az adott helyzet vizsgálatakor (Due és mtsai., 2017).

A nők és férfiak gyásszal kapcsolatos tapasztalata jelentősen eltérő. Míg a nők esetén az intuíció, az érzelmek megélése, az érzelmi támasz keresése és az érzelmi támasznyújtás van előtérben, addig a férfiaknál az érzelmi támasz keresése helyett inkább az aktivitás, a késleltetett gyász és a testi tünetek jelennek meg. A férfiak gyakran elkerülő, kompenzatorikus stratégiákat használnak, a veszteséget követően inkább a munkába

[4] *Immunszupresszív:* az immunrendszer csökkent működése vagy válaszképtelensége.
[5] *Narratíva:* elbeszélés, az átkeretezett új történet kialakítása.

menekülnek, nagyobb valószínűséggel vesznek részt kockázatosabb magatartásokban (pl. fokozott alkoholfogyasztás, dohányzás vagy egyéb szerhasználat), mely kapcsolati krízishez, vagy elhúzódó gyászhoz is vezethet. A férfiak szerepe sokszor a női partner támogatása marad, ami megnehezíti saját veszteségük elismerését (Due és mtsai., 2017; Jones és mtsai., 2019). További specifikus részletek a perinatális gyász leírásánál találhatóak.

A perinatális gyász[6]

A *perinatális gyász* egy prospektív folyamat, lemondó vágyakozás valakiről, aki lehetett volna. *Perinatális halálról* akkor beszélünk, ha az újszülött élve született és 168 órán belül meghalt, vagy ha a 24. várandóssági hét után 500 gramm vagy nagyobb súlyú, legalább 30 cm hosszúságú magzat méhen belül elhalt (Szeverényi, 2000).

A perinatális halál egy kifejezett trauma, mely többszörös veszteséget jelent a szülő számára. Az ezt követő gyászfolyamatnak több sajátos vonatkozása is van (A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, 2010):

- tárgyi emlékek hiánya a halott gyerekkel kapcsolatban,
- a várandósság, a testi-lelki együttlét megszakadásával az anya saját testi-lelki integritását is veszélyeztetheti,
- az anya/apa által érzett erős bűntudat, önvád, harag megjelenése,
- a kompetenciaérzés sérülése,
- a jövőkép sérülése, elvesztése,
- a téma társadalmi vagy esetleg családi tabu jellege miatt elmaradhat a társas támogatás.

A veszteséget természeténél fogva *testi és lelki tünetek* egyaránt kísérhetik: alvás- és étkezési zavarok, szorongás, depresszió, esetleg a gyermekkel kapcsolatos hallucinációk jelenhetnek meg. *A pszichés tünetek a gyászéven túl is fennmaradhatnak, és jelentős hatással lehetnek a további várandósságok lefolyására, a szülés után kialakuló pszichés zavarok előfordulására, valamint az ezt követően megszülető gyerekekkel kialakított kapcsolatra, interakciókra. Ezen interakciók késői hatása megjelenhet a perinatális veszteség után született gyerekeknél és a már élő testvéreknél is, ezek a gyerekek veszélyeztetetté válhatnak későbbi pszichológiai problémákra. Sok esetben a szülőknél egy túlóvó attitűd, magatartás jöhet létre.*

---

[6] A téma rövid áttekintése során a szakmai irányelv *(A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, 2010)* kapcsán történt elsődleges irodalomgyűjtésen kívül Kovácsné Török Zsuzsa munkáira és vele történt közös gondolkodásainkra, Sz. Makó Hajnalka 2019-ben megjelent *Temetetlen gyász* c. írására, valamint klinikai munkánk tapasztalataira építettünk.

A szakmai támogatás során érdemes figyelembe venni a *perinatális gyászfolyamatra ható tényezőket* (Török, 2015). A teljesség igénye nélkül:

- a halál körülményeit (a gesztációs időt, voltak-e előjelek, otthon vagy kórházban történt-e),
- a halál közlésének módját (ki mondta, az anya egyedül volt-e, vagy hozzátartozó is jelen volt, volt-e nyugodt hely és idő),
- a gyerekkel való találkozás lehetőségét, módját, volt-e temetés,
- az anya/apa személyiségét, korát, az esetleges korábbi veszteségek feldolgozottságát, a megküzdési stratégiákat,
- a társas támasz lehetőségét és minőségét.

A gyászfeldolgozás szempontjából külön figyelmet érdemel a halál tényének közlése és a szülés megindítása között eltelt időtartam, valamint a következő várandósság vállalásáig eltelt idő. A szülőknél nehezítheti a feldolgozást a szülők magasabb életkora, illetve a már a családhoz tartozó több gyerek, akiknek az ellátása eltereli a figyelmet a gyászról, továbbá, ha a szülők nem akarnak tudomást venni a halál okozta veszteségről.

A perinatális gyásszal való megküzdést mind a szülők előtörténete és belső erőforrásai, mind a külső tényezők befolyásolják. A hatékony feldolgozást segíti a veszteség irányelveinek szempontjait figyelembe vevő, az adott helyzethez igazított megfelelő támogatás a szülőszobán, a gyerekágyas osztályon, a PIC/NIC-ben, majd a területi ellátás során. Nehezíti a gyászmunkát, ha a gyászreakció erősen kontrollált, tagadás és elfojtás jellemzi, valamint az illúziókeresés dominál, és a családi szerepek merevek. A gyászfeldolgozás hatékony problémakezelését segíti az érzések vállalása és megoszthatósága, a vélekedések konfrontálhatósága, a realitás követése, az erőforrásokra való fókuszálás és azok felhasználása, újraszervezése.

A perinatális halált követő gyászfolyamatot a témában átfogó áttekintést nyújtó perinatális veszteséggel foglalkozó irányelv foglalja össze (A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, 2010).

A rossz hír közlésének általános szempontjai

A hazai törvényi szabályozás értelmében *a halálhírt csak az orvos közölheti* (Monostori és mtsai., 2018), emellett fontos az egészségügyi dolgozók *kommunikációs stílusa* egy olyan korai beszélgetésben, mikor a pár elé tárnak egy a magzattal kapcsolatos problémát (fontos, hogy mindkét szülő együtt legyen jelen). A „rossz hír" közlése során a család jövőképére jelentősen negatívan ható információkat ad át az orvos/szakember, amely a kliens számára a további reális célok kialakítása szempontjából is meghatározó lehet. Ez az *egyik legnehezebb kommunikációs helyzet az egészségügyben*, és optimális esetben a szakember és a kliens partneri helyzetben, közösen hoznak további döntéseket. A negatív hír közlése az esetek jelentős részében ismétlést, több alkalmat igényel. Az egészségügyi dolgozók kommunikációja minden részletében fontos, pl. kromoszomális rendellenességek, az élettel összeegyeztethetetlen eltérések közlésekor is: a párnak elegendő

időre van szüksége a diagnózis megértéséhez, valamint megfelelő döntési szabadságra az alternatívákat illetően. A sokk hatása alatt történő beszélgetés akár pozitív, akár negatív irányba is képes elmozdítani a szülők későbbi gyászreakcióit (Berry és Colorafi, 2019). *A halál tényének közlése hosszú távon meghatározza a szülői gyászt*, mindkét szülő évekkel később is szó szerint képes felidézni az orvos szavait, éppen ezért ma már a szakirodalom is próbál segítséget nyújtani abban, hogy pszichológiai szempontból hogyan lehet „jól" megoldani a rossz hír közlését (Monostori és mtsai., 2018).

Több – nem a halálhír közlésének módjára kidolgozott – modell áll rendelkezésre a rossz hír közlésének megfelelő módjáról (lásd az alábbi keretes szöveget).

Modellek a rossz hír közléséről

A *SPIKES modell* (Baile és mtsai., 2000) *6 lépést* javasol a nehéz hír közlésére:

- *Előkészítés (Setting):* megfelelő környezet, elegendő idő, felkészülés (az adott kliens kórtörténete, papír zsebkendő, víz), a kliens és hozzátartozó jelenléte.
- *Mennyit tud a kliens? (Perception):* előzetes ismeretek feltárása. Fontos a nyitott kérdések használata – más szakemberek mit mondtak neki?
- *Mennyit szeretne tudni a kliens? (Invitation):* mit és mennyit szeretne megtudni? Mindent szeretne tudni vagy csak a lényegre kíváncsi?
- *Az információ közlése (Knowledge):* közérthetően, a kérdéseknek helyet hagyva és az elmondottak megértését ellenőrizve.
- *Válasz a kliens és a család érzéseire (Emotions):* a kliens reakcióinak, nonverbális közléseinek figyelembe vétele, erőteljes érzelmek kezelése, empatikus visszajelzés, csönd elfogadása, esetleg érintés. Miben van szükségük segítségre?
- *Tervezés és követés (Strategy and summary):* a következő lépések megtervezése, az érzelmi és gyakorlati támogatás egyeztetése, a következő találkozás egyeztetése és a megbeszéltek megértésének ismételt ellenőrzése.

A rossz hír közlésének *ENYHÍTŐ modellje* (Pilling, 2004):

- *E – Előkészítés:* az adatok, eredmények ellenőrzése, megfelelő környezet kialakítása.
- *NY – Nyitó kérdések:* a beteg pszichés állapotának, előzetes ismereteinek feltérképezése. Hogy érzi magát?
- *H – Hozzájárulás:* mennyit szeretne tudni a beteg.
- *Í – Információ közlése:* tömören, érthetően, fokozatosan átadni az információt, miközben a beteg is felteheti a kérdéseit
- *T – Támogató magatartás:* a beteg beszélhessen érzéseiről, gondolatairól, a sírás megfelelő kezelése (elfogadás, papír zsebkendő, tea vagy víz felajánlása).
- *Ő – Összefoglalás:* tervezés, térképezzük fel, kik lehetnek a beteg támaszai, végül kérdezzük meg, volt-e valami, amit a beteg nem értett.

Stigmatizáció és a kultúra jelentősége

Egy, a halvaszületett csecsemők jelenlegi helyzetét vizsgáló, 135 országban készült globális egészségügyi felmérés azt mutatta, hogy sok kultúrában halálesetek millióit nem tartják számon, az anyák marginalizációval, hibáztatással, *társadalmi stigmával* szembesülnek pont azokban az országokban, ahol a legtöbb csecsemőhalál történik. Ezekben az országokban a legtöbb halvaszületett csecsemőt bármilyen megkülönböztetés vagy rituálé (pl. névadás, temetés, a csecsemő anya általi kézbevétele vagy felöltöztetése) nélkül „semmisítik meg". Vannak kultúrák, ahol a halvaszületést az anyák bűneire és a gonosz szellemekre vezetik vissza, és a folyamatra úgy tekintenek, mint olyan babák természetes szelekciójára, akiknek sosem kellett volna megszületniük (Froen és mtsai., 2011).

A nyugati társadalmakban a perinatális veszteségekről jóval elfogadóbb nézetek élnek a köztudatban, azonban mindezek mellett is tapasztalható egyfajta *kulturális tabu* a perinatális veszteség miatt érzett gyász nyilvános kifejezésével és elismerésével kapcsolatban, olyannyira, hogy egyes szerzők szerint a veszteség lekicsinylése, vagy annak hárítása sokszor még pszichoterápiás keretek között is megfigyelhetőek (Markin és Zilcha-Mano, 2018). Ha csak arra gondolunk, hogy milyen gyásszal kapcsolatos tartalmak jelennek meg a közösségi oldalakon, a legritkább esetben tapasztalható, hogy perinatális veszteségek nyilvános posztok témái lennének. Az ilyen tartalmakkal és a mások által átélt hasonló élményekkel a gyászolók leginkább akkor szembesülnek, amikor azok személyes beszélgetésekben, többnyire az otthon biztonságos falai között felbukkannak.

A perinatális gyász az életnek egy váratlan, sokszor traumatikus, nem normatív eseményére adott reakció (Hosszú és Lénárd, 2015), éppen ezért beszélni is sokkal nehezebb róla. Remélhetőleg az idő előrehaladtával a témát egyre kevesebb kulturális tabu övezi majd, addig is az egészségügyi dolgozók, a családtagok és a támogató környezet feladata, hogy perinatális veszteség átélésekor a gyászoló pár és a testvérek számára érzékeny és befogadó közeget teremtsenek.

Apák gyásza

Számos tanulmány foglalkozik a perinatális veszteséget átélő nők egészségével és jóllétével, ugyanakkor kevesebb szó esik az azonos tapasztalaton átesett férfiak élményeiről. A kutatások azt mutatják, hogy *a férfiak pszichés és fizikai egészséggel kapcsolatos mutatói perinatális veszteséget követően különböznek a nőkétől*. A nők és a férfiak gyásza ugyanolyan intenzív lehet, azonban míg a *nők leginkább érzelemközpontú megküzdési stratégiát választanak*, addig a *férfiak problémaorientált megküzdési módokat preferálnak*. Az apák gyakran kettős intrapszichés terhelést, *double-bind*[7] *hatást* élnek át, mivel egyrészről elvárják tőlük, hogy erősek legyenek, ugyanakkor kritizálják is őket azért, mert nem fejezik ki eléggé érzelmeiket (Hosszú és Lénárd, 2015). Az egészségügyi dolgozók

[7] *Double-bind:* kettős kötés, ellentmondást tartalmazó kommunikáció.

fontos feladata, hogy érzékenyek és empatikusak maradjanak a pár mindkét tagja irányába, felismerjék az apák sajátos, sokszor rejtettebb gyászát, informáljanak, és nyíltan kommunikáljanak a lehetőségekről (Sun és mtsai., 2018).

A gyász a párkapcsolat vetületében

Halvaszülés esetén különösen magas annak kockázata, hogy a veszteségen átesett szülők párkapcsolata felbomlik, magasabb, mint a vetélésen átesett szülők esetében. Amellett, hogy a magzat és a szülők közötti kapcsolat már nagyon korai időszakban kialakul(hat), az időben később bekövetkező veszteségek hosszabban tartó pszichológiai stresszt okozhatnak, még több kihívás elé állítva ezzel a párkapcsolatot (Gold és mtsai., 2010). A vetéléssel ellentétben a halva született gyermekek szülei gyakran már megtapasztalták a csecsemő mozgását és hallották a magzati szívhangot, ami a csecsemőt és a várható szülést mindkét szülő számára kézzelfoghatóbbá, a veszteségélményt pedig intenzívebbé teheti.

A családon belüli egyensúly és struktúra könnyen megbomolhat egy családtag elvesztésekor, mert a szerepeket és funkciókat a családnak újra kell rendeznie. *A családtagok egyéni szinten és a családi rendszer részeiként is gyászolnak* (Hosszú és Lénárd, 2015), így a veszteség a családi dinamika átformálásán keresztül erősen kihat a párkapcsolatra is.

Bár sok szülő úgy találja, hogy a veszteség egy *poszttraumás növekedés* következtében közelebb hozta őket egymáshoz, a halálesemény számos esetben inkább kapcsolati stresszt generál. *A jelentősen eltérő gyászolási mintákkal rendelkező szülők magas kockázatnak vannak kitéve a későbbi házastársi konfliktusok vagy érzelmi elidegenedés szempontjából*, ezért az ilyen esetekben különösen hasznos a támogatás és a szakmai konzultáció (Kersting és Wagner, 2012).

Testvérgyász

A halott gyerek testvérei a családi krízishelyzetben többnyire egyedül maradnak szorongásaikkal, félelmeikkel: úgy érezhetik, ők tehetnek a testvér haláláról, és ők is meghalhatnak, elveszíthetik a szüleiket. Nem mernek a halott testvérről beszélni, így egyre nehezebb számukra a gyászfolyamat. Előfordulhat a meghalt testvér szülők részéről történő idealizálása, mely leállíthatja a testvérféltékenység, rivalizáció lehetőségét. Mindezek miatt, ha a szülők a gyászukban nem tudnak osztozni a gyermekükkel, fontos, hogy legyen körülötte egy olyan személy, akivel a gyermek igényeinek megfelelően beszélhet, érzéseit megoszthatja, és aki végig tudja kísérni a gyereket a gyász folyamatán (Hosszú és Lénárd, 2015).

Lényeges megfelelő figyelmet fordítani a gyerekekre a gyász idején, mert *kiszolgáltatottak a családi gyász szokásainak és a felnőttek krízisének*. A gyermekeknél a gyász miatt *elmaradhat az életciklusváltás*, ami a későbbiekben problémákhoz vezethet. Fontos továbbá, hogy ne maradjon előttük rejtve a szülők, a felnőttek gyásza, legyen az haláleset,

válás vagy egyéb veszteség, a gyermek láthassa, hogy a felnőttek is végigmennek a szomorúság, sírás időszakán.

Sok vita övezi a gyermekek *temetési szertartáson való részvételét*. A családtagok gyakran érvelnek amellett, hogy a gyermeket saját érdekében nem viszik a temetésre, pedig ezzel a zavar, a kimaradottság érzését válthatják ki benne. Ajánlatos minden esetben beszélni a gyermeknek a búcsúszertartásról, és megkérdezni, hogy azon szeretne-e részt venni. Ha nemet mond, a későbbiekben érzett kimaradás megfogalmazásánál meg tudjuk beszélni, hogy ez ott és akkor az ő döntése volt. Ha igent mond a részvételre, a temetésre minden gyerek egy számára ismert felnőtt kísérővel érkezzen, aki a gyerek igénye szerint, a gyereket támogatva vesz részt a temetésen.

Az abortusz mint perinatális veszteség

A perinatális veszteségek sajátos csoportját alkotják a művi abortusszal kapcsolatos pszichés veszteségélmények. *A terhességmegszakítást a mai napig társadalmi stigma övezi* (Hanschmidt és mtsai., 2016; Hanschmidt és mtsai., 2018), mely nem teszi érzékelhetővé és mindenki számára láthatóvá az abortuszok gyakoriságának előfordulását, ennek ellenére hazánkban a művi abortuszok száma megközelíti a fogantatások közel harmadát (Sz. Makó, 2015). Az abortusz körüli társadalmi tabu a veszteségről való beszédet is megnehezíti, *a terhességmegszakításon átesett nők sokszor magukra maradnak a problémával, mely akadályozhatja a veszteség feldolgozását.*

Az abortusszal kapcsolatban gyakran megfigyelhetők *ambivalens és vegyes érzések*, melyek részben *negatív (pl. bűntudat, szégyen, megbánás, aggodalom, düh, fájdalom)*, részben *pozitív (megkönnyebbülés, a szorongás csökkenése, a depresszió szintjének csökkenése)* emóciókat tartalmaznak. A művi terhességmegszakítás megélése nagyban függ a beavatkozáson átesett nő személyiségjellemzőitől, családi hátterétől, párkapcsolatától, értékrendjétől, anyagi és szociális hátterétől, az életszakasztól, amelyben éppen van, illetve az egészségügyi személyzet bánásmódjától is. A fiatal életkor, a vallásosság, az ismétlődő terhességmegszakítás, az elkerülő megküzdési stílus, a biztonságos kötődési stílus hiánya, a korábbi megterhelő életesemények és mentális problémák mind negatívan hathatnak a nő posztabortusz alkalmazkodására (Sz. Makó, 2015). Bár az összefüggések nem egyértelműek (Charles és mtsai., 2008; Robinson és mtsai., 2009), azt, hogy hosszabb távon milyen pszichés hatása van a művi abortusznak, a fenti tényezők mind befolyásolhatják. Egyes kutatások szerint az érintettek kb. *10–20%-a számolhat a perinatális veszteség feldolgozatlanságából adódó pszichés problémákkal* (Sz. Makó, 2015).

A veszteség egyéb vetületei

A mesterséges megtermékenyítés veszteséggel kapcsolatos aspektusai

A WHO adatai szerint a világban egyre több a meddőnek nyilvánított párok száma. Ez a szám 1990 és 2010 között 42 millióról 48,5 millióra emelkedett (Mascarenhas és mtsai., 2012). Magyarországon mintegy 150 ezer párt érint a *meddőség* problémája, tehát ma már minden ötödik-hatodik gyermektelen házastársi vagy élettársi kapcsolatban megjelenik a *természetes fogamzás nehezítettsége*. Nem sokkal jobb a helyzet külföldön sem, a nemzetközi felmérések szerint világszerte 72,4 millió párt érint a meddőség, mely *a párok közel 10–25 százalékát jelenti.*

A meddőség lehetőségének felmerülése óriási *veszteségélményeket* képes mobilizálni (Weddell és mtsai., 2019; Parnian és mtsai., 2017). A meddőség diagnózisával való szembesülés jelentős *krízis és stresszor* a meddő párok életében, a *mesterséges megtermékenyítéssel* járó folyamatok pedig számos *pszichés és fizikai kihívás* elé állítják mindkét szereplőt. (A témában részletes szakmai összefoglaló olvasható Forgács és Szeverényi [1993] tollából.)

A fogantatás nehezítettsége vagy sikertelensége nagyon gyakran olyan gyásszal és veszteségélménnyel jár, mely kihat a pár mindkét tagjának pszichés állapotára, testi egészségére és kapcsolatukra is. A *férfi és női partnerek eltérő megküzdési stílusa* további terhelést és stresszort jelent a párkapcsolatra nézve. A gyászfolyamat a mesterséges megtermékenyítési eljárások során gyakran elhúzódóvá és krónikussá válik. Amíg tartanak a beavatkozások, nem jöhet létre *pszichés lezárás és elfogadás*, csak ha létrejön a kívánt várandósság és szülés, vagy a pár feladja a megtermékenyülés reményét, ezzel együtt a további kezeléseket (Alesi, 2005).

A mesterséges megtermékenyítésre vállalkozó párok ezen kívül kevesebb *társas támogatásban* részesülnek, mivel helyzetüket a gyakran a társadalomban még mindig működő *stigmatizáció* miatt nem tárják a nyilvánosság elé (Ergin és mtsai., 2018). A beavatkozások során szembesülniük kell azzal, hogy természetesnek gondolt összetartozásuknak valamilyen akadálya van, amihez külső, orvosi segítséget kell igénybe venniük, emellett egyes vallásos nézetek az orvosi beavatkozás ellenében hathatnak. A párnak el kell gyászolnia a kapcsolat „tökéletességének" illúzióját, azt a gyermeket, aki a fantáziájukban élt – és sokszor a be nem ültetett vagy éppen elvetélt embriókat is (Parnian és mtsai., 2017).

A mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos veszteségek gyakran eredményeznek a gyász részeként megjelenő *dühöt és lehangoltságot*, a sikertelen beavatkozást megélő kliensek sokszor *generalizált stresszről, depresszióról és szorongásról* számolnak be (Vezenkov és mtsai., 2019), ami a beavatkozások felfüggesztését eredményezheti (Domar és mtsai., 2018). A mesterséges megtermékenyítéssel járó stressz ellenére a fogamzás sikeressége után egy reprezentatív mintán végzett svéd kutatás nem talált különbséget a depresszió szintjében IVF kezeléssel és természetes úton várandóssá vált anyáknál a várandósság és a szülés utáni 6. hónap közötti időszakban (Gambadauro és mtsai., 2017).

A meddőség nem csak a nőkre helyez pszichés terheket: *meddő párok férfi tagjainál* nem ritkán *alacsonyabb önértékelés, szorongás*, valamint *átmeneti szexuális zavarok* jelentkeznek, melyet a *teljesítményszorongással* hoznak összefüggésbe. A pár gyermektelensége miatt emellett a *tágabb családi fejlődés is megtorpan egy szinten*: mivel a gyerekekből nem válnak szülők, a szülőkből sem lesznek nagyszülők, ami a családi dinamika bonyolódásával további feszültségekhez vezethet (Polgár, 2016).

Veszteség az ikervárandósság során

Az anyák átlagos szüléskori életkorával és a mesterséges megtermékenyítés elterjedésével az ikervárandósságok száma folyamatosan nő. *Az ikervárandósságok a normál várandósságokhoz képest a koraszülés, a veleszületett eltérések, illetve a perinatális halálozás magasabb kockázatát hordozzák* (Richards és mtsai., 2015).

A perinatális halálozás egyik speciális esete az *ikervárandósságokhoz* kapcsolódik, mivel a több magzattal induló várandósságoknál az egyik magzat elvesztése esetén a szülők konfliktust élnek át a megtartás és az elengedés dinamikai folyamatában (Richards és mtsai., 2015).

Az ikervárandósságok esetén bekövetkezett magzati veszteségek a többi perinatális veszteséghez hasonlóan a depresszió, szorongás és poszttraumás stressz fokozott tüneteivel társulhatnak. A tünetek hiányát az ikrek egyikének túlélése vagy a családban korábban született, élő gyermekek jelenléte sem garantálja (Druguet és mtsai., 2018), sőt jelentős rizikótényezőt jelent a gyászfeldolgozás szempontjából. *Az ikervárandósságok során bekövetkező veszteségek a perinatális veszteségek sajátos csoportját alkotják, melynek során a környezet a veszteséget elszenvedő szülők figyelmét gyakran a gyász kimutatása helyett az életben maradt gyermek felé irányítja.* Habár az ikerpár egyik felének elvesztése gesztációs kortól függetlenül ugyanolyan intenzitású gyásszal jár, mint a normál perinatális veszteség megélése (Swanson és mtsai., 2009), ilyen esetekben mindig *komplikált gyászról* beszélünk, mivel az életben maradt csecsemőről vagy magzatról való gondoskodás, odafordulás hónapokkal vagy évekkel is késleltetheti az elveszített magzat vagy csecsemő iránt érzett, *„felfüggesztett" gyászt* (Richards és mtsai., 2015).

A gyász megélésének támogatása mellett az anyák nagyon fontosnak tartják *a támogató magatartást és kommunikációt*. A legtöbb édesanya hálás azért, ha az egészségügyi személyzet (pl. a PIC személyzete) megőrzi az életben maradt csecsemő ikeridentitását, például azzal, hogy emlékszik, és (helyesen) használja az elhunyt baba nevét, nem csak az életben maradt gyermekét. Az anyáknak egy apró jelzés is sokat számíthat (pl. egy kék pillangó elhelyezése az életben maradt gyermek inkubátorán), amiből a személyzet tudja, hogy a család milyen veszteségen esett át, anélkül, hogy az anyának azt ismételten el kellene mesélnie (Richards és mtsai., 2015).

Az ikerpár egyik tagjának elvesztése esetén nagyon fontos – a helyzetből adódóan amúgy is kontrollvesztett – anyák számára *az információk zavartalan és koherens áramlása, a személyzet állandósága*, ennek hiányában szorongásuk jelentősen fokozódhat. Úgy tűnik – a nem ikervárandósságokhoz hasonlóan –, a perinatális időszakban *az apák az ikertestvérek egyik tagjának elvesztésekor a depressziónak és a gyásznak kevesebb jelét*

mutatják az anyákhoz képest. Bár mindkét szülő nehéznek találja a veszteséget, az apák kevesebb bátorítást kapnak érzelmeik kifejezésére, érzelmeik megélése helyett így *inkább a megküzdés áll a középpontban* számukra (Swanson és mtsai., 2009).

A *megszületett testvér szemszögéből terápiás tapasztalatokat* összefoglaló könyvében Alfred és Bettina Austermann (2008) különböző, orvosi és pszichológiai szempontokat is figyelembe véve foglalkozik a témával. A gyakorlati munka során, a kliensekkel való találkozásokkor mi is többször megélhettük annak az evidenciákkal nem alátámasztott, de eredményt hozó intervenciónak a hatásosságát, melynek során a beszélgetés, közös rajzolás vagy játék folyamán bomlott ki egy olyan lehetőség, miszerint a kliens megszületése előtt nem volt egyedül, lehet, hogy volt egy testvére. Az ikervárandósság és veszteség témája további kutatásokat igényel, hogy biztonságos, tudományosan bizonyított módszerek alkalmazásával tudjuk ezen a területen támogatni klienseinket (lásd az esetrészletet, az alábbi keretes szöveget).

Ikervárandósságok története egy családban

„»Szülői hivatásra felkészítő tanfolyam« – olvastam érdeklődve és kíváncsian nőgyógyászom ajtaján 1997 februárjában (…) első gyermekünket vártuk ekkor (…) De sajnos, csak évekkel később, 2001 tavaszán kerültem ezzel a dologgal közelebbi, illetve tényleges, valós kapcsolatba (…)

Egy majdnem abortusz után (át voltam öltözve, vártam, hogy visznek a beavatkozásra, ikervárandósságom 10. hetében, szerencsére együtt a férjemmel az utolsó pillanatok egyikében nemet tudtunk mondani) újra szembe jött velem ez a plakát (…) Mivel a döntés után, hogy megtartjuk őket, nem éreztem magamat boldog, felszabadult kismamának, sokkal inkább szomorúnak, depressziósnak, arra gondoltam, hátha ez a kurzus segít közelebb kerülnöm a babákhoz (…) Ez volt az alapmotivációm (…) Nem tudtam mire számítsak, mi fog történni (…) Két gyermekes anyaként mit fognak nekem itt mondani (…)

Az első alkalmak egyikén egy kisfilmet néztünk meg (…) A film egy családról szólt, ahol a 4 év körüli kisfiú folyton a halállal foglalkozott (…) Rajzain, beszédében, álmaiban megjelent a téma nagyon súlyosan, durván (késekkel aludt). A szakember, akihez fordultak, a várandósság lefolyása felől érdeklődött (…) Az anyuka elmesélte, hogy sokat vérzett és görcsölt a hasa (…) Feküdnie kellett. Akkor még nem volt általános az ultrahang. De a pszichológus valószínűsítette, hogy ikerterhességről lehetett szó, és az egyik magzat elhalt a méhen belül, ez okozhatta a panaszokat az anyukánál (…) Miután a kisfiúnak beszéltek arról, hogy neki volt egy testvére az anyukája pocakjában, a gyermek helyre jött, megszűntek a rémálmok és a panaszok … Teljes megoldás a film végére (…)

Lemerevedve és döbbenten ültem (…) Több dolog miatt is.

Ennyire emlékszik, ennyire hat a magzati lét az emberre (…) Milyen tragédiát okoztunk a gyermekeinknek, akikről majdnem lemondtunk (…) A 3,5 éves fiunk, aki sokat foglalkozik a halállal, erről beszél, kérdez folyamatosan, ő ikerterhességből született. Soha nem mondtuk neki, hogy volt egy ikertestvére, aki a 13–14 hét között elhalt. Születésekor látszott a méhlepényen a „helye”(…) Ezt a második döbbenetemet megosztottam ott a kisfilm megbeszélésekor. Másnap délelőtt elmondtuk a fiunknak a születése

körüli dolgokat (…) Kérdezett néhány dolgot, és úgy beszélt róla, mintha emlékezne rá (…) Már ennyi idősen is nagyon szépen rajzolt. Készített egy nagyon szép, rendkívül színes képet, virágok fák, állatok szerepeltek rajta. Ő azt mondta, „rajta van a tesóm, akivel együtt laktam a hasadban" (a képen nem volt gyermek vagy bármilyen emberi alak). Ezután, mintha elvágták volna, ok nélkül soha többé nem foglalkozott a halál témakörével." (Dr. Németh Tünde praxisából.)

Koraszülés

A WHO definíciója alapján[8] *koraszülöttnek számít egy újszülött, ha gesztációs ideje nem haladja meg a 37. hetet (259 napot).* A koraszülöttek előfordulási aránya kb. 10% (6–15%). Nagyon heterogén csoportot képeznek: *500 g-tól 2500 g-ig terjedő születési súly és különböző érettségi állapotok jellemzőek.* A terület részletes áttekintését jelen kötet keretei nem teszik lehetővé, így írásunkban csupán a veszteség szempontjából lényeges témákat érintjük (lásd még kapcsolódó témákat Góczán-Szabó és Prónay tanulmányában a jelen kötetben). Születéskor a szervi funkciók támogatása áll az orvosi munka fókuszában, a társas kapcsolatok és a mozgásmagatartás csak később kerülnek a figyelem középpontjába. Az interakciók és az anyával való interakciók megfigyelése a hétköznapi vizsgálatoknak nem képezi részét, holott *a koraszülöttek éretlenségük miatt nem képesek az érzelmi és viselkedéses állapotokat szervezett egységbe rendezni, a társas és egyéb ingerekre nem képesek szelektíven reagálni.* A *perceptuális és állapotszabályozási éretlenség* következtében a koraszülöttek másképpen dolgozzák fel az információkat, és reagálnak hangokra, vizuális és érintési ingerekre, így például ugyanaz az inger egy érett újszülöttnél stimuláló, míg a koraszülöttek esetében elkerülő mozgást vált ki (Hámori, 2005).

Az anya 3. trimeszterben átélt fantáziái feltételét képezik annak, hogy csecsemőjét interaktív, válaszkész, komplex igényekkel rendelkező lénynek lássa. *Váratlan szülés esetén a szülő traumát élhet át a nem várt esemény hatására, majd a gyermek intenzív ellátása során.* Egy ilyen váratlan esemény során *súlyos veszteséget jelenthet az elképzelt „egészséges gyermek" elvesztése, és sérülhet a valós gyerekkel és a családdal kapcsolatos jövőkép, az anya női identitása.*

A csecsemővel való váratlan találkozás nagyon távol áll attól, amit a szülők a szüléssel kapcsolatban elképzeltek. A gyors eseménysorozat alatt gyakran tapasztalható *sokk és ürességérzés*, a csecsemő halálának valódi kockázatával, az invazív kezelésekkel szembesülve érzett *tehetetlenség érzése* hatalmas stresszt okozhat a szülőknek és a családnak. A szülők ebben a *bizonytalan krízishelyzetben* nemcsak a jelen, de a jövő miatt is aggódnak (Eutrope és mtsai., 2014). Koraszülés esetén az anyák szignifikánsan magasabb értékeket értek el a *szülés utáni depressziót* mérő skálákon (Davis és mtsai., 2003). Az anyák

[8] https://svabhegy.eu/a-koraszulottseg-fogalmanak-meghatarozasa/

döntő többsége (75%) *szorongást* él meg koraszülést követően, amit külön súlyosbít, ha a csecsemőt Koraszülött Intenzív Osztályon (PIC) kell elhelyezni.

