



**GYERMEKÚT**

# A KAPCSOLATI SZEMLÉLETŰ PSZICHODIAGNOSZTIKA A KORA GYERMEKKORI PSZICHÉS PROBLÉMÁK FELISMERÉSÉBEN ÉS AZ INTERVENCIÓ TERVEZÉSÉBEN

SZAKMAI  
MÓDSZERTANI  
SEGÉDLET



CSALÁDBARÁT  
MAGYARORSZÁG  
KÖZPONT

**SZÉCHENYI** 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**



**GYERMEKÚT**

# **A KAPCSOLATI SZEMLÉLETŰ PSZICHODIAGNOSZTIKA A KORA GYERMEKKORI PSZICHÉS PROBLÉMÁK FELISMERÉSÉBEN ÉS AZ INTERVENCIÓ TERVEZÉSÉBEN**

**SZAKMAI MÓDSZERTANI SEGÉDLET**



**CSALÁDBARÁT  
MAGYARORSZÁG  
KÖZPONT**

A kiadvány az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001  
„A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült.

**Második, bővített kiadás, 2021**

Szerkesztő  
Hámori Eszter

Szerzők  
Csabai Krisztina, Hámori Eszter, Horváth Ágnes, Rajnik Mária, Tar Judit

Szakmai lektor  
Hódi Ágnes

Projekt szakmai vezető  
Kereki Judit

A tevékenység koordinálását végezte  
Kereszti Mariann

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése

gyermekut@csalad.hu  
www.gyermekut.hu

Budapest, 2021

# A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE PROJEKT ISMERTETÉSE

## A projekt rövid bemutatása

AZ EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt európai uniós forrásból valósul meg 2017. február 1. és 2021. január 31. között. A projekt megvalósítója a Családbarát Ország Közhasznú Nonprofit Kft. mint konzorciumvezető, melynek konzorciumi partnereit jellemzően az érintett ágazatok (köznevelés, egészségügy, szociális) különböző háttérintézményei alkotják. A köznevelés területét a Klebelsberg Központ és az Oktatási Hivatal, az egészségügyet a Nemzeti Népegészségügyi Központ, a szociális területet a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság képviseli. A megvalósításban partnerként szerepel még a Magyar Államkincstár.

A komplex fejlesztés célja a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekek és családjaik hatékonyabb, magasabb színvonalú ellátáshoz, a szükségleteikhez igazodó szolgáltatásokhoz való jobb hozzájutásának biztosítása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletekre. A projekt eredményeinek birtokában a hosszú távú cél egy koordinált, integrált szolgáltatói modell kialakítása.

A projekt legfontosabb részszélei a közös gyermekút kialakítása, az intézménystruktúra működési szempontú korszerűsítése, a koordinatív funkció érvényesítése, a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése. Az egységes gyermekút bevezetése, a gyermeki fejlődésről, illetve a fejlődési eltérések felismeréséről való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek kompetenciáinak növelését, egységes szemléletük kialakítását igényli. Fontos szempont a partneri együttműködés kialakítása a családokkal, a szülők fokozottabb bevonása, informálása, valamint a gyermekekkel foglalkozó szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, különös tekintettel a szolgáltatás eljuttatására a szolgáltatáshiányos területekre.

A projekt közvetlen célcsoportját alkotják a kora gyermekkori intervenció ellátásban részt vevő különböző szakemberek (többek között gyógypedagógusok, pszichológusok, házi gyermekorvosok, háziorvosok, szakellátó szakorvosok, védőnők, gyógytornászok, óvodapedagógusok, kisgyermeknevelők, szociális munkások stb.), illetve a kora gyermekkori intervencióban érintett kisgyermek és családjaik. Közvetett célcsoportot alkotnak a gyermek fogantatásától a tankötelezettség kezdetéig tartó életszakaszban lévő kisgyermek és családjaik, különös tekintettel a speciális támogatást igénylő gyermekekre és családjaikra.

## Rendszerszintű fejlesztések

A projekten belül felmérésre kerül az ország teljes területének szolgáltatási szempontból való ellátottsága, azoknak a problémáknak az azonosítása, amelyek megalapozzák a későbbi beavatkozásokat. Megtörténik a **jogszabályok, a szakmai irányelvek és a dokumentációs rendszer felülvizsgálata, a jogszabályok harmonizációja.**

A szolgáltatói rendszer jobb működését segíti elő a kora gyermekkori intervenció szereplői közötti kompetenciahatárok és együttműködések áttekintése, felülvizsgálata. Ennek megfelelően fontos alapelv a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekek és családjaik, az egészségügyi alapellátásban, szakellátásban részt vevő szakemberek, a köznevelés releváns szereplői, valamint a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szakemberek és a kora gyermekkori intervenció egyéb résztvevői közötti együttműködés erősítése, a kompetenciák és feladatok lehatárolása, a köztük lévő kommunikáció támogatása.

Kialakításra kerül az ellátási út, az úgynevezett „gyermekút”, amelyben a különböző szakterületekhez tartozó szakemberek együttműködése pontosan szabályozott. Leírásra kerül az ágazatközi, az ágazaton és intézményen belüli interdiszciplináris teamtevékenység módszertana, a továbbküldési, jelzési utak meghatározása. Ehhez kapcsolódik a szakemberek számára a különböző szakterületekhez szükséges adattartalmak, jogosultságok meghatározása, amelyek az informatikai szakrendszerek összekapcsolásának alapját adják.

Egységes, integrált, ágazatközi informatikai háttér kerül kiépítésre, amely interface-kapcsolódással lehetővé teszi a társágazati intézményrendszerek informatikai rendszereihez való kapcsolódást és a hatékonyabb elektronikus információáramlást, ezáltal pedig a gyermekút nyomon követhetőségét. A szakterületeken jelenleg működő, országos nyilvántartó rendszerek (pl. INYR, KENYSZI, VOIR) összekapcsolása és fejlesztése nagymértékben javítja a szakemberek információhoz jutását.

Fókuszban áll a **szolgáltatáshiányos területeken mozgó komplex szolgáltatási** hálózatfejlesztés témája, és kidolgozásra kerül a mozgó, komplex szolgáltatásnyújtást biztosító modell, amely a szolgáltatások helybe való eljuttatását segíti elő. Ez különösen a kistélepüléseken és a hátrányos helyzetű kistérségekben élő, iskoláskornál fiatalabb gyermekek és azok családjainak szolgáltatáshoz való hozzáférést támogatja. A szolgáltatáshiányos területeken speciális szolgáltatások nyújtása indokolt, ami a jellemzően szakemberhiányos területeken ösztönző rendszer kidolgozásával (pl. ösztöndíjak) és működtetésének előkészítésével kerül biztosításra. A mozgó, komplex szolgáltatást pilotprogram keretében száz településre juttatja el a projekt.

## A szakemberek módszertani támogatása

A projekt több ponton is törekszik a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek tudásának bővítésére, egységes szemléletük formálására. A szakembereket módszertani kézikönyvek segítik az ismeretszerzésben. Egyrészt a gyermeki fejlődésről, a fejlődésre gyakorolt környezeti hatásokról, a mindennapi nevelési problémákról és azok megoldásáról, valamint az eltérő fejlődés felismeréséről szóló tudásanyag járul hozzá az ismeretek szélesítéséhez, s így elsősorban a közösségi színtereken dolgozó szakemberek munkájának elősegítéséhez. Másrészt hiánypótló műként tekinthetünk a fejlődési zavarok korai szűrésének, azonosításának, állapotmegismerésének módszertani szakanyagára, valamint a korai komplex családközpontú tanácsadás, intervenció témájában írt kézikönyvre; ezeket elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok állapotmegismerést, illetve gyógypedagógiai tanácsadást, korai fejlesztést végző szakemberei forgathatnak haszonnal.

Az ellátórendszer működéséről, az egységes gyermekútról való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek egységes szemléletének kialakítását célozza. Megtörténik az ehhez szükséges szakmai háttér, a hiányzó protokollok, irányelvek kidolgozása, melyek a gyermekútba való belépéshez biztosítanak fontos támpontokat (pl. az utógondozás irányelve, iskolakészültségi protokoll, mozgásterápiás protokoll, szűrési protokoll stb.), valamint hazai fejlesztésű, egységes vizsgáló és szűrési módszerek kidolgozása és tesztelése is megvalósul. Kifejlesztésre kerül a szenzoros integrációs vizsgálóeljárás, az iskolakészültségi vizsgálat, valamint egy olyan gyermekfejlődési kérdőív, amely a kisgyermeknevelőknek (0–2 éves életkorra) és az óvodapedagógusoknak készül (3–6 éves életkorra). A minőségi ellátást a kora gyermekkori intervenció ellátás minőségi indikátorainak kidolgozása alapozza meg.

Jelenleg a diagnosztikai eszközök egy része elavult vagy nem rendelkezik magyar standarddal. Így a hatékony fejlesztési folyamat érdekében szükségessé vált az eszköztár megújítása; elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok diagnosztikai eszközkészlete kerül bővítésre.

A projekt szakmai produktumai a projekt honlapjára kerülnek fel (gyermekut.hu), és ott a szakemberek és szülők számára is elérhetővé válnak.

## A szakemberek kompetenciáinak szélesítése

A projekt módszertani fejlesztéseinek java része korszerű tananyagok formájában csatornázódik be a képzésekbe, és a szakemberek részére kis csoportokban vagy távoktatás formájában kerül oktatásra. Ingyenes, akkreditált, minősített továbbképzések szervezése zajlik a korai ellátásban részt vevő tízezer szakember számára.

Az összes szakembert érintő tartalmak a **komplex képzésekben** jelennek meg. Az oktatás a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek részére vegyes kis csoportokban történik. A szakemberek a komplex csoportokban egyrészt a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorú gyermekek tipikus fejlődésmenetét, illetve a fejlődési eltérések időbeli felismerését bemutató tartalmakkal ismerkednek meg, másrészt ismereteket kapnak az ellátórendszeréről, más ágazati szereplők feladatairól, kompetenciáiról, a gyermekútról, az interdiszciplináris teamtevékenység mikéntjéről, a szakemberekkel és a szülőkkel való kommunikációról.

A szakemberek a **témaspecifikus képzések** keretében ismerkednek meg a fejlesztésre kerülő szűrő- és vizsgálóeljárásokkal, az állapotmegismerés módszertanával, a korai komplex családközpontú tanácsadás és intervenció témájával, az Early Start Denver Modellel, illetve a kapcsolati szemléletű korszerű pszichodiagnosztikai módszerekkel. A **célcsoport-specifikus képzés** a pedagógiai tanácsadás alapismereteinek az óvodapedagógusok és a kisgyermeknevelők körében történő elsajátítására, valamint az OKJ-s végzettséggel rendelkező kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek ismereteinek a bővítésére irányul. E képzések célja az integráció, illetve az inkluzív szemlélet és gyakorlat elősegítése a kisgyermeket ellátó intézményekben. Hasonló módon kap felkészítést a pedagógiai szakszolgálatnál dolgozó klinikai szakpszichológusok köre, akik a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése keretében a szülő-gyermek kapcsolati diagnosztikán alapuló terápiás ellátás témakörében kapnak támogatást.

A képzések során a szemléltetést és az információk vizuális továbbítását a projekt keretében készülő 100 rövidfilm segíti.

Fontos szempont a képzési tartalmak graduális képzésben való megjelenése is. Ennek érdekében a **fel-sőoktatási képző intézmények** rendszeresen összehívott **műhelyei** a különböző szakterületeken folyó képzések közös képzési kimeneteit, tartalmait és a projekt eredményeinek a graduális képzésbe történő becsatornázását hivatottak elősegíteni. Ebben a folyamatban mind a pedagógusképzők, mind a bölcsész- és társadalomtudományi képző helyek részt vesznek.

A projekt a szakemberek **mentálhigiénés támogatásához** is hozzájárul. A korai ellátás különböző szakterületeit reprezentáló szereplők vegyes összetételű szupervíziós, esetmegbeszélő csoportokban vesznek részt. Mindemellett a szülőkkel, a családdal együtt, a kora gyermekkori intervenció témájában vegyes esetmegbeszélő csoportokban modellezik az interdiszciplináris teamműködést.

## A szülők támogatása, partneri együttműködés kialakítása a családokkal

A projekt fontos feladatnak tekinti az iskoláskornál fiatalabb gyermekek szüleinek „edukálását”, a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve a gyermekneveléssel, az ellátórendszerrel kapcsolatos ismereteik bővítését, a megfelelő szülői kompetencia és felelősségérzet erősítését.

A kora gyermekkori intervenció egyik sarkalatos pontja a szolgáltatásokhoz való mihamarabbi hozzáférés. Ezért lényeges az ellátórendszer, a gyermekút megismerése és az ellátórendszerrel való tudás bővítése. A tájékoztató anyagok a szakemberek és a családok részére készülnek; a korai felismerést szolgálják és az ellátórendszert mutatják be. A projektben workshopok, előadások és tréningek segítségével a szülőiségre való felkészüléssel, a kora gyermekkori intervenció rendszerével, a gyermekek fejlődésével, fejlesztésével és a probléma felismerésével kapcsolatos információk átadása történik meg.

A szülőt, a családot (és a szakembert is) interaktív honlap segíti az ellátási utakkal kapcsolatos eligazodásban, az intézménylisták, az ellátók elérhetőségei pedig lehetővé teszik, hogy a szülő minél hamarabb elkerüljön a gyermekkel a megfelelő ellátóhoz, szolgáltatóhoz.

Az ismeretek megfelelő átadása révén a projekt a gyermekek fejlődésével, gondozásával, nevelésével kapcsolatos szülői tudatosság és kompetencia növekedését, illetve a szakemberek munkájának hatékonyabbá válását kívánja elérni. A projektnek köszönhetően a szülők a problémás helyzeteket hozzáértőbben, türelmesebben tudják kezelni. Esetmegbeszélő csoportokban, illetve szülőcsoportokban, szülőklubokban vesznek részt, mely csoportok részben az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek szülei számára nyújtanak támogatást.

## A specifikus gyermekút pilot

A nemzetközi tapasztalatok szerint a működőképesebb kora gyermekkori intervenciós rendszerekre a koordinált, interdiszciplináris együttműködésen alapuló, integrált szolgáltatások jellemzőek. Egyetértés van abban a tekintetben, hogy az integráltabb szolgáltatásnyújtás szempontjából a multiszektoriális megközelítéstől az interszektoriális irányba való elmozdulás eredményesebben és költséghatékonyabban működő rendszert eredményez. A specifikus gyermekút pilotban a korábbi fejlesztések tapasztalataira építve, azok adaptálható elemeit felhasználva egy új modell kipróbálására kerül sor. A hatások értékelésének megfelelő minőségű megvalósításához a projekt tervezésének kezdetétől párhuzamosan kialakított hatásvizsgálat elvégzése is szükséges. Az értékelés alapján – beépítve a szükséges korrekciókat – kialakításra kerül a végleges intézményi-működési modell, amely pozitív döntéshozói fogadtatás esetén széles körben megvalósíthatóvá válik.

## Várható eredmények

A projekt megvalósítása várhatóan egy hatékonyabban működő ellátórendszer indukál, ahol átlátható, nyomon követhető gyermekút valósul meg, valamint több, színvonalasabb és mindenki számára elérhető szolgáltatás biztosítható. Ugyanakkor a szolgáltatáshiányos területek is ellátáshoz jutnak, és csökkennek a területi ellátásbeli egyenlőtlenségek.

A képzések eredményeként nő a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakterületek szakembereinek kompetenciája, egységes tudásuk kialakul, és ismertté válnak számukra a közös gyermekúthoz kapcsolódó szakmai elvárások, szolgáltatási utak. Az informáltabb, elégedettebb, gyermeküket jobban ismerő, kompetensebb szülők tudatosabban ismerik fel és támogatják gyermekeik erősségeit, képességeit, jobban eligazodnak az ellátórendszerben, elszigeteltségük csökken, és a családok életminősége javul.

A projektismertetőben foglaltakkal összhangban került fejlesztésre *A kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztika a kora gyermekkori pszichés problémák felismerésében és az intervenció tervezésében* című módszertani segédanyag, melynek célja, hogy a pedagógiai szakszolgálatokban dolgozó pszichológus és szakpszichológus szakembereket megismertesse a kora gyermekkori ellátás területére vonatkozó pszichodiagnosztikai, valamint prevenció és intervenció eszköztárral, amelynek birtokában a családok és a gyermek megsegítése a kora gyermekkori bio-pszicho-szociális problémák összetettségének figyelembevételével, kapcsolati szemléletben és a különféle szaktudásokat ötvöző interdiszciplináris keretben végezhető.