A koraszülés eseménye egy olyan nem várt életesemény, melyet az anyák 35%-a *traumatikusnak* él meg, különösen a nagyon alacsony súllyal született újszülöttek esetében, és ha az anya a csecsemőt császármetszéssel hozza a világra. Bár a traumatikus szülésből és a korai anya-gyerek interakciók korlátozottságából adódó későbbi anya-gyerek interakció és kapcsolat zavarai nem bizonyítottak (Eutrope és mtsai., 2014), egyértelmű az ilyen életeseményeket megtapasztaló anyák pszichés támogatásának szükségessége.[9]

Az említett tényezők kapcsán bűntudat és szorongás jelenhet meg, melyet a különböző – gyermektől, családtól, társas környezettől való – szeparációs helyzetek még fokozhatnak.

A perinatális halálozás 75%-át koraszülés okozza (Goldenberg és mtsai., 2008). Magyarországon körülbelül minden tizedik gyermek koraszülöttként jön a világra, amely évente körülbelül hatezer családot érint[10]. Az Egyesült Államokban a koraszülések a születések 12–13%-át teszik ki, míg számos más fejlett országban 5–9% ez az arány. A nagyon korai koraszülések (23–24. hét) száma nőtt az elmúlt évtizedekben, melynek egyik oka az *orvosilag asszisztált megtermékenyítések* számának növekedése, illetve, hogy az ikrekkel várandós édesanyák gyakran petefészek stimulációban részesülnek. Az *in vitro megtermékenyítés* (IVF – in vitro fertilizáció) önmagában is a koraszülés magasabb kockázatával jár. A nagyon korai koraszülés kockázata lényegesen nagyobb a többszörös várandósságok esetében: 1995-ben a kettes ikrek 7%-a és a hármas ikrek 25%-a született a 33. hét előtt (Eutrope és mtsai., 2014).

A koraszülöttek hazai pszichológiai ellátását jelentősen támogatja *Hámori Eszter kutató- és gyakorlati munkája*. Hámori (2005) koraszülöttek családjaival végzett kutatásában a korai anya-gyermek kapcsolat fejlődését vizsgálta, korán és időre született csecsemők körében. A Hámori által intervencióként alkalmazott Játékhelyzet Interjú, mint egy prevenciós módszer, segíti az édesanyákat koraszülött gyermekük megértésében, ezzel támogatva az anya-gyermek kapcsolatot és a kötődés alakulását (Hámori, 2016).

További jelentős hazai kezdeményezésnek számít a *Te Hangodat Ismerem Alapítvány koraszülöttekért és kisgyermekes családokért végzett tevékenysége*. Az Alapítvány munkája során énekhang támogatja azokat a koraszülött csecsemőket, akiknek szülei a mindennapokban nem tudnak az inkubátor mellett lenni. Emellett a családokkal együtt éneklés segíti a családot és az inkubátorban elhelyezett csecsemőt a kölcsönös kapcsolódásban. Az élő énekszó és a hangszerjáték pozitívan hat a beteg újszülöttekre a stressz csökkentésén, valamit az oxigénszaturáció, szívfrekvencia, légzésszám és vérnyomás optimalizálásán keresztül (Hazay, 2017).

---

[9] A pszichés támogatás szükségességét mutatja egy hazai jó gyakorlat, melynek köszönhetően a Debreceni Klinikán 10 éve működik támogató anyacsoport Kovácsné Török Zsuzsa vezetésével.

[10] http://www.atehangodatismerem.hu/tamogatas/

Terápiás vonatkozások

Társadalmunkban a halottkultusz rítusai, hagyományai (siratás, halottas menet, ravatalkép, halotti tor) lehetőséget biztosítottak a gyászolóknak érzelmeik megélésére, mára azonban ezek a hagyományok elhalványultak (A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, 2010; Monostori és mtsai., 2018).

A perinatális gyász speciális olyan szempontból, hogy a szülők életüknek, identitásuknak, testüknek egy olyan fontos részét veszítik el, melyhez még nem kötődnek emlékek, emlékképek, emléktárgyak, ezért nagy pszichés segítséget jelenthet a szülők számára, ha találkozhatnak meghalt gyermekükkel (Flenady és mtsai., 2009; Thornton és mtsai., 2019).

Az elhunyt csecsemőhöz való szülői kapcsolódás és a róla való gondoskodás olyan pozitív emlékeket generál, melyek a gyermekhez való kapcsolattal és a gyermek identitásának megteremtésével elősegítik a gyászolást. Míg a halvaszületett gyermek megtekintésének és kézben tartásának vannak előnyei és hátrányai is, a jó gyakorlatok alapján kialakított irányelvek azt javasolják, hogy ezen a téren *minden szülő szabadon választhasson a lehetőségek közül, mely döntéshozatal során az egészségügyi személyzetnek támogatnia szükséges őket* (Flenady és mtsai., 2014).

A kutatások azt mutatják, hogy a gyászoló szülők nagyra értékelik és fontosnak tartják, ha kapcsolatba kerülhetnek magzatukkal, csecsemőjükkel, különösen akkor, ha mindez egy támogató környezetben történik (Gravensteen és mtsai., 2013). *A perinatális veszteséget követő pszichés támogatásnak és érzékeny kommunikációnak kimutathatóan pozitív pszichoszociális hatása van az egész család számára* (Hendson és Davies, 2018).

A klinikai irányelvek támogatják *az emlékek megteremtését és rögzítését*, amilyen például a csecsemő megfürdetése és felöltöztetése, a csecsemőhöz való beszéd és a baba nevén szólítása, vallási vagy névadási szertartásokon való részvétel, a csecsemőnek a tágabb család számára történő bemutatása, valamint interakciók rögzítése fényképeken és filmeken (Flenady és mtsai., 2014).

Általános konszenzus tapasztalható azzal kapcsolatban, hogy az ellátás során a baba halálakor a gyászoló szülőknek fel kell kínálni az elhunyt csecsemővel kapcsolatos *emléktárgyakat*, mint például fényképeket, kéz- és láblenyomatokat, személyes ruházatot vagy takarót. Az ilyen emléktárgyak kimutathatóan csökkentik a későbbi negatív pszichés következményeket a szülők számára (Flenady és mtsai., 2014; Weddell és mtsai., 2019).

A perinatális veszteséget követő újabb várandósság túl korai vállalásának negatív pszichés következményei lehetnek, mivel a perinatális halált túlságosan korán követő várandósság meggátolja a gyászmunkát, és kóros lelki folyamatokat indíthat el az anyában. A perinatális veszteség után túl gyorsan bekövető gyermekvállalás esetén gyakoribbak a kötődési és később a viselkedési zavarok, melyek nemcsak az anya esetleges depresszió-jának, hanem a következő várandósság miatt elnyomott, megoldatlan gyásznak is lehetnek a következményei (A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, 2010).

Azoknál a nőknél, akiknél a halvaszülés/újszülött elhalálozása, vetélés vagy traumatikus szülés után posztttraumás stresszbetegség alakul ki, magas intenzitású pszichológiai kezelés javasolt (pl. traumafókuszú CBT, EMDR) a PTSD terápiás irányelveit követve (Muris és

mtsai., 1997; Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről, 2017).

Az életet kísérő természetes jelenségként felfogott *gyászfolyamat/gyászmunka* egészséges és *megfelelő társas támogatottsággal* élőknél általában 12–18 hónap alatt lezárul. Társas támogatás hiánya esetén a gyász feldolgozásában *önkéntes vagy gyászcsoportok* adhatnak segítséget. Amennyiben *szövődményes gyászfolyamat* zajlik, illetve, ha normál gyász esetén az ünnepek vagy más, az elvesztett személyhez kötődő évforduló kapcsán egy hónapnál tovább tartó megerősödő gyász jelentkezik, *konzultációra vagy terápiás beavatkozásra* lehet szükség.

Kovácsné Török Zsuzsanna által megfogalmazott pszichoterápiás elvek (2015) a következőkben foglalhatók össze:

- biztonságos légkör kialakítása,
- a gyász kifejezésének támogatása, megtartás,
- a gyászfolyamatot blokkoló érzések (önvád, szégyen, harag) felismerése,
- a blokkoló érzések megértése,
- a szociális izoláció elkerülésének támogatása,
- a gyász univerzalitásának tematizálása,
- a gyász spiritualitásának megbeszélése,
- a konzulens/terapeuta részére szupervízió szükségessége.

Rizikótényezőkkel terhelt gyászolók körében (pl. gyermek-, szuicid vagy erőszak általi halál esetén) fontos a megküzdési stratégiák felmérése és a védőfaktorok erősítése.

Összességében elmondható, hogy a gyász lefolyását számos tényező alakítja, a terápiás megfontolások és intervenciók lehetőségét mindig az adott esethez igazítva, az egyéni, társas és kulturális összetevőket mérlegelve érdemes kialakítani.

Zárszó

A születés és a halál témája, ahogy az életben, ebben a fejezetben is sok helyen egymás mellett jelentkezik. A terápiás tapasztalatok, a gyakorlati munka során a veszteséggel kapcsolatban gyakran felmerülő területek mellett igyekeztünk érinteni pár újabb, az utóbbi évtizedekben fókuszba kerülő kérdést is. Mivel családi rendszerbe születünk, és az élet vége nem azonos az élet biológiai folyamatának végével, elmondható, hogy az élet addig tart, amíg a család, a testvérek és az utódok emlékeznek. A veszteség és a halál traumatikus eseménye rendszerszinten érinti a családokat: amennyiben nem történik meg a veszteséggel kapcsolatos gyászmunka, vagy a gyászfolyamat valahol elakad, akkor elmarad a feldolgozás, melynek az egyén szintjén jelentkező problémákon túl (pl. viselkedészavar, testi tünetek) generációkon átívelő hatása lehet. Amennyiben a gyászfolyamat a feldolgozás irányába halad, sikeres lezárulás után a gyász a fejlődés szerves részeként jelenik meg.

Az élet teljességének megéléséhez szükséges a halállal való szembenézés, tehát fel kell készülni az életben előforduló veszteségek feldolgozására. A haláltudat átformálja viszonyrendszerünket és annak módját, ahogy egymáshoz, a gyermekeinkhez és életünk mindennapjaihoz viszonyulunk.

AJÁNLOTT IRODALOM

Dolto, F. (2002). *Beszéljünk a halálról.* Pont Kiadó, Budapest.
Polcz, A. (1989). *A halál iskolája.* Magvető Könyvkiadó, Budapest.
Shields, B. (2005). *Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression*. Hyperion, New York.
Singer, M. (2006). *Asszonyok álmában síró babák.* Jaffa Kiadó, Budapest.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során. (2010). https://mave.hu/uploads/file/Szul_szuleshez%20tarsulo%20veszteseg_iranyelv.pdf
Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment – an emotional roller coaster. *Australian Family Physician, 34 (3)*, 135–138.
American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* American Psychiatric Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2014 – DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.)
Averill, J. R. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin, 70*, 721–748.
Austermann, A. R., Austermann, B. (2008). *Dráma az anyaméhben. Az elveszített ikertestvér*. Hellinger Intézet, Budapest.
Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri-és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről. (2017). https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf
Baile, W. F., Buckman, R., Lenzia, R., Globera, G., Bealea E. A., Kudelkab A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist, 5(4),* 302–11.
Bálint, M. (1990). *Az orvos, a betege és a betegség*. Animula Kiadó, Budapest.
Benczúr, L. (2015). A gyász lélektana. In Kiss, E. Cs., Sz. Makó, H. (Szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia kiadó, Pécs. 11–38.
Berry, S. N., Colorafi K. (2019). The Impact of Communication Surrounding Intrauterine Congenital Anomaly Diagnoses: An Integrative Review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 33 (4),* 301–311.
Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *The International Journal of Psycho-analysis, 42*, 317–340.
Brown, J. T., Stoudemire G. A. (1983). Normal and Pathological Grief. *JAMA. 250 (3),* 378–382.
Byng-Hall, J. (2006). *Munkám családi szkriptekkel. Családterápiás Olvasókönyv*. Animula Kiadó, Budapest.
Caplan, G. (1964). *Priciples of Preventive Psychiatry.* Basic Books, New York.
Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception, 78*, 436–450.
Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development, 73*, 61–70.
Domar, A. D., Rooney, K., Hacker, M. R., Sakkas, D., Dodge, L. E. (2018). Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility, 109*, 1121–1126.

Druguet, M., Nuño, L., Rodó, C., Arévalo, S., Carreras, E., Gómez-Benito, J. (2018). Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monochorionic Twin Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 47 (2),* 137–145.

Due, C., Chiarolli, S., Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth, 17*, 380.

Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal Of Obstetrics And Gynecology, 15 (1)*, 46–49.

Eutrope, J., Thierry, A., Lempp, F., Aupetit, L., Saad, S., Dodane, C., Bednarek, N., De Mare, L., Sibertin-Blanc, D., Nezelof, S., Rolland, A. C. (2014), Emotional Reactions of Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks. *PLOS ONE, 9(8),* e104093.

Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 121 (4)*, 137–140.

Flenady, V., King, J., Charles, A., Gardener, G., Ellwood, D., Day, K., McCowan, L., Kent, A., Tudehope, D., Richardson, R., Conway, L., Chan, A., Haslam, R., Khong, Y. (2009) *Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality.* Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ) Perinatal Mortality Group. Version 2.2 April 2009. www.psanzpnmsig.org

Fodor-Szlovencsák, K. (2000). A gyermekek halálképének fejlődése. *KHARÓN Thanatológiai Szemle*, *4*, 1–28.

Forgács, A., Szeverényi, P. (1993). A meddőség és az asszisztált reprodukció pszichoszomatikája. *Orvosi Hetilap*, 134 *(36)*, 1936–1967.

Freud, S. (1917/2011). *Gyász és melankólia és más elméleti írások*. Animula Kiadó, Budapest.

Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377, 1353–1366.

Gambdauro, P., Iliadis, S., Bränn, E., Skalkidou, A. (2017). Conception by means of in vitro fertilization is not associated with maternal depressive symptoms during pregnancy or postpartum. *Fertility and Sterility, 108,* 325–332.

Gold, K. J., Sen, A., Hayward, R.A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *The Journal of Pediatrics, 125 (5),* 1202–1207.

Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet, 371*, 75–84.

Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *British Medical Journal Open, 3 (10),* e003323.

Hámori, E. (2005). *A koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Piliscsaba.

Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 48 (4)*, 169–177.

Hanschmidt, F., Treml, J., Klingner, J., Stepan, H., Kersting, A. (2018). Stigma in the context of pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly: associations with grief, trauma, and depression. *Archives of Women's Mental Health, 21 (4)*, 391–399.

Harvey, J, Pauwels, B. (1996). Loss and the social psychology of story. In Harvey, J. H. *Embracing Their Memory: Loss and the Social Psychology of Storytelling*. Allyn and Bacon, Boston.

Harvey, J. H., Miller, E. D. (1998). Toward a psychology of loss. *Psychological Science, 9,* 429–434.

Hazay, T. (2017). *A te hangodat ismerem – énekkel, zenével az inkubátorok mellett*. Nem publikált kézirat.

Hendson, L., Davies, D. (2018). Supporting and communicating with families experiencing a perinatal loss. *Paediatrics & Child Health, 23*, 549–550.
Hosszú, D., Lénárd, K. (2015). Gyermeküket elveszített családok gyásza, egy lehetőség a poszttraumás növekedésre. In Kiss, E. Cs., Sz. Makó, H. (Szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia kiadó, Pécs, 58–77.
Jones, K., Robb, M., Murphy, S., Davies, A. (2019). New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery, 79, 102531.*
Kersting, A., Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14 (2)*, 187–194.
Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Contributions to Psychoanalisis 1921–1945*. Hogarth Press, London, 1948.
Lázár, I. (2001). Klinikai pszichoimmunológia. In Buda, B., Kopp, M. (Szerk.) *Magatartástudományok.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 550–552.
Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry, 101*, 141–148.
Markin, R. D., Zilcha-Mano, S. (2018). Cultural processes in psychotherapy for perinatal loss: Breaking the cultural taboo against perinatal grief. *Psychotherapy, 55(1)*, 20–26.
Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G. A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Medicine, 9 (12), e1001356.*
Monostori, D., Dombi, E., Zelena, A. (2018). Hibás kommunikációs panelek perinatalis veszteség esetén. *Orvosi Hetilap, 25,* 1033–1036.
Muris, P., Merckelbach, H., Van Haaften, H., Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo: A single-session crossover study of spider-phobic children. *The British Journal of Psychiatry, 171 (1),* 82–86.
Nagy, M. I. (1936/2015). *A gyermek és a halál.* Budapest, Pont Kiadó.
Németh, T. (2000). A szeretet hídján. *Kharón Thanatológiai Szemle, 4,* 28–36.
Nunn, K. (1988). Counselling the bereaved. *Journal of Social Issues, 44(3)*, 191–206.
Parkers, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. International Universities Press, New York.
Parnian, R., Poorgholami, F., Parandavar, N., Jamali, S. (2017). A Comparative Study of Quality of Life in Infertile and Fertile Women Referred to Jahrom Infertility Clinics. *Global Journal of Health Science, 9(4).*
Pedersen, D. D. (2010). *Pszichiátriai kalauz – Gyakorlati kézikönyv.* Zafír Press Kiadó, Budapest.
Pilling, J. (2003). *Gyász.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
Pilling, J. (2004). A rossz hírek közlése. In Pilling, J. (Szerk.) *Orvosi kommunikáció.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 391–412.
Pilling J. (2005). A haldoklás lélektana, In Kopp, M., Berghammer, R. (szerk.) *Orvosi pszichológia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 492–494.
Pilling, J. (2012). *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra. Doktori értekezés*. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.
Pilling, J. (1999). A gyász lélektana és a gyászoló segítése. In Németh, T., Nyiri, M. (Szerk.) *Gyász a szeretetben és a családban*. NEVI-Mentálhigiénés Program.
Polcz, A. (1993). *Meghalok én is? – A halál és a gyermek*. Századvég, Budapest.
Polcz, A. (1997). *Együtt – a halálban és a gyászban. Kharón Thanatológiai Szemle, 1*, 65–81.
Polgár, P. (2016). Gyász stigma, krízis, a meddőség lélektana. *Élet és Tudomány, 71(3),* 73–75.
Richards, J., Graham, R., Embleton, N. D., Campbell, C., Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15 (1), 143.*

Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., Occhiogrosso, M. (2009). Is there an „abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harvard Review of Psychiatry, 17(4),* 268–290.

Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23(3)*, 197–224.

Sun, J., Rei, W., Chang, M., Sheu, S. (2018). The Experiences of Fathers Whose Spouses Are Hospitalized for Pregnancy Termination Due to Fetal Chromosome Abnormality in Taiwan. *Journal of Research in Nursing, 26(4)*, 297–305.

Swanson, P. B., Kane, R., Pearsall-Jones, J., Swanson, C. F. (2009). How couples cope with the death of a twin or higher order multiple. *Twin Research and Human Genetics, 12(4)*, 392–402.

Sz. Makó, H. (2015). A komplikált gyász megjelenésének jegyei és moderáló változói művi abortuszt követően. In Kiss, E. Cs., Sz. Makó, H. (Szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia kiadó, Pécs. 94–119.

Szeverényi, P. (2000). A várandósság és a perinatális periódus veszteségélményeinek szülészeti vonatkozásai. In Németh, T. (Szerk.) *VI. Családbarát Konferencia: „Köszöntés helyett búcsú" – Veszteségélmények és a perinatális gyász.* NEFI, Budapest. 17–20.

Thornton, R., Nicholson, P., Harms, L. (2019). Scoping Review of Memory Making in Bereavement Care for Parents After the Death of a Newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic* & *Neonatal Nursing, 48(3)*, 351–360.

Török, Zs. (2015). A perinatális veszteségélmény pszichológiája. In Pápay, N., Rigó, A. (Szerk.) *Reproduktív Egészségpszichológia.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 87–107.

Vezenkov, S. R., Dimitrova, M., Dilkov, D., Doynovska, R. (2019). Psychosocial aspects of mother's grief after a failed attempt at assisted reproduction. *Philosophy, 28(2)*, 192–204.

Vizinger, E. (2010). Gyász és autogén tréning. *Kharón Thanathológiai Szemle*, *2010/1,* 1–46.

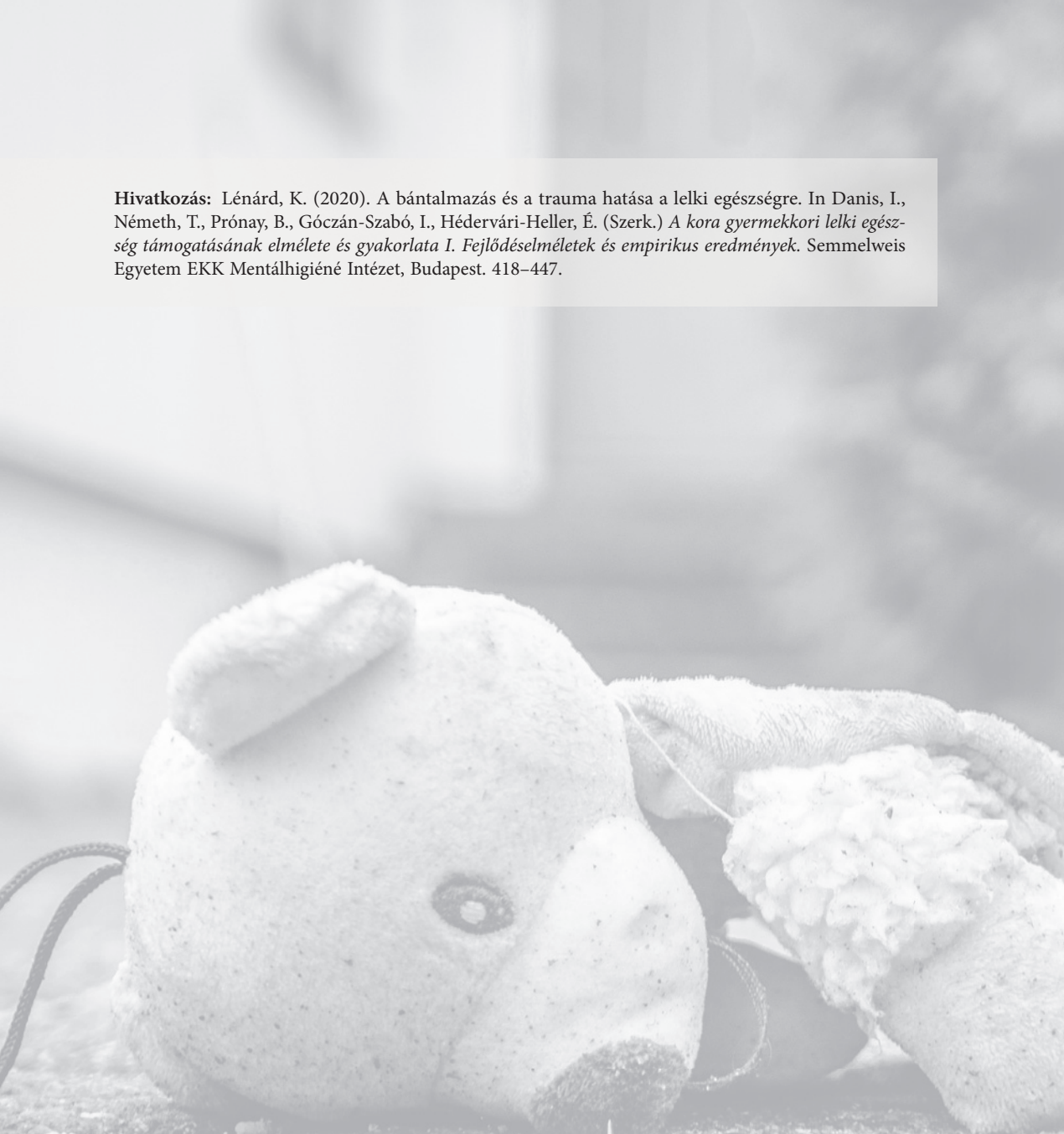
Weddell, S., Jones, G, Duffy, S., Hogg, C. (2019). Home ovulation test use and stress during subfertility evaluation: Subarm of a randomized controlled trial. *Women's Health*, *15(2)*, 1745506519838363.

Zisook, S. (1995). Death, dying and bereavement. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry, 6th Ed.* Williams and Wilkins, Baltimore. 1713–1729.

IDÉZETT WEBOLDALAK

http://www.atehangodatismerem.hu/tamogatas/
https://svabhegy.eu/a-koraszulottseg-fogalmanak-meghatarozasa/

Hivatkozás: Lénárd, K. (2020). A bántalmazás és a trauma hatása a lelki egészségre. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 418–447.



A tanulmány célja, hogy áttekintést nyújtson a bántalmazás és a trauma lélektani folyamatairól, a rossz bánásmóddal kapcsolatos rizikó- és védőfaktorokról, a reziliencia kérdéséről, valamint a rossz bánásmód érzelmi, kognitív, viselkedéses, kapcsolati és idegrendszeri következményeiről. A bántalmazás dinamikai hátterét, a lehetséges prevenciós és intervenciós pontokat interdiszciplináris, rendszerelméleti és fejlődési pszichopatológiai keretben elemezzük.

A BÁNTALMAZÁS ÉS A TRAUMA HATÁSA A LELKI EGÉSZSÉGRE

Lénárd Kata

Előszó

A rossz bánásmód és a korai traumák általános következményei

Történeti áttekintés, definíciók, kontextusok

A rossz bánásmód típusai

Rizikó- és kompenzáló faktorok

A rossz bánásmód típusai
- Fizikai bántalmazás
- Fizikai elhanyagolás
- Érzelmi bántalmazás
- Érzelmi elhanyagolás
- Szexuális bántalmazás

Kitekintés – A korai kapcsolati traumatizáció
- Trauma, interakció, mentalizáció

Zárszó

Az a szerencsétlen, aki ezeket írta, mérhetetlenül áhítozik a szeretetre, hogy a szeretet vissza tartsa őt oly dolgok elkövetésétől, melyeket fél megtenni. Őt olyasmiért verték, amit soha nem tett volna, ha szerették volna. Ő az a gyermek, akit nem szerettek s akit ezen kívül azért vertek, mert nem tudták elviselni azt, hogy nem szeretik. Így kívánja Ő a szeretet azért, hogy ne bántsák.

József Attila: *Szabad-ötletek jegyzéke.* 1936/1991, 9. o.

Előszó

A József Attila idézet megrázó sorai fájóan érzékeltetik azt, hogy *a gyermekként elszenvedett súlyos bántalmazás, elhanyagolás, „szeretetlenség" azon túl, hogy szenvedést okoz a gyermeknek, hosszú távon meghatározhatja az életét.* Rombolóan hat a környezetére és a kapcsolataira, elveszi annak a hitét, hogy a világ megbízható, az én (szelf) szerethető, a létezés folyamatos (Winnicott, 1971), biztonságos, az esetleges fájdalmak egy támogató „Másikkal" értelmezhetők és elviselhetők. Elhanyagolás, bántalmazás esetén nincs, vagy csak korlátozottan van jelen egy olyan támogató Másik, aki értő tanúja a bántalmazásnak, aki segít a fájdalmas élmények tartalmazásában, megértésében, segíti elhelyezni azokat a szelfről szóló történetek láncolatában. Optimális esetben, kapcsolatainkban egy másik elme értelmező jelenléte segít a világ értelmezésében, a külső-belső mozaik darabok elrendezésében, a fájdalmas élmények elviselésében (Halász, 2006). *Támogatás, kompenzáló tényezők hiányában a bizonytalanság, az elhagyatottság, a fenyegetettség, az üresség és a káosz alapélményként hatja át a bántalmazott gyermekek életét.*

József Attila verseiben, levelezéseiben gyakran felbukkanó fájdalmas öcsödi emlék az identitás megkérdőjelezésének szomorú példája: 5 évesen testvérével Öcsödre került, számára idegen, fenyegető környezetbe, erőszakos és bántalmazó nevelőszülőkhöz, akik szerint „Attila név nem létezik", és Pistának szólították. Nevének elvétele, létezésének érvénytelenítése sűrítve jelöli a megfosztottságot, belső valóságának hiteltelenítését, az otthontalanságot, ami oly fájdalmas, hogy a Szabad-ötletek jegyzékében így ír róla:

… és megalázó volt a menhelyi szalmakalap is – már / messziről hirdette, hogy menhelyi /a kabát is / a kalapot kicsipkéztem nagyon megvertek, én nem / tudtam mást hazudni, mint hogy nem én csipkéztem ki, / másodszor is kicsipkéztem ismét nagyon megvertek / pedig én így akartam otthon lenni – miért vagyok én menhelyi gyerek / a mama eljött aztán otthagyott én azt hittem, hogy / haza fog vinni. A Makaiék is azt mondták mindenkinek, hogy én egy odavett szegény gyerek vagyok. (Uo. 26. o.)

Mindemellett József Attila életének következő szakaszaiban a sok támogatás, barát, szerelem, terápia olyan reparációs, korrekciós lehetőséget kínált, hogy a *súlyos gyermekkori komplex traumatizáció*[1] ellenére is voltak életének kiegyensúlyozott szakaszai, és

[1] *Komplex traumatizáció:* rendszeres, ismétlődő/sokféle bántalmazási típus kumulálódó traumatizáló hatása (Kuritárné Szabó, 2015).

legfőképp képessé vált az alkotásra: „Elolvastam, amit írtam írtam, itt-ott a durvaságok láttán szorongás fogott el: elszomorodtam. Most folytatom, mert talán mégis csak lehet belőlem valami – mégis csak megérthetek valamit –", írja a *Szabad-ötletek Jegyzéké*ben.

Az *Irgalom, édesanyám, mama, nézd, jaj kész ez a vers is!* egysoros versét élete vége felé írta, az akkor már 15 éve elhunyt anyjához. A vers nemcsak a halott anyához szól, hanem ahhoz az anyához, aki már életében is hiányként volt jelen József Attila számára: érzelmileg és fizikailag elérhetetlenül. Negatív érzései, gyásza, feldolgozatlan traumái nem engedték meglátni, felismerni, kódolni és tükrözni gyermeke belső állapotát, nem volt képes *elméjében tartani gyermeke elméjét*, gondoskodni és gondolkodni róla. Az anyai tekintet hiánya, a *miért nincs bűnöm, ha van* terhe kiált, kér, remél ebben a pár szóban.

A rossz bánásmód és a korai traumák általános következményei

A gyermekkori bántalmazás, főleg, ha korán kezdődik, hosszan tart, súlyos, rendszeres, és ha a bántalmazó egyben közeli személy, vagy elsődleges gondozó, akkor nemcsak gyermekkori zavarokat, tüneteket, sérüléseket eredményez, hanem ezek a zavarok a későbbi életévekre áthúzódva befolyásolják a személyiségszerveződést, a kapcsolati mintákat, az érzelemszabályozást, a kognitív képességeket, a stresszérzékenységet, az idegrendszer fejlődését. A kötődési traumatizáció károsíthatja a mentalizációs képességeket[2], és a leginkább a másokkal való kölcsönös biztonságos kapcsolódás lehetőségét nehezíti meg. Számos tanulmány bizonyítja, hogy *a kapcsolati traumatizáció összefüggésben áll súlyos pszichopatológiai kórképekkel*, korai kutatások a bántalmazás és a borderline személyiségzavar, az anorexia, a szerabúzus, a disszociatív zavarok, a PTSD (poszttraumás stressz zavar) közti összefüggésekre hívták fel a figyelmet (Fonagy és Target, 1998; Main és Hesse, 1990; Kuritárné Szabó, 2015; Shore, 2001; Allen és mtsai., 2011).

A legújabb elképzelések szerint *a trauma transzdiagnosztikus faktorként fogható fel, vagyis nem-specifikus sérülékenységi tényezőként: ez azt jelenti, hogy nem specifikus egy-egy diagnózisra, több diagnózis létrejöttében is szerepet játszik* (Bateman és Fonagy, 2020).

A bántalmazó kapcsolatban felnövő gyermekek támogatás és kompenzáló tényezők hiányában, életük későbbi szakaszaiban is a bántalmazás dinamikája szerinti szerepekbe kerülhetnek, újrajátszva, megismételve azokat a kapcsolati-dinamikai sajátosságokat, amelyekben felnőttek. Olyan családi és párkapcsolati helyzetekbe kerülnek, ahol újra bántalmazottá, áldozattá, vagy váltakozva akár mindkettővé válnak. Ez gyermekeikkel kapcsolatosan is érvényesülhet, így nagy a veszély a *bántalmazás transzgenerációs átadására*, a kapcsolati erőszak következő generációjában való megismétlődésére (Baradon és Joyce, 2005; Pohárnok és Lénárd, 2015). A pszichés trauma transzgenerációs jellege egy újabb érv, amely amellett szól, hogy gyermekbántalmazás esetén minél korábbi és komp-

[2] *Mentalizáció:* az a képességünk, hogy magunknak és másoknak belső állapotokat, vágyakat, hiedelmeket tulajdonítunk, és ezeken keresztül értjük meg a másikat és magunkat is.

lex, rendszerszemléletű beavatkozásra van szükség: kapcsolati traumatizáció esetén *prevenciós* szempontból részben a „jövőnek dolgozunk", a következő generációnak, s ez egy fontos aspektussal járul hozzá a „gyermek befektetés a jövőbe" heckmani gondolatához, melyről részletesen olvashatnak kötetünkben (lásd Danis bevezető tanulmányát a jelen kötetben).

A modern fejlődéslélektan és az idegélettani kutatások eredményei, valamint a traumával kapcsolatos gyakorlati, terápiás tapasztalatok egy olyan hatalmas multidiszciplináris tudásanyagot adnak össze, amely nagyban segíti azt, hogy minél pontosabb képet kapjunk a pszichés trauma természetéről, az előfordulást befolyásoló védő- és rizikófaktorokról, a negatív következményekről és azokról a kompenzáló faktorokról, amelyek az elszenvedett trauma ellenére elősegítik az optimális fejlődési kimenetet.