*Kereki Judit,  
projekt szakmai vezető*

# Tartalomjegyzék

## ELŐSZÓ ÉS BEVEZETÉS A SZAKMAI MÓDSZERTANI SEGÉDANYAGHOZ ..... 12

<b>I. BEVEZETÉS: A KAPCSOLATI SZEMLÉLET A KORA GYERMEKKORI PSZICHOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN</b> .....	<b>17</b>
I.1. A kapcsolati szemlélet a kora gyermekkori pszichodiagnosztikában és intervencióban .....	17
I.1.1. <i>Hámori Eszter: A kapcsolati szemlélet gyökerei és jelentősége a kora gyermekkori pszichodiagnosztikában és intervencióban</i> .....	17
A kapcsolati szemlélet gyökerei .....	17
<i>Pszichoanalitikus baba-mama terápiák</i> .....	18
<i>A részt vevő csecsemőmegfigyelés a pszichoanalitikusok képzésében</i> .....	18
<i>A kötődési kapcsolat kutatásai</i> .....	19
A kapcsolat mint regulációs színtér: az anya-csecsemő kapcsolat interakciós mintázatai ..	19
<i>Korai állapot szabályozás: kontingens ritmusok az anya-csecsemő kapcsolatban</i> .....	20
<i>Az én a kapcsolatban fejlődik: Daniel Stern modellje</i> .....	20
<i>A „klinikai ablak”: támpontok a korai kapcsolati és regulációs zavarok diagnosztikájához</i> .....	21
Összefoglalás .....	22
Hivatkozások .....	23
I.1.2. <i>Csabai Krisztina: Várandósság: az anyai és az apai szerepek kialakulása</i> .....	24
Szülővé válás .....	24
<i>A várandósság időszaka</i> .....	24
<i>Az anyai identitás kibontakozása</i> .....	25
<i>Apaság és apai szerepek</i> .....	27
Összefoglalás .....	28
Hivatkozások .....	29
I.2. A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok .....	30
I.2.1. <i>Hámori Eszter: A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok a kapcsolati szemléletben – tüneti kép és differenciáldiagnosztika</i> .....	30
A csecsemő- és a kisgyermekkori regulációs zavarok .....	30
<i>A regulációs zavarok a diagnosztikai rendszerekben</i> .....	31
Eltérő fejlődés, regulációs zavarok és az átfedés problémája .....	34
<i>Eltérő fejlődésmentre épülő regulációs zavarok: a differenciáldiagnosztika szükségessége</i> .....	34
<i>Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka a diagnózis alkotásában</i> .....	35
A regulációs zavarok diagnosztikája a kapcsolati szemléletben .....	35
<i>Támpontok a regulációs problémák és zavarok felméréséhez</i> .....	35
Összefoglalás .....	37
Hivatkozások .....	38
I.2.2. <i>Csabai Krisztina: Tipikus kapcsolati problémák: az etetési nehézségek pszichés háttere</i> .....	39
Alapfogalmak .....	39
Fokozott támogatást igénylő helyzetek .....	40
Táplálási környezet .....	41
<i>Anyai hatások</i> .....	42
<i>A csecsemő hatásai</i> .....	44
Az evés mint kapcsolat .....	47
<i>Szoptatás és személyközi kommunikáció</i> .....	48
<i>Kötődés és táplálás</i> .....	48
Összefoglalás .....	49
Hivatkozások .....	51



<b>II. PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK A KAPCSOLATI SZEMLÉLETBEN</b> . . . . .	<b>53</b>
II.1. A megfigyelés mint pszichodiagnosztikai eszköz . . . . .	53
II.1.1. <i>Hámori Eszter: Klinikai célú csecsemő- és gyermekmegfigyelések – történeti áttekintés</i> . . . . .	53
Klinikai célú csecsemő- és gyermekmegfigyelések . . . . .	53
<i>René Spitz: árvaházi megfigyelések és a hospitalizmus</i> . . . . .	53
<i>Margaret Mahler: patológiás és normál mintázatok a korai kapcsolat fejlődésében</i> . . . . .	54
<i>Selma Fraiberg: patológiás védekezések csecsemőkorban</i> . . . . .	54
<i>John Bowlby és James Robertson: átmeneti szeparáció és lelki fejlődés</i> . . . . .	55
Összefoglalás . . . . .	55
Hivatkozások . . . . .	56
II.1.2. <i>Rajnik Mária: A részt vevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés elmélete és gyakorlata</i> . . . . .	57
A részt vevő csecsemőmegfigyelés . . . . .	57
Történeti háttér . . . . .	57
<i>A pszichoanalitikus csecsemőmegfigyelés mint „tapasztalati tanulás”</i> . . . . .	57
<i>A részt vevő csecsemőmegfigyelés módszerének felépítése</i> . . . . .	58
<i>Részt vevő megfigyelői beállítódás</i> . . . . .	58
Összefoglalás . . . . .	59
Hivatkozások . . . . .	60
Ajánlott szakirodalom . . . . .	60
II.2. Interjú a kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztikában . . . . .	61
II.2.1. <i>Hámori Eszter: A kapcsolatdiagnosztikai első interjú</i> . . . . .	61
A kapcsolatdiagnosztikai első interjú elméleti háttere . . . . .	61
<i>Az interjúkról általában</i> . . . . .	61
<i>A kapcsolatdiagnosztikai első interjú módszertani háttere: az argelanderi első interjú</i> . . . . .	62
A kapcsolatdiagnosztikai első interjú módszere és témakörei . . . . .	62
<i>A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: az objektív információk</i> . . . . .	63
<i>A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: a szubjektív információk</i> . . . . .	63
<i>A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: a szcénikus információk</i> . . . . .	64
A kapcsolatdiagnosztikai első interjú adatainak feldolgozása . . . . .	65
Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez . . . . .	65
Összefoglalás . . . . .	65
Hivatkozások . . . . .	66
II.2.2. <i>Hámori Eszter: A tematikus regulációs interjú</i> . . . . .	67
A tematikus regulációs interjú elméleti háttere . . . . .	67
<i>Optimális és attól eltérő regulációs mintázatok a „klinikai ablakon” keresztül</i> . . . . .	67
<i>Interaktív csataterék és regulációs mintázatok</i> . . . . .	67
A tematikus regulációs interjú módszere . . . . .	68
<i>A tematikus regulációs interjú (TRI) technikája</i> . . . . .	68
<i>Az interjú mint a beszélgetéshelyzet alakítása</i> . . . . .	68
A tematikus regulációs interjú témakörei . . . . .	69
<i>A tematikus regulációs interjú témakörei átfogóan</i> . . . . .	69
<i>A tematikus regulációs interjú témakörei részletesen</i> . . . . .	69
Útmutató a tematikus regulációs interjú vezetéséhez . . . . .	73
<i>A tematikus regulációs interjú adatainak feldolgozása</i> . . . . .	73
<i>A probléma felrajzolása a regulációs fókuszú interjú alapján: „a diagnosztikai térkép”</i> . . . . .	74
Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez . . . . .	74
Összefoglalás . . . . .	74
Hivatkozások . . . . .	76
II.2.3. <i>Rajnik Mária, Tar Judit: A fejlődési anamnézis</i> . . . . .	77
Fejlődési anamnézis . . . . .	77

<i>Keretek</i> . . . . .	77
<i>Szubjektív jelentés – az anya és a gyermek belső valósága</i> . . . . .	78
<i>Etikai megfontolások</i> . . . . .	78
A csecsemő- és kisgyermekkorai fejlődés kérdéskörei . . . . .	78
Hivatkozások . . . . .	81
II.2.4. <i>Csabai Krisztina: A családterápiás első interjú</i> . . . . .	82
Rendszerelméleti alapfogalmak . . . . .	82
<i>Cirkuláris oksági viszony</i> . . . . .	82
<i>Homeosztázis: első- és másodrendű változások</i> . . . . .	82
<i>Határok és alrendszerek</i> . . . . .	83
Családterápiás irányzatok . . . . .	83
A családterápiás első interjú . . . . .	84
<i>A kapcsolatfelvétel</i> . . . . .	84
<i>A problémaszakasz</i> . . . . .	84
<i>A kérdezés technikája</i> . . . . .	86
<i>A szerződés-kötés</i> . . . . .	86
Összefoglalás . . . . .	87
Hivatkozások . . . . .	88
II.3. Tar Judit: A játék mint pszichodiagnosztikai eszköz . . . . .	89
A játék mint regulációs színtér . . . . .	89
<i>A kapcsolat és a személyiség szerveződése</i> . . . . .	89
<i>A kognitív folyamatok szerveződése</i> . . . . .	90
A játék fejlődéséről az első 4 évben . . . . .	90
<i>Funkciógyakorló játék</i> . . . . .	90
<i>Szimbolikus játék</i> . . . . .	90
<i>Építő-konstruáló játék</i> . . . . .	91
<i>Alkotó játék</i> . . . . .	91
A játék megfigyelése a pszichodiagnosztikai munka során . . . . .	91
<i>Kapcsolati szempontok</i> . . . . .	91
<i>Fejlődési szempontok</i> . . . . .	92
<i>Kiemelt megfigyelési területek</i> . . . . .	92
Összefoglalás . . . . .	92
Megfigyelési szempontok a játékhoz a pszichodiagnosztikai folyamatban . . . . .	93
Hivatkozások . . . . .	94
II.4. Tar Judit: Fejlődési vizsgálat és kapcsolatdiagnosztika . . . . .	95
A fejlődési vizsgálat kiemelt kérdései . . . . .	95
A vizsgálati folyamat . . . . .	96
<i>A vizsgálati folyamat fókusza</i> . . . . .	96
<i>A vizsgálati folyamat: az első találkozás mint kapcsolati tér</i> . . . . .	96
<i>Az együttműködés tényezői a vizsgálati folyamatban – érzelmi, viselkedésbeli és kapcsolati szempontok</i> . . . . .	96
<i>A vizsgálati folyamat zárása</i> . . . . .	98
Összefoglalás . . . . .	98
Hivatkozások . . . . .	100

### III. „TECHNIKAI ÚTMUTATÓ” AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉS ELSŐ LÉPÉSÉTŐL

<b>A BEFEJEZÉSIG</b> . . . . .	<b>101</b>
III.1. Horváth Ágnes: Az ellátásba kerüléstől az intervenció javaslatáig: diagnózisalkotás a gyakorlatban . . . . .	101
A kora gyermekkorai diagnosztikai eszközök: összefoglalás . . . . .	101
A diagnózisalkotás folyamatának alapelvei . . . . .	101
A diagnosztikai folyamat lépései . . . . .	102

<i>A probléma megjelenése: a beküldés oka és a beküldés helyzetei</i> . . . . .	102
<i>A család által jelzett probléma</i> . . . . .	102
Az intézményi megfigyelés helyzetei és szerepe a diagnózis alkotásában . . . . .	103
<i>Az intézményi megfigyelés szempontjai</i> . . . . .	104
<i>Mikor nem javasolt az intézményi megfigyelés?</i> . . . . .	105
Az interjúk és a megfigyelések a diagnózis alkotásában – gyakorlat . . . . .	105
<i>Interakciós helyzetek megfigyelése a diagnózis alkotásában</i> . . . . .	105
<i>A tematikus regulációs interjú adatai a diagnózis alkotásában</i> . . . . .	106
<i>A gyakorlat zárása: saját gyakorlatból vett példák</i> . . . . .	107
Hivatkozások . . . . .	107
III.2. Intervenció a kapcsolati szemléletben: A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció . . . . .	108
<i>III.2.1. Rajnik Mária: Az életkori sajátosságok szerepe az anya-csecsemő/kisgyermek konzultációban és terápiában</i> . . . . .	108
Dinamikus anya-csecsemő terápia . . . . .	108
<i>Az együttes terápia sajátosságai</i> . . . . .	108
<i>A kapcsolathangsúlyú és a jelenre irányuló elméleti megközelítések sajátosságai</i> . . . . .	109
<i>A kisgyermekkel folytatott pszichoterápiák sajátosságai</i> . . . . .	110
Összefoglalás . . . . .	111
Szakkifejezések magyarázata . . . . .	112
Hivatkozások . . . . .	113
Ajánlott szakirodalom . . . . .	114
<i>III.2.2. Csabai Krisztina: Szülőkonzultáció a dinamikus rendszerszemléletben</i> . . . . .	115
A szülőkonzultáció alapjai a dinamikus rendszerszemléletben . . . . .	115
<i>Videó használata és videóelemzés a szülőkonzultációban</i> . . . . .	117
A lausanne-i hármass játékmódel (LTP) . . . . .	117
<i>Háromüléses konzultáció és az LTP</i> . . . . .	118
Összefoglalás . . . . .	118
Hivatkozások . . . . .	119
Ajánlott szakirodalom . . . . .	120

## **MELLÉKLET: A KÉPZÉSBEN ALKALMAZOTT GYAKORLATOK TEMATIKÁJA**

<b>(ÖSSZEÁLLÍTOTTA: HORVÁTH ÁGNES, HÁMORI ESZTER, RAJNIK MÁRIA, TAR JUDIT)</b> . . . . .	<b>121</b>
<i>Bevezetés a problémakörbe: Gyakorlat</i> . . . . .	121
<i>I.1. Gyakorlat: A kapcsolati szemlélet a gyakorlatban</i> . . . . .	121
<i>I.2. Gyakorlat: Gyakorlati szempontok a regulációs problémák/zavarok felismeréséhez</i> . . . . .	121
<i>II.1. Gyakorlat: A részt vevő csecsemő- és gyermekmegfigyelés gyakorlata</i> . . . . .	122
<i>II.3. Gyakorlat: Megfigyelési szempontok a játékhoz a pszichodiagnosztikai folyamatban</i> . . . . .	123
<i>II.4. Gyakorlat: Gyakorlati szempontok a fejlődési vizsgálat kapcsolati szemléletű megfigyeléséhez</i> . . . . .	124
<i>III.1. Gyakorlat: Az ellátásba kerüléstől az intervenció javaslatáig: diagnózisalkotás a gyakorlatban</i> . . . . .	124
<i>III.2. Gyakorlat: Az intervenció tervezése: gyakorlati szempontok a konzultáció megválasztásához és vezetéséhez</i> . . . . .	125
<i>III.3. Gyakorlat: A képzés befejezése: visszacsatolás és tapasztalatok</i> . . . . .	125



# ELŐSZÓ ÉS BEVEZETÉS A SZAKMAI MÓDSZERTANI SEGÉDANYAGHOZ

Jelen kötet *A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori intervenció tervezésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására* című képzéshez kapcsolódó módszertani tananyaghoz (HÁMORI 2018a) készült szakmai módszertani segédanyag (HÁMORI 2018b) második kiadása. A 2018-ban megjelent tananyagot és az ezt támogató szakmai módszertani segédanyagot a kora gyermekkori ellátásban dolgozó pszichológus és szakpszichológus szakemberek számára készítettük, a korai pszichodiagnosztikai ismeretek, a technikai és elméleti tudás és a munkagyakorlat támogatására. A képzési tartalom és a hozzá kapcsolódó tananyag speciális szemléletet és gyakorlati készségfejlesztést nyújt a területen dolgozó szakemberek számára: a kapcsolatban való gondolkodás elméletét és gyakorlatát vonja be a pszichodiagnosztikába és az intervenció tervezésébe a családokkal és kisgyermekkel folytatott munka során.

A szakmai módszertani segédanyag 2018-as első megjelenése óta számos változásnak lehetünk tanúi a kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés problémáinak felismerésében, valamint a kora gyermekkori gondozási és egészségügyi irányelvekben, s ezek indokoltá tették, hogy az első kiadásban közölt ismeretanyagot frissítsük, aktualizáljuk és kiegészítsük. 2016-ban angol nyelven, majd 2019 magyarul is megjelent a csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak legfrissebb, módosított osztályozása, a DC: 0–5™ (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood), amely számos új ismerettel bővítette tudásunkat a korai érzelmi, kapcsolati és viselkedési szabályozási problémákról és zavarokról. A DC: 0–5™ a korábbi DC: 0–3R-hez képest gyökeresen más megvilágításba helyezett bizonyos kora gyermekkori szabályozási zavarokat, beleértve azok elhelyezkedését a többi zavar között, valamint természetük és kritériumaik leírását is (ZEANAH–LIEBERMAN 2016).

Változott az egészséges csecsemő optimális táplálására vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv is (2019), amely magában foglalja a kizárólagos és a válaszkész anyatejes táplálás javaslatát. E javaslat mellett, hogy rugalmasabb irányelveket fogalmaz meg, a kapcsolati szempontot is beemeli a táplálás folyamatába, aminek helyes értelmezése sokszor állíthatja kihívás elé a szakembereket és a szülőket is.

A szülővé válás témája a harmadik olyan terület, ahol az utóbbi években ugrásszerűen megnőtt a legfrissebb kutatások száma. Ezek közül kiemelnénk az apasággal és az apai gondozási szerepekkel kapcsolatos legújabb eredményeket, melyek alátámasztják, hogy napjainkban az apák aktív szerepe is jelentősen nő a csecsemő gondozásában, ami érinti a családon belüli kapcsolatokat és az alkalmazkodás módjait is. Ezeket a változásokat és kezelésük módját feltétlenül ismernie kell a csecsemőkkel és kisgyermekkel foglalkozó pszichológus szakembernek.

A fentiek alapján a szakmai módszertani segédanyagban eszközölt tartalmi változtatások kiemelten három témát érintenek: elsősorban a csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok diagnosztikáját (I.2.1.), a korai táplálás irányelveit (I.2.2.) és a szülővé válás témakörén belül az apaság kérdését (I.1.2.). Emellett frissítettük és kiegészítettük a „Szülőkonzultáció a dinamikus rendszerszemléletben” (III.2.2.) című alfejezetet is, elsősorban a szülői kompetenciára és az énhatékonyságra vonatkozó újabb kutatási eredményekkel.

## A szakmai módszertani segédanyag a szakemberképzésben

A tananyagot (módszertani kézikönyv) kiegészítő *szakmai módszertani segédanyag* a kora gyermekkori intervenció kapcsolati szemléletének modelljeit és ezek alkalmazásának lehetőségeit foglalja össze a pszichodiagnosztika gyakorlatában. A tananyag, azaz a módszertani kézikönyv (HÁMORI 2018a) és a frissített módszertani segédanyag sok tekintetben átfedést mutatnak: az elméleti modellek, a szakirodalmi háttér és ezek gyakorlati szempontjainak bemutatása mindkét anyagban hasonló szerkezetben jelenik meg. A tananyagban ezek mellett számos olyan gyakorlati példa, képzési feladat is szerepel, melyek teljesítése és elvégzése a képzésben való részvételhez, a kis csoportos munkához, illetve a tutori munkához kötött. Éppen ezért ezek a feladatok, példagyűjtemények csak a tananyagban szerepelnek, a szakmai módszertani segédanyagban

nem. A szakmai módszertani segédanyag felépítése és tartalmi sajátosságai ugyanakkor lehetőséget adnak arra, hogy útmutatót, elméleti és gyakorlati irányvonalakat kínáljanak azok számára is, akiknek nincs lehetőségük részt venni a képzésben, ugyanakkor érdeklődnek a kapcsolati szemlélet pszichodiagnosztikai gyakorlatba ültetése iránt.

A képzés, valamint az ehhez kapcsolódó tananyag, illetve a szakmai módszertani segédanyag kidolgozása teammunkában zajlott. Képzési anyagunk a területen több évtizedes diagnosztikai, terápiás és oktatási gyakorlattal rendelkező klinikai szakpszichológusok, gyógypedagógusok és pszichoterapeuták bevonásával és részvételével állt össze. Köszönet illeti a Családbarát Ország NKft. munkatársait, elsősorban Kereki Juditot, aki az EFOP-1.9.5- VEKOP-16-2016-00001 „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” című kiemelt projekt szakmai vezetőjeként lehetőséget teremtett arra, hogy munkánk a projekt részeként létrejöhesse és megjelenjen. Mindemellett köszönettel tartozunk Szerencsés Hajnalkának és Kereszti Mariann-nak, akik kitartó munkájukkal segítették a szervezési és adminisztratív feladatokat.

## A módszertani szemléletváltás szükségessége a kora gyermekkori pszichológiai ellátásban

A pedagógiai szakszolgálatoknál 2013-ban jelent meg kötelezően ellátandó és kiemelt prioritású feladatként a kora gyermekkori intervenció, amely feladat indításához a szakszolgálatok nem kaptak teljes körű felkészítést sem az eszközök, sem a területre specializáltan képzett szakemberek szempontjából. A szakszolgálatokban dolgozó pszichológusok és szakpszichológusok még ma is a meglévő kapacitásuk terhére látják el a feladatot, változó színvonalon és sikerrel.

A szakszolgálatok munkáját szabályozó 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a kora gyermekkori ellátásban két szakfeladatot körvonalaz: (1) a gyógypedagógiai fejlesztést és gondozást, melynek fókuszában a komplex kora gyermekkori prevenció, tanácsadás és fejlesztés áll, a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása érdekében; (2) a nevelési tanácsadást, melynek fókuszában a prevenció és intervenció tevékenység keretében folytatott együttműködés áll a társszakmákkal, továbbá a gyermek korai fejlődési időszakában végzett teljes körű pszichológiai megsegítés és a családi mentálhigiénés intervenció (SZVATKÓ–SZAKÁCS 2017).

A szakszolgálatok tehát e két szakfeladatot, a korai fejlesztés-gondozás és a nevelési tanácsadás keretében láthatják el kora gyermekkori intervenció és prevenció feladataikat. A rendelet előírja a komplex pszichológiai és gyógypedagógiai szemléletet és szaktudást ötvöző ellátást, a szemléleti és módszertani felkészítésre azonban nem szolgáltat konkrét támpontokat.

Ez a hiány kiemelten érinti a nevelési tanácsadás feladatkörét ellátó pszichológus és szakpszichológus szakembereket, akik nem rendelkeznek olyan speciális, a kora gyermekkori ellátás területére vonatkozó pszichodiagnosztikai, valamint prevenció és intervenció eszköztárral, amelynek birtokában a családok és a gyermek megsegítése a kora gyermekkori biológiai, pszichológiai és szociális problémák összetettségének figyelembevételével, kapcsolati szemléletben és a különféle szaktudásokat ötvöző interdiszciplináris keretben lenne végezhető.

## A módszertani szemléletváltást megvalósító képzés céljai

A jelen projektben létrehozott módszertani anyaghoz egy továbbképzés kapcsolódik, amelynek célja egy olyan módszertani tárház elméleti és gyakorlati átadása a pedagógiai szakszolgálatokban a kora gyermekkori pszichológiai és mentálhigiénés ellátás területén dolgozó pszichológus és szakpszichológus szakemberek számára, amelyek fókuszában az alábbiak állnak:

- kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztika;
- az erre alapozott, tervezett prevenció és intervenció;
- valamint a szülő-gyermek kapcsolat támogatása a gyermekekkel és családjaikkal folytatott interdiszciplináris szakellátásban.

Hosszú távú cél, hogy a családok megsegítése érdekében a kora gyermekkori intervencióban dolgozó pszichológus és szakpszichológus szakemberek azonos szemlélettel és módszertani tárházzal vegyenek részt a kora gyermekkori pszichológiai ellátásban és az interdiszciplináris teammunkában. Mindez növeli az intervenció és a prevenció ellátórendszer hatékonyságát, és szélesíti a szolgáltatási spektrumot, amelyhez a rászoruló gyermekek és családjaik fordulhatnak.

## A módszertani szemléletváltást megvalósító képzés célcsoportja

A továbbképzés célcsoportja a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó (klinikai és mentálhigiénés, tanácsadó és pedagógiai) pszichológusok és szakpszichológusok. A célcsoporton belül a vidéki szakszolgálatoknál dolgozó pszichológusok kiemelt csoportot képeznek, mivel számukra nehezebben elérhetőek az eszköztárukat fejlesztő továbbképzések.

## A módszertani szemléletváltás középpontjában: a kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztika és intervenció a kora gyermekkori ellátásban

A kora gyermekkori intervenció tervezésének folyamatában a gyermek specifikus fejlesztése mellett elengedhetetlen a gyermeket körülvevő kapcsolati hálónak, elsősorban a gyermek és a család érzelmi erőforrásainak, valamint a fejlődést akadályozó rizikófaktoroknak a felmérése.

A pszichés funkciók fejlődésmenetének és a szülő-gyermek kapcsolati sajátosságoknak a felmérése alapvető ahhoz, hogy a gyermek fejlődését hátráltató érzelmi-pszichés problémák rendezése, segítése céltzottan tervezhető legyen. A gyermek fejlesztése mellett a szülő-gyermek kapcsolat támogatása és a szülői kompetencia növelése kiemelt feladat kell hogy legyen a pszichológiai segítségnyújtáson belül.

A szülőt partnerként bevonó, elsősorban a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs módszertanra épülő kapcsolatpszichológiai munka magában foglalja a *gyermek pszichodiagnosztikai*, valamint a *szülő-gyermek kapcsolat kapcsolatdiagnosztikai* felmérését és ennek alapján a kapcsolati folyamatok támogatását. A szülői biztonság és kompetencia rövid és hosszú távú megalapozása erősíti a kapcsolati folyamatokat, felkészíti a szülőket az eltérő fejlődésmenetű gyermekkel való kompetens foglalkozásra, és ezen keresztül segíti a gyermek optimális fejlődését.

A fenti szemléletben kidolgozott továbbképzés egymásra épülő tematikával elméleti és gyakorlati blokkokat foglal magában. A tematikában szerepelnek az ellátásba kerülés gyakorlati teendői, a problémafelismerés, a pszichodiagnosztika és a kapcsolatdiagnosztika módszertani kérdései és gyakorlata, valamint az intervenció és a prevenció lépéseinek megtervezése és a lépések kivitelezésének megvalósítása az interdiszciplináris teammunka keretein belül.

A *tananyag* (módszertani kézikönyv) és a *szakmai módszertani segédanyag* tartalmazza a terület szempontjából legfontosabb elméleti ismereteket és egy, a gyakorlati készségek fejlesztésére irányuló problémacentrikus technikai útmutatót is. A tananyagot emellett az *Esetpéldatár gyűjteménye* egészíti ki, részletes és tematizált megfigyelési jegyzőkönyvekkel és terápiás esetrészletekkel.

## A képzés, a tananyag és a szakmai módszertani segédanyag főbb elméleti témái:

- A kora gyermekkori problémák sajátosságai: fejlődési és kapcsolati problémák a kora gyermekkorban.
- A kapcsolati szemlélet modelljei a kora gyermekkori problémák felismerésében.
- Regulációs zavarok, eltérő fejlődés és a szülőség.
- A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori fejlődési és kapcsolati problémák felismerésében.

- A megfigyelés és a játék mint pszichodiagnosztikai eszköz.
- A kérdezés és az információszerzés módjai a kapcsolati szemléletben: fejlődési anamnézis, kapcsolatdiagnosztikai első interjú, regulációs fókuszú interjú.
- Kapcsolatdiagnosztika és az intervenció tervezése.
- Prevenációs és intervenciós módszerek a szülő-gyermek kapcsolat támogatására és megsegítésére a kora gyermekkori pszichológiai ellátásban.
- Etikai kérdések és kompetenciahatárok a kora gyermekkori kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztikában és az intervencióban.

## A képzés gyakorlatorientált

Az elméleti ismeretek bővítésén túl hangsúlyos a gyakorlati, tapasztalati tudás fejlesztése. A résztvevők kis csoportos formában dolgozzák fel a tapasztalati anyagot. A tapasztalati anyag feldolgozása részben a képzés számára előkészített megfigyelési anyagra (jegyzőkönyvek és videótárház) épül. Emellett a résztvevők a saját munkaterületükről hoznak gyakorlati példákat, melyeket a kis csoportos megbeszéléseken dolgoznak fel. A gyakorlati tematika többek között a következő témákat foglalja magában:

- az ellátásba vétel folyamatának lépései: problémaazonosítás és teendők;
- a kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztikai eszköztár (megfigyeléstechnika, interjúk, fejlődési diagnosztika használata) és a pszichodiagnosztikai térkép felállítása;
- az egyénre/családra/problémára szabott kapcsolati szemléletű intervenció tervezésének folyamata;
- prevenációs és intervenciós gyakorlat (konzultációs lehetőségek a szülő-gyermek kapcsolat támogatására).

## A szakmai módszertani segédanyag és a képzés viszonya

A szakmai módszertani segédanyag sok hasznos információt nyújt a kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztika és a családfókuszú intervenció tervezéséhez. Ugyanakkor a segédanyagban olvasható modellek és gyakorlati útmutatók csak akkor válhatnak igazán készségi szintűvé és épülhetnek be a munkagyakorlatba, ha az érdeklődő szakember részt tud venni a képzésben, hiszen a készségi szintű ismereteket „könyvből nem lehet megtanulni”.

A szakmai módszertani segédanyag tanulmányozásával a szakemberek új szempontokat, szemléleti keretet kaphatnak a kora gyermekkori fejlődési és pszichés problémák kapcsolati szemléletben történő felismeréséről és a területen alkalmazható pszichodiagnosztikai eszköztár módszertani sajátosságairól. Emellett betekinhetnek a prevenáció és az intervenció tervezésének a fenti módszereken és szemléleti keretben történő alkalmazásába is. Ugyanakkor csak a képzés elvégzésével várható, hogy a területen dolgozó szakemberek olyan gyakorlati kompetenciákra tegyenek szert, melyek birtokában készségi szinten tudják alkalmazni a kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztikát a korai problémák felismerésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására a kora gyermekkori intervenció területén. A szakmai módszertani segédanyag tehát nemcsak egyfajta útmutató, hanem hívogató is a szélesebb szakmai közönség számára a képzésre való jelentkezéshez.

Budapest, 2020. augusztus 31.

*Hámori Eszter,  
a kötet szerkesztője és egyik szerzője*

*Csabai Krisztina, Horváth Ágnes, Rajnik Mária, Tar Judit  
szerzők*



## HIVATKOZÁSOK

- EMMI – EGÉSZSÉGÜGYÉRT FELELŐS ÁLLAMTITKÁRSÁG – EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2019): *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról*. [http://szoptatas.info/sites/default/files/EMMI\\_szakmai\\_iranyelve\\_%20csecsemo.pdf](http://szoptatas.info/sites/default/files/EMMI_szakmai_iranyelve_%20csecsemo.pdf) (letöltve: 2020. 06. 30.)
- HÁMORI E. (szerk.) (2018a): *A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori intervenció tervezésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- HÁMORI E. (szerk.) (2018b): *A kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztika a kora gyermekkori pszichés problémák felismerésében és az intervenció tervezésében*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- 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 Mental Health Journal*, 37(5), 509–520. p.
- ZERO TO THREE: (2019): *DC: 0–5™: A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Budapest, Medicina.

## Részlet a szakmai lektor véleményéből

„Egy komplex, minden szempontból igen korszerű, és a képzendő célcsoport igényeihez, illetve feltételezett tudásszintjéhez igazodó tananyagról van szó [...]. A tananyag tartalmilag igen gazdag, alaposan körüljárja a szerteágazó témához tartozó elméleti és gyakorlati kérdéseket.

A képzési anyagban nagyon sok az olyan elem, amely csakis gyakorlati megközelítésben tanítható, ez a módszer a tanult fogalmakat és jelenségeket élettel tölti meg.

Szeretném külön kiemelni, hogy a képzés egésze olyan szakmai etikai normát képvisel, amely a páciens – legyen az gyermek vagy felnőtt – mindenkori tiszteletén, az egyéni sajátosságok, a személyes és kapcsolati nehézségek, illetve a patológiás csomópontok ítéletmentes elfogadásán és szakszerű, ám emberi párbeszédre nyugvó kezelésén alapul. A szülőket a kiadvány szerzői a pszichológus fontos segítőitársainak tekintik, akik hasznos és releváns megfigyelésekkel és formálódásra nyitott érzelmi-kapcsolati készlettel járulhatnak hozzá a problémák megoldásához.

A tananyagban – és ezáltal a képzésben – való elmélyülést olyan folyamatként is elismerés illeti, amelyben a képzendők az ismeretanyagot túli önismereti tapasztalatokat és magas szintű szakmaiságot is elsajátíthatnak. Ez a rendszerezett, a korai kapcsolatra fókuszáló, gyakorlatszemponturn tananyag és képzés mindeddig nem volt elérhető a továbbképzésekben, így a munka feltétlenül hiánypótlónak számít.”

Hódi Ágnes

# I. BEVEZETÉS: A KAPCSOLATI SZEMLÉLET A KORA GYERMEKKORI PSZICHOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

## I.1. A KAPCSOLATI SZEMLÉLET A KORA GYERMEKKORI PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN ÉS INTERVENCIÓBAN

### I.1.1. Hámori Eszter | A kapcsolati szemlélet gyökerei és jelentősége a kora gyermekkori pszichodiagnosztikában és intervencióban

#### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A kapcsolati szemlélet gyökerei

- Pszichoanalitikus baba-mama terápiák
- A részt vevő csecsemőmegfigyelés a pszichoanalitikusok képzésében
- A kötődési kapcsolat kutatásai
  - Egyéni mintázatok a kötődés fejlődésében
  - Anyai szenzitivitás és „gondolatolvasás”

A kapcsolat mint regulációs színtér: az anya-csecsemő kapcsolat interakciós mintázatai

- Korai állapot szabályozás: kontingens ritmusok az anya-csecsemő kapcsolatban
- Az én a kapcsolatban fejlődik: Daniel Stern modellje
  - A kölcsönös összehangolódás és szabályozás jellegzetességei
- A „klinikai ablak”: támpontok a korai kapcsolati és regulációs zavarok diagnosztikájához
  - A klinikailag fontos események sajátosságai
  - A mikroesemények jelentősége

Összefoglalás

Hivatkozások

## A KAPCSOLATI SZEMLÉLET GYÖKEREI

A csecsemőkorai fejlődés sokszínűsége, összetettsége és gyors változásai, a csecsemő viselkedésének helyzet- és kapcsolatfüggősége olyan dinamizmussal szembesíti a szakembert, amely – a legrugalmasabb diagnosztikai szemlélet mellett is – nehezen illeszthető egy-egy megfigyelés alapján szigorú kategóriákba. A regulációs és a fejlődési zavarok kapcsolati háttere az egyik legösszetettebb területe a korai fejlődésnek. A korai kapcsolat hiányából, illetve zavarából eredő fejlődési zavarokra már René Spitz árvaházi megfigyelései is felhívták a figyelmet. A szisztematikus gyermekmegfigyelések, mint amilyenek James és Joyce Robertson, Margaret Mahler, valamint Selma Fraiberg klinikai célú csecsemőmegfigyelései is voltak (lásd II.1.1.), a családban felnövekvő gyermekek tanulmányozásán keresztül mutattak rá a csecsemő- és kisgyermekkori szabályozási zavarok kapcsolati gyökereire (HÁMORI 2016). A kapcsolati szemlélet eredete a klasszikus pszichoanalitikus tárgykapcsolati iskola kiemelkedő személyiségeinek munkáira vezethető vissza (Ferenczi Sándor, Melanie Klein, a Bálint házaspár és követőik; FLASKAY 2010). Ők az áttételi és viszontáttételi folyamatokat – azaz a kapcsolat nem tudatos elemeit és folyamatait – emelték a megértés és a kezelés fókuszába. Ez a modell a korai, preverbális időszak kapcsolati és érzelmi történéseinek megértésére helyezte a hangsúlyt,

és ezáltal megalapozta többek között a baba-mama terápiák, a kötődéelmélet, valamint a kapcsolati folyamatok megértésének modern pszichoanalitikus elméleteit és gyakorlatát is (HÁMORI 2016).