Az idegrendszer fejlődésének egyik legsérülékenyebb szakaszában, az első életévekben elszenvedett hosszantartó komplex trauma, a toxikus stressz maradandó változásokat okoz a fejlődő idegrendszerben: neuron elhalást, hippokampusz sérülést, a szinaptikus gócok csökkenését, a toxikus stressz által aktivizált HPA tengely[3] működést és a kortizol[4] általi elárasztottságot, a folyamatosan megemelkedett arousal (éberségi) szint moduláció és legfőképp a belső endogén érzelemszabályozás nehézségeit (Andrejkovics, 2015). Ugyanakkor, a*z életút során folyamatosan történhetnek spontán reparatív élmények* és olyan kapcsolatok, melyek újraszervezik az implicit kapcsolati tudást, a kapcsolatok reprezentációit (Stern, 1995/2004; Shore, 2001; Perry és mtsai., 1995; Wilson és mtsai., 2011; Cicchetti és Rogosch, 2001; van der Kolk, 2003). Képalkotó eljárások során nyert tudományos eredmények szólnak amellett, hogy *a korai negatív fizikai-érzelmi tapasztalatok esetén is lehetséges „megújítani" a kapcsolati rendszert, a terápiás kapcsolat is újraírhat szinaptikus köröket*. Az elszenvedett bántalmazás hossza és súlyossága, az egyéni sebezhetőség, a kognitív és temperamentumbeli jellemzők, a társas támogatás, a reziliencia és a rugalmasság, a védő faktorok kompenzáló hatása olyan rendszerszintű konstellációban összpontosul, amely igen heterogénné teszi azt, hogy kinél milyen szintű pozitív változás lehetséges. (A reziliencia kérdéseiről és a trauma-felépülés mintázatairól lásd még Danis és Kalmár tanulmányát a jelen kötetben.)

A korai kötődési traumatizáció esetén, a legtöbb prevenciós, intervenciós, terápiás módszer a minél korábbi, kora gyermekkori, 0–5 éves korban történő beavatkozást részesíti előnyben. Azt az életkori szakaszt, amikor a legnagyobb a veszély a fejlődés negatív irányú alakulására, ugyanakkor az agyi plaszticitás[5] miatt nagy a lehetőség a pozitív

---

[3] *Hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengely:* a neurohormonális rendszer fontos része, amely a fizikai és emocionális stressz esetén a stresszválaszok szabályozásában vesz rész.

[4] A stresszreakció részeként, a HPA tengely aktiválódásával párhuzamosan fokozott kortizoltermelés figyelhető meg a mellékvesekéregben. Ezzel párhuzamosan szimpatikus idegrendszeri túlsúllyal (izomfeszülés, vérnyomás és vércukorszint emelkedés, gyorsuló szívverés) a szervezet felkészül a „küzdj meg vagy menekülj" reakcióra, amely a stresszhelyzet megszűnésével alábbhagy. Azonban ha tartós stressz (pl. fizikai vagy érzelmi fenyegetettség) alatt áll a szervezet, úgy érzékeli, hogy folyamatos veszélyben van, és állandó megküzdésre szorul.

[5] *Agyi plaszticitás:* a kora gyermekkori időszakban az agy struktúráinak felépülése rugalmasságot mutat a környezeti ingerektől függően (Egyed, 2011), emiatt is indokoltak a kedvezőtlen környezeti feltételek esetén a kompenzáló korai intervenciók, fejlesztő és terápiás beavatkozások.

beavatkozás kedvező hatására, a reparációra. Gyermekbántalmazás estén a beavatkozás elsődleges célja a bántalmazás megszüntetése, a már kialakult sérülések reparációja, a transzgenerációs bántalmazás negatív körének hosszú távú megállítása. Másodlagos célja az, hogy a család és a tágabb környezet olyan sokrétű – pszichológiai, szociális, pedagógiai – segítséget kapjon, amely a legoptimálisabban segíti a gyermek és az őt körülvevő családi rendszer fejlődését, és segíti a szülőket abban, hogy megszüntessék a bántalmazó, elhanyagoló bánásmódot, és új kapcsolati módokat tudjanak gyermekükkel létrehozni. Nagyon fontos szakmai és etikai alapvetés az, hogy e szülőket nem ítéljük meg morálisan, nem stigmatizáljuk őket, és a beavatkozásoknak sem a gyermek családból való kiemelése a célja. A szülők megsegítésének egyik módja a pszichoterápia, amely nagyon nehezített lenne egy stigmatizáló környezetben.

Történeti áttekintés, definíciók, kontextusok

A gyermekkori bántalmazás definícióját és előfordulásának számát is nehéz meghatározni. Történelmi, kulturális és társadalmi kontextusban vizsgálva igen eltérő megközelítésekkel találkozunk, részben a gyermekekkel való bánásmód kulturális reprezentációi, az arról való társadalmi és egyéni hiedelmek, az adott korban uralkodó ideológiák által meghatározva. Abban az esetben például, ha az adott kultúrában az agresszió általánosan elfogadott konfliktusmegoldási módszer, akkor a gyermekek fizikai bántalmazása ritkán és csak súlyos esetekben minősül elítélendő, beavatkozásra késztető cselekménynek. Ha egy adott kultúra úgy tekint a gyermekekre, mint kicsinyített felnőttekre, akkor ez alapvetően befolyásolja a gyermekhez való viszonyulásukat: ilyen esetben elfogadott és elvárt volt az, hogy a gyermekek dolgoznak, és jogilag megbüntethetőek, mint a felnőttek, és teljesen természetes volt az, hogy tanúi legyenek a közösségen és családon belüli bántalmazás bármely formájának.

A különböző társadalmak, kulturális közösségek a mai napig eltérő módon tekintenek a gyermekekre, a gyermekek szerepére, jogaira, szabadságára és lehetőségeire. Zárt, vallási, ideológiai alapon, ősi hagyományok szerint élő közösségekben más szabályok vonatkoznak a gyerekekre – például a tanulás, a házasság, az önálló döntéshozatal tekintetében –, mint a nyitottabb, szabadabb közösségekben. Éles viták, emberjogi mozgalmak és gyermekvédő szervezetek kampányai irányulnak a fiatalkorú lányok házasságra kényszerítésének, a nemi szervek csonkításának, a gyerekmunkával kapcsolatos témakörökre.

Gyermekkor-történeti kutatások (Aries, 1972; Rogers és Rogers, 1992; DeMause, 1998; Pollock, 1998, in Révész, 2004) európai vonatkozásban a gyermekről készült festmények, játékok, öltözködési szokások, megmaradt leírások, művészeti alkotások szerint próbálták meg felvázolni a különböző korokban és kultúrákban uralkodó gyermekfelfogásokat, és azokat a kulturális, ideológiai kódokat, melyek meghatározták a társadalom többsége által jóváhagyott nevelési módszereket. A teljesség igénye nélkül két tipikus hiedelmet kiemelve fontos megemlíteni egyrészt azt a sokáig és széles körben fennálló elképzelést, hogy a gyermek a szülő tulajdona, aki felett a szülők, leginkább az apa korlátlan hatalommal rendelkezik, tehát felhatalmazott arra, hogy esetlegesen bántalmazza gyermekét.

Másrészt ezzel radikálisan ellentétes – és reményeink szerint a jelenlegi érvényes felfogás – az, hogy a gyermek önálló elmével, saját vágyakkal, tulajdonságokkal bír, melyet nem ír felül a szülői hatalom és a gyermekre vetülő indulat és projekciók. Erről részletesen Révész György könyvében olvashatnak (Révész, 2004). Ezek *az eltérő gyermekképek eltérő módszereket használtak és tartottak elfogadhatónak a gyermekneveléssel, a gyermekekkel való együttléttel kapcsolatban.* Amennyiben olyan kép él egy adott társadalomban a gyermekről, hogy az eleve akaratos, engedetlen és gonosz, akkor a felnőtt társadalom saját perspektíváját kiterjesztve – „joggal" a nevelés érdekében, a többség által jóváhagyva és a gyermekek általa vélt érdekében – fegyelmezte, „nevelte", mai tudományos álláspont szerint bántalmazta, hanyagolta el a gyermekeket.[6]

Caffey tollából 1946-ban jelent meg *először* az a tanulmány, amely egy gyermek szubdurális hematómáját nem balesethez, hanem *fizikai bántalmazáshoz* kötötte, olyan atipikus sérülési nyomokat, töréseket azonosított, amelyek nem következhettek véletlen balesetekből, hanem gondatlanságból, vagy konkrét bántalmazásból származtak (Caffey, 1946, in Révész, 2004). *Kempe*, aki szintén orvos volt, először fogalmazta meg a *„vert gyermek szindrómát"* (Kempe, 1962, in Révész, 2004), amit így definiál: „a megvert gyermek szindróma olyan kiskorú gyermekek klinikai állapota, akik különböző súlyosságú fizikai bántalmazást szenvedtek, ami gyakran maradandó károsodást vagy halált okozott" (Kempe és Helfer, 1980, in Révész, 2004, 33. o.). Nagyon fontos volt a bántalmazás medikális keretben való felismerése, létezésének megfogalmazása és a beavatkozás szükségességének hangsúlyozása. Ugyanakkor ez a definíció még csak a fizikai bántalmazást és elhanyagolást tekintette rossz bánásmódnak, ezeket emelte ki, mint a gyermekeket károsító tényezőket.

Az azóta eltelt időben a fogalom kiszélesedett: *a rossz bánásmód a fizikai bántalmazáson kívül a szexuális bántalmazást, az érzelmi bántalmazást és a fizikai vagy érzelmi elhanyagolást is magában foglalja.* Az orvosi szakma mellett a szociális munkások, pedagógusok, pszichológusok, jogalkotók munkájának kitüntetett terepe lett a gyermekek bántalmazása, elhanyagolása és védelmük biztosítása. A fogalom egyre szélesebb körben való elterjedése jelzi a társadalom egyre növekvő érzékenységét, elköteleződését a gyermekek iránt, és ebbe a megközelítésbe beletartozik a gyermekek védelme is. Mindemellett a bántalmazás, a családi erőszak, az intézményi bántalmazás (csecsemőotthonok, nevelőintézetek, árvaházak, edzőtermek, iskolák) áldozatai máig sokszor láthatatlanok és hallhatatlanok. A technika fejlődésével és a szociális élet online terekbe való átszivárgásával megjelent az internetes bűnözés és bántalmazás is, pl. a hamis profillal való visszaélések, a grooming[7] vagy a gyermekpornográfia.

A *gyermekbántalmazásra vonatkozó tolerancia mértéke* a különböző társadalmakban, kultúrákban és szubkultúrákban a mai napig eltérő: a zéró toleranciától az elmaszkolt felelősségig terjedően széles a skála a toleranciát illetően. Általánosságban a bántalma-

[6] Mai szemmel, a pszichoanalitikus tudás alapján könnyebb értelmezni ennek a helyzetnek egy patogén mozzanatát: a felnőtt agresszív és szexuális késztetéseinek projekcióját és átfordítását.

[7] *Grooming:* az online bántalmazás egyik formája, kiskorú személy szexuális célú megközelítése az online térben.

zással kapcsolatban jelenleg is két szélsőséges – a pesszimista és az optimista – értelmezés rajzolódik ki. A *pesszimista értelmezés* a gyermek minden sérülése, sebesülése mögött elhanyagolást, vagy bántalmazást tételez fel. Ez a megközelítés méltánytalan a szülőkkel, gondozókkal szemben. Az *optimista megközelítés* ezzel szemben csak minden más ok, magyarázat kizárása után vizsgálja meg a bántalmazás/elhanyagolás előfordulásának lehetőségét. Ez az értelmezés az áldozattal szemben tűnik méltánytalannak (Révész, 2004).

Bár eltérő kulturális, társadalmi kontextusok miatt nehéz univerzális definíciót létrehozni, a nemzetközi egyezmények, gyermekvédelmi törvények a WHO (in Herczog, 2007, 39. o.) által kidolgozott definíciót tekintik mérvadónak: „*A gyermekbántalmazás vagy rossz bánásmód magába foglalja mindazokat a fizikai és/vagy érzelmi, veszélyeztető, szexuálisan bántalmazó, elhanyagoló vagy gondatlan magatartásokat, a gyermek kereskedelmi, vagy más jellegű kihasználását, amelyek tényleges vagy potenciális ártalmat jelentenek a gyermek egészségére, túlélésére, fejlődésére, méltóságára nézve egy olyan kapcsolat keretében, amelynek alapja a felelősség, bizalom és az erő.*"

A rossz bánásmód típusai

A rossz bánásmód fajtáit klasszikusan öt csoportba szoktuk sorolni (fizikai bántalmazás, fizikai elhanyagolás, érzelmi bántalmazás, érzelmi elhanyagolás és szexuális bántalmazás), ugyanakkor nagyon fontos megjegyezni, hogy a különböző bántalmazási formák kombinálódhatnak, lehetséges, hogy egyszerre több típusú bántalmazást is elszenved a gyermek, ezek hatásai felerősítik egymást.[8]

A rossz bánásmód típusait több szempontból lehet elemezni: életkori felosztásban, aktivitás-passzivitás mentén, a fejlődésre gyakorolt hatásuk és egyéb tényezők alapján. Mindegyik bántalmazási típust a súlyosság tekintetében egy ún. kontinuum modellben (Kempe, 1998, in Révész, 2004) lehet elhelyezni, ugyanakkor mindegyikre érvényes az, hogy *annál súlyosabb a hatás, minél rendszeresebb, minél korábban indult, és leginkább, ha közeli, kötődési személy által elkövetett* (Baradon és Joyce, 2005).

A bántalmazás/elhanyagolás előfordulásáról nehéz pontos adatokat kapni. A legtöbb, bántalmazással, elhanyagolással foglalkozó szakember egyet ért abban, hogy a felderített esetek csak a jéghegy csúcsát jelentik. Általánosságban elmondható az is, hogy – a szexuális bántalmazást kivéve – gyakrabban az anyák, vagy a gyerekeket nevelő nők az elkövetők (WHO, 2013).

[8] Nagyon fontos újabb fejlemény a gyermekbántalmazás kutatásában az, hogy lassan definiálódik egy új, hatodik kategória, a „túlkontrollálás/túlvédés", ami csakúgy, mint az elhanyagolás, negatív következményekkel járhat a személyiség fejlődésére. A szülői túlvédés és erős kontroll csökkenti az autonómiát, az öngondoskodásra való képességet (Csomortáni, 2014).

Rizikó- és kompenzáló faktorok

A bántalmazásnak és a rossz bánásmódnak számos rizikó- és kompenzáló (védő-) faktora van (lásd az alábbi keretes szöveget), melyek vagy tartósan, vagy átmenetileg lehetnek jelen a gyermek életében. *Ezeknek a rizikó- és védőfaktoroknak az összjátéka, dinamikus rendszerszintű egymásra hatása a tranzakcionális küszöbmodell szerint különböző kontextusokban és szinteken fejtik ki hatásukat:* a gyermeket körülvevő diádok, triádok, mikro- és makroközösségek szintjén (Belsky, 1980). Minél több rendszerben, minél több szinten vannak jelen a rizikófaktorok, annál nagyobb a bántalmazás esélye. Példának okáért, egy társadalmi traumatizációt átélő közösségben élő gyermek, akit családjában is bántalmaznak, nagyobb eséllyel szenved el hosszú távú hatásokat, mert ilyen esetben kisebb a közösségi támogatás valószínűsége. Ugyanakkor, ha az adott közösség, család, gyermek bármilyen szinten találkozik kompenzáló faktorokkal – például támogató szervezetekkel, megszervezett ellátással –, akkor csökken a bántalmazás veszélye.

A rossz bánásmódot tartósan vagy átmenetileg facilitáló (rizikó-) és kompenzáló (védő-) faktorok

A teljesség nélkül kiemelünk néhány fontos facilitáló (rizikó-), illetve kompenzáló (védő-) faktort.

A *tartós rizikófaktorokhoz* sorolunk minden olyan tényezőt, amely tartósan nehezíti a gondozó-gyermek kapcsolatát, csökkenti a pozitív gondozói minőség lehetőségét és a harmonikus, kölcsönös interakciókat.

- *A gyermek oldaláról*: koraszülöttséggel járó nehézségek, fizikai-mentális sérülés, rendellenesség, nehéz temperamentum, nehezen csillapítható sírás, impulzivitás, hiperaktivitás.
- *A szülő oldaláról*: bántalmazott múlt, pszichopatológiai érintettség, szerabúzus, gyenge impulzuskontroll, alacsony frusztrációs tolerancia, gyenge mentalizációs képességek, feldolgozatlan traumák, negatív szelf-reprezentációk[9].
- *A környezet oldaláról*: szocioökonómiai depriváció, instabilitás és kiszámíthatatlanság, diszfunkcionális családi működés, inceszt[10] családok, családi pszichopatológia, szülők bántalmazó párkapcsolata, érvénytelenítő környezet (lásd később), szociális izoláció, folyamatos egzisztenciális kiszámíthatatlanság, társadalmi traumatizáció, hátrányos szociális helyzet.

Az *átmeneti rizikófaktorokhoz* tartoznak a családi életciklusváltások, átmeneti krízisek, rövidtávú stresszteli események, veszteségek. Az átmeneti rizikófaktorokhoz sorolhatók a gyermek életében azok az életkorok, természetes fejlődési krízisek, melyek

[9] *Szelf-reprezentáció:* a személy magáról alkotott mentális reprezentációja, önképe, saját tulajdonságairól, szerepeiről stb.

[10] *Inceszt (vérfertőzés):* családon belüli (szülő-gyermek, testvérek közötti) szexuális kapcsolat.

megnehezíthetik a szülő-gyerek kapcsolódást: a csecsemőkor, a kisgyermekkor (3–4 év), a serdülőkor tartozik ide. Nagyon fontos megjegyezni, hogy sohasem a gyermek okolható a bántalmazásért, akkor sem, ha valamilyen jellemzője rizikótényezőnek tekinthető!

Tartós védőfaktornak számít minden olyan jellemző, ami segíti a gondozó-gyermek biztonságos kötődését: a könnyű temperamentumú gyermek, a társas támogatás, a biztos és stabil családi háttér, a jó szocializációs készségek, a szülői flexibilitás és reziliencia, a pozitív szülőség reprezentáció, a pozitív szelf-reprezentáció, a jó mentalizációs készségek, a pozitív gyermekkori tapasztalatok.

Átmeneti védőfaktorokként említhetjük a családi élet harmonikus szakaszait, a stresszteli körülmények megszűnését, az anyagi helyzet javulását.

(Forrás: Révész, 2004)

A rossz bánásmód típusai

Fizikai bántalmazás

Fizikai bántalmazásnak számít minden olyan aktív, nem balesetből származó sérülés, illetve a sérülés kockázata, amely a szülő/gondozó/felnőtt tudatos, vagy a gyenge impulzuskontroll miatt indulatvezérelt, fizikai támadó viselkedése által történik. A támadás történhet kézzel, lábbal, szájjal, egész testtel, vagy valamely tárggyal. A kontinuum modell itt is érvényesül: lehet csípés, ütés, rúgás, lökés, rázás, verés, leforrázás, elcsúfítás, csonttörés, belső sérülések előidézése, égetés, vízbe fojtás, gyilkosság (Révész, 2004). Említésre érdemes a gyermekbántalmazásnak néhány speciális esete is, pl. a Münchausen-szindróma (Munchausen-syndrome by proxi, MSBP) vagy a rázott gyermek (shaken baby) szindróma (lásd a következő keretes részt).

Sokszor nagyon nehéz felfedezni a gyermekek fizikai bántalmazását: a szülők a bántalmazást követően nem, vagy csak késve viszik a gyerekeket orvoshoz, s akkor is legtöbbször a gyermeket okolják az elszenvedett „balesetért". Figyelmeztető jel lehet a homályos, irracionális, nem hiteles szülői elbeszélés, a szorongó gyermek, aki gyakran „felnőtt nyelven", „betanítva" mondja el, amit a szülő elvár tőle, vagy éppen a helyzethez képest inadekvátan agresszív, feszengő, fürkészően izgatott. Jellemző lehet a fagyos, rideg légkör és fegyelem. *A családon belüli, illetve az intézményi fizikai bántalmazás ténye nagyon sokszor rejtve marad, a gyerekek sem beszélnek róla*: a gyermek fájdalmat, szégyent él át ezekben a számára értelmezhetetlen helyzetben, „szinte megbénul" (Ferenczi, 1933/1996). A környezet, a tágabb család, sőt néha a nem bántalmazó szülő sem észleli a bántalmazást, tudatosan hallgat, vállalja az agresszorral való cinkosságot, vagy elhárítja a bántalmazás tényét. Mindez felveti *a „harmadik" szerepét és felelősségét a pszichés traumatizációban*: a „harmadik" metaforikusan és konkrétan az, akinek lehetősége lenne észlelni és beavatkozni a bántalmazás folyamatába, de ez valamilyen pszichodinamikai konstelláció (tudattalan folyamatok, motivációk) alapján nem érdeke. Hárításukkal,

közönyükkel, passzivitásukkal, a traumatikus helyzet kerülésével validálják és megerősítik a gyerekek bántalmazását. A „harmadik" lehet egy szomszéd, egy tanár, egy rokon, a média, valamelyik szülő (az inceszt-triád harmadik tagja), maga a rendszer, amely hallgatásával hozzájárul a trauma fennmaradásához. A másodlagos traumatizáció során, tanúk nélkül, igazságától megfosztva a gyermek egyedül marad egy megoldhatatlan helyzetben, kiszolgáltatva az őt gondozó személyek agressziójának (Herman, 2003).

A gyermek többféle védekezési módot alkalmazhat a traumával kapcsolatban, amelyek függenek egyéni rezilienciájától és a társas támogatás elérhetőségétől is: ellenállhat, harcolhat a bántalmazással szemben, vagy menekülhet a szituációk elől (fight or flight), segítséget kérhet más felnőttektől, kortársaktól (sajnos ez a legritkább). Amennyiben nem képes sem önmaga megküzdeni, sem segítséget kérni, a disszociáció (freezing, shut down reakciók) lehetnek számára „megoldások" a terhek elviselésére. Mi most egy mélylélektani és mentalizációs keretben (lásd még Koller tanulmányában a jelen kötetben) magyarázzuk mindezt.

Egy lehetséges út az, hogy a bántalmazásra a gyermek a reflektív funkció[11] *gátlásával reagál,* azért, hogy ne kelljen szembesülnie a szülő bántalmazó, őt fenyegető szándékával, hogy lehetősége legyen elkerülni annak a gondolatát, hogy a szülő – aki egyben gondozója, bizalma tárgya is – ártani akar neki, így megőrizhesse a gondozóhoz való kötődését (Luyten és Fonagy, 2020). A *mentalizáció deaktiválásának* célja csökkenteni a szelfet elárasztó negatív érzelmek – félelem, pszichés fájdalom, zavarodottság – átélését. Ezek az érzések általánosságban aktiválják a kötődési rendszert, így ezek gátlása egy bántalmazó kapcsolatban átmenetileg védekezésnek tekinthető (mivel lekapcsolja a közelségkeresést; lásd bővebben Tóth tanulmányát a jelen kötetben és Danis tanulmányát a II. kötetben), de hosszú távon a *mentalizációs deficit* sérülékennyé tesz újabb traumák elszenvedésére, jelentősen csökkenti a már elszenvedett trauma feldolgozásának esélyét, és a törékeny szelf-szerveződés folyamatos instabilitással fenyeget. Fennáll annak a veszélye, hogy a bizalmatlanság élménye generalizálódik, és általánossá válik a mentalizációs deficit, és ezzel párhuzamosan elindul egy *disszociatív szerveződés* (lásd később). Ezeknek a gyermekeknek a későbbiekben az érzelmi kapcsolataikat is áthatja a mentalizáció gátolt működése, ami megnehezíti azt, hogy kölcsönös, mély, támogató, biztonságos kapcsolatba kerüljenek valakivel, és ezáltal esélyt kapjanak a korai bántalmazási élmények reparációjára.

Egy másik lehetséges út az, hogy éppen ellenkezőleg, a gyermek hihetetlen érzékenységet fejleszt ki mások belső állapotainak egyes szegmenseire, szinte „túl jól" fog mentalizálni (Luyten és Fonagy, 2020), éppen azért, hogy fel tudja mérni a terepet, hisz a védekezés szempontjából fontos tudnia, hogy mi van a gondozó elméjében. Ez egy olyan patológiás

[11] *Reflektív funkciónak* azt a képességet nevezzük, amelynek segítségével a gyermek nemcsak a másik személy felszíni viselkedésére tud reagálni, hanem saját magának a másik vélekedéseiről, érzéseiről, vágyairól vagy terveiről alkotott elképzeléseire is. A reflektív funkció avagy mentalizációs képesség teszi lehetővé a gyermek számára más személyek gondolatainak „olvasását" (Fonagy és Target, 1998, 2. o.). Párhuzamos fogalom ezzel a mentalizáció.

alkalmazkodáshoz, *hamis szelf-szerveződéshez*[12] vezethet, melynek révén a gyermek cselekedeteivel igazolja a szülő elméjének bántó szándékait és agresszív viselkedését. Klasszikus pszichoanalitikus megközelítésben, Ferenczi Sándor szavaival: „Ezek a gyermekek (…) hozzáidomultak a támadó vágyaihoz, még a legrejtettebbekhez is: megnyugtatják őt (…) sőt, szándékosan rossz fát tesznek a tűzre, hogy a felnőttek agresszióigényét igazolják és kielégítsék" (Ferenczi, 1932/1996, 180. o.), „támadójuk akaratának alávetik magukat", úgy, hogy „kitalálják és kövessék annak minden kívánságát" (Ferenczi, 1933/1997, 221. o.).

Így a bántalmazó kapcsolat mentén kiépül egy *negatív szelf-reprezentáció*, amely a szubjektív élmény szinten annak az érzetét jelenti, hogy „nem vagyok szerethető", „nem érdemlem meg, hogy támogassanak", „nem vagyok jó semmire". A negatív szelf-reprezentáció együtt járhat a *szülők idealizálásával*. A gyermek elfogadja a rá vetülő negatív projekciókat: önmagát látja rossznak, és így tarthatja a bántalmazó, elhanyagoló szülőt – akitől létezése függ – egy felemelt, idealizált szerepben. Ezért lehetséges az, hogy egy bántalmazott gyermek átveszi a szülő perspektíváját, úgy számol be az őt ért bántalmazásról, mintha azt megérdemelte volna, hisz rossz volt, rosszul viselkedett. Ezzel párhuzamosan kényszeresen engedelmessé válhat, folyamatosan próbálja ellenőrizni a szülők jelzéseit: úgy módosíthassa a viselkedését, hogy elkerülje az erőszakot.

Zeanah és munkatársai a súlyosan extrém körülmények között alakuló kötődési kapcsolatokat vizsgálva dolgozta ki az atipikus, patológiás kötődési típusokat (Zeanah és Smyke, 2009, in Tóth, 2011). A *kényszeresen engedelmeskedő kötődési zavar* esetén a gyerekek folyamatosan, kényszeresen figyelik szüleiket, és azonnal, hezitálás nélkül teljesítik kéréseiket, utasításaikat, mindenben engedelmeskedve nekik. A szülők haragját, bántalmazási szándékát próbálják ezzel a viselkedéssel megelőzni. A felnőttre vonatkozó kiélesedett figyelem nem jelent teljes mentalizálást, hisz annyira ki vannak élezve a bántalmazó jelekre, hogy nem marad kapacitásuk a szülő más, nem bántalmazó állapotait, szándékait meglátni. Így fordulhat elő, hogy bizonyos állapotokkal szemben „túlmentalizálnak", és saját maguk állapotaira vakok maradnak. Ezeknél a gyerekeknél nagyon ritka az aktív segítségkérés, ezért különösen kell figyelni rájuk.

Az *agresszorral való azonosulás* ezentúl a bántalmazás továbbörökítésének is az egyik mechanizmusa: a szülő azon vélekedése, hogy gyermekkorában rossz volt, ezért jogosan kapott ki, felhatalmazza arra, hogy előhívja azt a rögzült mintát, hogy ha ő is rossznak ítéli a gyerekét, bántalmazza is.

A bántalmazó kapcsolat mentén kialakuló mentalizációs deficitek, többek között a bántalmazó személyre vonatkozóan a mentalizáció gátlása, vagy a túlmentalizálás megakadályozza a gyermek számára a későbbiekben saját mentális állapotai megértését, felismerését és azok szabályozását (Allen és mtsai., 2011).

[12] Donald Winnicott-tól származó fogalom: a korai anya-gyermek kapcsolatban, ha az anya saját igényei és szükségletei, akár indulatai által vezérelve rendszeresen félreértelmezi a gyermek jelzéseit, elvárva tőle meghatározott reakciókat, a gyermek elrejti valós énjét az ún. *hamis szelf* mögé, ezzel próbál „alkalmazkodni", megfelelni a közvetlen érzelmi környezete elvárásainak, vagy akár védekezni annak „veszélyeivel" szemben.

Nagyon fontos kiemelni a *poliviktimizáció* veszélyét: a családon belüli, illetve partnerkapcsolati erőszak 15-szörösére emeli a gyermekbántalmazás veszélyét, a kettő 45–60%-os együttjárást mutat. Az otthon elszenvedett bántalmazás jelentősen megemeli későbbiekben a bullyingra (kortárs bántalmazásra) való veszélyeztetettséget, akár agresszor, akár áldozat szerepben (Révész, 2004).

Rázott baba szindróma (Shake Baby Syndrome)

Magas halálozással és súlyos sérülésekkel jár a fiatal csecsemők rázása. Ilyenkor a gyenge izomzatú csecsemő feje tehetetlenül nagy kilengéseket végez több irányba, és az összevissza változó rotációs gyorsulás miatt diffúz axonális sérülés, koponyaalapi és koponyaűri vérzés, szembevérzés, esetleg gerincvelő-sérülés keletkezik. A csecsemő testének megragadása bordatörést, a tehetetlenül lengő alsó végtagon töréseket okozhat.

Mindez keletkezhet tudatlanságból is, a baba „játékból történő" dobálásából, amikor pl. játék közben a gondozó nem észleli, nem kódolja és nem értelmezi a csecsemő jelzéseit arra vonatkozóan, hogy neki ez sok, fájdalmas és félelmetes. Gyakran következik abból, hogy a gyermeket megnyugtatni nem tudó, szorongó, a saját feszültségét szabályozni nem tudó szülő tehetetlenségében rázza csecsemőjét.

Legtöbbször az anya vagy a bébiszitter az elkövető. Sajnos nagyon sokszor későn kerülnek ezek a csecsemők kórházba, hisz külsérelmi nyomok nincsenek. Az esetek többségében fuldokló, görcsölő, kontaktusképtelen, vagy már élettelen babák kerülnek kórházba. A nagyon gyors CT és azonnal idegsebészeti beavatkozás ellenére is 30% a halálozás, és 70% az agykárosodás következtében fennmaradó súlyos maradványtünetek aránya.

A megelőzés szempontjából nagyon fontos az ismeretterjesztés és a szorongó, magányos anyák megsegítése, feszült helyzetekben való tehermentesítése.

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet[13] 2010-től futtat megelőző programokat. Filmélményként ajánljuk Susannee Bier: *Második esély* (2015) c. filmjét.

(Forrás: Sárközy, 2016)

Münchausen-szindróma by proxy (MSBP): „helyettesítő Münchausen-szindróma"

A Münchausen-szindróma szokatlan és ritka formája a gyermekbántalmazásnak, mégis nagyon fontos figyelmet szentelni rá, mert a mortalitása igen magas: 8–10%. A Münchausen-szindrómában szenvedő gondozó – leginkább az anya, de lehet apa, bébiszitter, nevelőszülő – a gyermeknek tüneteket, betegségtörténetet találnak ki („fedeznek fel"), vagy szándékosan tüneteket idéznek elő, majd a beteggé tett gyermek „gondozása", „ápolása" által nyernek másodlagos by proxy betegségelőnyöket: figyelmet és elismerést,

[13] http://gyermekbantalmazas.hu/szakmai-publikaciok/sose-razd-a-kisbabadat/item/sose-razd-a-kisbabadat-4

esetleg szociális juttatásokat, ami a beteg gyermekét egyedül nevelő anyáknak jár. Többnyire rendszeres, krónikus bántalmazás, ami nemcsak fizikai, egészségügyi károkat okoz a gyereknek, hanem szociális-érzelmi károsodást is, hisz a „betegség" miatt kortársaitól elszakítottan, az anyával szoros közelségben, infantilizálódva, szimbiózisban él. Legtöbbször ő maga is elhiszi, hogy beteg, azonosul a betegszereppel, annak megfelelően viselkedik, és hálát érez az anya iránt, akiről azt gondolja, hogy önfeláldozóan gondoskodik róla.

Az anyai bántalmazás mértéke egy kontinuumon helyezhető el, melynek két szélső pontja az egészséges gyermeket betegnek észlelő és definiáló anyai viselkedés (állandó aggódással túlzásba vitt feleslegesen, folyamatosan orvosi vizsgálatoknak vetik alá a gyermeket), illetve a gyermek mérgezése, fojtogatása, végtagjainak eltörése, sebek befertőzése stb.

Többnyire anyák a felelősek tünetgyártásért, hamis anamnesztikus adatokat adnak meg, előfordul a vitaminok, egészséges nyomelemek tudatos kihagyása az ételekből, tudatos gyógyszer-túladagolás, előfordulnak mérgezések, durva fizikai beavatkozások (fojtogatás, végtagok eltörése), a kórházban a laboratóriumi minták beszennyezése.

A kórházi személyzetnek a gyerek betegsége „furcsa", ellentmondásos a kórtörténet, sokszor megmagyarázhatatlan jelenségnek tartják a tüneteket, ritka, még fel nem fedezett betegségre gyanakszanak. A gyerekek intoleranciát mutatnak többféle kezelésre is, és a kialakult szövődmények állandósulnak.

Figyelmeztető gyanújel lehet, hogy több kórházban jártak már – ha valahol gyanút fogtak, akár el is költöztek, hogy másik orvoshoz járjanak. Feltűnő lehet, hogy az anya mindent megtesz azért, hogy dicséretreméltó, mindenki által különleges anyaként élhesse meg magát. Gondoskodó, aktívan részt vesz az ápolásban, bizalmas, „kollegiális-baráti" kapcsolatot épít ki a személyzettel. Gyakori, hogy ismeri a szakterminusokat, az ápolási módszereket, és folyamatosan a gyermek mellett van, miközben nem tűnik aggódónak, sőt mintha túlságosan is megértő lenne a fájdalmas vizsgálatokat illetően, nem lenne empatikus a gyermekével, mikor fájdalmas beavatkozásokat végeznek el. A figyelmes egészségügyi team számára feltűnő lehet, hogy a tünetek, rosszullétek csak az anya jelenlétében jelentkeznek, távollétében megszűnnek. A gyanút fogott team jó esetben utánanéz a gyerek kórtörténetének és a családi állapotoknak. Ilyenkor ordító jel, ha az anyának van furcsa körülmények között elhunyt testvére. A gyanújelek felfedezése és a mozaikdarabok összerakása miatt nagyon fontos, hogy ismertté váljon ez a kórkép az egészségügyi, szociális és gyermekjóléti szakemberek számára.