## Pszichoanalitikus baba-mama terápiák

A pszichoanalitikus baba-mama terápiák két fő klasszikus irányzata, a Selma Fraiberg alapította San Francisco-csoport (FRAIBERG–ADELSON–SHAPIRO 1975) és a genfi Cramer és Palacio-Espasa-féle iskola (1993) a korai kapcsolatban keletkező problémák okát a szülők tudattalan, konfliktusos múltbéli tapasztalataira és megzavart kapcsolati mintázataira vezette vissza (HÁMORI 2016). Tapasztalataik szerint a szülők saját kapcsolati traumái során átélt szorongásai és indulatai élednek újra a csecsemőjükkel való interakcióik során. A szülők számára nem tudatos érzelmek a csecsemőre vetülnek, és megismélik azokat a kapcsolati mintázatokat, amelyek az eredeti trauma folyamatában keletkeztek. A szülők által elszenvedett traumák a korai interakciók apró mozzanatain keresztül így kerülnek át a szülőről a gyermekre és ismétlődnek generációról generációra, megakadályozva ezzel a kapcsolat harmonikus fejlődését. Selma Fraiberg szociálisan hátrányos helyzetű, bántalmazott múlttal küzdő családokkal folytatott munkája során azt tapasztalta, hogy a bántalmazás mintázatai, a múlt árnyai egy-egy mágikus pillanatban életre kelnek. Őt idézve:

*„Még azokban a családokban is, ahol stabil, biztonságos és szerető a légkör, betörhetnek a szülői múlt árnyai egy váratlan, mágikus pillanatban. A szülő és a gyermek egyszer csak elkezdenek újrajátszani egy jelenetet, ami valaha, valamikor régen, és egész más szereplőkkel már megtörtént. Egy másik család kel életre, akit a régmúlt árnyai uralnak. A múlt betolakodói saját jogaikat és hagyományait követelik. Valójában már több generáció óta kísértenek. Noha senki nem hívta őket, mégis megjelennek és újrajátszanak egy, már régen megírt tragédiát”* (FRAIBERG 1987, 100).

Fraiberg (1987) munkásságát azért emeljük ki Cramer gyakorlatával szemben, mert Fraiberg a szociálisan hátrányos helyzetű családokkal sok esetben a családok otthonában végezte a pszichoanalitikus szemléletű terápiát, amelyet azt otthoni közeg miatt találóan így nevezett el: „pszichoanalízis a konyhaasztalnál” (FRAIBERG 1982, 102; Cramer baba-mama terápiás megközelítéséről *bővebben lásd III.2.1.*). A terápia fókuszában a crameri gyakorlathoz hasonlóan a kapcsolati folyamatok segítése állt. Fraiberg azonban többnyire kifejezetten a kötődési zavarok korrekciójára, az anyai szenzitivitás és empátia erősítésére és ezen keresztül a megzavart kapcsolati mintázatok és traumatikus tapasztalatok patogén hatásának korrekciójára összpontosított. Tapasztalatai alapján született meg az a terápiás modell, amely a csecsemő- és kisgyermekkorú regulációs zavarok kezelésében a fókuszot a kapcsolat jelenben zajló, úgynevezett „itt és most” dimenziójára helyezte. Ezen belül is kiemelt jelentőséget tulajdonított a gyermek jelenlétének a terápiás üléseken, valamint a szülő-gyermek, a szülő-terapeuta és a gyermek-terapeuta interakciók megfigyelésének és értelmezésének.

## A részt vevő csecsemőmegfigyelés a pszichoanalitikusok képzésében

A kapcsolati szemlélet másik fontos gyökere Esther Bick és Martha Harris (1964) munkásságához vezethető vissza, akik bevezették a részt vevő csecsemőmegfigyelést a pszichoanalitikusok képzésébe. Felismerték, hogy egy egészséges csecsemő két éven át tartó szisztematikus megfigyelése a család otthonában és a megfigyelések csoportos feldolgozása számos készség fejlődését segíti elő, ami a pszichoterápiás attitűd elsajátításának elengedhetetlen eleme: fejleszti az objektív és a szubjektív történések szétválasztásának képességét és az önreflektivitást. Emellett a képzésben lévő szakember tapasztalatot szerez az anya-csecsemő kapcsolat szó előtti világáról, ami különösen hasznos lehet, amikor a korai kapcsolat regresszív élményvilágával találkozunk akár felnőtt, akár gyermek pácienseinél. Végül a megfigyelések elősegítik az érzékenységet a kapcsolati folyamatokra: a kapcsolatban keletkező érzelmek, gondolatok és fantáziák a megértés eszközeivé válnak (*bővebben lásd II.1.2.*).

## A kötődési kapcsolat kutatásai

A kötődélmélet a kapcsolati szemlélet fontos pillérévé vált. A pszichoanalitikus Bowlby (1969, 1974, 1980) az etológiai keret bevezetésével a kapcsolatban megfigyelhető érzelme- és viselkedésszabályozási mintázatok fejlődésére és evolúciós tényezőire irányította a figyelmet. A kötődési kapcsolatot egy olyan pszicho-biológiai rendszerként fogta fel, amelynek célja a szeparáció keltette stressz szabályozása és a biztonság keresése a csecsemő és az anya részéről is. Mary Ainsworth, Bowlby munkatársa a kötődés egyéni mintázatainak megfigyelésével és az anyai szenzitivitás kutatásával járult hozzá a korai kapcsolat sajátosságainak megértéséhez (HÁMORI 2015).

Mary Ainsworth Ugandában, majd Baltimore-ban végzett longitudinális megfigyeléseket a kötődési viselkedés egészséges fejlődésének csecsemőkorai tanulmányozására. Arra volt kíváncsi, hogy a közeledés és a távolodás szabályozásában milyen mintázatok alakulnak ki az anya-csecsemő pár kapcsolatában, és ezek a mintázatok milyen anyai sajátosságokkal vannak összefüggésben. A részletes megfigyelési jegyzőkönyvek lehetőséget adtak arra, hogy viselkedésszekvenciákat elemezzenek és jellemző interakciós mintázatokat keressenek a korai kapcsolat különféle kontextusaiban: etetéskor, gondozáskor, megnyugtatóskor és együttjátszás során (HÁMORI 2015).

### *Egyéni mintázatok a kötődés fejlődésében*

Ainsworth a Baltimore-projektben a gyermekek 1 éves korában kiegészítette megfigyeléseit egy laboratóriumi vizsgálati helyzettel, az „idegen helyzettel” (AINSWORTH–WITTIG 1969), melynek segítségével az anyától való rövid szeparáció keltette stresszhelyzetben a kötődés és az exploráció egyensúlyának egyéni mintázatait tudta azonosítani: a biztonságos, a szorongó-elkerülő és a szorongó-ambivalens kötődést.

### *Anyai szenzitivitás és „gondolatolvasás”*

A megfigyeléseken túl Ainsworth mindkét kutatásban tematikus interjúkat készített az anyákkal a gyermekgondozási szokásaikról és élményeikről. *Szenzitívnek* nevezte azokat az anyákat, akik az interjúban a csecsemő apró rezdüléseit, érzelmi megnyilvánulásait és feltételezett gondolatait is bevonták kapcsolatuk és csecsemőjük jellemzésébe. Eredményei szerint ezeknél az anya-csecsemő pároknál a közelség és a távolság szabályozása érzelmileg is harmonikusabb volt otthoni környezetben és „idegen helyzetben” is. Ezen belül a biztonságos kötődés kialakulásával szoros kapcsolatban állt az anya ráhangolódó és gondolatolvasó készsége. Ainsworth az anyai szenzitivitás skálájában így definiálta ezt a képességet:

*„Az anya ráhangolódik gyermeke jelzéseire. Megfelelően és elég gyorsan reagál rájuk. Képes a dolgokat gyermeke szemszögéből látni, gyermeke megértését nem zavarják saját érzelmei, és nem torzítják saját elhárító mechanizmusai. Rátermetten »olvassa« gyermeke jelzéseit, és még a legfinomabb, legapróbb jelzéseknek is érti az értelmét, és aszerint reagál azokra. Például ha úgy látja, hogy jobb nem beavatkozni, mert a gyermek túl izgatott, tapintatosan elfogadja, érti a gyermek állapotát, és felkínál egy alternatívát, ami segít a megnyugvásában”* (AINSWORTH 1969, 4; idézi HÁMORI 2015).

Ainsworthnek az anyai „gondolatolvasás” kiemelkedő szerepéről tett megfigyelése kiindulópontja lett az anyai mentalizáció kutatásai számára (HÁMORI 2015).

## A KAPCSOLAT MINT REGULÁCIÓS SZÍNTÉR: AZ ANYA-CSECSEMŐ KAPCSOLAT INTERAKCIÓS MINTÁZATAI

Az 1970-es évektől az anya-csecsemő interakciók elemzésével foglalkozó fejlődéslélektani kutatások alátámasztották, hogy az első életév kiemelt az interakciós minták és az érzelmi szabályozás fejlődése szempontjából. Ez az az időszak, amikor kialakul a csecsemő és az anya kölcsönös egymásra hangolódása a különféle interakciós kontextusokban, és felveszi a párja jellemző egyéni mintázatokat (BRAZELTON–KOSLOWSKI–MAIN 1974; STERN 1977). A videotechnika megjelenése jelentős előrelépést jelentett a korai kapcsolat interakciós kutatásaiban. A mikroelemzések láthatóvá tették a korai kapcsolat finom rezdüléseinek életkori jellemzőit, egyéni sajátosságait. (A kutatások részletes összefoglalását lásd HÁMORI 2016; 2017.)

## Korai állapot szabályozás: kontingens ritmusok az anya-csecsemő kapcsolatban

A modern interakciós kutatások, mint amilyen például Stern (1977, 1985, 1995), valamint Beebe és munkacsoportja (2014) vizsgálatai voltak, alátámasztották, hogy már az első 4 hónap is fontos a viselkedés-, az állapot- és az érzelmi szabályozás adaptív fejlődése szempontjából. Anya és csecsemője kölcsönösen összehangolódnak, aminek során az érzelmi csere és tükrözés kiemelt szerepet játszik akkor is, ha éppen nincsen szükség megnyugtatásra.

E kutatások szerint a kapcsolat formálódása több érzékleti csatornán zajlik egyszerre. A korai állapot szabályozás során a csecsemő kétféle stratégiát használ: az *ön szabályozást* és az *interaktív szabályozást*. Mindkét stratégia elemei – sírás, megnyugvás, kezdeményezés, reagálás, odafordulás, elfordulás, ránézés, mosolygás – már születéstől jelen vannak, és a csecsemő alkalmazza is ezeket. A stratégiák *egyéni mintázattá fejlődése* az első életév során az anyával való interakciók menetében alakulhat ki. A csecsemő a *kontingens, azaz az időben, térben és mintázatban összehangolt viselkedéses és érzelmi ritmusokat* érzékeli és építi be az *ön szabályozás* és az *interaktív szabályozás* egyéni mintázataiba. Van úgy, hogy a ritmusok szerveződésében a látás dominál, máskor az érintés vagy a hangjelzés a hangsúlyos. A lényeg, hogy a csecsemő *összhangot érzlel-e az általa kezdeményezett és az anyától jövő viselkedések között*. A kontingens ritmusok az interakciók során rendszerre szerveződnek, és alakítják az állapot szabályozás mintázatait már 3 hónapos korban is. Ezek a komplex mintázatok szoros összefüggésben vannak az érzelmi szabályozás és a kötődés minőségének alakulásával.

## Az én a kapcsolatban fejlődik: Daniel Stern modellje

Stern (1995) modelljének egyik nagyon fontos eleme az a megfigyelés, hogy az anya-csecsemő kapcsolat szabályozási mintái egészséges esetben a fejlődés egymást követő szakaszaiban *újraszerveződnek és egymásra épülnek a különböző szinteken*. A csecsemő minden egyes fejlődési szakaszban újabb társas, motoros, kognitív és affektív képességekkel vesz részt az interakciókban. Az anya a ráhangolódás és a szabályozás mintázataiban fejlődik, a csecsemő életkori feltételeihez alkalmazkodva. Így az interakciók mintázata is újraszerveződik, és minden egyes *témának*, amelyről az interakciós események szólnak, újra meg kell oldódnia a következő szinten.

### *A kölcsönös összehangolódás és szabályozás jellegzetességei*

*A szabályozás központi témája és az együttlét sémája:* az interakciós láncolatok már csecsemőkortól kezdve az egyezkedés témája köré szerveződnek a *bizalom, a függés és a függetlenedés, a kontroll és az autonómia* kérdéseiben. Anya és csecsemője között ezek a központi kérdések jelölik ki az interakciós mintázatok szabályozási jellemzőit. Például az anya, aki pár hetes csecsemőjének a szoptatás során elegendő önállóságot nyújt, az autonómia és a biztonság élményét közvetíti babájának. Cserébe ő maga is kompetensnek érzi magát a baba aktív táplálkozása miatt. Ez az interakciós mintázat lesz a táplálás *központi témája az együttlét sémájában*.

*A központi téma más területekre is áttevődhet.* A szabályozási mintázat a gondozás más területein is megnyilvánulhat, és kialakíthatja a „közös gyakoroljuk a kontrollt” élményét a baba-mama párban. A központi téma a következő szakaszok interakciós mintázataira is átvivődhet, és a későbbiekben is segíti a szabályozás optimális mintáinak újraszerveződését.

*Az interaktív csata:* Stern szemléletesen *interaktív csatának* nevezte azt az egészséges folyamatot, amelynek során *az adott fejlődési szakaszra jellemző – az új készségeket és funkciókat magában foglaló – optimális regulációs minták kialakulnak*. A csata tárgya minden szakaszban ugyanaz: az optimális szabályozás kialakítása. Csak *a csatatér változik a különböző fejlődési szakaszokban*.

*Interaktív „csataterék” a fejlődés során:* az újszülöttkorban, nagyjából 3 hónapos korig a fiziológiai állapotok szabályozása a csatatér, az alvás és az ébrenlét, illetve az éhség és a jóllakottság periódusainak optimális kialakítása. A következő szakaszban, 3 és 5 hónapos kor között a szemtől szemben interakciók kerülnek a fókuszba. Később, 5 és 8 hónapos kor között az interakcióban megjelennek a játéktárgyak. Ezt követően,

a mozgásfejlődés beindulásával a közeledés, távolodás, majd 12 hónapos kor körül a kötődés, később a beszéd, majd az önállóság lesznek a regulációs minták újraszerveződésének *csatateréi*.

## A „klinikai ablak”: támpontok a korai kapcsolati és regulációs zavarok diagnosztikájához

Stern „klinikai ablak” fogalma a fenti modellen alapszik és támpontot nyújt a korai kapcsolat és reguláció zavarainak felismeréséhez (HÁMORI 2010, 2016). Az „együttlét sémái” az egyes fejlődési szakaszokban egyfajta ablakot jelentenek, amelyen keresztül rátekinthetünk az adott szakasz szabályozási mintáztatának, a „csataternek” az egyéni jellemzőire (STERN 1995). Ezek a mintázatok lehetnek adaptívak vagy maladaptívak az adott szabályozási terület szempontjából. A „klinikailag fontos események” nyújtanak támpontot a probléma jellegének és súlyosságának felméréséhez.

### *A klinikailag fontos események sajátosságai*

- A „klinikailag fontos események” a kapcsolati zavar alapját képező dinamikus interakciókat, érzelmeket, szubjektív pszichés történéseket foglalják magukba.
- Az anya-csecsemő kapcsolat hétköznapi, nap mint nap ismétlődő, általában nem verbális mikroeseményeiből tevődnek össze.
- Ezek az események az *itt és mostban az anya és csecsemője között zajló valós interakciós történések és ezek szubjektív élményei*.
- Többnyire néhány másodperces szekvenciák, amelyek sokszor épp rövidségük miatt nem tudatosulnak az interakcióban részt vevő partnerekben és a megfigyelőben sem.
- Például a csecsemő az anya depresszióját a mikroesemények szintjén éli meg: az anya affektív bevonódásának vagy kívülállásának viselkedésjegyeit érzékeli. Ő maga is eltérően reagálhat a depresszív anyára, attól függően, hogy milyen szintű anyai bevonódást vagy kívülállást érzékel.
- Az események *ismétlődőek*, és az anya-csecsemő párra *jellemző regulációs mintázatokká állnak össze* az együttlét különböző helyzeteiben.
- Egyetlen vagy csupán néhányszor ismétlődő interakciós zökkenő *még nem hoz létre regulációs zavarra jellemző mintázatot*.
- Hosszú távon és több kapcsolati területen is megnyilvánuló maladaptív szabályozási mintázatok jelezhetik a korai kapcsolat és a reguláció zavarait.

### *A mikroesemények jelentősége*

- A videotechnika segítségével a mikroesemények szintje láthatóvá válik.
- A probléma jellege függ a kontextustól is, amelyben az interakció zajlik. Jól megfigyelhető például, hogy a depresszív anya-csecsemő interakciós mintázat egyetlen pár esetében is sokféle formát ölthet.
- Az események mikroszintje kiemelten fontos a csecsemőkori regulációs zavarok kapcsolati diagnosztikájában.
- A „interaktív csatateren” zajló folyamatok támpontot adhatnak az egészséges és a zavart regulációs minták felismeréséhez, vagyis ahhoz, *amikor a csatater „küzdőtérre” változik*.
- A „klinikai ablak” az egészséges fejlődés tükrében és az egyes szakaszok fő fejlődési feladataihoz viszonyítva keresi *azokat az interakciós mintákat, amelyek szabályozási zavarra utalnak*.
- *Hangsúlyozni kell, hogy a klinikai ablak nem diagnosztikai rendszer, hanem támpontok rendszere a megfigyeléshez, és ezen keresztül a regulációs zavar dinamikájának felismeréséhez* (HÁMORI 2010).

# ÖSSZEFOGLALÁS

A kapcsolati szemlélet gyökerei

- Szisztematikus gyermekmegfigyelések
- Pszichoanalitikus tárgykapcsolati iskola: a preverbális időszak kapcsolati történései
- Baba-mama terápiák
- Kötődéelmélet
- Interakciós modellek és kutatások

Pszichoanalitikus baba-mama terápiák

- A „szülői múlt árnyai”: a szülői traumatizáció az anya-csecsemő kapcsolatban
- A gyermek jelenléte a terápiás órán
- Kapcsolati folyamatok itt és most kezelése, a múlt figyelembevételével

A részt vevő csecsemőmegfigyelés a szakemberképzésben

- A kapcsolatban keletkező érzelmek, gondolatok és fantáziák a megértés eszközeivé válnak

A kötődési kapcsolat kutatásai

Ainsworth Uganda- és Baltimore-kutatási tanulmányai bizonyították, hogy a kötődési viselkedés fejlődésében és egyéni mintázatainak kialakulásában meghatározó szerepe van:

- a *korai interakciós mintázatok* sajátosságainak és változatosságának
- az *anyai szenzitivitásnak* és a *válaszkészségnek*

Az anyai szenzitivitás középponti elemei

- A baba jelzéseinek észlelése
- A jelzésekre való ráhangolódás
- A jelzések adekvát értelmezése, a „gondolatolvasás”
- A jelzésekre adott megfelelő válaszreakció

Az anya-csecsemő kapcsolat interakciós mintázatai

- A mikrointerakciók jelentősége
- A kontingensritmusok: az állapot- és érzelemszabályozás alapjai

Az én a kapcsolatban fejlődik: Daniel Stern modellje

- Az együttlét sémái
- Életkori csatateretek
- Kapcsolati minták: újrászerveződnek az egyes szakaszokban

A „klinikai ablak”

- Támponot ad a korai kapcsolati és szabályozási zavarok felismeréséhez
- A klinikailag fontos események sajátosságai

## HIVATKOZÁSOK

- AINSWORTH, M. – WITTIG, B. (1969): Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In FOSS, B. (szerk.): *Determinants of infant behavior, Vol. 4*. New York, Barnes & Noble.
- BEEBE, B. – LACHMANN, F. M. (2014): *The origins of attachment*. New York–London, Routledge.
- BICK, E. (1964): Notes on infant observation in psychoanalytic training. *The International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558–566. p.
- BRAZELTON, T. B. – KOSLOWSKI, B. – MAIN, M. (1974): The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In LEWIS, M. – ROSENBLUM, L. A. (szerk.): *The effect of the infant on its caregiver*. New York, Wiley, 49–76. p.
- CRAMER, B. – PALACIO-ESPASA, F. (2012): *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata*. Budapest, Medicina.
- FLASKAY G. (2010): *Pszichoanalitikus terápia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina.
- FRAIBERG, L. (1987): *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus, Ohio State University Press.
- HÁMORI E. (2010): Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In NÉMETH T. (szerk.): *XII. Családbarát Konferencia – Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban*. Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- HÁMORI E. (2015): *A kötődéselmélet perspektívái. A klasszikusoktól napjainkig*. Budapest, Animula.
- HÁMORI E. (2016): *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődéselmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest, Oriold és Társai.
- HÁMORI E. (szerk.) (2017): „TEAM AROUND THE CHILD.” *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről*. Budapest, Humanitás Szociális Alapítvány.
- STERN, D. N. (1977): *The first relationship: Mother and Infant*. Cambridge, Harvard University Press.
- STERN, D. N. (1985): *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula.
- STERN, D. N. (1995): *Az anyaság állapota*. Budapest, Animula.



## 1.1.2. Csabai Krisztina | Várandósság: az anyai és az apai szerepek kialakulása

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

Szülővé válás

- A várandósság időszaka
- Az anyai identitás kibontakozása
  - Élet és fejlődés
  - Az elsődleges viszonyulás
  - A támogató mátrix
  - Az identitás újraszerveződése
- Apaság és apai szerepek

Összefoglalás

Hivatkozások

### SZÜLŐVÉ VÁLÁS

Novick és Novick (2014) elméleti modellje szerint a szülővé válás önálló fejlődési szakasz, amely túlmutat a várandósság és szülés időszakán. Ez a szakasz a gyermeknevelés hosszú távú feladatain keresztül mutatkozik meg, amelyben a gyermeket vállaló felnőttek képessé válnak önmagukon túlmutató feladatok vállalására. A generativitás által a személyiség önmagát meghaladó módon bontakozik ki, méghozzá a szülői szereppel való azonosulással párhuzamban. Ez megmutatkozik a szülői felelősségvállalásban, a kreativitásban és a hosszú távú célok kijelölésében, melyek segítségével a szülő helytáll a mindennapokban, a fejlődési szükségleteknek megfelelően gondoz, védelmet nyújt, táplál és bátorít.

Ahogy a szülő álmodozik gyermeke jövőbeli tulajdonságairól, életlehetőségeiről, úgy alakítja és formálja önmagát annak érdekében, hogy álma megvalósuljon. A gyermek növekedésével és fejlődésével együtt alakulnak és formálódnak a szülői ábrándozások, így érthető, hogy a szülővé válás folyamata a gyermeki fejlődéssel összhangban periódusokban történik. Ezek az úgynevezett alszakaszok a gyermek fejlődését támogató szülői feladatok adaptív megoldását igénylik. Fejlődési elakadások, problémák és nehézségek esetén a felelősségvállalásból eredő szülői reflektivitás biztosítja, hogy a gyermek képessé váljon meghaladni és leküzdeni az akadályokat. A szülővé válás már a várandósság időszakában megindul mindkét szülőfélben (STERN 1995, 2006); a magzat tulajdonságairól és a megszületendő gyermekről való fantáziák jól jelzik ezt.

### A várandósság időszaka

Benedek (1959) az elsők között utal arra, hogy az anyává válás olyan fejlődési szakasz, mely során a szelf és az identitás átalakul. Amennyiben az anya képes kielégíteni gyermeke szükségleteit, az a siker, az elégedettség, a teljesítmény, ezen keresztül pedig a hatékonyság érzetét biztosítja. Amennyiben erre nincs módja vagy erre nem képes, a sikertelenség, a kudarc, az alkalmatlanság élménye tölti el. Benedek ezt „érzelmi szimbiózisnak” (BENEDEK 1959, 392) hívja, mivel ez hatással van mind a baba, mind az anya pszichés élményvilágára, ráadásul mindkettőjük számára átélhető. Ez ahhoz a következtetéshez vezet, hogy az anyaság nem csupán előrehuzalozott, ösztönös mintakövetés eredménye, hanem a gyermekkel való interakcióban alakul, melyre hatással vannak az anya múltjában megtapasztalt emlékek (BARNARD–SOLCHANY 2002). Anyai szerepviselkedésnek (mothering) nevezzük ezek mentén az anyaság értékével, tartalmával kapcsolatban megfogalmazódó és az anyai magatartásban kifejezésre jutó attitűdöket, gondolkodási és viselkedési megnyilvánulásokat, melyek már a várandósság időszakában elkezdnek formálódni. Összetevői az anyai

élettapasztalatok, ismeretek és a saját anyával való kapcsolatban tudattalanul rögzült attitűdök, beállítódások (KOMLÓSI 1997).

Josten (1982; idézi BARNARD–SOLCHANY 2002) a fenti elméletre alapozva alakít ki egy, a várandósgondozás időszakában alkalmazható strukturált kérdőívet, mely azon anyák kiszűrését célozza, akiknél az anyai szerepviselkedés problematikus lehet, így valószínű, hogy a gyermek gondozásával kapcsolatban nehézségek jelennek meg. A kérdőív felméri (1) az anyasággal kapcsolatos ítéleteket és az anyasággal kapcsolatos gondolatok komplexitását; (2) a kötődéseket; (3) azt, hogy mennyiben hagyatkozik az anya a születendő gyermekre mint jelentős másikra; (4) az anya fizikai jóllétét, (5) továbbá az anyaság kialakulását veszélyeztető problématerületeket, például a gyermekgondozásról való tudás hiányát, a kognitív funkciók elégtelenségét, a mentális zavarok jelenlétét, a támogatás hiányát, a házastársi bántalmazást, a szerhasználatot stb. Ezek a tényezők tehát azok, melyek az anyaság formálódásában részt vesznek, már a várandósság időszakában megjelennek, mindemellett a csecsemővel való interakciós folyamatokat is meghatározzák.

Winnicott (1956) az anyává válás folyamatában megemlíti egy sajátos pszichológiai állapotot, az „elsődleges anyai elmerülést”, amely a várandósság alatt, főleg annak az utolsó harmadában jelentkezik (magyarul: WINNICOTT 2004). Ebben az állapotban az anya fokozott szenzitivitással jellemezhető, a figyelme a külvilágról a magzat felé irányul, a magzat iránti teljes elfogadás és a csodálat jellemzi, melyet a pszichotikus és a szerelmi állapothoz hasonlít. Ez a befelé fordulás segíti az anyai szenzitivitás kialakulását, melynek segítségével az anya felismeri újszülöttje jelzéseit, majd megválaszolja azokat. Az „elsődleges anyai elmerülés” csak mentálisan egészséges anyáknál fordul elő. A posztpartum időszakban még egy rövid ideig jelen van, de amint elmúlik, már nehezen felidézhető. Normatív állapotnak tekinthető, mely fokozatosan átadja a helyét az elég jó anyaságnak, amiben az anya kellően odaadó és érzékeny, ugyanakkor mégsem mentes a hibázás lehetőségeitől (ANTOINE 2010).

Mindezek mentén érthető, hogy a szülést követően az anyai élményvilágot nem csupán a pozitív érzelmek jellemzik, hanem megjelenik a szorongás, a kétségbeesés és a félelem is. Ezt erősítik a hormonális változások, az anya önmagáról alkotott képének megváltozása, a testi átalakulás, illetve a családi rendszerben bekövetkező változások (ANTOINE 2010). Emellett az anyai szorongásokat tovább erősíti, ha a várandósság alatt a gyermekről alkotott fantáziák nagyon különböznek a megszületett, „valódi” csecsemő tulajdonságaitól (STERN 2006).

## Az anyai identitás kibontakozása

Stern (1995) szerint a csecsemő beleszületik abba a speciális anyai élményvilágba, amely a viselkedés, az érzékelés, a fantáziák, a félelmek és vágyak három területét érinti. Az első kiemelt terület az *anyai belső párbeszéd a saját anyával* mint gondozó modellt nyújtó személlyel. Jó példa erre az olyan anyai mondat, amely az anyával való azonosulás vagy ellenazonosulás tartalmait foglalja magában, például: *„Ezt biztosan másképp fogom csinálni, mint az én anyám.”* A második terület az *anya párbeszéde a saját gondozó szerepkörében megmutatkozó önmagával*, például: *„Teljesen mindegy számomra, hogy milyen a babakocsi, mert hordozókendőt használok.”* A harmadik terület pedig az *anya belső párbeszéde a csecsemővel saját gondoskodó anyaságáról*, amely például az ilyen kifejezésekben jelenik meg: *„Máris tele lesz a pocakod? Most tisztába teszek és sokkal jobb lesz.”*

Winnicott-tal szemben Stern úgy véli, hogy az anyai identifikáció kiemelt jelentőségű, és akár évekig is tarthat, s ennek figyelembevétele nélkül „nehéz megragadni az anyák által megtapasztalt fontos, szubjektív témákat, a segítséget igénylő problémák mintáját és az általuk megkívánt terápiás szövetséget” (STERN 1995, 171).

Stern szerint az „anyaság állapota” négy téma körül körvonalazódik, melyeket a gyermekkel átélt tapasztalatok alakítanak. Az anyaság állapota gondolatok, vágyak, félelmek, emlékképek és indítékok szervezett csoportja, melyek meghatározzák az anyai viselkedést, magatartást, a gyermekre irányuló anyai értelmezéseket, az anya személyközi viszonyait és érzéseit. Ez a négy terület: az *élet és fejlődés* témája, az *elsődleges viszonyulás* témája, a *támogató mátrix* témája és az *identitás újraszerveződésének* témája.

### *Élet és fejlődés*

Az *élet és fejlődés témája* azokat a természetes félelmeket foglalja magában, amelyek az életerő és az alkotóképesség kudarcától való félelmek talaján bontakoznak ki. Ennek következménye, hogy az anya aggódik csecsemője fiziológiai jóllétéért; emiatt ellenőrzi a baba éjszakai légzését, emiatt válik fontossá a szoptatás és az üvegből való táplálás közti választás, és emiatt válik az etetés létfontosságúvá. Az anyában ilyen kérdések merülhetnek fel:

- Képes-e szeretni a gyermeket, és érzi-e, hogy a gyermek viszonszereti őt?
- Képes-e sajátjának – felelősségben, gondoskodásban – tekinteni a csecsemőt?
- Képes-e a gyermek szükségleteire válaszolni?
- Képes-e nem verbális módon kapcsolódni?
- Képes-e a gyermekkel játszani, önfeledten élvezni az együttlétet?
- Természetes-e mint anya?

### *Az elsődleges viszonyulás*

Az *elsődleges viszonyulás* témája a gyermek életében való anyai társas-érzelmi részvételre vonatkozik, így kiterjed a kötődés, a biztonság, a gyengédség kialakulására, a gyermek ritmusainak szabályozására, az affektív és a társas jelzések kibocsátására és felfogására, a szándékok és az interszjektív tartalmak egyeztetésére. Olyan félelmeket mozgósít az anyában, mint az alkalmatlanság, az elégtelenség, az üres és önző anyaság. Ezek kapcsán ilyen kérdések merülnek fel az anyában:

- Képes-e szeretni a gyermekét, és érzi-e, hogy a gyermek viszonszereti őt?
- Elhiszi és elismeri-e, hogy a gyermek a sajátja?
- Képes-e a gyermek szükségleteire válaszolni?
- Képes-e nem verbális módon a gyermekhez kapcsolódni?
- Képes-e a gyermekkel játszani és önfeledten élvezni az együttlétet?
- Természetes-e mint anya?

### *A támogató mátrix*

A *támogató mátrix* témája magában foglalja az anya támogatás, védettség iránti igényét, és ennek megteremtésében és fenntartásában megmutatkozó erejét, amely lehetővé teszi és elősegíti a feladatok megoldását is. A támogató mátrix fő feladata, hogy védje az anyát, a szükségleteit kielégítse, és tehermentesítse a külső elvárások követelményeitől annak érdekében, hogy képes legyen a gyermek érzelmi-lelki fejlődésének megfelelő háttérrel biztosítani. Másodsorban a támogató mátrix feladata az, hogy az anya azt érezze, hogy elismerik, megbecsülik és segítik. Ez a segítő szerep ébreszti fel az anyának a saját anyjával, nagymamájával, és más anyafigurákkal való korai azonosulását. Stern szerint „a nőnek egyes új szerepeiben inkább egy jóságos anyára vagy nagymamára van szüksége, s nem a férjére” (STERN 1995, 178). A 21. században kialakuló családi szerepek tekintetében vélhetően emiatt is kap kiemelkedő jelentőséget a „gondoskodó apaság”, mivel a korábbi generációk a nukleáris családmodellben nem tudják nyújtani a támogatás háttérét.

A félelmek fő forrása ennél a témánál az, hogy az anya kudarcot vallhat a támogató mátrix kiépítésében és fenntartásában; hogy bírálják, destruktívnak vagy alkalmatlannak ítélik és a sorsára hagyják, vagy lebecsülik és egyszerűen nem tartják „elég jónak”. Amennyiben a támogató mátrix egy vagy több tagja az anyát nem fogadja el gondoskodó anyai szerepében, az anya félni kezd gyermeke szeretetének elvesztésétől – ezzel párhuzamosan saját szerethetőségében is kezd kételkedni –, vagy attól, hogy ő maga nem szereti eléggé a gyermeket. Jellegzetes kérdések:

- Elég-jó anya vagyok-e?
- Jobb anyja lenne-e az anyám/anyósom? (Verseng-e valaki az anyával?)
- Verseng-e a férj a gyermekkel az anya figyelméért?