Valószínűsíthető, hogy ezek az anyák a gyermekük beteggé tétele által egy biztonságot, elfogadást adó, megtartó (holding) környezethez, az egészségügyi támogató rendszerhez kapcsolódhatnak, amely pótolja a gyermekkori biztonság, tartalmazás hiányát. Maguk is gyakran bántalmazó, elhanyagoló családban nőttek fel, és feltehető, hogy figyelmet csak betegség esetén kaptak, leginkább külső (családon kívüli, orvosi) beavatkozásnál, s ez a működésmód végighúzódik az életükön. Alacsony önértékelés, magány, elhanyagoló párkapcsolat a jellemző. A gyerekükkel való szimbiotikus viszony saját érdeküket szolgálja: az egészségügybe nyert elismerés révén saját érzelmi-szociális igényeiket elégítik ki.

A MSPD hosszú távú és súlyos következménnyel jár a gyermekre nézve. Az anyával való szimbiotikus kapcsolat, szeparációs szorongás megnehezíti a kapcsolódási képessé-

geit, visszahúzódó vagy agresszív lesz. Egyszerre koravén és infantilizált, túlzott engedelmességet és készséges viselkedést mutat, miközben tudattalanul, maga előtt is letagadva indulatok és destruktív fantáziák uralják. Megjelenhetnek életkorra jellemző pszichés zavarok – csecsemőkorban evészavar, kisdedkorban a hiperaktív, oppozíciós tünetek és a passzivitás váltakozása, serdülőkorban konverziós tünetek. A halálfélelem minden életkorra jellemző speciális formában jelenik meg.

A legfontosabb a gyerek életének, testi épségének védelme, és a pszichés károsodások csökkentése. Az anyáknak legtöbb esetben nincs betegségbelátása, ezért a konfrontáció után valószínűsíthető krízis, esetleg szuicid gondolatokkal. Minden esetben szükséges pszichiátriai ellátás.

Nagyon fontos, hogy gyermekjóléti, szociális-egészségügyi szakemberek mellett széles körben elterjedjen a tudás erről a típusú bántalmazási formáról, annak érdekében, hogy minél nagyobb legyen a felismerés és a beavatkozás esélye. A média sokat tesz ezért, a HBO-Go-n futó *A Tett* c. sorozat, illetve dokumentumfilm ezt a témát dolgozza fel.

(Forrás: Comer, 2003; Csősz, 1996)

Fizikai elhanyagolás

Ebben az esetben nem egy aktív, tevőleges cselekedetről, hanem éppen annak hiányáról, passzivitásról, valaminek az elmulasztásáról beszélünk. Ez az egyik legszembetűnőbb, könnyen azonosítható, krónikus rossz bánásmód, amely a következőképpen nyilvánulhat meg: elégtelen táplálás, gondozás és a higiénia hiánya, nem megfelelő öltözködés, orvosi ellátástól való megfosztás, iskolai jelenléttől való megfosztás, felügyelet hiányából adódó veszélyeztetés (Révész, 2004).

A fizikai elhanyagolás nagyon gyakran kombinálódik érzelmi elhanyagolással és bántalmazással: ennek részleteire az anyai depresszió és árvaházak elemzésénél térünk vissza.

Érzelmi bántalmazás

Az *érzelmi bántalmazás* nehezen definiálható kategória: *olyan aktív cselekedetetek tartoznak ide, melyek csökkentik a gyermek biztonságérzetét, megkérdőjelezik létének fontosságát és igazságát, károsítják társas-érzelmi és kognitív fejlődését.* Ide tartozhat a mellőzés, gyerekkel szembeni hosztilis (ellenséges) vagy intruzív (tolakodó) viselkedés, meggyanúsítás, terrorizálás, elhagyással, kínzással, bántással való fenyegetés vagy fenyegetőzés a gyereknek fontos személy, állat, tárgy bántásával, kegyetlenkedésével kapcsolatban. Megalázás, kigúnyolás, zsarolás, kritizálás, a gyerek normalitásának megkérdőjelezése, túl sok vagy túl kevés törődés, a szülők közti bántalmazás és a párkapcsolati erőszak megtapasztalásának való kitettség. Elutasítás: a gyerek érzelmeire, félelmére, közeledésére, gondolataira megvetéssel, megszégyenítéssel való reagálás. Bezárás vagy kizárás: a szülő izolálja a gyereket, nem engedi a kapcsolattartást másokkal, bezárja egyedül a lakásba,

vagy épp fordítva, nem engedi be éjszaka, vagy rossz időjárási körülmények között. A gyermek kizsákmányolása: pl. koldulásra, rablásra való kényszerítés, prostitúcióra való kényszerítés. Arra, hogy a bántalmazási típusok átfednek egymással, példa lehet, hogy a prostitúcióra való kényszerítés nem csak érzelmi, hanem szexuális bántalmazás is (Révész, 2004).

Érzelmi elhanyagolás

Az érzelmi elhanyagolás a rossz bánásmód passzív típusába sorolható: ide tartozik a biztonságnyújtás hiánya, a gyermek érzelmi kötődésének, közelség iránti vágyának figyelmen kívül hagyása, érzelmi depriváció, inkonzisztens, kaotikus szülői jelenlét, a gyerek tapasztalatainak érvénytelenítése, belső valóságának megkérdőjelezése, hiteltelenítése, megtagadása (Kuritárné Szabó, 2015).

A kora gyermekkorban tartósan érzelmileg elhanyagolt gyerekeknél a szenzitív gondozás, a fizikailag és érzelmileg elérhető gondozó hiánya, a konzisztens, ismétlődő ingermintázatok hiánya, az interakciók finom hangolásának rendszeres elmaradása, a reflektivitás és az érzelmi tükrözés[14] *hiánya súlyos érzelmi, kapcsolati és kognitív deficiteket eredményeznek.* Különösen az intim, közeli kapcsolatok kialakítása és fenntartása, az érzelem felismerése, kifejezése, szabályozása és megosztása, valamint a mentalizációs képességek deficitje jelentős. Mindemellett a biztonság hiánya, a fenyegetettség, a kiszámíthatatlanság és a bejósolhatatlanság az idegrendszer fejlődését és más biológiai rendszerek optimális fejlődését és működését veszélyezteti.

A stresszrendszerek, a limbikus rendszer, az immunrendszer és más fiziológiai rendszerek fejlődését optimális esetben az elérhető, teherbíró, saját és a gyerek állapotait felismerő, megtartó, jól szabályozó gondozó segíti. Olyan szabályozó funkciót lát el, ami segíti a gyermeket a képességeit meghaladó arousal szintjének szabályozásában, így elég biztonságot nyújt az explorációra és a tanulásra, a stresszhelyzetekben való adaptív válaszadásra. Segíti az integráció és a koherencia megmaradását akár extrém stressznek való kitettség esetén is. *A kötődés biztonsága erős összefüggésben áll a stresszrendszerek működésével:* a biztonságot adó gondozó megvédi a gyereket az őt elárasztó, védekezésre késztető stressz hatásaival szemben (a kötődésről bővebben lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben, valamint Danis tanulmányát a II. kötetben).

A szülők érzelmi elérhetetlenségének, a szenzitivitás hiányának számos oka lehet: például egy akut, átmeneti érzelmileg terhelt állapot (pl. gyász), lehetséges valamilyen pszichopatológiai érintettség, mentális probléma, és nagyon gyakran a gyerekkorban átélt, feldolgozatlan súlyos kötődési nehézségek, feldolgozatlan traumatapasztalatok.

A szülő szorongása lehet annyira erős, amikor a negatív állapotai olyan mélyen elárasztják, hogy az minden kapacitását felemészti, és képtelen a gyerek szükségleteire,

[14] A csecsemő érzelmeinek felismerését, kifejezését és szabályozását a szülők *érzelmi tükrözésén* keresztül tanulja meg. E folyamatban a szülő feladata többek között, hogy hitelesen tükrözze vissza gyermekének negatív állapotait is, ugyanakkor megnyugtatóan „modulálja" azokat. Szülői érzelmi tükrözésről lásd bővebben: Gergely és Watson (1998).

állapotaira figyelni. Válaszként, a gondozó állapotához alkalmazkodva a gyerekek elnyomhatják saját negatív állapotaikat, különösen a szülőnek distresszt okozó érzéseiket, viselkedéseiket, hogy ne terheljék őt, így védekezve a szükséghelyzetben való elhagyatottság, magányosság ellen, egyben „felmentve" a szülőt attól a tehertől, hogy gondoskodni és gondolkodni kelljen róluk. Többek közt erre lehet példa a családi gyásznak az olyan esete, mikor az egyik testvér elhunyt, akit gyászol az életben maradt testvére, a szülők, a család és a tágabb környezet. A testvérüket gyászoló gyerekek gyakran magukra maradnak, hisz szüleik olyan mélyen elárasztottak a saját gyászukkal, hogy képtelenek meglátni az életben maradt gyermekük szomorúságát. Ráadásul a tágabb környezet gyakran olyan implicit, vagy nyílt üzeneteket közvetít ezeknek az „elfelejtett gyászoló" gyerekeknek, hogy az ő „dolguk" vidámmá tenni a szülőt, „nem viselkedhetnek rosszul", „nem lehet rosszkedvük", mert ezzel csak elszomorítják a szüleiket. Ezek a gyászoló gyerekek nem csak testvérüket veszítik el, hanem a szülőkhöz való kapcsolódás lehetőségét is, hisz azok ebben a helyzetben nehezen tudnak biztonságot és megnyugtatást adni gyerekeiknek.

A feldolgozatlan traumaélményekkel élő szülőnek nehézséget jelent a gyermek alapvető érzelmi igényeinek kielégítése: a szerepcserének nevezett mechanizmus során a szülő saját érzelmi szükségleteinek, intimitás-vágyának kielégítésére a gyermeket használja. A gyermek belső valóságát, határait, vágyait nem érzékelő, vagy azokba intruzívan behatoló szülő saját érzelmi biztonsága, saját traumatikus múltja miatti űr kitöltését a gyerekre delegálja. Kialakul egy speciális konstelláció, „szerep-átfordításnak" nevezett mechanizmus, melynek során a gyerekek válnak szüleik „szülőjévé", „nevelőjévé", „megmentőjévé", „pszichiáterévé" (Ferenczi, 1932/1997), az ő feladatuk megtartani és csökkenteni a szülők szorongását, kielégíteni érzelmi igényüket, támogatni őket. Amennyiben ez az állapot állandósul, akkor ez a speciális *parentifikált helyzet* olyan kapcsolati mintázat kialakulásához járul hozzá, amely alapvetően meghatározza a gyerek szelf-szerveződését és a belső reprezentációk kialakulását: ezeknek a gyerekeknek nehézzé válik saját belső valóságukkal kapcsolatot kialakítani, érzelmeiket felismerni, autonóm, hiteles, belső valóságot kiépíteni.

Zeanah és munkatársai által kidolgozott modelljében *szerepcserés kötődési zavarként* értelmezhetjük a fenti jelenséget: a gyermek átveszi a gondozó szerepét, ő „gondoskodik" a szülőről, figyeli, gondozza, kontrollálja, törődik vele. A természetes aszimmetria megfordul: a gyerek szolgálja, ő lesz felelős a szülő jóllétéért. Leginkább a szülő súlyos hangulati zavarai, hosszantartó, súlyos depressziója áll a szerepcserés kötődési zavar mögött (Zeanah és Smyke, 2009, in Tóth, 2011).

Az anyai depresszió (lásd bővebben Hortobágyi és mtsai. tanulmányát a jelen kötetben) kiemelt rizikófaktor az érzelmi és fizikai elhanyagolás szempontjából. *A kezeletlen, fel nem ismert anyai depresszió mind a gyermek, mind az anya szempontjából kritikus állapot.* Olyan időben végtelenségig kifeszített *„pléhpofa"-helyzet*[15], ahol az anya a csecsemő

[15] Tronick és munkatársai (1978) által kidolgozott kísérleti paradigma, amelynek első felében természetes anya-gyermek interakció zajlik, amit követ egy kétperces *„pléhpofa"-helyzet*, mikor az anyákat arra kérik, hogy kifejezéstelen, merev arccal üljenek, és ne reagáljanak a gyermek jelzéseire. A kutatók azt vizsgálják, hogy a gyerekek hogyan reagálnak erre a helyzetre (lásd bővebben Góczán-Szabó és mtsai. tanulmányát könyvünk II. kötetében).

minden erőfeszítése ellenére elérhetetlen marad. Green (1983, in Fonagy és Target, 2005) „halott anya" néven írta le azt a jelenséget, mikor a gyerek úgy veszíti el anyja figyelmét, hogy az visszahúzódik egy depressziós, „halott" állapotba. Stern (1995/2004) azokat a depresszív állapotokat tekinti „halott" állapotoknak, amikor a tünettant a mély aggodalom, pszichomotoros gátoltság, szomorúság és kevésbé nyugtalanság, szorongás jellemzi. Ha a gyermek kísérletei az anya elérésére, „életre keltésére", érzelmi bevonására kudarcot vallanak, akkor többféle válasz alakulhat ki a gyermekben. Stern (1995/2004) négyféle olyan élménymintázatot ír le, ami ilyen esetben átélhetővé válik a csecsemőnek. (1) Lehetséges, hogy egy idő után az anyával való együttlét vágya az anyai depresszív vonásokkal való azonosulást váltja ki, a csecsemő az ún. „ismétlődő mikrodepresszió" élményét éli meg: élénksége csökken, testtartása ernyedtté válik, aktivációs szintje csökken, mintegy az anyai viselkedésre rezonáló állapotba „hozza magát". (2) Az is egy lehetőség, hogy a csecsemőnek az anya „megmentésére", „újraélesztésére" tett kísérletei olyan erősek, hogy az anyával való együttlét újfajta sémája alakul ki. Ez hozzájárulhat egy olyan személyiségjegyek kialakulásához, mint aktivitás, életöröm, éltető kedv, és olyan kapcsolat sémák létrejöttéhez, ahol a másiknak „szüksége" van egy segítőre. (3) Ha a gyermek nem tudja „életre kelteni" az anyát, akkor lehetséges, hogy az anya jelenlétében külső ingerlést keres. A kifelé irányuló kíváncsiság, külső ingerlés keresése, paradox módon feltételezi a háttérben anya jelenlétét (vö. Winnicottnál az egyedüllét képessége). Stern úgy fogalmaz, hogy „egy független magányos cselekvés rejtett kötődési funkciót szolgálhat" (Stern, 1995/2004, 107. o.). (4) A depressziós anyák egy része, tudja, hogy elérhetetlen a gyerek számára, ezért „kitörésszerűen túlkompenzál" (Stern, 1995/2004, 108. o.). Erején felül megpróbál jelen lenni, és kapcsolatba lépni a gyermekkel. Ezek a próbálkozások azonban hiteltelenek, érzésnélküliek, aminek az eredménye „hamis interakció" a „hamis anya" és a „hamis szelf" között.

Az érzelmi és fizikai depriváció esetéről, az intézményi bántalmazásról lásd az alábbi keretes szöveget.

Az érzelmi és fizikai depriváció egy esete: intézményi bántalmazás

A súlyos és hosszantartó, korai kezdetű intézményi fizikai és érzelmi elhanyagolás nagyon súlyos, a fejlődés minden területére kiterjedő, gyakran vissza nem fordítható következményekkel jár. Sajnos, mint a pszichológia történetében gyakran, a kutatásokat a való életben történő tragédiák, háborúk, genocídiumok, téves politikai lépések motiválják. Némely posztkommunista országban a rendszerváltás után derült fény az „eldugott" láthatatlan árvaházak, öregotthonok, fogyatékkal élők gondozására hivatott intézmények borzalmas állapotaira, az ott élők súlyos érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazására és elhanyagolására. A rendszerváltás után, 1990-ben az egész világot bejárták a BBC romániai árvaházakban forgatott megrázó felvételei. Az itt élő gyermekek a fizikai és az érzelmi elhanyagolás, depriváció legextrémebb változatainak voltak kitéve hosszú éveken át. A megdöbbentő felvételek után több karitatív szervezet próbált segíteni a gyerekeken, nemzetközi támogatással elindultak örökbeadási folyamatok, és elindultak tudományos vizsgálatok is az árvaházban élő, illetve az örökbefogadott gyerekek fiziológiai, szomatikus, idegrendszeri, pszichológiai aspektusait vizsgálva.

A keresztmetszeti és a longitudinális kutatások a gyermeki fejlődés számos aspektusát megvizsgálták és vizsgálják (hisz ezek a gyerekek ma már a 30-as éveikben járó fiatalok, így a kutatások hamarosan kiterjedhetnek a transzgenerációs kérdésekre is). A vizsgálatok a kötődéstől kezdve a kognitív és szociális képességeket, a motoros fejlődést, az idegrendszer fejlődését, az érzelemregulációt, a viselkedési jellemzőket, az örökbefogadás utáni fejlődési lehetőségeket, a trauma hatásának súlyát, reverzibilis, illetve irreverzibilis (megfordítható – vissza nem fordítható) voltát vizsgálták. A depriváció hosszától, az árvaházba kerülés előtti érzelmi tapasztalatoktól, az örökbefogadási életkortól, az örökbefogadó családok jellemzőitől függően változtak a fejlődési elmaradások leküzdésének, a trauma hatás csökkenésének lehetőségei. Az „English and Romanian Adoptee Study (ERA)" hatásairól többek közt Rutter és Sonuga-Barke (2010) írt összefoglaló tanulmányt. Habár az örökbefogadott gyerekek több dimenzió mentén javulást mutattak, a képalkotó eljárások egyértelműen kimutatták az extrém elhanyagolás idegrendszerre gyakorolt irreverzibilis hatását.

Minderről bővebben Nelson és mtsai. (2014) kötetében, magyarul Kökönyei és Várnai (2007) tollából is olvashatnak. (Egyéb, a kötődéssel kapcsolatos kutatási eredményekről lásd még Tóth tanulmányát a jelen kötetben.)

Szexuális bántalmazás

A *szexuális bántalmazás* definíciója nehezen meghatározható: társadalmi hagyományok, rítusok, eltérő kultúránként máshogy megítélt viselkedések, a testhez, intimitáshoz való eltérő viszonyulások befolyásolják a fogalmat. A leginkább elfogadott definíció szerint: *A dependens és fejlődésükben éretlen gyermekek és serdülők bevonása olyan szexuális aktivitásba, amelyhez nem képesek, vagy nem hajlandók beleegyezést adni. Amihez életkoruknál, fejlettségüknél fogva nem érettek, és az a magatartás ellenkezik az adott ország törvényeivel, az elfogadott társadalmi normákkal* (Herczog, 2007). A szexuális bántalmazás formáit két nagy csoportra lehet osztani: kontakt és nem-kontakt bántalmazásra. Kontakt formának számít a közösülés minden formája, a nemi szervek erotikus vagy agresszív érintése, bármely testrész erotikus tevékenységbe való bevonása, levetkőzésre való fizikai kényszerítés, bármilyen szexuális aktivitásban való kényszerített részvétel. Nem-kontakt formák pl. a pornográf képek, filmek nézése, az online abúzus: szex-chat, gyermekképek pornográf felhasználása. Szexuális aktivitás nézésére való kényszerítés, szexuális tárgyként kezelés, erotizált légkör fenntartása, rögeszmés féltékenység a gyermekre, a gyermek szexualitásának kritizálása.

A *szexuális bántalmazásról* adatokat felmutatni nagyon nehéz: *a szégyen, a tabu, a megfélemlítés, a stigmatizáció, a disszociatív tendenciák mind olyan tényezők, amelyek megnehezítik azt, hogy az esetszámokról, az elkövetők kilétéről pontos adatokat kapjunk*. Az elkövető legtöbbször a gyermek környezetében élő személy: lányoknál gyakorisági sorrendben a nevelőapa, testvér, édesapa, nagybácsi, nagypapa, távolabbi rokon, családi ismerős. Fiúk esetében gyakoribb az extrafamiliaritás, az, hogy az agresszor családhoz közel álló barát, szomszéd. A gyerekek és a serdülők a félelem, szégyen, önhibáztatás,

rettegés miatt nagyon nehezen beszélnek erről, így segítséget is nehezebben kaphatnak. A hirtelen megváltozott viselkedés, a hirtelen fellépő rettegés a szeparációtól egy olyan érettségű gyermektől, aki már képes a szeparációra, a túlzott kapaszkodás jelezheti a bántalmazást. Idősebb korban többek közt öndestrukció, önsértés, heteroagresszió (másokra irányuló agresszió), hiperszexualizáció (szexualitás iránt fokozott érdeklődés), vagy a szexualitás hárítása figyelhető meg. *Szexuális bántalmazás során a gyerekek értelmezhetetlen, kaotikus, töredezett világba kerülnek, bizalmuk és biztonságérzetük megrendül.* A bántalmazó helyzetben gyakran létrejövő *disszociatív lefagyás (freezing)* segítségével lehetővé válik a fájdalmas élmény tudatból való kizárása, ami *az adott helyzetben adaptív mechanizmusként jelenik meg, de krónikus traumatizáció esetén ismétlődve hosszú távon disszociatív zavarokat eredményezhet.* A traumatikus élmény átélése során aktiválódó *peritraumatikus disszociáció* annyiban adaptív, hogy segíti a fenyegető helyzetben a túlélést: a tudat beszűkülése, az észlelés megváltozása, az érzelmi ledermedés véd a traumatikus élmény megélésétől, átmenetileg megszűnik a fájdalomérzet, és a disszociatív állapot mentesít a traumatikus történés tudatosításától. Ugyanakkor a trauma-eredetű disszociáció hosszú távon disszociatív személyiségszerveződést, fejlődési károsodást és az integratív kapacitás átfogó hiányát eredményezheti (Kuritárné Szabó, 2015).

A szexuális bántalmazást mélylélektani keretben Ferenczi (1932/1997) *bifázisos traumaként* értelmezi: nem csupán önmagában a bántalmazás ténye, hanem annak annuláló (érvénytelenítő) szülői értelmezése is traumatikus: „hogy az anya süketnek és vaknak tetteti magát, teszi leginkább traumatikussá, azaz lelket hasítóvá a támadást" (Ferenczi, 1932/1996, 198. o.). A szülő tagadása, értelmező hatalmával való visszaélése során a gyermek, „szinte transzállapotba kerülve" (Ferenczi, 1932/1996, 198. o.) a felnőtt hatalmának aláveti magát, támadójával azonosul, introjektálja annak bűntudatát, és sajátjaként éli át a szégyent, magába építi az idegen, támadó agresszív szelf-reprezentációkat. Linehann *érvénytelenítő környezetként* definiálja ezt a működést (1997, in Kuritárné Szabó, 2008). A bántalmazó érvényteleníti a gyermek által átélt élményeket, megvonja azok létjogosultságát, olyan nyílt és rejtett üzenetekkel, melyek ellentmondanak a ténylegesen átélt érzéseknek: „nem is fáj … te is szeretnéd". Így káosz, értelmezhetetlen zavar, saját tapasztalataiban való elbizonytalanodás, titkosított élmény keletkezik, hamis, idegen jelentéssel telítődnek primer tapasztalatai. Gyakran a szűkebb-tágabb környezet is tagadja a gyermekkel történteket, a „csak úgy képzelted … ezt te találtad ki" típusú válaszok aláássák a gyermekben a hatékony segítségkérés képességét, az általánosítottan kiterjesztett bizalmatlanság pedig megakadályozhatja hosszú távra a másokhoz való nyitott, szabad közeledés lehetőségét.

Kötődéselméleti keretben a gyermekhez közel álló gondozó személy által elkövetett szexuális bántalmazást a legtöbb kutatás a dezorganizált kötődéssel kapcsolja össze (dezorganizált kötődésről bővebben lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben). Az elkerülésközeledés csapdája olyan szétesett, értelmezhetetlen helyzetet teremt, ahol a dezorganizált kötődésű gyermek nem tud koherens reprezentációt kialakítani a kötődési személyről, az egymással össze nem egyeztethető aspektusokat a disszociációval tartja külön egymástól. A kötődési trauma mentén kialakult szélsőséges kapcsolati reprezentációk fognak életre kelni a bántalmazott gyerekek későbbi kapcsolataiban. *Reparáció, kompenzáló lehetőségek nélkül hosszú távon lehetetlenné téve az intim párkapcsolatok felé való*

elköteleződést, elszigeteltséghez, elhagyatottsághoz vagy bántalmazó viselkedéshez vezet. A kapcsolati trauma hosszú távú következménye a prementalizáló[16] módok dominanciája, a nem-mentalizált tapasztalatok externalizálása és a traumatikus élmények újrajátszása: a bántalmazás, elhanyagolás megélésének akaratlan újjáépítésére (Bateman és Fonagy, 2020). (A bántalmazás egyik terepéről, a sportolók körében előforduló szexuális visszaélésekről lásd az alábbi keretes szöveget.)

Bántalmazás a sportban

A bántalmazás dinamikáját, a bántalmazó rendszerek működését jól példázzák a gyermekekkel szembeni abúzusok a sportban. Az utóbbi időkben egyre több sporthoz, különösen gyermeksporthoz kapcsolódó bántalmazási helyzetre derül fény, valamelyest megnyílnak azok a merev struktúrák és zárt rendszerek, amelyekben úgy történhetett érzelmi, fizikai, szexuális zaklatás, hogy habár sokan tudtak róla, az áldozatok mégis láthatatlanok maradtak. Főleg a profi sportban az „eredmény érdekében" legalizált bántalmazó fegyelmi, „motiváló" módszerek világáról egy volt úszó így írt: „A verés, a bántalmazás, az alázás. Pedig nagyon is ott volt. Még erősebb, még bántóbb ez az erőszak, hisz el van tagadva. Felismerni, észrevenni alig akarja (meri) valaki. Aki észlelte, azonnal szépítette, így tartozott mindez az uszoda természetes világához" (Kiss, 2016).

Bár minden sportágban előfordulhat bántalmazás, azokban, ahol a gyermek és kamasz teste kiszolgáltatott, erotizált és fetisizált, az intimitás és a személyes tér nehezen megvédhető, mint például a tornában, úszásban, ott még gyakoribb. A hatalommal bíró felnőttek (edző, orvos, gyúró stb.), akikkel a gyerek sportolása közben találkozik, egy olyan közeg szereplői, amelyhez a bántalmazás és a támogatás feloldhatatlan paradoxona odaláncolja a gyereket. Az edző mint kötődési személy egyszerre a támogatás, dicséret és a bántalmazás forrása: a győzelem, így valamennyire az önértékelés záloga, ugyanakkor egyszerre rajongott, idealizált és bántalmazó, félt személy. Az edző felé érzett paradox hála, a vele való kapcsolat „különlegességének" érzete a bántalmazás ellenére is „jogosulttá", érvényessé teszi a kapcsolatot a gyerek számára. Az edzőbe vetett hit, bizalom, rajongás és a neki való kiszolgáltatottság egy olyan állandósult, paradox feloldhatatlan helyzetet, dezorganizált kötődési kapcsolati mintát épít ki, amit ezek a gyerekek felnőve, támogatás és tanúk nélkül hallgatásra kárhoztatva értelmezhetetlen zárványként őriznek magukban.

[16] A mentalizáció készségének kialakulása előtti működésmód, ami leginkább a kisgyermekekre jellemző, akik még nem tudják jól olvasni a társak elméjét, érzéseit, szándékait stb.

Kitekintés – A korai kapcsolati traumatizáció

A traumák osztályozása több dimenzió mentén történhet: egyrészt a kiváltó stresszor jellege, másrészt az időbeli jellemzők alapján. *A kiváltó stresszorok alapján megkülönböztethető az imperszonális, interperszonális és kötődési trauma, az időfaktor szerint pedig 1-es és 2-es típusú traumatizációról beszélhetünk.* Az imperszonális trauma nem emberi cselekvés által kiváltott trauma: például a földrengés, a cunami. Az interperszonális trauma egy érzelmileg távoli személy által elkövetett traumatizáló esemény, mint például betörő, bántalmazó idegen. A kötődési trauma az érzelmileg közel álló kötődési személytől elszenvedett bántalmazás. Az időfaktorok szerinti az 1-es típusú trauma egyszeri, hirtelen bekövetkező traumát jelent, a 2-es típusú pedig a hosszan tartó, ismétlődő traumatizációra (fogság, hosszan jelenlevő társadalmi traumák, mint pl. menekülés, menekülttáborok, családi erőszak) utal (Kuritárné Szabó, 2015; Herman, 2003; Allen és mtsai., 2011). A pszichés trauma hatalmas szakirodalmából a korai kötődési traumára fókuszálunk.

Az ismétlődő, rendszeres, krónikus, az elsődleges kötődési rendszerben történő traumatizáció esetén beszélhetünk kötődési, komplex traumatizációról. A többféle, ismétlődő traumatizáció kumulálódva súlyosabb következményekkel jár, mint az 1-es típusú, időben behatárolt, egyszeri traumatizáció. *A korai kapcsolati traumatizáció negatívan befolyásolja az érzelemszabályozásért felelős agyi területek struktúrájának és funkcióinak fejlődését, negatívan befolyásolja az érzelemreguláció alakulását, valószínűsítheti a dezorganizált kötődés kialakulását, csökkenti a mentalizációs képességet, növelheti a trauma transzmissziójának veszélyét, és csökkentheti a reziliencia erejét* (Perry, 1995; Liotti, 1992; Main és Hesse, 1990; Wilson és mtsai., 2011; Bellis, 2005).

Az összeadódó mikrotraumák a gondozó és a csecsemő mindennapi interakcióinak mikromozzanatait jellemző kapcsolati sajátosságok (Baradon és Joyce, 2005). *Olyan kapcsolatban, amelyben a csecsemő ismételten, rendszeresen, hosszú távon magára marad magas arousal szintű, reguláló képességeit meghaladó szabályozatlan, intenzív belső állapotokkal, melyet nem segít az interaktív reparáció, egyre inkább kénytelen a disszociáció alkalmazására.* Ha a gondozó hosszú távon nem, minimálisan, vagy kiszámíthatatlanul vesz részt a kapcsolati, érzelmi állapotok szabályozásban, az alapvetően befolyásolja az érzelemregulációban központi szerepet játszó agyi struktúrák fejlődését. A korai életkorban, hosszú távon átélt szabályozatlan intenzív élmények a pillanatról pillanatra bekövetkező interakciók mentén a gondozó és a csecsemő közti kapcsolaton keresztül szó szerint beépülnek a csecsemők fejlődő idegrendszerébe (Schore, 2001). *Ez az érzelmi és viselkedés regulációs képességek sérülésével, későbbi traumákra való fokozott kitettséggel, a stresszhelyzetekre való fokozott érzékenységgel jár. Kapcsolati traumatizáció következtében egy későbbi életkorban megjelenő enyhe stresszhatás is súlyos diszfunkciókhoz vezethet.* A stresszrendszer diszregulációja beindítja a traumatikus stresszválaszt, melynek része a krónikus hiperarousal – folyamatos készenléti állapot, fokozott éberség – és a disszociáció (Cook és mtsai., 2018). A disszociáció a két féltekei működés integrációját is megakadályozza. Részben ezzel magyarázható, hogy traumatizált gyermekek fenyegető helyzetekben kontrollálhatatlan indulatokkal, impulzívan vagy lefagyással, tehetetlenséggel reagálnak. Bal agyféltekei, munkamemóriához köthető kiértékelő funkcióik szétes-

nek, és nehezen kontrollálható, elsöprő impulzív érzelmi reakciókat adnak. *A stresszhelyzetekben megjelenő impulzív, reflexszerű viselkedésmódok és a disszociatív lefagyás súlyos érzelemszabályozási nehézségeket jelez.* Az impulzív viselkedés részben a végrehajtó funkciók[17] deficitjéhez kapcsolhatók (Kuritárné Szabó, 2015).

A korai traumatizáció és a tartós szabályozatlan stressz a fejlődő immunrendszerre is negatív hatással van. Az érzelmileg biztonságos korai intim kapcsolatok segítik az immunrendszer optimális fejlődését. Gerhardt szavaival „az immunrendszernek tehát története és emlékezete van… melyet alakíthat az érzelmi tapasztalat" (Gerhardt, 2009, 103. o.). A gondozó-gyermek kapcsolat minősége, a gyermeket körülvevő család, közösség szerepe rendkívül fontos a *stresszkezelési képességek* szempontjából is. Mindez érinti a *pszichoszomatika* kérdéskörét is. A szabályozó szülő segítsége nélkül a saját feszültségeivel kínlódó, azokat önállóan még szabályozni nem tudó gyermek, vagy akár a stresszteli eseményeket önállóan, egy szabályozó másik nélkül szabályozni nem tudó felnőtt preszimbolikus (szimbolizáció előtti) szinten, a tünetek nyelvén, a testén keresztül fejezheti ki a fájdalmát. Egy olyan kapcsolatban felnövő gyermek, amelyben kevés pszichológiai tér van az érzelmek felismerésére, megnevezésére, megosztására, az azokról való gondolkodásra, lehetséges, hogy a későbbiekben reparáció nélkül maradva, az élete későbbi szakaszaiban testi szinten fog reagálni a nehéz stresszteli eseményekre. Az érzelemszabályozási nehézségek „transzdiagnosztikus" jellemzőként nemcsak pszichiátriai betegségekhez, hanem krónikus szomatikus betegségekhez is köthetőek (Kökönyei, 2015).

Trauma, interakció, mentalizáció

A szülő-csecsemő interakciók tudományos megfigyelése, szisztematikus kódolása lehetőséget nyújt képet kapni az interakciók kapcsolati minőségéről is (lásd még Góczán-Szabó és mtsai. tanulmányát könyvünk II. kötetében). A szülő-csecsemő interakció az a pszichológiai tér, amelyben a szülő-csecsemő diád kapcsolati mintázatai megjelennek, emellett egy olyan tér is, ahol a szülő tudattalan reprezentációi életre kelnek, a saját kapcsolati története mentén konstruálódott implicit kapcsolati tudása, a „valakivel együtt lenni valamilyen módon" kapcsolati élménye (Stern, 1995/2004; Beebe és Lachman, 2014), esetleges feloldatlan traumái realizálódnak (Beebe, 2005).

A dezorganizált kötődésű gyerekek szülei vagy maguk is bántalmazás áldozatai voltak, vagy más feloldatlan traumatapasztalattal, feldolgozatlan gyászélménnyel, esetleg transzgenerációs traumaélménnyel terhelve élnek. A dezorganizált kötődés kialakulhat olyan kapcsolatban, ahol a szülő konkrétan bántalmazó/elhanyagoló, de olyan kapcsolatokban is létrejöhet, ahol nincs jelen bántalmazás, de a szülőt – saját feloldatlan kötődési traumája miatt – a gyermek közeledése félelemmel tölti el, vagy ő maga válik félelmetessé. *A szülő fenyegetőként vagy fenyegetettként jelenik meg a kötődési kapcsolatban* (Main és

[17] Az önszabályozásról és végrehajtó funkciókról bővebben lásd Cs. Ferenczi és Németh tanulmányát a jelen kötetben.

Hesse, 1990). *Ezekben a dezorganizált kapcsolatokban a szülő egy személyben a biztonság és a félelem forrása, amely egy olyan feloldhatatlan helyzetet teremt* (Main szavaival „megoldás nélküli rettenetet" Main, 1999, in Allen és mtsai., 2011), ahol mind az énről, mind a kötődési személyről többszörös, egymással összeegyeztethetetlen belső reprezentációk alakulnak ki. Szimultán kialakul az egymással összeegyeztethetetlen megmentő, üldöző és áldozat szelf-reprezentáció, és ezek az egymással inkompatibilis szelf-struktúrák megakadályozzák az integrációt, a koherens szelf létrejöttét, és elősegítik a *disszociatív működésmódokat*. A különböző szelf-reprezentációk közti átkapcsolás az egyik lehetséges faktor a *többszörös személyiségzavar* kialakulásában (Liotti, 1992). (Múltbeli traumák és jelenbeli szülői viselkedés kapcsolatáról és a kötődésalapú intervenciók lehetőségeiről lásd Danis tanulmányát e könyv II. kötetében.)

A biztonságos kötődést a kontingens, mentalizáló interakciók jellemzik. *Az anyai elmetudatosság azt jelenti, hogy az anya felismeri: a gyermeke mentális ágens, úgy tekint a csecsemőjére, mint aki önálló elmével bír,* mentális állapotokat leíró fogalmakat használ, mikor a babáról vagy a babához beszél: „szeretnéd? … gondolkozol?". Az anyai elmetudatosság jelenik meg abban, hogy az anya megérti és elfogadja a viselkedése mögötti motivációkat, képes megkülönböztetni a saját maga és a gyermek belső állapotait. Koherens egységben, érzelmi összetettségében látja a gyermek különböző tulajdonságait, elbírja a baba ambivalens megnyilvánulásait, és képes szabadon, folyamatosan újraformálni a gyerekről kialakított reprezentációját. *Az anyai elmetudatosság révén az anya folyamatosan tükröz, közvetít, modulál: hanghordozásával, gesztusaival, szavakkal reprezentálja a gyermek belső állapotait.* Ez az *érzékeny, tükröző, érzelmileg hangolt kommunikáció*, a gondoskodás és a gondolkodás a babáról elősegíti, hogy a gyermek felfedezze saját belső állapotait az anya reprezentációján keresztül (Slade, 2005; a Minding the Baby programról lásd Danis tanulmányát e könyv II. kötetében). A kontingens, elmetudatos interakciók (Meins, 2001, in Bateman és Fonagy, 2020) képezik a mediációt a szülői kötődési biztonság és a gyermek kötődési biztonsága között. „A mentalizáció mentalizációt szül", a jó mentalizáló képességekkel rendelkező szülő hozzásegíti gyermekét, hogy maga is képes legyen mentális terminusokban gondolkodni.

A *Felnőtt Kötődési Interjú*[18] (Adult Attachment Interview, AAI, George és mtsai., 1985) alapján „bizonytalanul/megoldatlanul" (Insecure/unresolved) kötődő szülők dezorganizált kötődő gyerekeikkel jellemzően hosztilis, intruzív módon viselkednek, gyakori szerepkonfúzióval. A „biztonságosan/megoldatlanul" (Secure/unresolved) kötődő szülőket inkább a gátoltság, félénkség és visszahúzódás jellemzi. *A kötődési trauma esetén az ellenséges, intruzív, vagy a tehetetlenül visszavonuló szülői viselkedés a mentalizáció kudarcával jár, és nem-mentalizáló interakciókat eredményez.* Lyons-Ruth és munkatársai (1999) meghatározták azokat az *anyai atipikus viselkedési formákat*, melyek jellemzőek a dezorganizált kapcsolatokban: ilyen például a szerep és határkonfúzió (az anya a gyermektől várja a megnyugtatást), a tolakodó, erőszakos viselkedés, érzelmi kommunikációs hibák (a szülő nevet, amikor a gyerek sír), ijesztgető, rémítő viselkedés (furcsa hangok, robotszerű lépések), közömbösség. *Ha a kötődési kapcsolatot hosszú távon meghatároz-*

[18] Serdülőkortól kezdve felnőttkorban egy speciális interjútechnikával (AAI) lehet feltérképezni egy személy mentális reprezentációját a korai kötődési kapcsolatairól.

zák ezek a kapcsolati jellemzők, a nem-mentalizáló interakciók, akkor valószínűsíthető a dezorganizált kötődés kialakulása és a gyermek mentalizációs képességeinek sérülése (Bateman és Fonagy, 2020). Ez magával vonja azt, hogy a kötődési trauma súlyosan megnehezíti a kaotikus, elárasztó tapasztalatok átdolgozását, különösen ismételt átdolgozását, megértését és beépítését a koherens élettörténetbe, ez pedig hozzájárul ahhoz, hogy egy későbbi életszakaszban kiváltó ingerként a stressz, a trauma kioldja a korábbi trauma kumulatív hatását (Afari és mtsai., 2014, in Bateman és Fonagy, 2020).

Egy traumatikus esemény attól függően válhat poszttraumás stressz zavarrá, hogy megtörténik-e az adott esemény retrospektív újraértékelése, és ha igen, milyen minőségben (Fonagy és mtsai., 2020). Csökkenti a traumatizáció veszélyét, ha valaki képes a jelen idejű, mostban történő események negatív értékelését csökkenteni, sőt egy még optimistább elképzelés szerint, megjelenhet a tapasztalatok pozitív átértékelése is. Súlyos borderline, vagy pszichotikus betegeknél az explicit, mentalizálásra való korlátozott képesség miatt a fenyegető eseményeket nehezen tudják kontextualizálni, értelmezni, vagy utat találni az elárasztó tapasztalatokból. Próbálkozásként ezek a betegek megpróbálnak kapcsolatot találni zavaros belső állapotukkal, megpróbálják újraértékelni a fenyegető ingereket, de legtöbbször ezek a próbálkozások pszeudo mentalizálásba (hamis mentalizálásba) vagy túlmentalizálásba torkollanak, amelyek kifulladnak egy üres verbalizálásban, esetleg paranoid állapotok megélésében. Ugyanakkor a reflektív mentalizálásra való képesség segíti gátolni a retraumatizáló ingereket, az elárasztó, fenyegető asszociatív érzeteket (szagokat, hangokat stb.) és emlékeket (Fonagy és mtsai., 2020).[19]

A kötődési trauma kezelésével kapcsolatban Luyten és Fonagy (2020) a mentalizációs képességek fejlődésének szerepét hangsúlyozza, a terapeutával való biztonságos kötődési helyzetben való, a mentalizációt központba helyező terápiás munkán keresztül. Holmes (1999) a páciensek múltjából előbukkanó „hívatlan vendégeket" invitálja be a terápiás szobába, és kötődésalapú munkán keresztül éri el a negatív transzgenerációs hatás csökkenését. Selma Fraiberg (1975) híres mondatára – „ghost in the nursery", vagyis „szellemek a gyermekszobában" – utalva „ghost in the consulting room", vagyis „szellemek a terápiás szobában" írja le azt a terápiás munkát, melynek célja, hogy a szülők múltbeli feldolgozatlan traumáinak negatív hatását csökkentse a gyerekek életében. (Egyéb kötődésalapú intervenciókról lásd bővebben Danis tanulmányát e könyv II. kötetében.)

[19] A poszttraumás stressz zavar (PTSD), a poszttraumás stressz reakció (PTSR) és a fejlődési traumatizáció zavar (Developmental Trauma Disorder –DTD) részletes leírását többek között Kuritárné Szabó (2015) írásában olvashatják.

Zárszó

A bántalmazás kialakulásában és fennmaradásában számos tényező összjátékáról beszélhetünk tehát. Ennek megfelelően *a bántalmazás prevenciója és intervenciója is szakmák közti összehangolt együttműködést igényel*: a szociális szféra, a gyermekjóléti szolgálatok, az egészségügy, az oktatás és a jogalkotók együttes működése szükséges a minél sikeresebb prevenció és intervenció szempontjából.

Irodalommal köszöntünk, irodalommal búcsúzunk…

Az „ad és elvesz", „közelít, de rögtön távolodik" fájdalmas dinamikáját jól szemléltetik József Attila *Iszonyat* című versének részletei – két magára hagyott, anyátlan, egymásba kapaszkodó és egymásba harapó testvér történetén keresztül. Az anya a hétéves nővérre bízza csecsemőkorú testvérének táplálását, és persze a „cumiztatás" mellett minden mást is, ami egy csecsemővel való együttlétet jelent: játszani, tisztába tenni, kiszolgálni az igényeit, jelen lenni, tartalmazni szorongását, oldani magányát, úgy, hogy közben ő maga is vágyakkal, félelmekkel teli kislány.

(…)

A kislány hétéves. Kiszökne
s itt benn ugrálni sem lehet.
A mama lelkére kötötte
ezt a dögöt, a gyermeket.

Futna!… Ám oly nagyon tünődik,
hogy majdnem elalszik bele.
Erőt is érez, hogy a földig
egy várost lerontson vele.

… Ám dagadt szemét nyitja s menten
fölsír a csöpp fiúgyerek.
A lányka végigméri; csendben
megmelegíti a tejet.

A kékülő arcú gyerekre
mereven néz és hallgatag.
Fakó haján, mint halott lepke,
lógatja szárnyát a szalag.

Majd az ordító szájba tolja
a tejes üveg cucliját.
A fiú köhög fuldokolva

(…)

Mint tenger, ráng az apró termet;
a cucli csöpög, mint a csap;
a lány elveszi és a gyermek
nyel, vonít és utánakap.

Majd ismét a szájába nyomja,
mert már csak tátog és feszül
s mire az szopva megnyugodna,
kiveszi ajkai közül.

A gyermek nem tudja, örüljön,
vagy sírjon véghetetlenül;
haragja rázza. A tej följön
kis gyomrából s ajkára ül.

Üvölt és hápog; szopna s retteg.
Inyével a homályba kap

(…)

A gyermek irtózattól nyirkos, –
ha adja, miért veszi el?
A leány hideg, mint a gyilkos.
Az udvaron vak énekel.

Igy játszik egy félóra hosszat,
némán és mosolytalanul

(…)

Az anya este – hetek óta
így van ez – ölébe veszi
fiát, az őt marokra fogja
s az édes tejet nem eszi.

(…)

1934. november

AJÁNLOTT IRODALOM

Herman, J. L. (2003). *Trauma és gyógyulás.* Háttér Kiadó/Kávé Kiadó – NANE Egyesület.

Kuritárné Szabó, I. (2015). A gyermekkori családon belüli traumatizáció és következményei. In Kuritárné Szabó, I., Tisljár-Szabó, E. (Szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Oriold és Társai Kiadó. 15–53.

Révész, Gy. (2004). *Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás*. Új Mandátum Kiadó.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Allen J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban.* Lélekben Otthon Könyvek.

Andrejkovics, M. (2015). A gyermekkori bántalmazás neurobiológiája. In Kuritárné Szabó, I., Tisljár-Szabó, E. (Szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Oriold és Társai Kiadó. 89–106.

Baradon, T., Joyce. A. (2005). The theory of psychoanalitic parent-infant psychotherapy. In Baradon, T., Broughton, C., Gibbs, I., James, J. Joyce, A., Woodhead, J. (Eds.). *The practice of psycho-analytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby.* Routledge, London/New York. 41–57.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2020). *A mentalizáció alapú terápiák kézikönyve.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Beebe, B., Lachmann F. M. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions.* The Analaytic Press, London.

Beebe, B., Lachmann, F. M. (2014). *Relational perspectives book series. The origins of attachment: Infantresearch and adulttreatment.* Routledge/Taylor & Francis Group.

Beebe, B (2005). Faces-in-Relation: Forms of Intersubjectivity in an Adult Treatment of Early Trauma. In Beebe, B., Knoblauc, S., Rustin, J., Sorter, D. (Eds.) *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment.* Other Press. New York.

Bellis, D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment, 10,* 150–172.

Belsky J. (1980). Maltreatment. An Ecological Integration. *American Psychologist, 4,* 320–335.

Ciccheti, D., Rogosch, F. A. (2001).The impact of child maltreatment and pychopathology on neuroendocrin functioning. *Development and Psychopathology, 13,* 783–804.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., von der Kolk, B. (2018). Komplex traumatizáció gyermek- és serdülőkorban. In Kuritárné Szabó, I., Molnár, J., Nagy, A. (Szerk.) *Trauma-eredetű disszociáció.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 31–77.

Comer, R. J. (2003). *A lélek betegségei.* Osiris Kiadó, Budapest.

Csomortáni, D. Z. (2014). *Túl jó / elég rossz szülők A pszichológiai túlvédés okai, jellemzői, következményei és kezelési lehetőségei.* Doktori disszertáció. Eötvös Lóránd Tudomány Egyetem.

Csősz, L. (1996). Münchausen-szindróma by proxy. In Vetró, Á. Parry-Jones, W. L. I. (Szerk.) *Gyermek- és ifjúságpszichiátria.* Gyermekeink lelki egészségéért Dél-Magyarországi Alapítvány és Szent Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem kiadványa. 460–461.

Egyed, K. (2011). Az evolúció ajándéka: az agyi plasztícitás és rugalmas fejlődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 166–205.

Ferenczi, S. (1932/1996). *Klinikai Napló.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Ferenczi, S. (1933/1997). Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In Ferenczi, S. *Technikai írások.* Animula Kiadó, Budapest. 102–112.

Fonagy, P., Bateman, A. (2020). Bevezetés. In Bateman, A. W., Fonagy, P. (Eds.) *A mentalizáció alapú terápiák kézikönyve.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 3–29.

Fonagy, P., Allison, E., Campbell, C. (2020). Mentalizáció, reziliencia és episztemikus bizalom. In Bateman, A. W., Fonagy, P. (Eds.) *A mentalizáció alapú terápiák kézikönyve.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 83–105.

Fonagy, P.,Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésben. *Thalassa, 9,* 5–43.

Fonagy. P., Target. M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14,* 387–421.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview.* Unpublished manuscript. University of California at Berkeley.

Gerhardt, S. (2009). *A szükséges szeretet. Az affektusok hatása a kisgyermek agyfejlődésére.* Lélekben Otthon Kiadó.

Halász, A. (2006). A pszichoanalízis interszubjektív fordulata: a pszichoterápiás kapcsolat új megvilágításban. *Lélekelemzés, 1,* 102–109.

Herczog, M. (2007). *Gyermekbántalmazás.* Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató Kft.

Herman, J. L. (2003). *Trauma és gyógyulás.* Háttér Kiadó/Kávé Kiadó – NANE Egyesület.

Holmes, J. (1999). Ghosts in the consulting room. An attachment perspective on intergenerational transmission. *Attachment and Human Development, 1,* 115–131.

József, A. (1936/1991). *Medvetánc: Szabad-ötletek jegyzéke két részben.* Atlantisz Könyvkiadó, Budapest.

Kiss, N. (2016). *Erőszak az uszodában.* Magyar Narancs. 15. https://magyarnarancs.hu/publicisztika/eroszak-az-uszodaban-98961.

Kökönyei, Gy. (2015). Érzelemszabályozás krónikus betegségekben. In Kiss, E. Cs., Makó, H. (Szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana.* Pro Pannonia Kiadó. 315–338.

Kökönyei, Gy., Várnai, D. (2007). A kapcsolati traumák – elhanyagolás és bántalmazás – hatása az agyi, biológiai és lelki fejlődésre. In Demetrovics, Zs., Kökönyei, Gy., Oláh, A. (Szerk.) *A személyiségpszichológiától az egészségpszichológiáig.* Trefort Kiadó, Budapest. 224–470.

Kuritárné Szabó, I. (2008). *Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Kuritárné Szabó, I. (2015). A gyermekkori családon belüli traumatizáció és következményei. In Kuritárné Szabó, I., Tisljár-Szabó, E. (Szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 15–53.

Liotti, G. (1992). Disorganized/Disoriented Attachment in the Etiology of the Dissociative Disorders. *Dissociation, 4,* 196–204.

Luyten, P., Fonagy, P. (2020). Mentalizáció és trauma. In Bateman, A. W., Fonagy, P. (Eds.) *A mentalizációapalú terápiák kézikönyve.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 105–131.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64(3),* 67–96.

Main, M. (2000). The Adult Attachment Interview: Fear, Attention, Safe and Discourse. *Journal of the American Psychoanalytical Association, 48,* 1055–1096.

Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status: Is frightened and/or frightening behavior the linking mechanism. In Greenberg, M., Cicchetti, D., Cummings, M. (Eds.) *Attachment in the preschool years.* The University of Chicago Press, Chicago. 161–182.

Nelson, C. A., Fox, N. A., Zeanah, C. H. (2014). *Romania's Abandoned Children: Deprivation, Brain Development, and the Struggle for Recovery.* Harvard University Press.

Perry, B. D, Pollard, E. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and use-dependent development of the brain: How „traits" become „states". *Infant Mental Health Journal, 16,* 271–291.

Pohárnok, M., Lénárd, K. (2015). A trauma lélektana. In Kiss, E. Cs., Makó, H. (Szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana.* Pro Pannonia Kiadó, Budapest. 221–234.

Révész, Gy. (2004). *Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás.* Új Mandátum Kiadó, Budapest.

Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J. (2010). Conclusions: Overview of findingsfromthe ERA study, inferences, and researchimplications. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 75(1),* 212–229.

Sárközy S. (2016). A fizikai bántalmazás traumatológiai és sebészeti aspektusai. In Nagy, A., Törő, K. (Szerk.) *Gyermekbántalmazás.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 51–83.

Schore, A. N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Developement, Affect-regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal, 22,* 201–269.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development, 7(3),* 269–281.

Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation.* New York, Basic Books. (Magyarul: [2004] *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest.)

Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–372.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 17,* 1–13.

van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12,* 293–317.

WHO, and Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment.* WHO.

Wilson, K. R., Hansen, J. H., Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Agression and Violence Behavior, 16,* 87–97.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality.* Tavistock Publications Ltd.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T. (2009). Disorders of attachment. In Zeanah, C. H. (Ed.) *Handbook of infant mental health. 3rd Ed.* Guilford Press, New York. 421–434.

Hivatkozás: Hortobágyi, Á., Németh, T., Kurimay, T. (2020). Pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik kapcsolata, együttápolása – Elmélet és nemzetközi tapasztalatok. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 448–476.

A várandósság alatti és a szülés utáni mentális betegségek jelentős társadalmi következményekkel járnak. Az anya szorongásos megbetegedése, depressziója vagy súlyos esetben pszichózisa hátrányosan befolyásolhatja az anya-újszülött kapcsolatot, növeli az édesanya és az újszülött megbetegedésének a kockázatát, a magzat méhen belüli fejlődésének elmaradását, alacsonyabb születési súlyt eredményezhet, a születést követően fejlődési problémákat és szoptatási nehézséget okozhat. Az anyai rizikófaktorok többek között szülési komplikációkhoz, pszichés problémákhoz, vagy súlyos esetben akár öngyilkossághoz vezethetnek. A pszichiátriai zavarok kezelésében az elsődlegesen választandó eljárás a pszichoterápia és a pszichoedukáció, valamint a gyógyszeres kezeléssel nem járó beavatkozások. Amennyiben a gyógyszeres kezelés elkerülhetetlen, azt az érvényes szakmai irányelvek alapján szükséges végezni. A mentális zavarok az anya-gyermek-apa kötődését, a gyermek fejlődését is hátrányosan befolyásolhatják. A súlyos zavarokat – a nemzetközi gyakorlatnak is megfelelően – baba-mama-(papa) egységben, teammunkában hatékony kezelni, a szülő-gyermek kapcsolatra fókuszáló pszichoterápiás és pszichoedukációs módszerekkel kiegészítve. A szülés körüli pszichiátriai zavarok időbeni felismerésében, a betegség kockázatainak csökkentésében a megelőzésnek és a szűrésnek is fontos szerep jut.

PSZICHIÁTRIAI BETEG ANYÁK ÉS GYERMEKEIK KAPCSOLATA, EGYÜTTÁPOLÁSA – ELMÉLET ÉS NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK

Hortobágyi Ágnes
Németh Tünde
Kurimay Tamás

A perinatális mentális zavarok előfordulása

Komorbiditás, társuló betegségek

A perinatális megbetegedések főbb típusai
- Premenstruális diszfóriás zavar és premenstruális szindróma
- Baby blues
- Posztpartum (gyermekágyi) depresszió
- Szülés utáni poszttraumás stressz zavar
- Szorongásos zavarok
- Posztpartum (gyermekágyi) pszichózis
- Anyai halandóság – befejezett öngyilkosság

Anya-gyermek kapcsolat, depresszió, szorongás és kötődés

Anya-baba-apa egység (Mother-Baby Unit, MBU)
- Együttkezelés
- Teammunka a perinatális mentális zavarok ellátásában
- Gondozó-csecsemő interakció, szülő-csecsemő konzultáció
- Az apák szerepe a gyermek fejlődésében

Prevenció és szűrés

Összefoglalás

A tanulmány logikájában és szakmai tartalmában építettünk az általunk írt 2017-es szakmai irányelv dokumentumára: Kurimay, T., Németh, T., Hegedűs, É., Danis, I., Tunyi, T., Hortobágyi, Á., Simon, Zs., Bereczné Babus, E., Tory, V. (2017). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről.
https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf

A perinatális mentális zavarok előfordulása

A *lelki egészség* megőrzését az emberi kapcsolatok egyik legfontosabb erőforrásának, a társadalom alapértékének tekintjük. A lelki egészség megőrzését, a mentális betegségek kialakulásának kockázatát az egyén szintjén túl számos környezeti tényező, így pl. szociális környezeti vagy kapcsolati hatások is befolyásolják, meghatározzák (WHO, 2019).

Mivel testi és lelki fejlődésünk ún. *életciklusokban* zajlik, éppen az életciklus-átmeneteknél, így pl. a szülés/születés körül vagyunk fogékonyabbak, de egyben sérülékenyebbek is a változások vagy stressz hatására (Carter és McGoldrick, 1999).

A várandósság alatt és a szülés körüli időszakban a várakozás örömteli érzése mellett – vagy helyett – a gyermeket váró nőknek és családjaiknak olykor pszichés nehézséggel kell szembenézniük. Európában a mentális zavarok képezik a legnagyobb népegészségügyi kihívást, vezető okai a rokkantságnak, és a kardiovaszkuláris, valamint daganatos betegségek után a legnagyobb betegségterhet róják az európai társadalmakra (WHO, 2019).

Nem váratlan tehát, hogy *a lelki betegségek gyakoriságuk révén a várandósság előtt, alatt és után is megjelenhetnek*, különösen figyelembe véve ennek az érzékeny időszaknak a fent jelzett sajátosságait is.

A perinatális időszakban jelentkező pszichés zavarok közül a *posztpartum blues* előfordulási gyakorisága 30–75%, a *szülés utáni depresszióé* 10–15%, a *szülés utáni pszichózisé* 0,5-1 ezrelékre tehető (Robertson és mtsai., 2003). A sok esetben aluldiagnosztizált *perinatális generalizált szorongásos zavar* a nők 8,5%–10,5%-át érinti a várandósság alatt, míg a szülés után 4,4%–10,8%-os arányban jelenik meg (Wright és mtsai., 2018). A *posztpartum stressz zavar (PTSD-FC „following childbirth")* prevalenciája 3%. Ugyanakkor a teljes posztnatális anyai populációban a nők csaknem 40%-ánál jelen vannak bizonyos PTSD-tünetek a perinatális időszakban, anélkül, hogy teljesítenék a rendellenesség összes kritériumát (Baas és mtsai., 2017; Pašalić és Hasanović, 2018; Patterson és mtsai., 2019a).

A *fogantatás nehézségei* szintén jelentős krízisként és stresszorként jelennek meg a párok életében (Weddel és mtsai., 2019; Parnian és mtsai., 2017), a *meddőségi kezeléshez társuló hangulatzavarok* a nők körében elérik a 26,2%-ot, a férfiak körében a 9,2%-ot (Volgsten és mtsai., 2008).

Az időben fel nem ismert és szövődményeket okozó szülés körüli mentális zavarok károsan hatnak az anya-gyermek kapcsolatra, az anya és a fejlődő gyermek személyiségé-

re, mely akár a család felbomlásához is vezethet (Murray és mtsai., 1996; Pawlby és mtsai., 2011; Baldwin és mtsai., 2015; Capron és mtsai., 2015). Éppen ezért fontos a *felvilágosítás* és a perinatális zavarokkal kapcsolatos *ismeretek átadása*, a zavarok minél korábbi *kiszűrése*, mert a megkésett vagy elmaradt ellátás jelentős hátrányt jelent a betegeknek és családjuknak (Elliott és mtsai., 2000).

Komorbiditás, társuló betegségek

A baj gyakran nem jár egyedül, szól a népi mondás. A tudományos kutatások és a gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy *a fennálló mentális zavar gyakran más pszichiátriai zavarral társul*, továbbá *a mentális betegség kockázatot, gyakran együttjárást mutat más testi-megbetegedéssel, és fordítva, a testi betegség fennállása fokozott kockázatot jelent a pszichés megbetegedés szempontjából*. A szív- és érrendszeri betegségek, a diabétesz mellitusz, a daganatos megbetegedések gyakran járnak együtt pszichiátriai megbetegedéssel, pl. depresszióval; a szenvedélybetegségek, a dohányzás, a túlzott alkohol- és szerfogyasztás (drogbetegség) nagyon gyakran társulnak mentális zavarhoz és más testi betegséghez is. A kezeletlen, fel nem ismert társbetegségek jelentőségét mutatja, hogy a mentális zavarban szenvedők átlagos élettartama akár 20 évvel is alacsonyabb lehet (WHO, 2019).

Szükséges a fennálló testi és lelki társbetegségek együttes kezelése, amely *interdiszciplináris kooperációt*, optimális esetben *teammunkát* igényel az ellátásban. A fejezet adta keretek nem adnak lehetőséget valamennyi releváns társbetegség ismertetésére, az erre való utalást az adott mentális zavarnál jelezzük. Az egyik fontos aspektus, hogy *a kezeletlen mentális betegség szülészeti komplikációk rizikójával és az újszülött fizikai hátrányával is járhat (pl. kisebb születési testsúly, koraszülés).*

A perinatális megbetegedések főbb típusai

Premenstruális diszfóriás zavar és premenstruális szindróma

Bár a reproduktív korú nők többsége tapasztal menstruációja előtt érzelmi és fizikai tüneteket, a premenstruális zavarokkal élő nők 4,6–6,4%-ánál jóval erősebb tünetekkel kell számolnunk (Johnson és mtsai., 1988; Buttner és mtsai., 2013). A *premenstruális diszfóriás zavar* olyan klinikailag jelentős szenvedéssel jár, mely akadályozza a munkahelyi, iskolai vagy társas tevékenységeket (DSM-5; APA, 2013). A premenstruális diszfóriás zavarral élő nők a menzesz kezdetét megelőző utolsó héttől a menstruáció kezdetét követő néhány napig gyakran tapasztalnak hangulatingadozásokat, dühöt, irritabilitást, feszültséget, szorongást, illetve nyomott hangulatot, mely sokszor környezeti konfliktusokat eredményez. Ezekben a napokban nem ritka a fáradékonyság, koncentrációzavar, alvászavar, étvágytalanság vagy túlzott evés. A premenstruális diszfóriás

zavar tünetei súlyosságukban hasonlóak a súlyos depresszióban és disztímiás zavarban[1] szenvedők tüneteihez (Buttner és mtsai., 2013).

A nők 18,6%–20,7%-át érintő *premenstruális szindróma (PMS)* a premenstruális diszfóriás zavarhoz hasonló, de enyhébb vagy közepes tünetekkel jár, és szintén a foglalkozási és társas működés károsodásához, valamint az életminőség romlásához vezethet (Borenstein és mtsai., 2003).

A premenstruális szindróma és premenstruális diszfória, valamint a posztpartum depresszió (lásd alább) között észlelt kapcsolat kiemelkedő fontosságú, mivel ezen zavarok fennállásakor szignifikánsan többször alakul ki szülés utáni depresszió (Erős, 1998; Bloch és mtsai., 2006).

Baby blues

Az anyák 30–75%-a tapasztalja a *gyermekágyi lehangoltság (posztpartum blues vagy baby blues)* tüneteit, melyek a szülést követő 3–4. napon jelentkeznek (Buttner és mtsai., 2012). A tünetek általánosan 1–3 nap alatt maguktól megszűnnek, ritkábban eltarthatnak akár 8 napig is (Hegedűs, 2009). Jellemző ezekben a napokban az anya szorongása, ingerlékenysége, hangulati labilitása és a kontrollálhatatlan sírás. Sokszor előfordul étvágytalanság és koncentrációzavar, melyet a reménytelenség és a magány érzése kísér (Kovácsné Török, 2010). Magasabb a baby blues előfordulásának aránya azon nők esetében, akiknek anamnézisében előzetes (akár a várandósság során jelentkező) depresszió, a családban előforduló depresszió, a menstruáció előtti időszakban vagy fogamzásgátló tabletta szedéséhez köthető hangulatváltozások, szorongás, vagy a várandósság alatt előforduló alvászavar szerepel (O'Hara és mtsai., 1991; Bloch és mtsai., 2005; Lusskin és Misri, 2011; Erős és Hajós, 2011).

A baby blues enyhe és gyakran gyors lefolyású hangulatingadozás, érzelmi labilitás, melynek kezeléséhez elegendő a támogató kapcsolat, segítő beszélgetés, esetleg szupportív terápia, az anya és a család megerősítése, a megfelelő pihenés és alvás biztosítása. Amennyiben az anya a szülés utáni depressziót mérő skálán (EPDS, Cox és mtsai., 1987, 2014; Töreki és mtsai., 2013[2]) elért pontszáma meghaladja a 12-t, felmerül a szülés utáni depresszió diagnózisa (Hirst és Moutier, 2010.

---

[1] *Disztímia:* tartósan fennálló depresszív zavar, mely a klinikai depressziónál enyhébb tünetekkel, azonban krónikus depressziós állapottal jár.

[2] Az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox és mtsai., 1987, 2014; Töreki és mtsai., 2013) elnevezésű eszközt azért hozták létre, hogy segítse az alapellátás egészségügyi szakembereit a szülés utáni depresszió kimutatásában. A skálát Livingston és Edinburgh egészségügyi központjaiban fejlesztették ki, 10 rövid állításból áll, megmutatja, hogy érezte magát az anya a felvételt megelőző héten. A felvétel bizonytalan esetekben két hét után ismét megismételhető. A kitöltés kevesebb mint öt perc alatt nehézség nélkül elvégezhető. Azok az anyák, akik 12/13 küszöbérték feletti pontot érnek el, valószínűleg különböző súlyosságú depressziós betegségben szenvednek. Az EPDS-pontszámnak nem szabad helyettesítenie a klinikai megítélést, a diagnózis megerősítéséhez gondos klinikai értékelést kell végezni.

Posztpartum (gyermekágyi) depresszió

A szülést követő depressziós állapot, az ún. *posztpartum major depresszív epizódok* 50%-a valójában már a szülés előtt, a várandósság alatt kezdődnek, melyek során gyakran súlyos szorongás és pánikrohamok is megjelennek (DSM-5; APA, 2013). Szakmai vita folyik arról, hogy a szülés körül megjelenő depressziót tekinthetjük-e önálló kórképnek, vagy pedig az a major depresszió megjelenési formája. A legutóbbi diagnosztikai rendszerben (DSM-5; APA, 2013) a szülés körüli depressziót külön jelöljük a major depresszió egyéb formáitól (depresszív epizód szülés körüli/peripartum kezdettel, ún. jelölővel).

A tünetek általában a szülést követő 4–6. héten belül indulnak, és érzelmi, kognitív, viselkedéses, motivációs és fizikai szinten jelentkezhetnek. Jellemző a nyomott hangulat, öngyűlölet, negatív énkép, negatív elvárások, önhibáztatás, problémák felnagyítása, határozatlanság, fokozott függőségigény, tehetetlenség/nyugtalanság, fáradékonyság, csökkent libidó, álmatlanság, jelentős súlygyarapodás vagy súlycsökkenés, halálfélelem vagy visszatérő öngyilkossági gondolatok. Nem ritka, hogy a gyerekhez való kapcsolódás nehézségeit tapasztaljuk, ami növeli a szégyen és a bűntudat érzését (Lusskin és Misri, 2011).

Depressziós állapot esetén az anyák gyakran tapasztalhatnak olyan gondolatokat, melyek a gyermek bántalmazásával kapcsolatosak, de az újszülött tényleges bántalmazása ritka. Ha ezek a gondolatok súlyosak és kényszeresen visszatérnek, fokozott figyelemre és nyomon követésre van szükség, mert *gyermekágyi pszichózis is kialakulhat* (Donahue-Jennings és mtsai., 1999). Sokszor jelennek meg olyan kényszergondolatok, melyek önsértéssel vagy a gyermek bántalmazásával kapcsolatosak, de a legtöbb esetben ezek eltitkoltak, és csak direkt kérdésekre derülnek ki. Mivel ezek a tünetek pszichózisra utalhatnak, fontos ennek lehetőségét felmérni (Gutiérrez-Zotes és mtsai., 2013).