### *Az identitás újrászerveződése*

Az *identitás újrászerveződésének* témája az anyai önazonosság átalakítására és újrászerveződésére irányul. Az anya identitásának középpontjává az anyaságát helyezi: a leánygyermekből anya lesz, a feleségből szülő, a karrierépítőből családanya. Amennyiben ez a folyamat sikertelen, az első három téma fejlődésében is elakadások jelentkezhetnek.

Stern amellett érvel, hogy az anyaság állapota a posztmodern információs társadalmakban élő anyákra jellemző lelki folyamat. Ezek alapján nem univerzális és veleszületett, hanem annak következménye, hogy a posztmodern társadalmakban a gyermek értéknek számít, az anya áldozatokat hoz a gyermekért, pl. feláldozza saját korábbi identifikációját, mindemellett a gyermekvállalást a gyermek iránti vágy szabályozza. Az anyaszerep annak ellenére elismert jelen korunk nyugati társadalmában, hogy az anyai viselkedés megítélése az anyaszerepben való boldogulás függvényeként alakul.

Mindezzel összhangban Raver és Leadbeater (1999) az anyaságba való átmenet nehézségeinek jelentőségét emeli ki a jelen korban, mivel a gyermek temperamentumával kapcsolatos nehézségek, a társas támogatás hiánya, a magas szintű stressz, a fiatal szülői életkor, az alacsony iskolai végzettség, az alacsony jövedelem, a generációk közötti szakadékok és ellentmondások csökkentik az anyai szereppel való elégedettséget. Hangsúlyozzák, hogy a fenti tényezők együttes megjelenése az, ami azonosíthat egy rizikócsoportot, vagyis e tényezők együttes megjelenése esetén várható az anyaságba való átmenet problematikája, várhatók az anyai identifikációval kapcsolatos nehézségek.

## Apaság és apai szerepek

Az apai szerepek a biológiai előrehuzalozottságon túl nagymértékben függnek a kulturális és társadalmi változásoktól (PAQUETTE 2004). Williams (2008) korábbi szerzőkre hivatkozva az apaság történelmének négy szakaszát különbözteti meg koronként: az első periódusban – az ipari forradalom előtt – az apák mint „erkölcsi nevelők” voltak jelen a gyermeknevelés területén. Az ezt követő második periódusban, az ipari forradalom alatt a tipikusan női és a tipikusan férfi szerepkörök erőteljes elkülönülésével felerősödött a nemi munkamegosztás, amely a gondoskodó és az ellátó funkciók mentén határozta meg a családon belüli szerepeket; ez az apák számára a „kenyérkereső” szerepkört jelölte ki. Az ipari forradalmat követően a harmadik periódusban az apákra elsősorban „nemi szerepmodelleként” tekintettek, akiknek legfontosabb feladata a könnyen meghatározható maskulin minta továbbadása. Végül a legújabb, a jelenkorhoz kötődő időszakban már a gondoskodó apaságot („involved fathering” – aktív apai törődés; TAKÁCS 2017) tekintjük követendőnek és elfogadottnak, amelyhez a korábbi periódusokban kijelölt szerepelvárásokon túl hozzákapcsolódik az apai involválódás, a családi életbe és a gyerekevelésbe való nagymértékű bevonódás és az apai gondoskodó szerepkör (HORVÁTH 2020).

Az apák hatása a gyermeki fejlődésre több módon fejeződik ki. Direkt hatással vannak egyrészt az apai viselkedésen, a gyermek iránti attitűdökön keresztül, ezen túl pedig indirekt hatással vannak az egzisztenciális feltételek megteremtésén és az anya számára nyújtott érzelmi biztonságon keresztül. Ezek az indirekt hatások sokszor nagyon jelentősek, így kiemelt fontosságú a rendszerszemléletű gondolkodás, amikor az édesapák és gyermekeik kölcsönhatását vizsgáljuk. Számos kutatás mutatja ki az összefüggést az apai gondoskodás mértéke és minősége, valamint az utódok egészségi állapota között (összefoglalásként lásd CABRERA et al. 2000; GEARY 2000). Összefüggés mutatkozik például az apai bevonódás mértéke és a gyermek külvilág felé való orientálásában: a több fizikai elemet, incselkedést tartalmazó közös játékokon keresztül fejlődik a kockázatvállalás, a felfedező, bátor viselkedés, a saját érdekekért való kiállás és az akadályok legyőzése. Továbbá az apák a gyermek fejlődő nyelvi készségeit is kihívás elé állítják azáltal, hogy nem annyira törekednek az egyszerű nyelvezetre és több visszakérdezést alkalmaznak (PAQUETTE 2004). Más kutatások összefüggést találtak a magas apai bevonódás és a gyermek megnövekedett kognitív kompetenciája, magasabb empátiája és a belső kontroll nagyobb mértéke között (PRUETT 1983; RADIN 1994; SARKADI et al. 2008; LAMB 2010).

# ÖSSZEFOGLALÁS

Várandósság: az anyai és az apai szerepek kialakulása

A szülőség mint fejlődési szakasz

- Túlmutat a várandósság és a szülés időszakán, a nevelés hosszú távú feladatain keresztül nyilvánul meg (NOVICK–NOVICK 2014)
- Alszakaszok: a gyermek fejlődési szintjével együtt járó feladatok adaptív megoldása

Várandósság – anyai szerepviselkedés

- „Érzelmi szimbiózis” (BENEDEK 1959): anya és gyermek közötti kölcsönös interakció, amely hatással van az anya és a baba pszichés élményvilágára
- Az anyaság nem ösztönös mintakövetés:
  - az anya múltjában megtapasztalt emlékek
  - a gyermekkel való interakciók
- Anyai szerepviselkedés (mothering): az anyaság értékével, tartalmával kapcsolatban megfogalmazódó és az anyai magatartásban kifejezésre jutó attitűdök, gondolkodási és viselkedési megnyilvánulások

Elsődleges anyai elmerülés (WINNICOTT 2004)

- Sajátos pszichés állapot:
  - a várandósság alatt jelentkezik
  - fokozott szenzitivitás: az anya figyelme a külvilágtól befelé irányul → a gyermek jelzéseinek észlelése és megválaszolása
  - amint elmúlik, nehezen felidézhető
  - normatív állapot
  - fokozatosan átadja helyét az „elég jó anyaságnak”

Az anyaság állapota (STERN 1995)

- Gondolatok, vágyak, félelmek, emlékképek és indítékok szervezett csoportja, melyek meghatározzák az anyai viselkedést, magatartást, a gyermekre irányuló anyai értelmezéseket és az anya személyközi viszonyait és érzéseit
- Évekig is eltarthat
- Elsődleges jelentőséggel bír az anya életében
- A gyermekkel átélt tapasztalatok során alakul:
  - élet és fejlődés
  - az elsődleges viszonyulás
  - a támogató mátrix
  - az identitás újraszerveződése

Élet és fejlődés

- Aggodalmak a csecsemő életképessége miatt
- Aggodalmak amiatt, hogy az anya kárt okoz gyermekének
- Aggodalmak amiatt, hogy mennyiben képes ellátni anyai feladatait

Az elsődleges viszonyulás

- Az anya képes-e szeretni a gyermeket?
- Érzi-e, hogy a gyermek viszonyszereti őt?
- Elhiszi és elismeri-e a gyermeket sajátjaként?
- Képes-e nonverbális módon a gyermekéhez kapcsolódni?
- Képes-e a gyermekkel önfeledten élvezni az együttlétet?

#### A támogató mátrix

- Feladata:
  - az anya védelme, szükségleteinek kielégítése, tehermentesítés → anya képes legyen az első két feladatnak megfelelni
  - megbecsülés, elismerés, kísérés, irányítás, segítség az anya felé → az anyafigurákkal való azonosulás és ellenazonosulás
- A félelemek fő forrása: kudarc a támogató mátrix kiépítésében és/vagy fenntartásában:
  - bírálják, destruktívnak vagy alkalmatlannak ítélik, sorsára hagyják, lebecsülik

#### Az identitás újrászerveződése

- Lánygyermekből anya
- Feleségből szülő
- Dolgozó nőből családanya

## HIVATKOZÁSOK

- ANTOINE, C. (2010): *A terhesség és az anyaság pszichológiája*. Budapest, Saxum. Kiadó Kft.
- BARNARD, K. E. – SOLCHANY, J. A. E. (2002): Mothering. In BORNSTEIN, M. H. (szerk.): *Handbook of parenting*. Volume III. *Being and becoming a parent*. Lawrence, Erlbaum Associates.
- BENEDEK, T. (1959): Parenthood As A Developmental Phase: A Contribution to the Libido Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 389–417. p.
- CABRERA, N. J. et al. (2000): Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127–136. p.
- GEARY, D. C. (2000): Evolution and proximate expression of human paternal investment. *Psychological Bulletin*, 126(1), 55–77. p.
- HORVÁTH B. (2020): *Édesapák szülői kompetencia érzése múltbeli és jelenbeli élményeikkel összefüggésben*. Szakdolgozat. Budapest, PPKE BTK.
- KOMLÓSI P. (1997): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. A család helyzete a társadalomban. In GEREVICH J. (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Budapest, Animula.
- LAMB, M. E. (2010): How do fathers influence children's development? Let me count the ways. In uő. (szerk.): *The role of the father in child development*. Hoboken (NJ), John Wiley & Sons.
- NOVICK, K. K. – NOVICK, J. (2014): *Munka szülőkkel gyermekterápiában*. Budapest, Animula.
- PAQUETTE, D. (2004): Theorizing the Father-Child Relationship: Mechanisms and Developmental Outcomes. *Human Development*, 47(4), 193–219. p.
- PRUETT, K. D. (1983): Infants of Primary Nurturing Fathers. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38(1), 257–277. p.
- RADIN, N. (1994): Primary-Caregiving Fathers in Intact Families. In GOTTFRIED, A. E. – GOTTFRIED, A.W. (szerk.): *Redefining Families. Implications for Children's Development*. Boston (MA), Springer.
- RAVER, C. C. – LEADBEATER, B. J. (1999): Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology*, 13(4), 523–534. p.
- SARKADI A. et al. S. (2008): Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Pædiatrica*, 97(2), 153–158. p.
- SHOLIM, N. et al. (2015): „It's like giving him a piece of me.”: Exploring UK and Israeli women's accounts of motherhood and feeding. *Appetite*, 95, December, 58–66. p.
- STERN, D. N. (1995): *Az anyaság állapotja*. Budapest, Animula.
- STERN, D. N. (2006): *Anya születik. Arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Budapest, Animula.
- TAKÁCS J. (2017): Aktívan törődő apák Magyarországon. *Szociológiai Szemle*, 27(3), 104–126. p.
- WILLIAMS, S. (2008): What is Fatherhood? Searching for the Reflexive Father. *Sociology*, 42(3), 487–502. p.
- WINNICOTT, D. W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Budapest, Új Mandátum.

## I.2. A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK

Ebben a részben azokat a legfontosabb csecsemő- és kisgyermekkori regulációs problémákat és zavarokat tekintjük át, melyekkel a szakszolgálatokban találkozhatnak a pszichológus szakemberek. Röviden áttekintjük a problémák fajtáit, sajátosságait és azokat a főbb fejlődési zavarokat, amelyekkel átfedésben lehetnek a tüneti kép szempontjából (1.2.1.). Mindez a differenciáldiagnosztikai támpontok meghatározásában nyújthat segítséget. A tipikus regulációs problémák közül kiemelten foglalkozunk a táplálási nehézségekkel és ezek kapcsolati hátterével (1.2.2.).

### I.2.1. Hámori Eszter | A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok a kapcsolati szemléletben – tüneti kép és differenciáldiagnosztika

#### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A csecsemő- és a kisgyermekkori regulációs zavarok

- A regulációs zavarok a diagnosztikai rendszerekben
  - A csecsemő- és kisgyermekkori fejlődés és lelki egészség zavarainak osztályozása: a DC: 0–3R és a DC: 0–5<sup>TM</sup>
  - A csecsemő- és a kisgyermekkori regulációs zavarok a DC: 0-5<sup>TM</sup>-ben
  - A regulációs zavarok előfordulása és fejlődési következményei

Eltérő fejlődés, regulációs zavarok és az átfedés problémája

- Eltérő fejlődésmentre épülő regulációs zavarok: a differenciáldiagnosztika szükségessége
- Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka a diagnózis alkotásában

A regulációs zavarok diagnosztikája a kapcsolati szemléletben

- Támpontok a regulációs problémák és zavarok felméréséhez

Összefoglalás

Hivatkozások

## A CSECSEMŐ- ÉS A KISGYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK

A kora gyermekkori pszichológiai és egészségügyi ellátás különféle szűrőin egyre gyakrabban jelennek meg a csecsemő- és kisgyermekkori szabályozási vagy más néven regulációs zavarok. Az egészséges és tipikus fejlődésment mellett kialakuló csecsemő- és kisgyermekkori alvásproblémák, a táplálás és táplálkozás nehézségei, a krónikus nyugtalanság és az excesszív sírás a szülő-gyermek kapcsolat nehézségeire irányították a figyelmet, és ezzel a pszichológiai ellátásban a kora gyermekkori terület egyik kiemelt fókuszává lettek (HÁMORI 2017; 2020). A csecsemőkori regulációs zavarok gyakran előzik meg a kötődés, az érzelem-, a figyelem- és a viselkedésszabályozás kisgyermekkori zavarait, melyek fokozott szeparációs szorongásban, mozgásos nyugtalanságban, koncentrációs nehézségekben és együttműködési problémákban nyilvánulhatnak meg (CIERPKA 2016; HÉDERVÁRI-HELLER 2020). A regulációs zavarok közös sajátossága, hogy a viselkedés- vagy az érzelmi szabályozás maladaptív formáit mutatják a működés különféle szintjein és/vagy területein. (A regulációs zavarok tüneti képének részletes leírását lásd HÉDERVÁRI-HELLER 2020, 86–140, valamint ZERO TO THREE 2019). A szabályozás zavarai lokalizálódhatnak egyetlen, jól körülhatárolható funkcionális területre (például elalvási zavar), de összefonódhatnak más viselkedéses területek szabályozási

problémáival is. A zavar jellegétől függetlenül, mindegyik típus esetében komolyan érintettek, vagy érintettek lehetnek a *csecsemő-szülő kapcsolat különféle területei és az egyes területek interakciós mintázatai*. A maladaptív kapcsolati mintázatok oki tényezőként szerepelhetnek például a nem organikus eredetű alvási és táplálási zavarok kialakulásában. Ugyanakkor következményként is megjelenhetnek: ráépülhetnek például veleszületett fejlődési vagy érzékszervi zavarokra, illetve a szenzoros feldolgozás szabályozási zavaraira (részletesen lásd HÁMORI 2020, 183–206).

A korai felismerés és a komplex diagnosztizáltság éppen ezért rendkívül fontos, hiszen ez alapozza meg a beavatkozás tervezését és a hatékony segítségnyújtást.

## A regulációs zavarok a diagnosztikai rendszerekben

*A csecsemő- és kisgyermekkorai fejlődés és lelki egészség zavarainak osztályozása: a DC: 0–3R és a DC: 0–5<sup>TM</sup>*

Az 1994-ben megjelent *DC: 0–3*, majd ennek 2005-ben revideált változata, a *DC: 0–3R* diagnosztikai kézikönyv<sup>1</sup> az első három életévben jelentkező mentális és fejlődési zavarok osztályozásának többdimenziós szemléletét vezette be (részletesen lásd HÁMORI, 2020, 187–193). A *DC: 0–3* és a *DC: 0–3R* középpontba emelte a *fejlődési szempontot* a diagnosztikus folyamatban, beépítette a *kapcsolati jellemzők* (a szülő, a család és a tágabb környezet) megfigyelését, a *fejlődési zavarok* és a *pszichoszociális stresszorok*, valamint az érzelmi és viselkedéses adaptáció szintjeinek és ezek változásainak leírását is. A kézikönyv jelentősen átdolgozott és bővített változata, a 2016-ban angolul publikált, majd 2019-ben magyarra fordított *DC: 0–5<sup>TM</sup>* megtartotta a komplex diagnosztikai szemléletet, de a csecsemő- és kisgyermekkorai fejlődés és lelki egészség zavarainak a leírását kiterjesztette a születéstől 5 éves korig. Az életkori övezet kitolása mellett a zavarok osztályozásának rendszere is finomodott, bizonyos kategóriák bővültek, illetve olyan új zavarok is bekerültek a kézikönyvbe, amelyeket korábban nem, vagy csak más zavar részeként lehetett azonosítani.

### 1. táblázat. A DC: 0–5<sup>TM</sup> öt tengelye: a csecsemő- és kora gyermekkorai lelki egészség és fejlődés zavarai és osztályozásuk<sup>2</sup>

I. TENGELEY: KLINIKAI ZAVAROK	
<b>Az idegrendszer fejlődési zavarai</b>	<b>Alvás-, táplálkozási és evés-, valamint sírászavarok</b>
Autizmuspektrum-zavar	<b>Alvászavarok</b>
Korai atipikus autizmuspektrum-zavar	Elalvási zavar
Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar	Éjszakai ébredések zavar
Kisdedkori túlaktivitás zavar	Részleges ébredéssel járó alvászavar
Globális fejlődési késés	Kora gyermekkorai lidérces álom zavar
Nyelvfejlődési zavar	<b>Táplálkozási és evészavarok csecsemő- és kisgyermekkorban</b>
A mozgáskoordináció fejlődési zavara	Túlevészavar
Az idegrendszer egyéb fejlődési zavara	Csökkent táplálékbevitel zavar
<b>A szenzoros feldolgozás zavarai</b>	Atipikus evészavar
Szenzoros túlérzékenység zavar	<b>Sírászavar csecsemő- és kora gyermekkorban</b>
Csökkent szenzoros érzékenység zavar	Excesszív sírászavar

<sup>1</sup> ZERO TO THREE (2005): *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC:0–3R)*. Washington, DC, ZERO TO THREE Press.

<sup>2</sup> Az egyes zavarok pontos leírását és kritériumait, valamint fejlődési és kulturális jellemzőit, lefolyásukat, kockázati tényezőiket és prognózisukat részletesen lásd a *DC: 0–5<sup>TM</sup>* (2016) magyarra fordított kézikönyvben (ZERO TO THREE 2019).



Egyéb szenzoros ingerfeldolgozási zavar	<b>Egyéb alvász- táplálkozási és evés-, valamint excesszív sírászavar csecsemő- és a kora gyermekkorban</b>
<b>Szorongásos zavarok</b>	<b>Trauma, stressz és depriváció okozta zavarok</b>
Szeperációs szorongás zavar	Poszttraumás stressz zavar
Szociális szorongás zavar (szociális fóbia)	Alkalmazkodási zavar
Generalizált szorongásos zavar	<i>Komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban</i>
Szelektív mutizmus	Reaktív kötődési zavar
Újdonsággal szembeni gátoltság zavar	Gátolatlan társas kapcsolati zavar
Egyéb csecsemő- és kora gyermekkori szorongásos zavar	Egyéb trauma, stressz és depriváció okozta zavar a csecsemő- és a kora gyermekkorban
<b>Hangulati zavarok</b>	
Kora gyermekkori depresszív zavar	<b>Kapcsolati zavarok</b>
<i>Kora gyermekkori szabályozatlan düh- és agresszió zavar</i>	<i>Kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kora gyermekkorban</i>
Egyéb kora gyermekkori hangulati zavar	
<b>Kényszeres és kapcsolódó zavarok</b>	
Kényszeres zavar	
Tourette-zavar (Tourette-szindróma)	
Motoros vagy vokális tik zavar	
Trichotillómia (hajtépkedés zavar)	
Csecsemő- és kora gyermekkori bőrcapirgálás-/bőrtépkedés zavar	
Egyéb kényszeres és kapcsolódó zavar	
<b>II. TENGELY: KAPCSOLATI KONTEXTUS</b>	
A gondozó és a csecsemő/kisgyermek kapcsolati adaptációja A gondozási környezet és a csecsemő/kisgyermek adaptációja	
<b>III. TENGELY: ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTOK ÉS TÉNYEZŐK</b>	
Prenatális állapotok és hatások Krónikus betegségek Akut betegségek	
<b>IV. TENGELY: PSZICHOSZOCIÁLIS STRESSZOROK</b>	
<b>V. TENGELY: FEJLŐDÉSI KOMPETENCIÁK</b>	

*Forrás: DC: 0–5<sup>TM</sup> (2016) magyarra fordított kézikönyv (ZERO TO THREE 2019)*

A zavarok meghatározásának fontos kritériuma lett az átélt distressz és a funkcionális károsodás mértéke, melyek támpontot adhatnak az adott zavar klinikai és szubklinikai szintjeinek elkülönítéséhez. Az egyes zavarok leírása részletesebb lett, és kiegészült a zavar jellemzőinek ismertető összefoglalásával, valamint az adott életkorra specifikus fejlődési sajátosságokkal és a prevalencia-adatokkal. Emellett minden zavarnál olvashatunk ismertetést a zavar lefolyásáról, kialakulásának kockázatairól, a várható prognózisról, valamint a kulturális és a nemi szempontokról. A szerzők minden zavar esetében feltüntetik a differenciáldiagnosztikai szempontokat, valamint a DSM-5 és a BNO-10 rendszerekkel történő átjárást is.

A kézikönyvben átdolgozták a II. tengelyt, azaz a Kapcsolati kontextust is. A megújított szempontrendszer két dimenzió értékelésére ad lehetőséget: a gondozó és a csecsemő/kisgyermek kapcsolati adaptációjának, valamint a gondozási környezet és a csecsemő/kisgyermek adaptációjának a felmérésére. A III. és a IV. tengely szempontrendszere szintén kiegészült újabb, az egészségi állapotot befolyásoló tényezőkkel, illetve specifikus stresszorokkal, amelyek felsorolása szintén hozzájárul a vélemény és a diagnózis megalkotásához. Az V. tengelyt, a fejlődési kompetenciák értékelésének szempontrendszerét szintén átdolgozták, és kiegészítették a fejlődési mérföldkövekre vonatkozó értékelő táblázattal (HÁMORI 2020, 195).

*A csecsemő- és a kisgyermekkorai regulációs zavarok a DC: 0–5<sup>TM</sup>-ben*

A DC: 0–5<sup>TM</sup> nozológiájában egyetlen zavar nevében sem találkozunk a regulációs vagy a szabályozási zavar elnevezéssel (lásd 1. táblázat). A korábban a regulációs problémakörbe sorolt szenzoros feldolgozás zavarai önálló csoportba kerültek, és elnevezésükből kikerült a reguláció fogalma, mivel az újabb kutatások alapján

központi jellemzőjük az ingerek feldolgozásának tipikustól eltérő módjában, és nem a szabályozásuk nehézségében rejlik (ZERO TO THREE 2019; HÁMORI 2020, 197). A *kora gyermekkor szabályozatlan düh- és agressziózavara* szintén hasonló okok miatt került a hangulati zavarok csoportjába. Bár a megfigyelhető viselkedés szintjén látványos a kisgyermek arra való képtelensége, hogy indulatait és viselkedését szabályozni tudja, e viselkedésmintázat középpontjában mégis a hangulati elem (félelem, idegesség, szomorúság, veszélyeztettség), nem pedig a diszruptív viselkedésszabályozás nehézsége áll.

A korábban *klasszikus regulációs zavaroknak* (CIERPKA 2016; HÉDERVÁRI-HELLER 2020) nevezett alvász-, táplálkozási, evés-, valamint a sírászavarok nevében szintén nem szerepel a reguláció fogalma a *DC: 0–5<sup>TM</sup>*-ben. Ennek ellenére e zavarok leírásában egyértelmű, hogy olyan önálló zavarcsoportokról van szó, amelyek alapvető, az állapotszabályozást érintő működési funkciókat foglalnak magukba, és az elsődleges gondozási és szabályozási helyzetekben, azaz kapcsolati kontextusba ágyazottan jelennek meg (ZERO TO THREE 2019, 101). A korábbiakhoz képest csökkentették és összevonták a csoportokban szereplő zavarok számát is. Az új elnevezések, a *túlevészavar* és a *csökkent táplálékbevitel zavar* a táplálékbevitelnek a gondozói kapcsolatban kibontakozó nehézségeit állították a középpontba. Az alvászavarok egyes típusainak leírásában fontos újítás volt az életkori kezdet meghatározása is. Így például az *elalvási zavar diagnózisa* nem adható 6 hónapos kor alatt, az éjszakai ébredések zavar 8 hónapos életkor alatt, a *részleges ébredéssel járó alvászavar* és a *korai gyermekkorai lidérces álom zavar* pedig 12 hónapos kor alatt. Az *excesszív sírászavar*, azaz a megmagyarázhatatlan, intenzív és hosszú ideig tartó sírás szintén önálló zavarként került be a csecsemőkorai zavarok csoportjába. Ezt a legfrissebb kutatások (lásd például PETZOLDT et al. 2014) olyan kapcsolati tényezővel hozták összefüggésbe, amelyek specifikus szülői szorongások talaján alakulnak ki (az összefoglalót lásd HÁMORI 2020, 198).

A *DC: 0–5<sup>TM</sup>* modern kutatási eredményeken alapuló egyik legfontosabb felismerése az volt, hogy ugyanazon tünetek háttérében eltérő működésmódú zavarok állhatnak. Ennek egyik legjobb példája az újonnan bevezetett ún. *kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kisgyermekkorban*, az elsődleges klinikai zavarok csoportjain belül (lásd 1. táblázat, I. tengely). E zavar lényege, hogy a csecsemő vagy a kisgyermek folyamatos és hosszan tartó érzelmi vagy viselkedéses zavart mutat, *de csak egy bizonyos gondozóval való kapcsolatában*, míg más családtagokkal vagy felnőttekkel kapcsolatban nem jelenik meg a tüneti viselkedés. Fontos kritériuma a zavarnak, hogy a tünetek korlátozzák a kisgyermeket a napi tevékenységekben, illetve az életkorának megfelelő készségek elsajátításban, és komoly distresszt okozhatnak a gyermeknek, illetve a családnak is (ZERO TO THREE 2019, 149; idézi HÁMORI 2020, 199). A zavar tünetei változatosak lehetnek. Megnyilvánulhatnak oppozíciós viselkedésben, féltékenységben, agresszióban, önnvesztélyeztető viselkedésben, az étel visszautasításában, az alvás megtagadásában, vagy szerepidegen, azaz túl gondoskodó vagy túl kontrolláló viselkedésben. Maga a tüneti kép tehát azonos lehet azzal, amit a viselkedés-, az érzelmi szabályozás vagy a regulációs zavarok csoportjainak tünetegyütteseinek láthatunk. A legfontosabb különbség mégis az, hogy a tünetek kizárólag egyetlen kapcsolati kontextusban jelennek meg, azaz kapcsolatspecifikusak.

Az új, integratív alapokon és modern kutatási eredményeken nyugvó diagnosztikai klasszifikációs rendszer összességében átfogó és rendszerezett ismeretanyagot nyújt a csecsemő- és a kisgyermekkor fejlődési és pszichés zavarairól. A kapcsolati szemlélet az osztályozási rendszert több szinten is átszövi, kezdve az egyes zavarok kapcsolati aspektusainak leírásától a kapcsolatspecifikus zavar mint önálló klinikai kategória meghatározásáig. Ebben a szemléleti keretben a kézikönyv nemcsak a szakembereknek nyújt gyakorlati segítséget a diagnosztikai folyamatban, hanem a nehézségekben érintett szülők is jól értelmezhető támogatást kaphatnak, ha gyermeküknél valamilyen problémát észlelnek (ZEANAH–LIEBERMAN 2016; HÁMORI 2020, 199).

#### *A regulációs zavarok előfordulása és fejlődési következményei*

A *regulációs zavarok* a 2000-es évektől végzett nemzetközi felmérések szerint az 1–30 hónapos korú csecsemők és kisgyermekek 5-10%-át érintették Európában és Amerikában. Csecsemőkorban leggyakoribbak az excesszív sírás és a nyűgösködés, valamint az alvás (elalvás és átalvás), továbbá a táplálkozás zavarai, például az étel visszautasítása és a gyarapodási elégtelenség. A szenzoros feldolgozás szabályozási zavarainak előfordulásáról kevesebb adat jelent meg a szakirodalomban, feltehetően azért, mert a tüneti kép számos más viselkedés- és érzelmi szabályozási zavar képébe ágyazódik (GOURLEY et al. 2013). A *szubkli-*

*nikai regulációs problémák*, amelyek tartósságukban vagy súlyosságukban nem merítették ki a klinikai kép DC: 0–3R osztályozási rendszerének kritériumait, a populáció megközelítőleg 10-50%-ánál jelentek meg (MASH–BARKLEY 2014). A nemzetközi adatok szerint a több területet egyszerre érintő regulációs zavarok, például az excesszív sírás, a táplálkozás- és az alvászavar együttes előfordulása, valamint ezek elhúzódó időtartama a későbbiekben a viselkedéses adaptáció számos problémájával járhat együtt (SIDOR–FISCHER–CIERPKA 2013), például az 5 éves kori társas készségek és az érzelmi szabályozás deficitjével, valamint a kognitív fejlődés részleges elmaradásával (HEMMI–WOLKE–SCHNEIDER 2011; az összefoglalót lásd HÁMORI 2016; 2020).

A DC: 0–5<sup>TM</sup> megjelenésével, a 2010-es évek közepétől egyre szaporodtak a regulációs problémákat és zavarokat felmérő epidemiológiai és klinikai kutatások. Számos tanulmány támasztotta alá, hogy a csecsemő- és a kora gyermekkor szabályozási zavarainak előfordulása kultúránként és tünetcsoportonként eltérő lehet, de összességében a populáció közel 20%-át érinti világszerte (CIERPKA 2016; OLSEN et al. 2019), ami a 2000-es évek elejéhez képest jóval nagyobb arányt jelent. Kérdés maradt azonban, hogy a regulációs zavarok szaporodtak-e, vagy a diagnosztikai kritériumrendszerek fejlődése miatt ez az arány változott. A 2010-es évek kutatásai változatosan és nem minden esetben következetesen alkalmazták a DC: 0–3R és a DC: 0–5<sup>TM</sup> diagnosztikai kritériumait (OLSEN et al. 2019).

Az etiológiai kutatások rámutattak, hogy a gondozó pszichés zavarainak természete, például az anya várandósság alatti szorongásos, illetve depresszív zavara eltérő módon jósolják be a csecsemőkori regulációs problémák kialakulásának útvonalait. Míg az előbbi a sírás- és a táplálási zavar, addig az utóbbi az alvászavar kialakulásával lehet összefüggésben (PETZOLDT et al. 2016; az összefoglalót lásd HÁMORI 2020, 200–201). A regulációs zavarok klinikai és szubklinikai jeleinek, valamint kialakulásuk előzményeinek kapcsolati diagnosztikája éppen ezért kiemelt jelentőségű a kora gyermekkori prevenció szempontjából.

## ELTÉRŐ FEJLŐDÉS, REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS AZ ÁTFEDÉS PROBLÉMÁJA

A regulációs zavarok korai diagnosztikáját nehezítheti, hogy a veleszületett fejlődési zavarok vagy a biológiai éretlenségből fakadó fejlődési rizikó sok esetben ugyanolyan tünetekkel járnak, mint a regulációs zavarok. A tüneti képet árnyalhatják a szülői szorongásokból és a gondoskodás nehézségeiből eredő problémák. Bármelyik terület is a tüneti kép kiindulópontja, a szülő-gyermek kapcsolat minden esetben érintett lehet, így a kapcsolati fókusz kiemelt helyet kap az intervenció tervezésében (HÁMORI 2017; 2020).

### Eltérő fejlődésmentre épülő regulációs zavarok: a differenciáldiagnosztika szükségessége

Az eltérő fejlődésmenttel vagy fejlődési zavarral születtség rizikófaktor a regulációs problémák kialakulása szempontjából. A tünetekről sok esetben nehéz eldönteni, hogy a fejlődési probléma jellegéből fakadnak, vagy az arra ráépülő szabályozási zavar jelei. Példaképpen három ilyen rizikócsoportot emelünk ki (részletesen lásd HÁMORI 2016, 183–208).

- Az igen kis súlyú, de egészséges koraszülöttek esetében az idegrendszer éretlenségéből fakadó fokozott ingerszenzitivitás az érzelmkifejezés és az állapotszabályozás problémáival járhat együtt. Az érzékszervi problémák, például a szelektív hallás- és látásgyengeség sokáig rejtettek maradhatnak, ugyanakkor a kapcsolati szabályozás zavarának többféle tünetét okozhatják.
- A reciprok interakciók hiánya, az érdeklődés és a figyelem zavarai éppúgy lehetnek az autizmus spektrum zavarainak tüneti előfutárai, mint a tipikus fejlődésment mellett kialakuló figyelem- és érzelmszabályozási zavarok, illetve a szenzoros feldolgozási zavarok jelei.
- Az izomzat hipotóniája, a fokozott impulzivitás vagy épp a túlzott passzivitás Down-szindróma esetén sok esetben komoly táplálási nehézséget eredményezhet.

Az eltérő fejlődésmenettel született csecsemő viselkedési jegyeinek és kommunikatív jelzéseinek szülői félreértése és félreértelmezése további szabályozási problémákat okozhat, amelyek ráépülhetnek a gyermek fejlődési zavarára. Rendkívül fontos tehát a diagnosztikai folyamat során annak megállapítása, hogy a regulációs zavar fejlődési zavar vagy más egyéb biológiai rizikó talaján alakult-e ki. Ennek felmérése nélkül a gyermek veleszületett fejlődési problémája rejtve maradhat, és további, arra ráépülő regulációs zavarok forrása lehet (HÁMORI 2016; 2020).

## Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka a diagnózis alkotásában

A regulációs zavarok kapcsolati kontextusának bevonása a diagnosztikába a szakembertől is a klasszikustól eltérő szemléletet kíván meg. A gyermek tüneteinek és adaptációs nehézségeinek felmérése mellett a *tüneti kép kapcsolatba ágyazottsága* kerül a diagnosztikai folyamat és az ellátás fókuszába (HÁMORI 2017; 2020). A kapcsolatban rejlő rizikófaktorok és védőtényezők felmérése és ezek beemelése a prevenció és intervenció munkába alapvető szemléleti és technikai fordulópontot jelent a kora gyermekkori pszichológiai ellátás gyakorlatában.