A szülés körüli időszakban megjelenő depressziót illetően *a korábbi depressziós epizód* – különösen a serdülő- vagy fiatal felnőttkorban megjelenő depresszió – *a legjelentősebb rizikófaktor* (Cooper és mtsai., 1999; Lee és mtsai., 2001). *A premenstruális szindróma* (Areias és mtsai., 1996; Erős, 1998) *szintén erős jelzője* annak, ha egy anya hangulati ingadozással reagál a hormonális változásokra.

Tovább növelhetik a betegség megjelenésének esélyét az anya kapcsolati konfliktusai, a megelőző 12 hónap megterhelő életeseményei, a társas támogatás hiánya, a nem tervezett várandósság, a korábbi vetélés vagy koraszülés, pszichiátriai előzmény a családban, vagy a saját anyával való rossz kapcsolat (Kumar és Robson, 1984; Murray és mtsai., 1996; Wilson és mtsai., 1996; Brugha, 1998; Cooper és mtsai., 1999; Cryan és mtsai., 2001; Robertson és mtsai., 2004). A partner depressziója, illetve az olyan stresszorok, mint a sok orvosi vizsgálat, cukorbetegség vagy az újszülött veleszületett betegsége szintén növelik a perinatális depresszió megjelenésének valószínűségét (Rona, 1998; Josefsson és mtsai., 2002; Goodman, 2004; Kozhimannil és mtsai., 2009).

Súlyos depresszió esetén a pszichoterápiás támogatás mellett szükségessé válhat a gyógyszeres kezelés, akár már a várandósság alatt, akár a szülés után. A súlyos depresszió kezelése megegyezik a nem perinatális időszak alatt jelentkező depresszió kezelésével, amelyet a szakmai irányelvek tartalmaznak, azzal a kitétellel, hogy a magzat, illetve az újszülött jóllétét is figyelembe kell venni. *A szoptatás nem zárja ki a gyógyszeres kezelés lehetőségét, azonban fontos, hogy a gyógyszeres terápiát kísérő szakember a korszerű ku-*

tatásokon alapuló irányelveket kövesse[3]. Várandósság, illetve szoptatás esetén gyógyszeres terápiát kizárólag csak indokolt esetben szabad alkalmazni, így *a pszichoterápia kiemelkedő szerepet játszik* mind az egyén (pl. szupportív kezelés, kognitív-viselkedésterápia, interperszonális terápia), mind a tágabb környezet szintjén (szülő-csecsemő konzultáció, pár- és családterápia). Ha a depressziós tünetek súlyosabbak és hosszan fennállnak, kórházi kezelésre lehet szükség (lásd bővebben a hazai EGYÜTT Baba-Mama-Papa programról Németh és Kurimay tanulmányát e könyv II. kötetében). *A pszichoterápiás és gyógyszeres kezelés hagyományos formái mellett egyre több evidencia áll rendelkezésre az ún. komplementer, alternatív medicina által felkínált egyéb terápiákkal kapcsolatban*: enyhe vagy közepes perinatális depresszió kezelése során például a fényterápia (Oren és mtsai., 2002; Epperson és mtsai., 2004; Crowley és Youngstedt, 2012; Deligiannidis és Freeman, 2014), az omega-3 zsírsavak és a folsav alkalmazása is hatékony lehet. Napi 30 perc testmozgással már eredményes javulás idézhető elő a peripartum időszakban a depresszió megelőzésének és/vagy kezelésének érdekében, amennyiben nincsenek jelen orvosi komplikációk. A masszázsterápia ugyanúgy hatékony lehet a perinatális depresszió és a nem perinatális, „hagyományos", enyhe depresszió kezelésében is, egyes kutatások szerint már heti 20 perc masszázsterápiával csökkenthetők a tünetek (Deligiannidis és Freeman, 2014).

Megfigyelhető, hogy *a szülés előtti mentális egészségügyi problémák kevesebb figyelmet kapnak, mint a szülés utáni időszak zavarai. Fennáll egy tévhit, miszerint a nők „hormonálisan védettek" a várandósság alatt jelentkező pszichológiai zavarokkal szemben*, emellett a nők maguk is vonakodnak megosztani a szomorúság és ingerlékenység tüneteit a depresszióval járó stigma és a várandóssággal (lásd „áldott állapot") kapcsolatban elvárt boldog várakozás elmaradása miatt (Biaggi és mtsai., 2016). Ezenkívül a figyelem a mentális egészség helyett gyakran a várandós nők (anyai és magzati) fizikai egészségére összpontosul, az érzelmi panaszokat a várandósság alatt bekövetkező fizikai és hormonális változásoknak tulajdonítják (Biaggi és mtsai., 2016). *Fontos, hogy a peripartum időszak depressziós tüneteit időben felismerjük, mivel a várandósság alatti kezeletlen depresszió könnyen elhúzódó posztpartum, major depresszióhoz vezethet* (Nonacs és Cohen, 1998; Yazici és mtsai., 2015). A kezeletlen depresszió spontán is oldódhat, de az esetek egy részében krónikus depresszív tünetekkel kell számolnunk. Ennek felismerése és megfelelő kezelése azért is fontos, mert *a krónikus depresszió hátrányosan befolyásolja az újszülött és a kisgyermek fejlődését, valamint az édesanya percepcióját* (Stein és mtsai., 2018; Lefkovics és mtsai., 2018).

[3] A szoptatás alatti gyógyszerbeállításnál igen hasznosak lehetnek a nemzetközi tapasztalatokat naprakész formában követő LactMed és E-Lactation weboldalak.

Szülés utáni poszttraumás stressz zavar

A *szülés utáni poszttraumás stressz zavar (PTSD-PC*; Post Traumatic Stress Disorder Post Childbirth) a szülő nők kb. 3%-ánál (Baas és mtsai., 2017), egyéb PTSD-s tünetek a nők 40%-ánál fordulnak elő (Pašalić és Hasanović, 2018), az anyák 7,5%-a pedig *patológiás félelmet (fear of childbirth, FoC)* mutat a szüléssel kapcsolatban egy soron következő várandósság során (Baas és mtsai., 2017). A traumatikusan megélt perinatális eseményeket követően az anyák gyakran panaszkodnak olyan tünetekre, mint a rémálmok, a harag, a szorongás és a következő várandósságtól való félelem.

Míg például a szülési terv követése (pszichés felkészülés), a babával való bőrkontaktus, az érzéstelenítés módjának megválasztása és a szülés alatti kontroll protektív faktoroknak bizonyulnak, a támogatás hiánya, a nem tervezett császármetszés, a várandósság alatti komplikációk, a koraszülés, a magzat betegségei, korábbi abortusz vagy halvaszülés, a szülés alatti kontrollvesztés, a rossz bánásmód vagy éppen a szülés korai megindítása mind olyan tényezők, melyek növelik a szülés utáni PTSD kialakulásának valószínűségét (Pašalić és Hasanović, 2018). *A perinatális időszakban tapasztalt trauma által okozott PTSD számos negatív hatással bírhat az anya-csecsemő kötődésre, az anyának az apával való párkapcsolatára, illetve negatívan befolyásolhatja a szoptatási hajlandóságot, jövőbeli gyermekvállalási hajlandóságot is* (Patterson és mtsai., 2019b).

Szorongásos zavarok

A perinatális időszakban nem ritka, hogy a szorongás *fóbiás félelmek* (pl. társas helyzetekkel, nyílt vagy zárt terekkel, tömegközlekedéssel, egyedülléttel vagy egyéb konkrét helyzetekkel kapcsolatban), *pánikroham, vagy generalizált, túlzott aggodalom* formájában jelentkezik. A várandósság alatti szorongásos zavarok előfordulását a különböző kutatások 7–20%-ra becsülik a magasabb jövedelmű országokban, míg az alacsonyabb jövedelmű országokban elérheti a 20% feletti arányt is (Biaggi és mtsai., 2015).

A szorongásos zavarokat a perinatális időszakban nem szabad elhanyagolni, fontos a pszichológiai támogatás az édesanyák számára. *A szorongásos zavar típusának és a tüneteknek megfelelő terápia, valamint a későbbiekben a szoptatás nagyban segítheti az anyát a szülés körüli időszak pozitív megélésében, hozzájárulva ezzel a magzat kiegyensúlyozott fejlődéséhez* (Lee és mtsai., 2014; Biaggi és mtsai., 2015). Javasolt rendszeres pszichoterápiás ülések látogatása is, amelyek intenzitását növelni kell, ha a tünetek két héten belül nem javulnának (NICE, 2014).

A várandósság alatt és a szülés után jelentkező küszöbérték alatti, de tartós szorongásos tünetek esetén hatásosak lehetnek a *támogatott önsegítő módszerek*, mint pl. a kognitív viselkedésterápiás önsegítő anyagok biztosítása szupportív beszélgetéssel kiegészítve (személyesen vagy telefonon). Bár még kezdetleges fázisban járnak, már léteznek internetalapú kognitív viselkedésterápiás módszerek, amelyekkel a várandósság alatt enyhébb szorongásos zavarral küzdő nők szélesebb rétegét képesek elérni és jó eredménnyel kezelni (Loughnan és mtsai., 2019).

A szülés körüli időszakban fellépő szorongásos zavarok esetén kezdetben alacsony intenzitású pszichológiai intervenció javasolt (pl. támogatott önsegítő technikák), amelyet érdemes magas intenzitású pszichoterápiára váltani, ha a tünetek két héten belül nem javulnak. Posztttraumás stressz zavar és szociális fóbia esetén magas intenzitású pszichoterápia javasolt a gyógyulás monitorozása mellett.

Posztpartum (gyermekágyi) pszichózis

A szülés utáni mentális zavarok legsúlyosabb kórképe a *posztpartum pszichózis* (Terp és Mortensen, 1998; Videbech és Gouliaev, 1995), amely minden 500–1000. szülést követően jelentkezik, és amelyet gyorsan változó tünetek kísérnek. A korán jelentkező deperszonalizációs[4], derealizációs[5] érzések mellett zavartság, átmeneti téveszmék[6], akusztikus (hallásos) hallucinációk[7], felhangolt, akár önkívületi állapot is kialakulhat (Trixler és Tényi, 1997; Szádóczky és Rihmer, 2001). A posztpartum pszichózis során delúzió (tartós, hamis tévhitek, téveszmék), az észlelés zavara (látási, hallási, szaglási hallucinációk), valamint a gondolatok zavartsága tapasztalható.

A betegség jellemzően a szülés után gyorsan indul (Cohen és mtsai., 2010), akár órák alatt is kialakulhat, bizonyos esetekben viszont akár három hónap is eltelhet a tünetek kialakulásáig. A tünetek észlelésekor azonnal orvosi vizsgálat, optimális esetben pszichiátriai szakorvosi vizsgálat szükséges. *A gyermekágyi pszichózis az egyik legsúlyosabb perinatális mentális betegség, amely azonnali intézkedést igényel, szinte minden esetben kórházi kezelés szükséges pszichiátriai sürgősségi osztályon* (lásd bővebben a hazai EGYÜTT Baba-Mama-Papa programról Németh és Kurimay tanulmányát e könyv II. kötetében). *A legnagyobb kockázat az öngyilkossági kísérlet, vagy a befejezett öngyilkosság, illetve az önkívületi állapotban előforduló csecsemőbántalmazás, elhanyagolás.* A tünetek hetekig-hónapokig (6–12 hónap) is fennállhatnak, kezelésük során (pszichológiai támogatás, pszichoterápia melletti) szoros megfigyelés, gyógyszeres terápia is szükséges.

A posztpartum pszichózis okai nem teljesen egyértelműek, a megbetegedés *hátterében genetikai és környezeti kiváltó okok is állhatnak* (Meli és mtsai., 2012). A korábbi bipoláris megbetegedés[8], a családban korábban előforduló gyermekágyi pszichózis, első gyermek kihordása, illetve a lítium vagy egyéb hangulatstabilizáló szedésének a közel-

---

[4] *Deperszonalizáció:* a testséma egysége felbomlik, a beteg a test egyes részeit önálló egységként éli meg. Pszichiátriai értelemben az a tünet, amikor a beteg úgy érzi, hogy elvesztette identitását, valószerűtlennek, furcsának, irreálisnak, idegennek érzi önmagát.

[5] *Derealizáció:* az a szubjektív érzés, hogy a környezet furcsán, irreálisan megváltozott.

[6] *Téveszme:* téves eszme, fixa idea, doxazma, olyan kórosan túlértékelt eszme, amely kóros forrásból ered, az énre vonatkoztatott hamis ítélet, amelyre vonatkozó korrekciós készség egyáltalán nincs. Különböző lelki betegségek jelző értékű tünete az akusztikus-hallásos téveszme.

[7] *Hallucináció:* érzékcsalódás. Kimutatható inger nélkül keletkezett, kóros észlelés, érzetszerű élmény, amely a valódi érzékelés minden tulajdonságával rendelkezik.

[8] *Bipoláris zavar:* kétpólusú hangulati zavar, melynek során lehangolt depressziós és a felhangolt (enyhén vagy súlyosan) mániás epizódok követik egymást.

múltban történő megszakítása növelik a posztpartum pszichózis megjelenésének esélyét (Kendell és mtsai., 1987; Videbech és mtsai., 1995). A legerősebb rizikófaktorok közé sorolható a korábbi pszichotikus zavar[9] megjelenése az anyánál. Veszélyeztető tényezőként tartjuk számon a családban korábban előforduló pszichotikus zavart, valamint ha az anya a várandósság előtt bármilyen mentális zavar miatt kórházi kezelésben részesült. Egyéb rizikófaktorok, mint pl. a szülési komplikációk, hosszú vajúdás, éjszakai szülés nem egyértelműen bizonyíthatók (Lattova és mtsai., 2016). *A posztpartum pszichózis az esetek egy jelentősebb részénél maradéktalanul gyógyulhat a különböző genetikai, biológiai és környezeti tényezők függvényében.*

Anyai halandóság – befejezett öngyilkosság

A szülés utáni időszak pszichés zavarainak kezeletlensége sajnos komoly kockázatot rejt magában, *az öngyilkosság a posztpartum időszak anyai halálozásának egyik vezető oka* (Sit és mtsai., 2015, Goldman-Mellor és Margerison, 2019). Az öngyilkosság posztpartum pszichózis esetén gyakrabban fordul elő, mint posztpartum depresszió esetén, ezzel együtt a depresszió is rizikófaktornak számít, főleg súlyosabb esetekben (Lindahl, 2005). Jelentős kockázati tényező továbbá a gyermek vagy csecsemő halála (Schiff és Grossman, 2006). Emellett a korábbi öngyilkossági kísérlet és a magas Beck Depresszió Skála[10] (Beck és mtsai., 1961) értékek is erős előrejelzői a szülés utáni időszakra jellemző öngyilkossági hajlamnak (Pinheiro és mtsai., 2008).

Tovább növeli a perinatális öngyilkosság kockázatát a fiatal életkor, a nem tervezett várandósság, az egyedülálló kapcsolati státusz, az egyéni/családi előzményben szereplő pszichiátriai zavar, öngyilkossági gondolatok, a családi konfliktusok, a családon belüli kapcsolati erőszaknak való kitettség, a társas támogatás hiánya és az apaságot elutasító partner (Kim és mtsai., 2015; Sit és mtsai., 2015; Celik és mtsai., 2015; Couto és mtsai., 2016; Khalifeh és mtsai., 2016). A társadalmi és nemi egyenlőtlenség, a társadalmi és faji diszkrimináció, az etnikai vagy vallási kisebbséghez való tartozás, a túlzsúfolt vagy nem megfelelő lakhatás, vagy a katasztrófának, konfliktusnak, háborúnak való kitettség a tágabb környezetet érintő rizikófaktorok közé sorolhatók, melyek bizonyos esetekben szintén szerepet játszhatnak az öngyilkos magatartás kialakulásában (Gavin és mtsai., 2011; Fisher és mtsai., 2013; Kim és mtsai., 2015).

---

[9] A *pszichotikus zavar* során az egyén valósággal való kapcsolata megszakad. Súlyos érzelmi, gondolkodási, viselkedési és személyiségzavarok átfogó neve, amely a kívülálló számára megmagyarázhatatlan, abnormális élmény- és viselkedésmódokkal, a tapasztalatok objektív tartalmának és a szubjektív élményeknek megkülönböztetésére való részleges vagy teljes képtelenségével, a zavar belátásának a hiányával, a kommunikációra való képesség és a társadalmi alkalmazkodás csökkenésével, valamint – végső esetben – a személyiség teljes szétesésével jár.

[10] A *Beck Depresszió Skálát* (Beck Depression Inventory, BDI; Beck és mtsai., 1961) eredetileg Aaron T. Beck fejlesztette ki, 21 feleletválasztós tételből áll, ez az egyik legszélesebb körben alkalmazott pszichometriai teszt a depresszió súlyosságának mérésére. Jelenleg a 2001-ben Rózsa és mtsai. által validált verzió van használatban.

Ha fennáll az önsértés vagy öngyilkosság veszélye (és egyéb veszélyeztető magatartás), fel kell mérni, hogy a páciens rendelkezik-e megfelelő társas támogatottsággal, illetve tisztában van-e a különböző segítségforrásokkal. A veszély szintjének megfelelően kell segítséget nyújtani, valamint értesíteni kell az összes releváns szakembert (beleértve a háziorvost és mindenkit, aki szerepel a kezelési tervben – lásd Rihmer és mtsai., 2017[11]). Fel kell hívnunk a páciens párjának, családjának és/vagy gondviselőjének figyelmét arra, hogy kérjen további segítséget, amennyiben a páciens állapota romlana (NICE, 2014).

Anya-gyermek kapcsolat, depresszió, szorongás és kötődés

A várandósság ideje alatt fennálló depresszió kedvezőtlenül hathat a magzati fejlődésre, a várandósság kimenetelére, gyakoribbak a szülés előtti és utáni komplikációk. A felismerés hiánya súlyos következményekkel járhat, mivel ma már széles körben elismert tény, hogy a várandósság alatti anyai depresszió, szorongás és stressz erőteljes hosszú távú hatást gyakorol mind az anyára, mind csecsemőjére (Biaggi és mtsai., 2015). *A depresszióval, szorongással és stresszel társuló megnövekedett anyai kortizolszint átjuthat a méhlepényen keresztül a magzati környezetbe, és befolyásolhatja a magzat fejlődését* (Glover, 2014, 2015). A szülés előtti depresszió és szorongás szintén együtt járhat a táplálkozás és súlygyarapodás elégtelenségével, a fokozott alkoholfogyasztással, kábítószer-használattal és dohányzással, emellett a várandósság alatt szorongással és depresszióval küzdő anyák kevésbé férnek hozzá a perinatális szolgáltatásokhoz, ritkábban vesznek részt a szűrővizsgálatokon is (Biaggi és mtsai., 2015). Egyes tanulmányok összefüggést találtak a depresszió és a szorongás, valamint a császármetszés, a halvaszülés, a koraszülés, az alacsony születési súly, az alacsony Apgar-értékek, a kisebb fejkerület, a temperamentum, az érzelmi problémák és viselkedési rendellenességek tüneteinek fokozott kockázata között (Biaggi és mtsai., 2015). A szorongó és depressziós anyák gyermekei esetében fokozottan fennáll az impulzivitás és a kognitív rendellenességek kockázata 14 és 15 éves korban, és fokozott a depresszió kialakulásának kockázata a serdülőkorban és a felnőttkorban (Biaggi és mtsai., 2015).

Az anya depressziója ezenkívül negatív hatással lehet a házastárssal való kapcsolatra és a házastárs mentális állapotára is, mely szintén visszahat a gyermek fejlődésére. Az anya gyógyulása ugyanakkor pozitív változást idézhet elő (Weissman és mtsai., 2006).

A várandósság alatti depresszió a szülés utáni depresszió legerősebb előrejelzője, míg a szülés utáni depresszió a szülői stressz és az anya-csecsemő kapcsolat nehézségeinek legerősebb indikátora (Leigh és Milgrom, 2008). Az anya, aki maga sem érzi magát biztonságban, nem érzi jól magát, nem tud kellő mértékben, kellő érzékenységgel figyelni gyer-

[11] http://www.mptpszichiatria.hu/upload/pszichiatria/document/emmi_szakmai_iranyelve_felnottkori_20171030.pdf?web_id=

mekére, kevesebb visszajelzést ad, ritkábban néz a csecsemőjére, ritkábban érinti meg és beszél hozzá, így a gyermek a fejlődését illetően kevesebb támogatást kap (Lundy és mtsai., 1996).

A mentális zavarral küzdő édesanyáknak nem ritkán nehézséget jelent az anya-gyermek kapcsolat megélése, mely társulhat a saját anyához/gondozóhoz való kapcsolat nehezítettségével, és amely különösen az anyává válás időszakában, a szülés körüli időszakban aktiválódhat.

A szülés utáni depresszióval küzdő anyák kevésbé tartanak szemkontaktust csecsemőjükkel, kevésbé képesek saját hangjuk, arckifejezésük modulálására. A negatív interakciós minták a korai, kritikus időszakban hatással vannak a gyermek fejlődésére, az esetleges gyógyulás ellenére is (Stein és mtsai., 1991; Murray és mtsai., 1996; Glover, 2014; Stein és mtsai., 2018).

Az anya(szülő)-gyermek kapcsolat felmérését és az erről alkotott diagnózist nagymértékben segíti a közelmúltban magyarul is megjelent DC:0-5™ diagnosztikai kézikönyv, amely lehetővé teszi a csecsemők és kisgyermekek esetében megjelenő kora gyermekkori viselkedészavarok osztályozását, funkcionális diagnózisok kialakítását, és így az esetek objektívebb követését is (ZERO TO THRE, 2016/2019 – lásd bővebben a diagnosztikai rendszerekről Danis tanulmányát a jelen kötetben).

Az interakció optimális esetben kölcsönös viszonyt jelent egymásra reagáló partnerek között. A diádikus (két személy közti) kölcsönös (reciprok) interakciók a szociális interakciók prototípusai. A kötődési kapcsolatok nem tudnak interakciók nélkül felépülni.

A gyermekek fejlődése a korai időszakban gyors ütemű, ezért magában rejti a kisiklások lehetőségét. Ezek a kisiklások lehetnek átmenetiek, és indulhatnak regulációs panaszok, nehézségek, zavarok formájában, párosulhatnak kapcsolati zavarral és más pszichés problémával is. A regulációs zavarok kialakulásánál figyelni kell mind a gyerek, mind a szülő oldalán, illetve a kettejük interakciójában jelentkező problémákra. A gyermek részéről kockázati tényezőként jelenik meg többek között a temperamentum, az érzés-kifejezés zavara/hiánya, az anyai oldalon pedig az alul- vagy túlkontrollálás, az érzelmek, viselkedések félreértelmezése, a ráhangolódás nehézségei, illetve az interakció területén tapasztalható diszfunkcionális minta jelent nehézséget (lásd bővebben a regulációs zavarokról Hédervári-Heller, az interakciókról és kötődésről pedig Tóth tanulmányát a jelen kötetben).

Anya-baba-apa egység (Mother-Baby Unit, MBU)

Együttkezelés

Ha a család valamelyik tagja mentális zavarral küzd, szinte minden esetben számolhatunk a családi egyensúly felbomlásával (Kurimay és mtsai., 2015). A várandósság önmagában is jelentős életciklus-átmenet minden család életében, melyet kritikussá tehet, ha a szülők pszichés problémával terheltek. *A családi egyensúly fenntartásához és a szülés körüli mentális zavarok hatékony kezeléséhez szükség van a családi egységre*, melynek segítségé-

vel kiküszöbölhetővé válik a csecsemőnek/gyereknek az anyától való szeparációja, lehetővé válik a szoptatás fenntartása, ezenkívül a szülő és csecsemő együtt maradása megerősíti az anya kompetenciáját és anyai identitását is.

Amikor az otthoni és ambuláns ellátás nem megoldható, mert az anya állapota kórházi felvételt tesz szükségessé, akkor *a legjobb gyakorlatnak az anya csecsemőjével való közös elhelyezése* bizonyul, melyről az orvos dönt (NICE, 2017).

Posztpartum blues esetén nincs szükség osztályos felvételre, ilyen esetekben legtöbbször a család és a szülészeti-nőgyógyászati osztályon dolgozók támogatása is elég, azonban súlyosabb tünetek esetén ambuláns konzultáció szükséges. Az eset súlyosságától függően posztpartum depresszió esetén *járóbeteg-ellátás*, vagy osztályos elhelyezés javasolt, míg posztpartum pszichózis esetében közvetlen veszélyeztető magatartás esetén mindenképpen *osztályos elhelyezés* szükséges. A gyermekágyi pszichózis előreláthatóan kedvező lefolyású (Platz és Kendell, 1988; Rohde és Marneros, 1993), a kezelés viszonylag rövid időt vesz igénybe, és ha az anya állapota lehetővé teszi, indokolt az anyának csecsemőjével való közös elhelyezése. Az együttlétnek köszönhetően az anya a szülés utáni pszichózis lezárultával gyermekét nem idegen testként érzékeli, erősödik az anyaság érzése és folytatódhat a gyermek kötődési szükségleteinek megfelelő természetes szülő-gyermek kapcsolat. Az együttes kezelés emellett indokolt neurózis vagy személyiségzavar esetén is (Gillham és Wittkowski, 2015). További előny, hogy *az együttes felvétel elősegíti a csecsemőgyilkosság megelőzését* (Hartmann, 1981; Lindsay és Pollard, 1978; Stewart, 1989), valamint *megakadályozza vagy lecsökkenti* az olyan *önkárosító magatartásformákat*, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás vagy stresszelés (Csatordai, 2009).

Közös kórházi elhelyezés esetén az anya-gyerek interakció támogatásának segítségével nagyobb valószínűséggel alakul ki biztonságos kötődési kapcsolat anya és gyermeke között (Gillham és Wittkowski, 2015), emellett a kórházi tartózkodás időtartama is lecsökkenhet, amivel hosszú távon az ezzel járó egészségügyi költségek is mérséklődhetnek (Meltzer-Brody és mtsai., 2015; Kimmel és mtsai., 2016).

Egyes országokban ma már elterjedőben vannak speciális, ún. *anya-gyermek egységek (Mother Baby Unit, MBU)*, ahol kontrollált, kórházi körülmények között valósulhat meg a mentális zavarokkal küzdő anyák gyermekükkel történő közös elhelyezése.

A nemzetközi gyakorlatban megtalálható *anya-gyermek önálló egységek*, az anya és gyermeke, illetve az apa és a család bevonásával hatékonyan képesek kezelni a peripartum időszak mentális megbetegedéseit. Az anya-gyermek egységek kezdetben csak *hangulatzavarral diagnosztizált anyák* gondozását tudták ellátni, mára azonban a *súlyos mentális zavarokkal küzdő anyák felvételére* is lehetőség van pl. az Egyesült Királyság, Franciaország, kisebb számban Németország, Ausztria és Belgium, Kanada, Ausztrália és Új-Zéland területén (Chandra és mtsai., 2015). A közös elhelyezés hatékonyan képes felkészíteni az anyát gyermekének későbbi önálló gondozására. Egy kutatásban a közös anya-gyermek felvételt követően az anyák 87%-a képes volt a gyermeke ellátására, míg a gyermekük nélkül felvett anyáknak csupán 31%-a volt képes az önálló gondozásra (Stewart, 1989). Az önállóság tapasztalata megerősíti az anya kompetenciaérzését és az anyai szerepek gyakorlását. A szeparáció és a gondozó személyek gyakori váltakozásának elkerülésével az együttkezelés és a folyamatos kapcsolat anya és gyermeke között elősegíti a biztonságos kötődés kialakulását, jelentősen csökkentve a gyermek személyiség- és testi fejlődésére, az anya állapotára és a család szétesésére vonatkozó kockázatot (Bradley,

2000; Gillham és Wittkowski, 2015; Galbally és mtsai., 2019; Wright és mtsai., 2018; Plasmans és mtsai., 2019).

Mint fentebb olvashattuk, tudományos vizsgálatok és a gyakorlati tapasztalatok egyaránt igazolják, hogy az anyai depresszió vagy az anya más mentális tünetei esetén, kezelés nélkül gyakrabban fordul elő a csecsemőknél, kisdedeknél viselkedésszabályozási eltérés, ezért az anya mentális betegsége esetén nagy jelentőségű az anya-gyermek-apa kapcsolat kezelése, az adott helyzettől függően járóbeteg vagy kórházi formában (anya-gyermek egységben, lásd alább bővebben), egy interdiszciplináris team együttműködésével.

Teammunka a perinatális mentális zavarok ellátásában

Az egészségügyi és szociális ellátás területén ma már kézenfekvő, hogy a mindennapi gyakorlatban a legtöbb területen *interdiszciplináris teammunka* szükséges egy-egy komplex probléma megoldására, ellátására. Több helyen az akadályt a szemlélet, a kommunikációs nehézségek, illetve a team működésének rendszerszintű megvalósítása, benne a team működésének finanszírozása jelenti. Hazánkban jelenleg többnyire a pszichés zavarral élő anyák eseti ellátása jellemző, a különböző szakterületek (háziorvosi, szülészeti, belgyógyászati, pszichiátriai, pszichológiai szakterületek, családsegítő, gyermekjólét, gyámügy, valamint a szociális munkások és védőnők) gyakran egymástól izoláltan látják el a klienseket. A perinatális zavarok anya-gyerek-apa kórházi egységben történő ellátásának egyik fontos előnye, hogy a kezelés során egy interdiszciplináris szakmai team közösen gondozza a klienseket. A team munkája mind a fekvő-, mind a járóbeteg ellátásra kiterjed, de a szociális ellátás is képezheti a fő fókuszt. A szakemberekből álló team feladata, többek között az, hogy egy olyan integrált kezelési tervet hozzon létre és alkalmazzon, amely tartalmazza a szakemberek (beleértve a teamen kívüli szereplőket is) kezelésben betöltött szerepét, az intervenciókról való teljes körű tájékoztatást és a kezelés lezárásáról, valamint a programból való távozásról történő megegyezést az anyával és a családdal.

A teammunka koordinálása általában a kezelőorvos feladata, ő határozza meg, hogy mely szakembereket vonja be a kezelő teambe. A *teamüléseken* a különböző területek szakemberei közösen megvitatják az adott eset saját területet érintő szempontjait, így a közös szakmai gondolkodás gyorsabb és átfogóbb eredményt képes hozni az ellátás során.

A perinatális mentális zavarok klinikai ellátásának szempontjai közül talán a legnehezebbek az anyai – várandósság alatti és a szülést követő – egészségkockázatok, a kezelés elmaradásának következményei, illetve a magzatra/újszülöttre gyakorolt hatások, a kezelés elmaradásának, vagy éppen a gyógyszeres kezelés potenciális mellékhatásainak következményei, továbbá mindezen szempontok személyre szabott mérlegelése. Az *etikai dilemmák* mellett általánosságban elmondható, hogy *a kezeletlen anyai mentális betegség a legrosszabb kimenetelű választás mind az anya, mind pedig a magzat/újszülött egészsége szempontjából.*

A teammunkában alapvetően pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, pszichiátriai szakápolók/ápolók, klinikai szociális munkások, szülész-nőgyógyász szakor-

vosok, szülésznők, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok, gyermek szakápolók/ápolók és szupervízor vesznek részt. A teamnek ezen kívül *ajánlott együttműködni* az adott esetben esetlegesen érintetett *védőnőkkel, szülő-csecsemő konzulensekkel, külső terapeutákkal, addiktológiai konzultánsokkal és laktációs szaktanácsadókkal is* (bővebben lásd még Németh és Kurimay tanulmányát e könyv II. kötetében).

A perinatális időszak szülészeti-nőgyógyászati, gyermekgyógyászati, valamit pszichiátriai ellátása a szakma szabályai, a hatályos szakmai irányelvek és protokollok szerint történik (Kurimay és mtsai., 2017b). *Fontos, hogy a szülők állapotának kísérése mellett a gyermek fejlődésének követése is elegendő figyelmet kapjon.* A teamben dolgozók segítenek a csecsemő gondozásában, életkorának megfelelő foglalkoztatásában valamint az interakciók helyes értelmezésében annak érdekében, hogy az anya a gyermek igényeire szenzitívvé váljon, és a hazatérést követően is megfelelően el tudja látni.

Gondozó-csecsemő interakció, szülő-csecsemő konzultáció

Az anya-gyermek interakciók megfigyelése, alakulásának követése, az anya aggodalmainak megismerése hasznos lehet a kezelés során. Az anya-gyermek kapcsolat felmérését érdemes kiterjeszteni a csecsemővel való érintkezés minden szintjére (pl. verbális interakciók, érzelmi érzékenység, fizikai ellátást – NICE, 2014). Ez a kezelési modell egyszerre monitorozza a gyermek, a szülő és a gondozói környezet (a család, szociális háló, munka, lakhatás stb.) oldaláról a gyermek viselkedési állapotában megmutatkozó regulációs zavarok okait és fenntartásának mechanizmusát. A regulációs zavar kialakulásában jelentős szerep jut az anya-gyermek interakciónak, az anya-gyermek kapcsolatnak, ezért *az optimális komplex kezelés része a szülő-csecsemő konzultáció*, melyben a szülő és a gyermek egyszerre kliensek és együtt vesznek részt a konzultációban/terápiában (lásd bővebben az EGYÜTT programról Németh és Kurimay tanulmányát e könyv II. kötetében).

A szülő-csecsemő konzultáció/terápia egy tudományosan megalapozott kora gyermekkori prevenciós és intervenciós módszer a pszichés és pszichoszomatikus problémák, megbetegedések (regulációs zavarok) megelőzésére, enyhítésére és gyógyítására (Hédervári-Heller 2008/2020, Fraiberg, 2009; Cramer és Espasa, 2012; Hámori, 2016). A szülő-csecsemő konzultáció/terápia kezelési irányzatai 4 fő csoportba sorolhatóak: a pszichodinamikusan orientált, az interakcionális szemléletű, a kötődés elméletre építő, valamint a fentieket figyelembe vevő integrált megközelítés. Utóbbihoz tartozik az EGYÜTT programunkban is alkalmazott integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK). A *pszichodinamikus megközelítésben* a fókusz a konfliktusdinamikán, a tünet mögötti üzenet megfejtésén, a szülői reprezentációkon/fantáziákon, a szülők gyerekkori tapasztalatain/traumáin, valamint az áttételi-viszontáttételi dinamikán van. Az *interakcionista megközelítés* a szülő-gyerek helyszíni interakciójának megfigyelésén, a család otthonában és a rendelőben készített felvételek elemzésén, valamint a videofeedback technikán alapul. Az integrált kötődéselmélet és egyéb modellek a családtól, a tünettől függően alkalmazzák a különböző megközelítési módok elemeit.

Magyarországon 2005-től létezik egy *integrált jellegű módszer*, mely ma már úgy az oktatásban, mint a gyakorlatban egyaránt része a kora gyermekkor különböző szakterü-

leti prevenciós és intervenciós ellátásának (Hédervári-Heller, 2003, 2008/2020; Németh, 2002, 2003, 2010, 2012; Németh és mtsai., 2015; lásd bővebben Németh és Hédervári-Heller tanulmányát e könyv II. kötetében).

Az integrált szülő-csecsemő konzultáció során az anya-gyermek együttlétekről a család beleegyezésével készült videófelvétel lehetőséget teremt az interakciók változásának követésére továbbá a harmonikus interakciók megfigyelésére, mely a videó visszanézésekor megerősíti az anyát, hogy képes gyermekével érzelemteli, szenzitív kapcsolatra. Mindez segíti az anya biztonságérzetét a gyermek gondozásában, a gyermekkel való kapcsolatban, a kötődés alakításában. Az „ itt és most"-ban alakuló történéseken kívül a módszer foglalkozik az „anyaság állapotaival[12]-val (Stern, 1995), a „múlt árnyaival"[13] (Fraiberg, 1980), a gondozás támogatásával, a gyermek napirendjének kialakításával és további edukációs tartalmakkal.

A szülő-csecsemő konzultáció/terápia a korai prevenciós és intervenciós technikákon keresztül elősegítheti a kötődési biztonság megerősödését. A *kötődési biztonság* hozzájárul a gyermek egészséges pszichés fejlődéséhez (Bowlby, 1976; Bernard és mtsai., 2019; bővebben lásd Tóth tanulmányát a jelen kötetben), valamint protektív faktornak bizonyul a felnőttkori szorongás ellen, rugalmasabb ént, jobb készségeket eredményez a személyközi kapcsolatokban és az érzelemszabályozásban. Egyes kutatások azt mutatják, a biztonságos kötődés a neurobiológiai fejlődésre és a kognitív működésre gyakorolt hatása révén védőfaktort jelenthet például a gyermekkori túlsúly vagy az időskori kognitív hanyatlás és demencia ellen is (Walsh és mtsai., 2019).

Az apák szerepe a gyermek fejlődésében

A perinatális időszakban nem csak az anya pszichés állapota meghatározó a családi egyensúly szempontjából, mindkét szülő nevelésben játszott szerepe jelentős a csecsemő fejlődésére nézve, ezért az együttkezelés során lényeges az apákat is bevonni az ellátási folyamatba.

A peripartum időszakban az apák hormonháztartásában is változások következnek be, feltehetőleg bizonyos kémiai jelzéseknek (feromonok) a *szülők közötti hormonális szinkronizációja* során. Ez a fajta ráhangolódás lényeges szerepet játszhatott az evolúció során az apai gondoskodásban és ennek következtében az utódok túlélésében. A hormonális azonosulás játszhat szerepet továbbá az ún. *couvade szindróma* kialakulásában is, melynek során a férfiak mintegy megismétlik a párjuk várandósságát kísérő tüneteket (Bereczkei, 2008).

Az apák perinatális időszakban betöltött szerepével és az ehhez kapcsolódó lélektannal, az apák élményeivel, az apaság megélésével kapcsolatosan sokkal kevesebb kutatás-

[12] Az *anyaság állapota* Stern szerint magába foglalja az anya (és az apa) saját szüleihez való kapcsolatának, a gyermekhez való kapcsolatnak és a saját anyai (vagy apai) állapotának szubjektív átélését.

[13] A *múlt árnyai* Fraiberg szerint a „szellemek", a múlt megjelenésének jelenbeli reprezentációját szimbolizálják, és mint „hívatlan vendégek" a gyermek terhére válnak, zavarják fejlődését (idézi Hédervári-Heller, 2008/2020; 117. o.).

sal rendelkezünk. Az apákra vonatkozó olyan kvalitatív kutatás pedig nagyon kevés van, amely a születés körüli természetes stresszel és annak megélésével, megküzdésével, valamint a leküzdésével foglalkozna (Darwin és mtsai., 2017).

Egy kutatás alapján az apák 4,1–16%-a mutat *szorongásos zavarokat* a perinatális időszakban, ez a szám 2,4–18%-ra emelkedik a posztnatális időszakban (Leach és mtsai., 2015). Depresszió a szülés utáni nyolc hétben az apák 4–5%-ánál jelentkezik. Erős korreláció található a partnereknél (Ramchandani, 2005; Parfitt és mtsai., 2013; Epifanio és mtsai., 2015). Az *apai depresszió* ugyanúgy negatív lenyomatot hagy a gyermek fejlődésén (Clark és mtsai., 1993), főleg a fiúgyermeknél, akár háromszorosára is növelheti a későbbi viselkedészavarok kockázatát, pl. a hiperaktivitás előfordulását (Ramchandani és mtsai., 2005).

Annak ellenére, hogy az anyák több időt töltenek a csecsemők gondozásával, *az apák is fontos referenciaszemélynek bizonyulnak a kötődés szempontjából* (Lamb, 1997, in Bereczkei, 2008). A szülés után ezért mindkét szülő számára fontos, hogy minél hamarabb közeli kapcsolatba kerüljenek újszülöttükkel az anya-gyermek-apa interakciók, illetve a kötődési kapcsolat építése érdekében. Az apai szerep szerves része a férfiak viselkedési repertoárjának és veleszületett programokra épül (Bereczkei, 2008). Fontos tehát, hogy a perinatális időszakban az anya-gyermek diád mellett az anya-gyermek-apa triád is figyelmet kapjon, ami indokolja az apáknak is szerepet adó *anya-gyermek-apa kórházi egység* szükségességét (Paulson és mtsai., 2016; Sethna és mtsai., 2015; Kurimay és mtsai., 2017a).

Magyarországon 2005-től egyedülálló módon a budapesti Szent János Kórházban működik egy olyan anya-gyermek-apa egység, mely a kórházi kezelést igénylő pszichés zavarral küzdő anyák, apák és gyermekeik, valamint családtagjaik számára biztosít korszerű ellátást a nemzetközi meghatározáshoz hasonló elrendezésben, egy interdiszciplináris szakmai team közreműködésével. A modell 15 éve saját forrásból építkezik és egyre keresettebb. Az új betegek száma az utóbbi 6 évben majdnem háromszorosára nőtt. A program – hazai szinten egyedülálló módon – a nemzetközi elvárásoknak is megfelelően biztosítja a fekvőbetegek komplex – az anya-gyerek, valamint az apa és a család interakcióira is fókuszáló – egységes ellátását (Kurimay és mtsai., 2013; Kurimay és mtsai., 2014). (A program részletes leírását Németh és Kurimay tanulmányában olvashatják, e könyv II. kötetében.)

Prevenció és szűrés

Magyarországon az utóbbi években a társadalompolitikai prioritásoknak is köszönhetően különös jelentőséggel bír a család és a születendő gyermek mint érték (Hétfa, 2019): megnőtt a perinatális mentális egészséggel, a családbarát szülészettel kapcsolatos projektek száma is. E kezdeményezések egyik átfogó képét adja a 2019-ben megtartott első regionális, a perinatális mentális egészséggel foglalkozó budapesti konferencia is (www.pecmh.eu).

A pozitív tendenciák ellenére hazánkban a perinatális zavarokkal kapcsolatos *komplex, felvilágosító és edukációs programok* még nem épültek be általánosan a szülésre, szülői hivatásra felkészítő tanfolyamok ismereteibe (Torzsa és mtsai., 2008; Erős és Hajós, 2011). *Átfogó szűrőprogramok* sem léteznek még, néhány helyi kezdeményezéstől eltekintve. Az ismeretterjesztés és szűrés azért is lényeges eleme lehetne a szülésfelkészítő tanfolyamoknak, mivel ezekkel az eszközökkel problémamentesebbé tehetnénk a szülővé válás folyamatát, csökkenthető lenne a posztpartum depresszió előfordulása a rizikócsoportokban (Zlotnick és mtsai., 2016).

Az anyákat a *pszichoedukáció* önmagában is hatékonyan segítetheti a korai időszak pszichés kihívásaival szemben. Számos országban léteznek a szülés előtti és utáni időszakot támogató *önsegítő csoportok* anyák számára, amelyek munkájába esetenként terapeuták is bekapcsolódnak (Lee és mtsai., 2004, idézi Csatordai, 2009). A posztpartum depresszió kialakulásának kockázatát csökkenti a tervezett, örömmel viselt várandósság, valamint a stabil párkapcsolat, a partner és a család támogatása (Csatordai, 2009). Bár a bipoláris zavar és a pszichotikus zavarok megelőzése nem lehetséges, de megfelelő pszichiátriai terápia mellett a szkizofrénia járulékos kockázatai és hatásai hatékonyan kezelhetőek és kontrollálhatóak a várandósságot kísérő konzultációk, tanácsadás és támogatás segítségével.

Ahhoz, hogy minél korábbi és pontos diagnózis születhessen, illetve a szükséges terápia megkezdődhessen, fontos a szűrővizsgálat szerepe a rizikócsoportban. A védőnőknek rizikó-kérdőív segítségével értékelniük kell az adott helyzetet, és amennyiben szükséges, az édesanyával EPDS kérdőívet kell felvenniük. Amennyiben pl. az EPDS kérdőív depressziót jelez, a kismamát a perinatális zavarokban jártas megfelelő intézetbe kell irányítaniuk. Az adatok, információk és tapasztalatok mérlegelése után, veszélyeztetettség esetén a jogszabályi előírás szerint kell intézkedni, a problémát jelezni kell a gyermekjóléti szolgálat felé (Altorjai és mtsai., 2014).

Mivel az anyák szégyenérzete és bűntudata („nem vagyok elég jó anya") gyakran meggátolja a szakemberhez fordulást, a diagnózis felállítása sokszor nehézségekbe ütközik, jellemző az aluldiagnosztizálás. Ugyanakkor rendelkezünk jól használható, validált szűrő kérdőívekkel, amelynek elterjedése fontos lenne. Ilyen például a szülő-gyermek kapcsolatot mérő rövid kérdőív, a *rövidített Szülő-Csecsemő Kapcsolat Skála* (H-MORS-SF[14]; Oates és mtsai., 2018; Oates és Gervai, 2019; Danis és mtsai., 2012). *A skála más rövid, mentális állapotot mérő eljárással (pl. EPDS, BDI, DS1K[15], PHQ-9[16]) együtt alkalmas arra, hogy a szülői hangulatot és a gyermekről és a szülő-gyermek kapcsolatról alkotott percepciót együttesen mérve felismerhessük azokat a szülő-gyermek párokat, ahol preventív, vagy intervenciós beavatkozásokra van szükség.*

---

[14] A H-MORS-SF angol–magyar fejlesztésben készült rövid, kétskálás (14 itemes) kérdőív, amelyben a szülő csecsemőjéről alkotott percepcióját lehet felmérni két dimenzión (lásd melegség és a gyermek dominanciája).

[15] A DS1K (Depresszió Skála; Halmai és mtsai., 2008) egy magyar fejlesztésű rövid hangulatmérő skála, amelyet a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) és a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) alapján állítottak össze.

[16] A PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, Kroenke és mtsai., 2001) egy rövid 9 tételes skála szintén a depresszív tendenciák felmérésére.

A felvilágosítás, informálás, edukáció és az egységes szűrőprogramok hiánya, valamint az aluldiagnosztizálás és így a megkésett vagy elmaradt szakszerű ellátás jelentős hátrányt jelent a betegeknek és családjuknak is. (Elliott és mtsai., 2000). Egy nemzetközi felmérés szerint a megkérdezett szülés utáni depresszióban szenvedő nők 90%-a belátta, hogy valami nincs rendjén, de csak 20%-uk kért szakmai segítséget, és egyharmaduk hitte el, hogy beteg (Walther, 1997). Bár a szűrővizsgálatok hiánya miatt hazai adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre, feltehetően Magyarországon a szülés utáni hangulatzavarok csaknem 50%-a diagnosztizálatlan, így kezelésük is elmarad (Csatordai, 2009). A csekély számú, ám magas előfordulást mutató itthoni felmérések felhívják a figyelmet arra, hogy a szülés körüli mentális zavarok kérdésével Magyarországon is foglalkozni kell (Csatordai, 2009). *Az egyén, a pár, illetve a család egészséges fejlődésének érdekében fontos a depresszió tüneteinek korai felismerése* (Biaggi és mtsai., 2015). Az alapos egyéni és családi anamnézis felvétele, a rizikófaktorok pontos felismerése jelentős mértékben segíthet a depresszió komolyabb formáinak előrejelzésében. Lényeges lehet már a családtervezés és várandósgondozás során kiszűrni a veszélyeztetett nőket (pl. a premenstruális szindróma szűrése szerepet kaphat a depresszió megelőzésében) annak érdekében, hogy szükség esetén a legmegfelelőbb és leggyorsabb kezelés megvalósulhasson. A szülés előtti pszichoszociális beavatkozások (pl. pszichoedukáció) segíthetik a szülőket a szülői szerep elsajátításában, és segíthetnek csökkenteni a szülés utáni depresszió kialakulásának valószínűségét. *Az esetlegesen előforduló perinatális pszichiátriai betegségekről történő tájékoztatást a szülésre és a szülői hivatásra felkészítő tanfolyamok részévé kell tenni annak érdekében, hogy a szülés körüli időszakban előforduló zavarok minél nagyobb arányban kapjanak megfelelő kezelést és támogatást.* Kifejezetten javasolt a *pozitív családtervezés*[17] azon családot tervezőknek, akik korábban vagy jelenleg pszichés zavarral élnek. (Családtervezésről és szülőségre való felkészülésről lásd bővebben Németh tanulmányát e könyv II. kötetében.)

Gyakran előfordul, hogy a rövid szülészeti megfigyelés során nem derül fény a szülés körüli időszak zavaraira (Walther, 1997), ezért érdemes az anyákat a szülés után legalább négy-öt hétig otthonukban is nyomon követni (Evins és mtsai., 2000).

A megterhelő életesemények, a szociális háló hiánya, a kedvezőtlen szociális és gazdasági helyzet, a párkapcsolat problémái, a nem tervezett/nem kívánt várandósság, a szülés előtti depresszió és/vagy szorongás, a „baby blues", az aggódás az újszülött ápolása miatt, illetve az újszülött anyja számára „nehéz" temperamentuma mind olyan rizikótényezők, melyek szűrésére figyelmet kell fordítani (Beck, 2001).

Magyarországon a védőnői hálózat rendelkezik azzal a potenciállal, hogy a várandósság alatt és a szülést követően a pszichiátriai zavarok lehetséges fennállását jelezze (Szabó és mtsai., 2019). A Komárom-Esztergom megyében kérdőíves módszerrel végzett

[17] A *pozitív családtervezés* során a pár kialakítja álláspontját azzal kapcsolatban, hogy mikor és hány gyereket szeretnének. A pozitív családtervezés minőségi felkészülés a kívánt és tervezett várandósság megóvására, a veleszületett rendellenességek és a koraszülés elkerülésére, valamint az ehhez kapcsolódó rizikótényezők csökkentésére (lásd bővebben Németh tanulmányát a családtervezésről, várandósságról e könyv II. kötetében.)

védőnői szűrés eredményeiről 2009-ben Balatoni Ágnes, továbbá Kissné és Árváné, 2019 számolt be (lásd még Németh és Kurimay tanulmányát e könyv II. kötetében).

Ideális esetben a szülész a várandósságra és a szülésre való felkészítés során, a háziorvos (praxis) saját körzetében tájékoztatja az anyákat a perinatális pszichés zavarokról, a megelőzés és a kezelés lehetőségeiről, valamint annak elérhetőségéről; követi a rizikócsoportba tartozó betegeket, felismeri a sürgősségi teendőt igénylő állapotokat és a veszélyeztető magatartást. A szülészek és háziorvosok mellett az újszülötteket ellátó és kísérő háziorvosoknak és védőnőknek is fontos szerep jut (Kurimay és mtsai., 2017a).

Az egészséges életmód, az általános pszichológiai kultúra, az oktatás – amelynek része a szakemberek képzése és továbbképzése is –, a lelki egészség promóciója és testi-lelki egészség megőrzése, a családi kapcsolatok, a várandósság és gyermekvállalás pozitív és reális aspektusai szorosan összefüggnek a perinatális egészséggel. Az ezen a területeken végzett szisztematikus kutatásból szerzett ismeretek hozzásegítenek az egészség és jóllét megőrzéséhez, a perinatális mentális betegségek megelőzéséhez, valamint hatékony kezeléséhez is.

Összefoglalás

E tanulmányban a perinatális időszakban jelentkező mentális zavarok gyakori kórképeit és a szülő-gyermek (szükség esetén nagyszülő) együttes kezelésben megnyilvánuló terápiáját tárgyaltuk. A lelki egészség és jóllét valamennyiünk képessége, melyet többek között az jellemez, hogy az élettel járó stresszre megfelelően tudunk reagálni, aktívan tudunk dolgozni, és hozzájárulunk közvetlen környezetünk jóllétéhez is. A születés körüli időszakban kiemelten fontos a lelki egészség és jóllét megőrzése, a várandósság alatt a magzat, a szülés után az újszülött egészséges fejlődésének, a szoptatásnak a biztosítása. Európában a mentális betegségek előfordulása gyakori, így a perinatális időszakban is, a lakosság 15–20%-a lehet érintett az életút során. A perinatális mentális zavarokat elsősorban az ún. életciklus modellben tárgyaltuk, emellett a zavarokat a kapcsolati diszfunkció szempontjából is vizsgáltuk. A komorbiditás, a társuló betegségek fennállása, ezek figyelembevétele, felismerése és együttes kezelése fontos, interdiszciplináris megközelítést igényel, a hatékonyabb kezelés teammunkában történik. Fontos hangsúlyozni a perinatális mentális zavarok, megelőzésük, valamint az újszülöttek egészsége szempontjából a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás, valamint a társuló szerhasználati zavar fokozott veszélyeit[18]. A szomatikus komorbiditások közül a diabétesz, a kardiovaszkuláris és a daganatos megbetegedések emelendők ki. A legsúlyosabb kórkép a szülés utáni gyermekágyi pszichózis, amelynek felismerése és sürgősségi kezelése soron

[18] A dohányzásra, az alkohol- és a drogfogyasztó magatartásra, továbbá az ún. viselkedési addikciókra, a függőségek kezelésére e tanulmányban terjedelem szűkében nem tértünk ki. Általános szempontból megelőzésük és a függőség, a szerhasználati zavar esetén kezelésük nagyon fontos, és speciális, ún. addiktológiai szakértelmet igényel.

kívül indokolt. Szakszerű kezeléssel megelőzhető a legsúlyosabb mentális perinatális szövődmény, a befejezett öngyilkosság és a mások ellen irányuló agresszív cselekedetek. Kiemelt prioritás a leggyakrabban előforduló, valamint a legnagyobb népegészségügyi problémát jelentő perinatális depresszió és a gyakran társuló szorongásos zavarok felismerése és kezelése, mivel azok az anyai betegség terhe mellett az újszülött fejlődését is hátrányosan érintik. A posztpartum depresszió és a többi szülés után jelentkező anyai mentális zavar kezelésének fókusza a szülő-csecsemő kapcsolat, melynek javulása segíti az anya gyógyulását és támogatja a kötődési kapcsolat alakulását. A kapcsolatfókuszú beavatkozások közül hatékony az anyának és újszülöttjének együttes kezelése, melyet interdiszciplináris team hajt végre. Szükség van a speciális felkészültséggel rendelkező Baba-Mama-Papa kórházi centrumokra, melyek biztosítani képesek a magas progreszszivitású, máshol nem kivitelezhető ellátást. Az alkalmazott módszerek közül kiemelendő a szülő-csecsemő konzultáció és terápia, illetve más, a kötődés alakulását támogató kezelések. A perinatális depresszió elsődlegesen választandó kezelési formája a pszichoterápia. Gyógyszeres kezelést csak nagyon indokolt esetben alkalmazunk, és a szoptatás lehetőségét mindig mérlegelni szükséges. A kezelés szakmai irányelv alapján történik (Kurimay és mtsai., 2017a).

A megelőzésben az egészséges életmód, a várandósságra, a szülői szerepre való felkészülés és a hatékony szűrés játszik kiemelt szerepet, melyben a hangulati problémákat mérő skálák mellett a szülő-gyermek kapcsolatot felmérő hatékony szűrő-eljárások, pl. a rövidített Szülő-Csecsemő Kapcsolat Skála (H-MORS-SF) állnak rendelkezésre. A felismerésben, a beteg-edukációban a szülészek, a védőnők és a felnőtt, valamint gyermek háziorvosok (praxisok) játszhatnak fontos szerepet.

AJÁNLOTT IRODALOM

Kurimay, T., Németh, T., Pelikán, A., Fenyves, T., Hazay, M., Hegedűs, É., Tory, V., Hortobágyi, Á., Babus, E., Danis, I. (2017). Oázis. *Magyar Orvosok Lapja, 2017/10*, 29–31.

Pápay, N., Rigó, A. (Szerk.) (2015). *Reproduktív egészségpszichológia.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Sz. Makó, H., Veszprémi, B. (Szerk.) (2017). *A párkapcsolattól a gyermekágyig. A várandósság, a szülés és a gyermekágy időszakának pszichológiája és pszichoszomatikája*. Octoport Kft., Pécs.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Altorjai, P., Fogarasi, A., Kereki, J. (Szerk.) (2014). *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest. (TÁMOP 6.1.4).

American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* American Psychiatric Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2014 – DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.)

Areias, M. E., Kuma, R., Barros, H., Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry, 169*, 30–35.

Austin, M. P., Highet, N., and the Expert Working Group. (2017). *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence*. https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf

Baas, M. A., Stramrood, C. A., Dijksman, L. M., de Jongh, A., van Pampus, M. G. (2017). The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: design of a multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology, 8 (1)*, 1293315.

Balatoni, Á. (2009). Kérdőíves módszerrel szerzett gyakorlati tapasztalatok. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk). *XI. Családbarát Konferencia: Mit tehetünk – Pszichés zavarok a perinatális időszakban*. NEFI, Budapest. 35–41.

Baldwin, S., Kelly, P. (2015). Postnatal Depression: Don't reinvent the wheel. *Community practitioner: The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, *88 (9)*, 37–40.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561–571.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research, 50 (5),* 275–285.

Belső, N. (2001). Nők speciális hangulatzavarai. In Rihmer, Z., Szádóczky, E., Füredi, J., Németh, A. (Szerk.). *Hangulatzavarok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 92–103.

Bereczkei, T. (2008). *Evolúciós pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

Bernard, K., Frost, A., Jelinek, C., Dozier, M. (2019). Secure attachment predicts lower body mass index in young children with histories of child protective services involvement. *Pediatric Obesity, 14 (7)*, e12510.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 191*, 62–77.

Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders, 88 (1),* 9–18.

Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, *28 (1),* 3–8.

Borenstein, J. E., Dean, B. B., Endicott, J., Wong, J., Brown, C., Dickerson, V., Yonkers, K. A. (2003). Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine, 48 (7)*, 515–24.

Bowlby, J. (1976). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry, 130,* 201–210.

Bradley, S. J. (2000). *Affect reulanon and the development of psychopatholgy*. Guilford, New York.

Brugha, T. S., Sharp, H.M., Cooper, S.A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Sherrif, T., Kirwan, P. H. (1998). The Leicester 500 Project. Socialsupport and thedevelopment of postnataldepressive-symptoms, a prospectivecohortsurvey. *Psychological Medicine*, *28 (1)*, 63–79.

Buttner, M. M, Mott, S. L, Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., O'Hara, M. W. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of Women's Mental Health, 16 (3),* 219–225.

Buttner, M. M., O'Hara, M. W., Watson, D. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment, 19 (2)*, 247–56.

Capron, L. E., Glover, V., Pearson, R. M., Evans, J., O'Connor, T. G., Stein, A., Murphy, S. E. (2015). Associations of maternal and paternal antenatal mood with offspring anxiety disorder at age 18 years. *Journal of Affective Disorders, 187,* 20–26.

Carter, B., McGoldrick, M. (1999). Overview: The Expanded Family Life Cycle – Individual, Family and Social Perspectives. In Carter, B., McGoldrick, M. (Eds.) *The Expanded Family Life Cycle – Individual, Family and Social Perspectives*. Allyn & Bacon, Boston. 1–26.

Celik, C., Ozdemir, B., Oznur, T. (2015). Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstetrics and Gynecology, 126 (1),* 216–7.

Chandra, P. S., Desai, G., Reddy, D., Thippeswamy, H., Saraf, G. (2015). The establishment of a mother-baby inpatient psychiatry unit in India: Adaptation of a Western model to meet local cultural and resource needs. *Indian Journal of Psychiatry, 57 (3),* 290–294.

Clark, R., Keller, A. D., Fedderly, S., Paulson, A. (1993). Treating the relationship affected by postpartum depression: a group therapy model. *ZERO TO THREE Journal, 13(5)*, 16–23.

Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L., Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics of North America, 33 (2),* 273–293.

Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., Molteno, C. (1999). Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 554–558.

Cox, J. L., Holden, J. M., Henshaw, C. (2014). *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual.* (2nd ed.). RCPsych Publications, London, UK.

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of the postnatal depression: Development of the 10-item Edingburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150,* 782–786.

Cramer, B., Espasa, F. P. (2012). *A baba-mama pszichoterápiás gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Crowley, S. K. és Youngstedt, S. D. (2012). Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review. *Journal of Physiological Anthropology, 31,* 15.

Cryan, E., Keogh, F., Connolly, E., Cody, S., Quinlan, A., Daly, I. (2001). Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine, 18 (5),* 5–10.

Csatordai, S. (2009). *Előrelépések a posztnatális depresszió prevenciójában: A Leverton kérdőív alkalmazása. Doktori Értekezés.* Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest.

Danis, I., Scheuring, N., Gervai, J., Oates, J. M., Czinner, A. (2012). A rövidített Szülő-Csecsemő Kapcsolat Skála magyar változatának (H-MORS-SF) pszichometriai mutatói nagy mintán. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, *27 (6),* 392–405.

Danis, I., Scheuring, N., Papp, E., Czinner, A. (2012). Kiegészítő pszichometriai adatok a DS1K hangulati kérdőívhez. Egy kisgyermekes szülőket bevonó nagymintás kutatás tapasztalatai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica, 14(2),* 79–85.

Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S. et al. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth 17,* 45.

Deligiannidis, K. M., Freeman, M. P. (2014). Complementary and Alternative Medicine Therapies for Perinatal Depression. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28 (1),* 85–95.

Donahue-Jennings, K., Ross, S., Popper, S., Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders, 54,* 21–28.

Elliott, S. A., Leverton, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J., Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology, 39,* 223–241.

EMMI szakmai irányelv: A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről, 2017; letöltés: http://www.mptpszichiatria.hu/upload/pszichiatria/document/emmi_szakmai_iranyelve_felnottkori_20171030.pdf

Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., La Grutta, S. (2015). Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatric Reports, 7 (2),* 5872.

Epperson, C. N., Terman, M., Terman, J. S., Hanusa, B. H., Oren, D. A., Peindl, K. S., Wisner, K. L. (2004). Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry, 65 (3),* 421–425.

Erős, E. (1998). A praemenstrualis szindróma jelentősége és kezelési lehetőségei, *Lege Artis Medicinae, 8(7-8),* 486–492.

Erős, E., Hajós, A. (2011). A perinatalis depresszió és szorongás megelőzése perikoncepcionális gondozással. *Orvosi Hetilap, 152 (23),* 895–900.

Evins, G. G., Theofrastous, J. P., Galvin, S. L. (2000). Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 182 (5),* 1080–1082.

Fisher, J., Tran, T. D., Biggs, B., Dang, T. H., Nguyen, T. T., Tran, T. (2013). Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam. *International Health, 5 (1),* 29–37.

Fraiberg, S. H., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 14 (3),* 384–422.

Fraiberg, S. H. (2009). *Varázsos évek*. Park Könyvkiadó, Budapest.

Galbally, M., Sved-Williams, A., Kristianopulos, D., Mercuri, K., Brown, P., Buist, A. (2019). Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia: similarities, strengths and recommendations. *Australasian Psychiatry, 27 (2),* 112–116.

Gavin, A. R., Tabb, K. M., Melville, J. L., Guo, Y., Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of women's mental health, 14 (3),* 239–246.

Gillham, R., Wittkowski, A. (2015). Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review. *International Journal of Women's Health, 30 (7)*, 459–476.

Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best practice and research. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 28,* 25–35.

Glover, V. (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. *Advances in Neurobiology, 10,* 269–283.

Goldman-Mellor, S., Margerison, C. E. (2019). Maternal drug-related death and suicide are leading causes of postpartum death in California. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 221(5),* 489.e1–489.e9.

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45 (1),* 26–35.

Gutiérrez-Zotes, J. A., Farnós, A., Vilella, E., Labad, J. (2013). Higher psychoticism as a predictor of thoughts of harming one's infant in postpartum women: a prospective study. *Comprehensive Psychiatry, 54 (7),* 1124–1129.

Halmai, Zs., Dömötör, E., Balogh, G., Sárosi, A., Faludi, G., Székely, A. (2008) Egy új hangulati kérdőív validálása egészséges mintán. *Neuropsychopharmacol Hungarica, 10(3),* 151–157.

Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Hartmann, W. (1981). Über die Hospitalisierung von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern. *Psychiatrische Praxis,* 8, 136–141.

Hédervári-Heller, É. (2003). Csecsemő/kisgyermek tanácsadás és terápia: Adatok és tapasztalatok a Frankfurt am Main-i egyetemi klinika tanácsadó részlegéből. In OGYEI és Németh (Szerk.). *A IX. Családbarát Konferencia kiadványa.* OGYEI, Budapest. 73–87.

Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia.* Animula Kiadó, Budapest.

Hegedűs, R. (2009). A szülés utáni depresszió kezelésének lehetőségei, avagy ellássuk vagy elássuk? In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) *XI. Családbarát Konferencia: Mit tehetünk – Pszichés zavarok a perinatális időszakban.* NEFI, Budapest. 11–18.

Hétfa (2019). *Evaluation of family policy measures and their impact on fertility,* Hétfa Kutatóintézet, Budapest (https://ec.europa.eu/hungary/sites/hungary/files/docs/hetfa_fertilitymodels_20190913.pdf).

Hirst, K. P., Moutier, C. Y. (2010). Postpartum Major Depression. *American Family Physician*, *82 (8),* 926–933.

Johnson, S. R., McChesney, C., Bean, J. A. (1988). Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample. I. Prevalence, natural history and help-seeking behavior. *Journal of Reproductive Medicine, 33 (4)*, 340–346.

Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., Sydsjö, G. (2009). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology, 99 (2),* 223–228.

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry, 150,* 662–673.

Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L., Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry*, *3 (3)*, 233–242.

Kim, J. J., La Porte, L. M., Saleh, M. P., Allweiss, S., Adams, M. G., Zhou, Y., Silver, R. K. (2015). Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstetrics & Gynecology*, *125(4),* 885–93.

Kimmel, M. C., Lara-Cinisomo, S., Melvin, K., Di Florio, A., Brandon, A., Meltzer-Brody, S. (2016). Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Archives of Women's Mental Health, 19 (4),* 645–653.

Kissné, G. I., Árváné, E. Cs. (2019). Szülői kérdőív használatával kiegészített területi védőnői szűrővizsgálatok eredményei. *Védőnő Továbbképző Szakfolyóirat (Magyar Védőnők Egyesülete),* 24–27.

Kovácsné Török, Zs. (2010). *Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Kozhimannil, K. B., Pereira, M. A., Harlow, B. L.(2009). Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *JAMA, 301 (8)*, 842–847.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16(9),* 606–613.

Kumar, R., Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry, 144,* 35–47.

Kurimay, T., Hegedűs, É., Hortobágyi, Á., Fenyves, T., Németh, T. (2017b). *Perinatal psychiatry. The importance of fathers: Twelve years of experience of the first Baby-Mother- Father Unit in Hungary.* Symposium lecture. WPA Congress Berlin. 11-10-2017.

Kurimay, T., Nemeth, T., Hedervari-Heller, E., Babus, E., Madarasi, A., Tory, V., Atkari, G., Kovacs, Z., Seres, G., Fenyves, T., Simon, Z., Hegedüs, É., Pelikan, A., Tancsics, D., Tunyi, T., Zalatnai, Z. (2013). *Introduction of a Baby-Mother-(Father) Unit into the Hungarian Health Service System: Results After Five Years*. European Congress of Psychiatry, 6-9 April, 2013, Nice, France.

Kurimay, T. és mtsai. (2014). *Introduction Baby Mother Father programme at Saint Johns Hospital*. WHO delegáció látogatása a Szent János Kórház Pszichiátria Osztályán, 2014. március 26, Budapest (előadás).

Kurimay, T., Németh, T., Hegedűs, É., Danis, I., Tunyi, T., Hortobágyi, Á., Simon, Zs., Bereczné Babus, E., Tory, V. (2017a). *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri-és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről.* https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf

Kurimay, T., Fenyves T., Pelikán A., Füredi, J. (2015). Család- és párterápiák. In Füredi, J., Németh, A. (Szerk.). *A pszichiátria magyar tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Lattova, Z., Kazakova, O., Riecher-Rössler, A. (2016.) Management of mental disorders during pregnancy and the post-partum period: Education, Experience, and Expertise. In Fiorillo, A., Volpe, U., Bhugra, D. (Eds.) *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise.* Oxford University Press, Oxford, 425–446.

Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., Giallo, R. (2015). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 190,* 675–686.

Lee, D., Yip, A., Chiu, H., Leung, T., Chung, T. (2001). A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *American Journal of Psychiatry, 158 (2),* 220–226.

Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y., Chung, T. K. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry, 184,* 34–40.

Lee, E., Chang, H. Y., Lee, K. S., Suh, D. I., Yu, H. S., Kang, M. J., Choi, I. A., Park, J., Kim, K. W., Shin, Y. H., Ahn, K. M., Kwon, J. Y., Choi, S. J., Lee, K. J., Won, H. S., Yang, S. I., Jung, Y. H., Kim, H. Y., Seo, J. H., Kwon, J. W., … COCOA study group. (2014). The effect of perinatal anxiety on bronchiolitis is influenced by polymorphisms in ROS-related genes. *BMC Pulmonary Medicine*, *14*, 154.

Lefkovics, E., Rigó, J. Jr., Kovács, I., Talabér, J., Szita, B., Kecskeméti, A., Szabó, L., Somogyvári, Z., Baji, I. (2018). Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology. 36,* 434–448.

Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry, 8,* 24.

Lindahl, V., Pearson, J. L., Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Healts, 8 (2),* 77–87.

Lindsay, J. S. B., Pollard, D. F. (1978). Mothers and children in hospital. *Australian* & *New Zealand Journal of Psychiatry, 12,* 245–253.

Loughnan, S. A., Sie, A., Hobbs, M. J., Joubert, A. E., Smith, J., Haskelberg, H., Mahoney, A. E. J., Kladnitski, N., Holt, C. J., Milgrom, J., Austin, M. P., Andrews, G., Newby, J. M. (2019). A randomized controlled trial of 'MUMentum Pregnancy': Internet-delivered cognitive behavioral therapy program for antenatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders, 243*, 381–390.

Lundy, B., Field, T., & Pickens, J. (1996). Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior* & *Development, 19(4),* 419–424.

Lusskin, S. I., Misri, S. (2011). Post-partum blues and depression. *UpToDate, Feb* (http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-depression, accessed 29 January 2013).

Meli, G., Ottl, B., Paladini, A., Cataldi, L. (2012). Prenatal and perinatal risk factors of schizophrenia. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 25 (12),* 2559–2563.

Meltzer-Brody, S., Brandon, A. R., Pearson, B., Burns, L., Raines, C., Bullard, E., Rubinow, D. (2015): Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Archives of Women's Mental Health, 17 (2),* 107–113.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development, 67 (5),* 2512–2526.

Németh, T. (2002). A szülői hivatásra felkészítés tapasztalatai. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.). *A család mint egység, mint érték. VIII. Családbarát Konferencia kiadványa.* OGYEI, Budapest, 51–57.

Németh, T. (2003). 10 éves a Családbarát Program. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.) *(Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit? IX. Családbarát Konferencia kiadványa.* OGYEI, Budapest, 6–13.

Németh, T. (2010). Itt és most. A kora gyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Németh, T. (Szerk.). *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok. XII. Családbarát Konferencia kiadványa.* OGYEI, Budapest. 7–12.

Németh, T. (2012). A kora gyermekkori regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat, 63,* 320–325.

Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K.V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő, 25 (5),* 16–26.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service* Guidance. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192

Nonacs, R, Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59 (2),* 34–40.

Oates, J., Gervai, J. (2019). Mothers' Perceptions of Their Infants. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 33(4),* 282–300.

Oates, J., Gervai, J., Danis, I., Lakatos, K., Davies, J. (2018). Validation of the Mothers' Object Relations Scales Short-Form (MORS-SF). *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 33(1)*, 38–50.

O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry, 48 (9),* 801–806.

Oren, D. A., Wisner, K. L., Spinelli, M., Epperson, C. N., Peindl, K. S., Terman, J. S., Terman, M. (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry, 159 (4)*, 666–669.

Parfitt, Y., Pike, A., Ayers S. (2013). The impact of parents' mental health on parent-baby interaction: a prospective study. *Infant Behavior and Development, 36 (4),* 599–608.

Parnian, R., Poorgholami, F., Parandavar, N., Jamali, S., Shakeri, F. (2017). A Comparative Study of Quality of Life in Infertile and Fertile Women Referred to Jahrom Infertility Clinics. *Global Journal of Health Science Archives, 9 (4).*

Pašalić, M. és Hasanović, M. (2018). Treating childbirth trauma with EMDR – a case report. *Psychiatria Danubina, 30 (5),* 265–270.

Patterson, J., Hollins Martin, C. J., Karatzias, T. (2019a). Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery, 76,* 21–35.

Patterson, J., Hollins Martin, C. J., Karatzias, T. (2019b). PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 37 (1),* 56–83.

Patton, G. C, Romaniuk, H., Spry, E., Coffey, C., Olsson, C., Doyle, L. W., Oats, J., Hearps, S., Carlin, J. B., Brown, S. (2015). Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *Lancet, 386*, 875–883.

Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Goodman, J. H., Leiferman, J. A. (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 19 (4),* 655–663.

Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C. S., Pariante, C. M. (2011). Antenatal depression and offspring psychopathology: the influence of childhood maltreatment. *British Journal of Psychiatry, 199,* 106–112.

Pinheiro, R.T., da Silva, R. A., Magalhães, P. V., Horta, B. L., Pinheiro, K. A. (2008). Two studies on suicidality in the postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118 (2),* 160–163.

Plasmans, K., Glazemakers, I., Dom, G. (2019). Perinatale geestelijke gezondheidszorg voor moeders met schizofrenie in Vlaanderen; wat kan er nog beter? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 61 (9),* 626–634.

Platz, C., Kendell, R. E. (1988). A matched-control follow-up and family study of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, *153,* 90–94.

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet, 365,* 2201–2205.

Ramchandani, P. G. (2015). Associations of maternal and paternal antenatal mood with offspring anxiety disorder at age 18 years. *Journal of Affective Disorders, 187*, 20–26.

Rihmer és mtsai. (2017). *Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről.* 02038. Érvényesség időtartama: 2017.10.04. – 2020.10.04. Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Közlöny.
Elektronikus elérhetőség: https://kollegium.aeek.hu

Robertson, E., Celasun, N., Stewart, D. E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., Wallington, T. (Eds.) *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto Public Health, Toronto. 9–70.

Robertson, E., Grace, S, Wallington, T., Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26 (4),* 289–295.

Rohde, A., Marneros, A. (1993). Zur Prognose der Wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. *Neuropsychodynamische Psychiatrie, 64,* 175–180.

Rona, R. J., Smeeton, N. C, Beech, R., Barnett, A., Sharland, G. (1998). Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. *Acta Paediatrica, 87 (2)*, 201–205.

Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica, 16(4),* 379–397.

Schiff, M. A, Grossman, D. C. (2006). Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington state, 1987–2001. *Pediatrics, 118 (3),* 669–675.

Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., Ramchandani, P. G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father-Infant Interactions. *Parenting: Science and Practice, 15 (1),* 1–8.

Sit, D., Luther, J., Buysse, D., Dills, J. L., Eng, H., Okun, M., Wisniewski, S., Wisner, K. L. (2015): Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *Journal of Psychiatric Research, 66-67*, 95–104.

Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry, 158*, 46–52.

Stein, A., Netsi, E., Lawrence, P. J., Granger, C., Kempton, C., Craske, M. G., Nickless, A., Mollison, J., Stewart, D. A., Rapa, E., West, V., Scerif, G., Cooper, P. J., Murray, L. (2018). Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry, 5 (2),* 134–144.

Stern, D. N. (2004). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.

Stewart, D. E. (1989). Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. *The Canadian Journal of Psychiatry, 34,* 34–38.

Szabó, L., Kahlichné-Simon, M., Gácsi, E., Kormos-Tasi, J., Fogarasi-Grenczer, A., Baji, I., Szöllõsi, K., Somogyvári, Zs. (2019). *Védőnői rendszer Magyarországon a csecsemők mentális egészségéért.* Szimpózium előadás. PECMH Konferencia, 2019. május 9., Budapest. www.pecmh.eu

Szádoczky, E., Rihmer, Z. (2001). *Hangulatzavarok.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Terp, I. M., Mortensen, P. B. (1998). Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *British Journal of Psychiatry*, *172,* 521–526.

Torzsa, P., Rihmer, Z., Gonda, X., Sebestyén, B., Szokontor, N., Kalabay, L. (2008). A depresszió prevalenciája az alapellátásban Magyarországon. *Neuropsychopharmacologia Hungarica, 10 (5),* 265–270.

Töreki, A., Andó, B., Keresztúri, A., Sikovanyecz, J., Dudas, RB., Janka, Z., Kozinszky, Z., Pál, A. (2013) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery, 29(4),* 308–315.

Trixler, M., Tényi, T. (1997). Antipsychotic Use in Pregnancy. What are the Best Treatment Options? *Drug Safety*, *6*, 403–410.

Videbech, P., Gouliaev, G. (1995). First admission with puerperal psychosis: 7-14 years of follow up. *Acta psychiatrica Scandinavica, 91 (3)*, 167–173.

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, 23 (9),* 2056–2063.

Walsh, E., Blake, Y., Donati, A., Stoop, R., von Gunten, A. (2019). Early Secure Attachment as a Protective Factor Against Later Cognitive Decline and Dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *11, 161*.

Walther, V. N. (1997). Postpartum depression: A review for perinatal social workers. *Social Work in Health Care, 24 (3-4),* 99–111.

Weddell, S., Jones, G., Duffy, S., Hogg, C., Johnson, S., Ledger, W. (2019). Home ovulation test use and stress during subfertility evaluation: Subarm of a randomized controlled trial. *Women's Health, 15 (2)*, 1745506519838363.

Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA, 295,* 1389.

WHO (2019). *Mental health: Fact sheet*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=1

Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C., Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal, 154 (6),* 785–799.

Wright, T., Jowsey, T., Stanton, J., Elder, H., Stevens, S., Wouldes, T. A. (2018). Patient experience of a psychiatric Mother Baby Unit. *PLoS One, 13 (5)*, e0198241.

Yazici, E., Kirkan, T. S., Aslan, P. A., Aydin, N., Yazici, A. B. (2015). Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 405–411.

ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. ZERO TO THREE Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.)

Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders, 189*, 263–268.

AJÁNLOTT SZAKMAI FORRÁSOK

Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak

Szakfolyóiratok

Szakmai információs weboldalak

Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak

Barlow, J., Svanberg, P. O. (Eds.) (2009). *Keeping The Baby In Mind: Infant Mental Health in Practice.* Routledge/Taylor & Francis Group.

Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S., Tronick, E. (Eds.) (2014). *Infant and Early Childhood Mental Health: Core Concepts and Clinical Practice.* American Psychiatric Publishing, Inc.

Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greendberg, M. T. (Eds.) (2007). *Enhancing Early Attachments.* The Guilford Press.

Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children.* ZERO TO THREE.

DeGangi, G. A. (2017). *Pediatric Disorders of Regulation in Affect and Behavior: A Therapist's Guide to Assessment and Treatment* (2nd ed.) Routledge/Taylor & Francis Group.

Greenspan, S. I., Wieder, S. (2005). *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive, Developmental Approach to Assessment and Intervention.* American Psychiatric Association.

Luby, J. L. (Ed.) (2009). *Handbook of Preschool Mental Health. Development, Disorders and Treatment. 1st Ed.* The Guilford Press.

Luby, J. L. (Ed.) (2017). *Handbook of Preschool Mental Health. Development, Disorders and Treatment. 2nd Ed.* The Guilford Press.

Osofsky, J. D., Fitzgerald, H. E. (2000). *WAIMH Handbook of Infant Menatl Health. Vol. 1-4.* Wiley.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship.* ZERO TO THREE.

Sameroff, A. J., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems.* The Guilford Press.

Shirilla, J. J., Weatherston, D. J. (Eds.) (2002). *Case studies in infant mental health: Risk, resiliency and relationship.* ZERO TO THREE.

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.* National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development.

Shulman, C. (2016). *Research and Practice in Infant and Early Childhood Mental Health (Children's Well-Being: Indicators and Research Book).* Springer.

Summers, S. J., Chazan-Cohen, R. (2012). *Understanding Early Childhood Mental Health – A Practical Guide for Professionals.* Brookes Publishing.

Steele, H., Steele, M. (Eds.) (2017). Handbook of Attachment-Based Interventions. The Guilford Press.

Tyano, S., Keren, M., Herrman, H., Cox, J. (2010). *Parenthood and Mental Health: A bridge between infant and adult psychiatry.* Wiley-Blackwell.

Warren, B., Newman, L. K., Mares, S. (2011). *Clinical Skills in Infant Mental Health: The First Three Years.* 2nd Ed. ACER Press.
Zeanah, Jr C. H. (Ed.) (1993). *Handbook of Infant Mental Health, 1st ed.* The Guilford Press.
Zeanah, Jr C. H. (Ed.) (2000). *Handbook of Infant Mental Health, 2nd ed.* The Guilford Press.
Zeanah, Jr C. H. (Ed.) (2009). *Handbook of Infant Mental Health, 3rd ed.* The Guilford Press.
Zeanah, Jr C. H. (Ed.) (2018). *Handbook of Infant Mental Health, 4th ed.* The Guilford Press.
ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* ZERO TO THREE. (Magyar kiadás: 2019 – DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.)

Szakfolyóiratok

Infant Mental Health Journal (A WAIMH hivatalos szakfolyóirata)
Perspectives in Infant Mental Health (korábban: Signal; a WAIMH ingyenesen letölthető folyóirata: https://waimh.org/page/perspectives_in_infant_mental_health)
ZERO TO THREE Journal (A ZERO TO THREE szervezet szakfolyóirata)

Szakmai információs weboldalak

Center on the Developing Child at Harvard University: https://developingchild.harvard.edu/
WAIMH: www.waimh.org
ZERO TO THREE: www.zerotothree.org

TARTALOM

A KÖNYV SZERZŐI, SZERKESZTŐI, SZAKMAI LEKTORA 7

A SZERKESZTŐK ELŐSZAVA 15

BEVEZETÉS 19

A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK INDOKOLTSÁGA – EGY ÚJ FÓKUSZ A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN (Danis Ildikó) 20

„A kora gyermekkor befektetés a jövőbe" – Evidenciák a kora gyermekkori intervenció jelentőségéről 22

Az univerzalitástól a speciális bánásmódot igénylő gyerekek célcsoportjáig 26

A speciális bánásmódot igénylő gyermekcsoportok hatékony támogatása 28

Univerzális igény: a kompetens szülőség és a korai napközbeni ellátó intézmények minőségének preventív támogatása 31

Egy új fókusz Magyarországon: a kora gyermekkori lelki egészség támogatása 32

Mire építhetünk? I. Külföldi példák 33

Mire építhetünk? II. Magyarországi előzmények 35

Magyarországi tennivalók: egy új szolgáltatási hálózat kiépítéséhez szükséges lépések 37

Képzés- és hálózatfejlesztés 37

Diagnosztikai rendszer és finanszírozás 38

Módszertani és tudásközpont 39

A közgondolkodás formálása 39

Zárszó 40

I. RÉSZ
FEJLŐDÉSELMÉLETEK 45

MODERN ALKALMAZOTT FEJLŐDÉSELMÉLETEK – FEJLŐDÉSI MODELLEK ÉS NÉZŐPONTOK A MINŐSÉGI GYAKORLATI MUNKA HÁTTERÉBEN (Danis Ildikó–Kalmár Magda) 46

Bevezetés – Az alkalmazott fejlődéstudomány jelentősége 48

Öröklődés versus környezet? Vagy öröklődés és környezet? – Klasszikus és modern elméletek a fejlődés dinamikájáról ... 49
Történeti gyökerek ... 50
A fejlődés komplex modelljeinek fejlődése ... 52
Mai gondolkodásunk és elméleti keret a fejlődésről ... 61
Az általános rendszerelmélet és a környezeti modellek a fejlődés megértésének szolgálatában ... 63
Az általános rendszerelmélet mint tudományos paradigma ... 63
A humán fejlődés ökológiai modellje ... 65
Az életút (life span) és az élettörténet (life course) nézőpontok jelentősége a fejlődés értelmezésében ... 69
Zárszó – Az alkalmazott fejlődéspszichológia és fejlődéstudomány aktualitása, gyakorlati haszna ... 76

PSZICHODINAMIKUS FEJLŐDÉSELMÉLETEK (Koller Éva) ... 82
Sigmund Freud és a pszichoanalízis ... 84
I. szakasz: az affektus-trauma modell (1895–1900) ... 85
II. szakasz: a topográfiai modell (1900–1910) ... 85
III. szakasz: a strukturális modell (1914–1925) ... 88
Freud terápiás megközelítésének fejlődése, értékelése ... 89
Anna Freud – védekezési mechanizmusok, fejlődési vonalak ... 91
Margareth Mahler – A szeparáció-individualizáció elmélete ... 94
Donald Winnicott – Átmeneti jelenségek, az elég jó anya fogalma ... 97
A Budapesti Iskola: Ferenczi, Bálint, Hermann ... 98
Mentalizáció, reflektív működés ... 101
Összegzés és kritikák ... 102
A pszichodinamikus elméletek vázlatos ismeretének hasznossága a nem pszichodinamikusan képzett szakemberek számára ... 103
Zárógondolatok ... 105

A FEJLŐDÉSI PSZICHOPATOLÓGIA ALAPJAI – KOCKÁZATI ÉS VÉDŐTÉNYEZŐK, SÉRÜLÉKENYSÉG ÉS REZILIENCIA A KORA GYERMEKKORBAN (Danis Ildikó–Kalmár Magda) ... 108
A fejlődési pszichopatológia fogalma és témái ... 110
Hogyan definiáljuk a pszichopatológiát? ... 113
Fejlődési pályák, fejlődési útvonalak ... 113
A reziliencia ... 117
A fejlődési rizikó fogalma és a védőtényezők felfedezése ... 119
Alkalmazkodás és kompetencia ... 122
A reziliencia feltételét képező promotív és protektív faktorok és folyamatok ... 122

A reziliencia dinamikája – a kockázati és védőtényezők interakciói 124
A reziliencia pályái 126
A reziliencia mint specifikus vagy általános folyamat 129
Összefoglalás: mit tudunk ma a rezilienciáról? 129
A fejlődési pszichopatológia jelentőségeaz alkalmazott területeken 131
Zárszó 133

II. RÉSZ
AZ EGÉSZSÉGES LELKI FEJLŐDÉS HÁTTERÉRŐL 137

CSALÁDTERVEZÉS, VÁRANDÓSSÁG, SZÜLÉS, KORAI GYERMEKÁGY A GYAKORLATI TAPASZTALATOK ALAPJÁN – FÓKUSZBAN A PSZICHOPROFILAXIS EGY MODELLJE, A „SZÜLŐI HIVATÁSRA FELKÉSZÍTŐ KURZUS" (Németh Tünde) 138
Múlt és jelen 140
Családtervezés – röviden a várandósgondozásról 142
Várt/nem várt gyermek 143
Rövid áttekintés a várandósság idejéről 146
Felkészülés a szülésre, a szülői szerepre 148
Röviden a szülésről 154
Fókuszban a természetes szülés 155
Bababarát Kórház Program 156
Röviden a gyermekágyról – gyakorlati szemmel 157
Család születik – hétköznapi nehézségek és örömök a családdá/új családdá válás idején. Tapasztalatok a terapeuta szemszögéből 159
Összefoglalás 160

TÁRSADALMI ÉS PSZICHOLÓGIAI FOLYAMATOK A GYERMEKVÁLLALÁS HÁTTERÉBEN ÉS A SZÜLŐVÉ VÁLÁS SORÁN (Danis Ildikó) 164
Értelmezési keret: életúti modellek és rendszerszemlélet 166
Demográfiai trendek és szociológiai összefüggések a gyermekvállalás hátterében 169
Magyarországi körkép 171
Gyermekvállalási motivációk és döntések 172
A szülővé válás folyamata (transition to parenthood) mint átmeneti krízisidőszak 176
Individuális szint 178
Szülői alrendszer 182

Szülő-gyermek alrendszer 186
Transzgenerációs hatások – A szülők gyermekkora és kötődési reprezentációik 190
Tágabb környezet – Az átélt stressz és a társas támogatás 191
Támogatás reziliencia-szemléletben 192
Zárszó 194

AZ ÖNSZABÁLYOZÁS ALAKULÁSA ÉS JELENTŐSÉGE KORA GYERMEKKORBAN (Cs. Ferenczi Szilvia–Németh Tünde) 202
Bevezetés 204
Az önszabályozás és jelentősége a fejlődésben és a lelki egészségben 204
Az önszabályozás területei 207
Arousal (állapot) szabályozás 209
Szenzomotoros szabályozás 211
Társas-érzelmi szabályozás 213
Kognitív szabályozás (végrehajtó funkciók és figyelem) 218
Az önszabályozást befolyásoló tényezők 223
A gondozói viselkedés szerepe az önszabályozás fejlődésében 226
A kora gyermekkori önszabályozás támogatásának lehetőségei 236
Zárszó 237

KORAI KÖTŐDÉS, TÁRSAS KAPCSOLATOK ÉS LELKI EGÉSZSÉG – LEGÚJABB FEJLEMÉNYEK (Tóth Ildikó) 244
A kötődési kapcsolat 246
Kötődési klasszifikációk: az Ainsworth-féle alapmintázatok 247
A gondozó bánásmódja, szenzitivitása és a kötődés Ainsworth-féle alapmintázatai 249
Kötődési klasszifikációk: a dezorganizált kötődés 251
A dezorganizált kötődés kialakulásának háttere: kockázati tényezők összjátéka 252
Korai kötődés és későbbi társas alkalmazkodás – kitisztul a kép? 254
Kötődési zavarok: fejlődés szélsőséges gondozási körülmények között 259
Reaktív kötődési zavar 260
Gátolatlan társas kapcsolati zavar 260
Utánkövető örökbefogadási és intervenciós vizsgálatok kötődés szempontú tanulságai 261
Nemzetközi örökbefogadási kutatások 261
Nemzetközi intervenciós kutatások 263
Összegző gondolatok 264

III. RÉSZ
A FEJLŐDÉS ÉS LELKI EGÉSZSÉG ZAVARAIRÓL 269

A KORA GYERMEKKORI FEJLŐDÉS ÉS LELKI EGÉSZSÉG ZAVARAINAK OSZTÁLYOZÁSA A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN (Danis Ildikó) 270
Diagnózis a kora gyermekkorban? 272
A DC hagyomány indulása: A DC:0-3 (ZERO TO THREE, 1994) 278
A DSM-PC (Wolraich és mtsai., 1996) 281
Az RDC-PA (Task Force on RDC, 2003) 283
A DC:0-3R (ZERO TO THREE, 2005) 285
A DSM-5 (APA, 2013) 286
A DC:0-5™ (ZERO TO THREE, 2016) 288
Összegzés, értékelés 292
Vizsgálatok, diagnosztika, szakvélemény-alkotás és intervenciótervezés – nemzetközi ajánlások 296
Felmérés, vizsgálat 297
Diagnózis- és szakvélemény-alkotás 298
Intervenciótervezés 298
Zárszó 299

REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS KAPCSOLATI NEHÉZSÉGEK A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORBAN – ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI MEGKÖZELÍTÉSEK (Hédervári-Heller Éva) 308
Bevezető 310
A regulációs zavarok általános definíciója és diagnosztikája 310
Általános elméleti megközelítés 310
Tudományos vizsgálatok 312
Nemzetközi irányelvek, diagnosztikai kódrendszerek 313
A regulációs zavarok jellegzetességei 314
A klasszikus regulációs zavarok tünetei, kapcsolati nehézségek és érzelmi problémák 316
Krónikus nyugtalanság és excesszív sírás 316
Alvászavarok 317
Táplálkozási és evészavarok, gyarapodási zavarok 318
Kapcsolati nehézségek 319
Érzelmi problémák 321
A regulációs zavarok kezelési módszerei 321
Általános megjegyzések 321
Kezelési megközelítések, kezelési módszerek 322
Prevenció 322
A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció 323

A szülő-csecsemő/kisgyermek (pszicho)terápiás kezelés 323
A konzultációs és (pszicho)terápiás megközelítések további sajátosságai 323
Rövid betekintés néhány nyugati állam gyakorlatába 324
Szakképzés a regulációs problémák és zavarok konzultációs és terápiás kezelésére 325
A Papoušek házaspár úttörő munkája az USA-ban és Németországban 325
Zárszó 326

ATIPIKUS FEJLŐDÉS, LELKI EGÉSZSÉG, CSALÁD
(Góczán-Szabó Ildikó–Prónay Beáta) 330
Bevezetés – az atipikus fogalom tisztázása 332
Az atipikus fejlődés hátterének, megnyilvánulásának sokszínűsége 333
Az atipikusan fejlődő gyermeket nevelő családok jellemzői, kihívásai 335
Az eltérő fejlődésű csecsemő/kisgyermek és szülei számára elérhető rendszerszintű családközpontú támogatások 338
Atipikus fejlődésű gyerekek a családban 340
Értelmezési keretek, modellek a családról 340
A család mint a kihívásokhoz alkalmazkodó folyamatosan fejlődő rendszer 341
Az atipikus fejlődés (fogyatékosság, fejlődési rendellenesség) felismerése és a diagnózisközlés 345
Korai intervenció – dilemmák, lehetőségek 348
A gyász 348
A szülők érzelmi támogatásának lehetőségei 350
Közösségbe kerülés – autonómia 350
A sérültségből adódó atipikus élethelyzet és a regulációs zavarok lehetséges összefüggései 351
A sérült gyermek testvére 352
Zárógondolatok 353
Melléklet 353
Az idegrendszer fejlődési zavarai 353
Fogyatékosság és eltérő fejlődés 355
Az eltérő mozgásfejlődés és jelentősége az atipikus fejlődés előrejelzésében 357
A koraszülöttség 358

MEGERŐSÍTÉS, KÉPESSÉ TÉTEL – SZOLGÁLTATÁSOK ÉS INTERVENCIÓK A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZÜLŐK ÉS GYERMEKEIK SZÁMÁRA
(Prónay Beáta–Góczán-Szabó Ildikó) 364
Bevezetés 366
A fogyatékossággal élő személyek és a fogyatékosságtudomány 369
Néhány statisztikai mutató 371
A felnőtt élethez, az intimitáshoz, a szülőséghez való jog 372

A különböző atipikus populációkba tartozó szülőkről ... 374
Nehézségek a gondozásban, nevelésben ... 374
Intellektuális képességzavarral (IKZ) élő szülők esete ... 375
Érzékszervi sérült és mozgásukban akadályozott szülőkkel végzett vizsgálatok ... 379
A családokat, szülőket segítő szolgáltatások ... 380
Lived experience – megélt tapasztalatok ... 381
Önrendelkezés ... 383
Nehézségek a mindennapi helyzetekben ... 384
Nehézségek a szülés során ... 385
Apák – apaszerep ... 386
A fogyatékossággal élő szülők felnőtt gyermekei ... 387
Szolgáltatások és intervenciók a megerősödés jegyében ... 387
Összegzés ... 390

GYÁSZ ÉS VESZTESÉG A PERINATÁLIS IDŐSZAKBAN ÉS A KORA GYERMEKKOR IDEJÉN (Németh Tünde–Hortobágyi Ágnes) ... 394
Bevezetés ... 396
A gyász ... 397
A gyász fázisai és formái – különböző leíró elméletek alapján ... 398
A veszteség pszichoszomatikus hatásai ... 399
Nemi különbségek a gyászban ... 400
A perinatális gyász ... 401
A rossz hír közlésének általános szempontjai ... 402
Stigmatizáció és a kultúra jelentősége ... 404
Apák gyásza ... 404
A gyász a párkapcsolat vetületében ... 405
Testvérgyász ... 405
Az abortusz mint perinatális veszteség ... 406
A veszteség egyéb vetületei ... 407
A mesterséges megtermékenyítés veszteséggel kapcsolatos aspektusai ... 407
Veszteség az ikervárandósság során ... 408
Koraszülés ... 410
Terápiás vonatkozások ... 412
Zárszó ... 413

A BÁNTALMAZÁS ÉS A TRAUMA HATÁSA A LELKI EGÉSZSÉGRE (Lénárd Kata) ... 418
Előszó ... 420
A rossz bánásmód és a korai traumák általános következményei ... 421

Történeti áttekintés, definíciók, kontextusok ... 423
A rossz bánásmód típusai ... 425
Rizikó- és kompenzáló faktorok ... 426
A rossz bánásmód típusai ... 427
Fizikai bántalmazás ... 427
Fizikai elhanyagolás ... 432
Érzelmi bántalmazás ... 432
Érzelmi elhanyagolás ... 433
Szexuális bántalmazás ... 436
Kitekintés – A korai kapcsolati traumatizáció ... 439
Trauma, interakció, mentalizáció ... 440
Zárszó ... 443

PSZICHIÁTRIAI BETEG ANYÁK ÉS GYERMEKEIK KAPCSOLATA, EGYÜTTÁPOLÁSA – ELMÉLET ÉS NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK
(Hortobágyi Ágnes–Németh Tünde–Kurimay Tamás) ... 448
A perinatális mentális zavarok előfordulása ... 450
Komorbiditás, társuló betegségek ... 451
A perinatális megbetegedések főbb típusai ... 451
Premenstruális diszfóriás zavar és premenstruális szindróma ... 451
Baby blues ... 452
Posztpartum (gyermekágyi) depresszió ... 453
Szülés utáni posztttraumás stressz zavar ... 455
Szorongásos zavarok ... 455
Posztpartum (gyermekágyi) pszichózis ... 456
Anyai halandóság – befejezett öngyilkosság ... 457
Anya-gyermek kapcsolat, depresszió, szorongás és kötődés ... 458
Anya-baba-apa egység (Mother-Baby Unit, MBU) ... 459
Együttkezelés ... 459
Teammunka a perinatális mentális zavarok ellátásában ... 461
Gondozó-csecsemő interakció, szülő-csecsemő konzultáció ... 462
Az apák szerepe a gyermek fejlődésében ... 463
Prevenció és szűrés ... 464
Összefoglalás ... 467

AJÁNLOTT SZAKMAI FORRÁSOK ... 477

Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak ... 478
Szakfolyóiratok ... 479
Szakmai információs weboldalak ... 479

Képek jegyzéke és köszönetnyilvánítás

A köteteinkben szereplő szabadon felhasználható fotók forrásai az alábbi internetes oldalak (Unsplash, Pixabay). Az oldalak előírásai alapján minden olyan esetben, ahol (felnőtt) személyek felismerhetők a fotókon, engedélyt kértünk a felhasználásra.

Szeretnénk köszönetünket kifejezni a fotók készítőinek, hogy köteteinkben illusztrációként használhattuk fel alkotásaikat.

Borítókép: https://unsplash.com/photos/VfUN9OJv2ZU
(Készítette: Jeremiah Lawrence, Pascagoula, USA)

20–21. o. https://unsplash.com/photos/7f_gsUxmiOQ
(Készítette: Juan Pablo Rodriguez)

46–47. o. https://pixabay.com/hu/photos/zene-gyerekek-gyermekek-j%C3%A1t%C3%A9k-818459/ (Készítette: thedawn)

82–83. o. https://pixabay.com/hu/photos/baba-anya-csecsem%C5%91-gyermek-n%C5%91-821625/ (Készítette: Fancy Crave)

108–109. o. https://unsplash.com/photos/z9Z122x5hB8
(Készítette: Jelleke Vanooteghem, Tokio, Japán)

138–139. o.: https://unsplash.com/photos/076XLvcgeDk
(Készítette: Kelly Sikkema, Boston, USA)

164–165. o. https://unsplash.com/photos/5NLCaz2wJXE
(Készítette: Jessica Rockowitz, Austin, USA)

202–203. o. https://unsplash.com/photos/KQCXf_zvdaU
(Készítette: Jordan Whitt, Indianapolis, USA)

244–245. o. https://unsplash.com/photos/JJ9irt1OZmI
(Készítette: Ben White, Michigan, USA)

270–271. o. https://unsplash.com/photos/eMP4sYPJ9x0
(Készítette: Sharon McCutcheon, New England, USA)

308–309. o. https://unsplash.com/photos/5yUPFjGFJoI
(Készítette: Dakota Corbin, Utah, USA)

330–331. o. https://unsplash.com/photos/Z-IRcsILsyc
(részlet; Készítette: Kelly Sikkema, Boston, USA)

364–365. o. https://pixabay.com/hu/photos/s%C3%A9ta-kerekessz%C3%A9kkel-care-f%C3%BCgg%C5%91-2708122/
(Készítette: Dirk Schumacher)

394–395. o. https://unsplash.com/photos/9Qu8rZxwz_g
(Készítette: Danielle MacInnes, Portsmouth, USA)

418–419. o. https://unsplash.com/photos/eXV-LsWfCOo
(Készítette: Trym Nilsen, Oslo, Norvégia)

448–449. o. https://unsplash.com/photos/nwWUBsW6ud4
(Készítette: Kristina Tripkovic)

Szerkesztette:
Danis Ildikó
Németh Tünde
Prónay Beáta
Góczán-Szabó Ildikó
Hédervári-Heller Éva

Megjelent az **EFOP-3.4.3-16-2016-00007** (A Semmelweis Egyetem tanulói bázisának szélesítése, bekerülést és bennmaradást támogató programok indításán, valamint balassagyarmati telephelyén új szolgáltatások bevezetésén keresztül) pályázat keretében az Európai Unió támogatásával.

Magyarország Kormánya
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE
2020

Magyarország Kormánya
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE
SZÉCHENYI 2020

Hogyan támogatható a lelki egészség a kora gyermekkorban? Biztosíthatom a válaszra kíváncsi olvasót, hogy a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének kétkötetes szakkönyve ebből a kérdésből kiindulva olyan utazásra invitálja, amelyen a sokszínű háttérrel rendelkező „idegenvezetőknek" köszönhetően megismerheti a kötelező „látványosságokat" és az „egzotikumokat" egyaránt. Számíthat rá, hogy minden szükséges és sok-sok lehetséges – azaz különleges és egyedi szakmai tapasztalatra épülő – nézőpontból tanulhat és gondolkodhat el a jelenleg rendelkezésünkre álló elméleti és gyakorlatban működő válaszokról. Egyszóval, a kora gyermekkorral foglalkozó szakemberek számára a kötetek által bejárható út: kihagyhatatlan.

Egyed Katalin, PhD

Semmelweis Egyetem
Mentálhigiéné Intézet