A teammunkának nélkülözhetetlen szerepe van a regulációs zavarok felismerésében és differenciáldiagnosztikájában. A gyermekgyógyász szakorvos, a pszichológus és a gyógypedagógus a kisgyermek, illetve a család problémájának csak bizonyos szeletében szakember. Az érintett szakemberek közreműködésével végzett megfigyelés és adatgyűjtés minden olyan protokoll szerint javasolt, melyek a regulációs zavarok kapcsolati diagnosztikáját központi elemként veszik figyelembe. Rendkívül fontos, hogy a *megfigyelések szempontjai és szemléleti kerete* azonosak legyenek az egy teamben dolgozó és ugyanazt a családot megfigyelő szakemberek számára. A kapcsolati szemlélet mint keret adja meg a közös nyelvet a szabályozási problémák megértéséhez és értelmezéséhez. A megfigyelések végzéséhez az egyik ilyen lehetséges szemléleti keret a Stern-féle „klinikai ablak” fogalma (lásd 1.1.1.).

## A REGULÁCIÓS ZAVAROK DIAGNOSZTIKÁJA A KAPCSOLATI SZEMLÉLETBEN

A DC: 0–3R és ennek bővített, átdolgozott változata, a DC: 0–5<sup>TM</sup> komplex elméleti háttéren, a modern csecsemőkutatások eredményein és széles körű klinikai tapasztalatokon alapuló diagnosztikai rendszerek, amelyek beépítették a klinikai célú pszichoanalitikus csecsemőmegfigyelések és a baba-mama terápia tapasztalatait (FRAIBERG 1987) a diagnosztikus kategóriák létrehozásába (EGGER–EMDE 2011; ZEANAH–LIEBERMAN 2016). A diagnózis alkotása során kiemelt szempontként kezelik, hogy a *csecsemő és a kisgyermek a kapcsolatok kontextusában fejlődik*. Így rendkívül fontos, hogy figyelembe vegyünk a családot, az elsődleges gondozót, a közösséget és a kulturális kontextus szerepét a gyermek fejlődésében és szabályozási problémáinak kialakulásában. A *diagnózisalkotás folyamatának alapelvei*: minden csecsemő külön egyéniség, egyéni fejlődésmenettel, temperamentummal és veleszületett készségekkel, amelyek rugalmasan támogathatják, vagy éppen akadályozhatják az adaptív fejlődési mintázatok kialakulását.

## Támpontok a regulációs problémák és zavarok felméréséhez

A kapcsolati szemléletű diagnózisalkotás célja a gyermek egyéni profiljának, fejlődési és kapcsolati mintázatainak kereszt- és hosszmetzeti felmérése, a kontextuális tényezők (gondozói magatartás, környezeti faktorok stb.) figyelembevételével. A diagnózis alkotása összetett és időigényes folyamat, melyet folyamatos utánkövetésnek és ismételt felmérésnek kell kiegészítenie (EGGER–EMDE 2011; ZEANAH–LIEBERMAN 2016).

A regulációs zavarok diagnosztikájában az alapvető szempontok a következők:

- A felmérés alapja a csecsemőkor normatív fejlődésmenetének ismerete.
- A vizsgálat időigényes folyamat: több hetet és minimum 3-5 találkozást kell felölelnie.
- Az adatgyűjtésnek több forrásból kell származnia. Tartalmaznia kell a más szakemberektől beszerzett véleményeket, valamint a közvetlen megfigyelések során és a vizsgálati helyzetekben szerzett információkat.
- A *közvetlen megfigyeléseknek kiemelt szerepe van* a diagnózis felállításában. Több kontextusban és kapcsolati szituációban javasolt a megfigyelések elkészítése: például a megszokott otthoni környezetben és a rendelőben, a szülőkkel és más családtagokkal folytatott interakciók során, valamint az intézményben, ahol a gyermek napközben tartózkodik (bölcsőde, óvoda, játszócsoport stb.).
- A diagnosztikának nemcsak a jelzett probléma (például táplálási zavar) jellemzőinek felmérésére, hanem a kapcsolatok és a szabályozás minden területére ki kell terjednie ahhoz, hogy megbízható módon fel tudjuk rajzolni, hogy a szabályozási probléma milyen területeket érint, és hol találhatjuk meg a kapcsolatban a védőtényezőket (*részletesen lásd III.1*).

A regulációs zavarok kapcsolati diagnosztikájához jó támpontot nyújt például Daniel Stern (1995) modellje, amely életkori és klinikai szempontokat is ad a szabályozás zavarainak felméréséhez és értelmezéséhez. A modellben az életkori támpontokat a kapcsolat fejlődésének szakaszai jelentik, a „klinikai ablakon” keresztül pedig rátekinthetünk az adott fejlődési szakaszban keletkező regulációs problémákra (a modellt és a kapcsolatdiagnosztikai támpontokat *részletesen lásd I.1.1*).

# ÖSSZEFOGLALÁS

A csecsemő- és a kisgyermekkorú regulációs zavarok

- A regulációs zavarok megjelenése a kora gyermekkorú ellátás szűrőin
- A korai felismerés és a komplex diagnosztika fontossága

A csecsemő- és kisgyermekkorú szabályozási zavarok osztályozása: a *DC: 0–3R* és a *DC: 0–5<sup>TM</sup>*

A *DC: 0–5<sup>TM</sup>* diagnosztikai kézikönyv szerkezeti és tartalmi felépítése

- Klinikai zavarok
- A kapcsolati kontextus
- Általános egészségi állapotok és tényezők
- Pszichoszociális stresszorok
- Fejlődési kompetenciák

A csecsemő- és kisgyermekkorú regulációs zavarok főbb típusai

- sírászavarok
- alvászavarok: az elalvás és az átalvás problémái
- táplálkozási és evészavarok
- a viselkedés, a figyelem és az állapot szabályozás zavarai

A regulációs zavarok előfordulása és fejlődési következményei

- klinikai szintű: a csecsemő- és kisgyermek-populáció 5-10%-a
- szubklinikai regulációs problémák: a csecsemő- és kisgyermek-populáció 10-50%-a

Fejlődési következmények

- a viselkedés és az érzelmi szabályozás problémái
- kognitív fejlődés

Eltérő fejlődés és regulációs zavarok

- Az eltérő fejlődés menet rizikófaktor lehet a regulációs problémák és zavarok kialakulása szempontjából
- Az eltérő fejlődés menet talaján kialakuló regulációs problémák esetén is a fókuszban a szülő-gyermek kapcsolat áll

Eltérő fejlődés menetre épülő regulációs zavarok esetén a differenciáldiagnosztika kiemelt fontosságú!

Három példaként kiemelt rizikó csoport

- igen kis súlyú koraszülöttek
- pervazív fejlődési zavarok
- Down-szindróma

A regulációs zavarok diagnosztikája a kapcsolati szemléletben

- Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka elengedhetetlen a diagnózis alkotásában
- A tüneti kép kapcsolatba ágyazott!
- Az adaptáció szintjeinek felmérése
- A rizikó- és védőtényezők felmérése
- Kapcsolati diagnosztika
- Egyeztetett megfigyelési szempontok
- A prevenció és az intervenció tervezése: a fókusz meghatározása

Támponok a regulációs problémák és zavarok felméréséhez

- egyéni profil megalkotása
- fejlődési és kapcsolati mintázatok felmérése
- kereszt- és hosszmetzeti megfigyelések
- kontextuális tényezők feltérképezése
- utánkövetés

## HIVATKOZÁSOK

- CIERPKA, M. (szerk.) (2016): *Regulatory Disorders in Infants. Assessment, Diagnosis, and Treatment*. Springer International Publishing, Switzerland.
- EGGER, H. L. – EMDE, R. N. (2011): Developmentally-sensitive diagnostic criteria for mental-health disorders in early childhood: DSM–IV, RDC–PA and the revised DC: 0–3. *American Psychologist*, 66(2), 95–106. p.
- FRAIBERG, L. (1987): *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus, Ohio State University Press.
- GOURLEY et al. (2013): Sensory processing difficulties, behavioral problems, and parental stress in a clinical population of young children. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 912–921. p.
- HÁMORI E. (2016) *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődésemélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest, Oriold és Társai.
- HÁMORI E. (2020): *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődésemélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Második, bővített kiadás. Budapest, Oriold és Társai.
- HÁMORI E. (szerk.) (2017): „TEAM AROUND THE CHILD.” *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekori intervenció és prevenció területéről*. Budapest, Humanitás Szociális Alapítvány.
- HÉDERVÁRI-HELLER É. (2008): *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. Budapest, Animula.
- HEMMI, M. H. – WOLKE, D. – SCHNEIDER, S. (2011): Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622–629. p.
- MASH, E. J. – BARKLEY, R. A. (szerk.) (2014): *Child psychopathology*. New York, Guilford Publications.
- OLSEN, A. L. et al. (2019): Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Archives of Disease in Childhood*, 104(11), 1034–1041.p.
- PETZOLDT, J. et al. (2014): Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, 99(9), 800–806. p.
- PETZOLDT, J. et al. (2016): Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 231– 245. p.
- SIDOR, A. – FISCHER, C. – CIERPKA, M. (2013): Early regulatory problems in infancy and psychopathological symptoms at 24 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 1(3), 1–10. p.
- STERN, D. N. (1995): *Az anyaság állapota*. Budapest, Animula.
- 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 Mental Health Journal*, 37(5), 509–520. p.
- ZERO TO THREE: (2019): *DC: 0–5™: A csecsemő- és kora gyermekori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Budapest, Medicina.

## I.2.2. Csabai Krisztina | Tipikus kapcsolati problémák: az etetési nehézségek pszichés háttere

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

Alapfogalmak

Fokozott támogatást igénylő helyzetek

Táplálási környezet

- Anyai hatások
  - Szoptatás és mentális nehézségek
  - Szoptatási énhatékonyság
  - Az élet és fejlődés sterna témája a szoptatást érintő kérdésekben
  - Anyai testkép és korai táplálás
- A csecsemő hatásai
  - Koraszülöttség
  - A csecsemő fizikális növekedése
  - Gyarapodási elégtelenség
  - Temperamentum és korai táplálás

Az evés mint kapcsolat

- Szoptatás és személyközi kommunikáció
- Kötődés és táplálás

Összefoglalás

Hivatkozások

### ALAPFOGALMAK

A nemzetközi trendek hatására Magyarországon is megjelentek a gyermekek egészséges táplálására vonatkozó szakmai előírások. A korai időszakban az anyatejes táplálás biztosítja a csecsemők és a kisgyermek számára a fejlődéshez szükséges tápanyagokat, vitaminokat és egyéb tápanyagforrásokat, ezért az egészséges életkezdet szempontjából az ajánlásoknak megfelelően a szoptatás támogatása kiemelkedő jelentőségű. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium által 2010-ben kiadott, az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásának szakmai protokollja alapján a szoptatás szempontjából az a csecsemő egészséges,

- aki a 37. gesztációs hétre születik, és a súlya legalább 2500 gramm;
- akinek a születési súlya legfeljebb 7%-kal csökken, és a 14. életnapra visszanyeri születési súlyát;
- aki a 3. életnapig legalább három székletet ürít, és a 4. naptól kezdve naponta legalább 6-szor nedves a pelenkája, a vizelete víztiszta vagy halványsárga;
- aki időkorlátozás nélkül szopik, naponta átlagosan legalább 8-szor;
- akinek súlya korának megfelelő ütemben gyarapodik (VÉDŐNŐI SZAKMAI KOLLÉGIUM 2010).

Az egészséges csecsemő optimális táplálási módja a 5–6 hónapos korig a kizárólagos és válaszkész anyatejes táplálás (EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM 2019). A kizárólagos anyatejes táplálás azonban nem azonosítható a kizárólagos szoptatás fogalmával, mivel az első fogalom az anyatej kizárólagosságát hangsúlyozza (vagyis azt, hogy a csecsemő anyatejet/női tejet kap az anyjától vagy a szoptatós dajkától), míg a második fogalom azt hangsúlyozza, hogy a csecsemőt kizárólag szoptatják (EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM 2019, 8). A válaszkészség, más néven igény szerintiség fogalma fedi le a csecsemő szükségleteire hangolt szoptatást, amely egyaránt magába foglalja a nutritív vagyis a táplálkozásra irányuló, és a komfortszopásra, vagyis a csecsemő megnyugtatására irányuló igényeket.



Empirikus eredmények alátámasztják, hogy az anyamell által termelt anyatej mennyisége összefüggésben áll a csecsemő szopási gyakoriságával (SAXON et al. 2002). Ezekre az eredményekre alapozva feltételezhető, hogy ha a szoptatás nem a csecsemő igényei szerint történik, az anyatej mennyisége csökkenhet. Az időzített táplálással kapcsolatban azonban nem egyértelmű, hogy kevesebb tejmennyiséget eredményez, vagy csupán arról van szó, hogy a csecsemő fogyaszt kevesebb tejet (SAXON et al. 2002).

A mesterséges táplálás során a csecsemő egyáltalán nem kap anyatejet, ehelyett egyéb étellel vagy folyadékkal zajlik a táplálása, beleértve a tápszert, a nem humán tejet is. Erre akkor van szükség, ha az első 6 hónapban a szoptatás valamilyen okból

- nem lehetséges:
  - ha az anyatej mennyisége a csecsemő fejlődési szükségleteit az első 4–6 hónapban átmenetileg vagy tartósan, de nem biztosítja (nem megfelelő súlygyarapodást eredményezve);
    - ha a szoptatott csecsemő 4 hónapos kora után a súlyfejlődés stagnálása vagy leállása miatt táplálékkiegészítésre szorul, és fejlődési állapota megengedi a hozzátáplálást, az ajánlás a szilárd táplálékkal történő kiegészítést javasolja a tápszer helyett;
  - ha az anya nem kíván szoptatni;
  - ha az anya az ajánlottnál rövidebb ideig kíván szoptatni;
- ha ellenjavallt;
- ha nem áll rendelkezésre dajkatej vagy pasztörizált női tej (EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM 2019).

Az irányelv felhívja a figyelmet arra, hogy szemben a szoptatással, a mesterséges táplálás a gyermekkori elhízás kialakulásának veszélyét hordozza. Ennek megelőzése érdekében figyelmeztet, hogy a 6 hónapon túl szoptatott csecsemőnek – az 5. hónap elejétől elkezdett hozzátáplálás mellett – a 6–12 hónap között, illetve ezen életkoron túl már nincs szüksége tápszerre. A mesterséges táplálás bevezetése 6 hónapos kor előtt orvosi indikáció alapján valósulhat meg.

A komfortszopás fogalma és gyakorlata szerint a csecsemő szopási igényét az anyamellen elégíti ki, melynek értelmében a szoptatás nem csupán a táplálkozásra fordított időre korlátozódik, hanem a csecsemő megnyugtatásának eszköze.

A hozzátáplálás tekintetében változott az ajánlás a korábbihoz képest, ugyanis korábban elkezdhető azonnal a kitétel, hogy a szoptatás gyakorisága ne csökkenjen. A jelenlegi álláspont szerint a „hozzátáplálást legkorábban az 5. hónap elejétől el lehet kezdeni, és legkésőbb a 6. hónap végéig el kell kezdeni, ami nem zárja ki a 6 hónapos korig tartó kizárólagos szoptatást” (EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM 2019, 18). A hozzátáplálást a válaszkészség elvei mentén határozzák meg.

## FOKOZOTT TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ HELYZETEK

Fokozott támogatást igénylő helyzetnek tekinthetők azok a helyzetek, melyekben a gyarapodás elmarad az elvárttól, vagyis ha

- a születés utáni kezdeti súlyvesztés meghaladja a 10%-ot;
- 2 hetes korra az újszülött nem nyeri vissza a születési súlyát;
- lassú a csecsemő súlygyarapodása;
- a súlygörbe a 10-es percentil alatt vagy a 90 percentil felett van, különösen, ha a súlygörbe keresztezi a 10-es percentilt lefelé vagy a 90-es percentilt felfelé (EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM 2019).

Ezekben az esetekben valószínűsíthető a szoptatási probléma és a nem megfelelő táplálkozás, s ennek következtében gyarapodási elégtelenség vagy táplálási nehézség gyanúja merül fel az anyában, a gyermeket ellátó házi orvosban, védőnőben. Ilyen helyzetek az egészségesen fejlődő csecsemő esetében is adódhatnak. A probléma felmerülése esetén az anya támogatása, információval való ellátása, pszichés tehermentesítése elsőrendű annak érdekében, hogy az 1 éves korig tartó anyatejes táplálás folytatódhasson.

A fokozott támogatást igénylő helyzetek fakadhatnak a szülő-csecsemő diád mindkét tagjából (lásd 2. táblázat). Etetési nehézségek és problémák esetén a gyermeket ellátó házi orvosok, a védőnők, pszichológusok és laktációs szaktanácsadók nyújthatnak támogatást és segítséget. A szoptatás ideje alatt felmerülő további

nehézségek esetén az organikus háttér tisztázását követően támogatást nyújtanak és a probléma tisztázását segíthetik szülő-csecsemő konzulensek és gyermekpszichológusok. Ilyen problémák lehetnek, ha a csecsemő visszautasítja a szoptatást, az evést; ha az elégséges táplálékbevitel mellett nem megfelelően gyarapodik; ha gyakran visszaöklendezi, esetleg kihányja az ételt; ha elutasítja a hozzátáplálást, a darabos ételt; ha nem fogja meg a különböző textúrájú ételt, ha nem rág. Abban az esetben, amikor az anya oldaláról merülnek fel a saját anyaságával, szülésével, szoptatási hatékonyságával, anyai önbizalmával kapcsolatos kérdések, szülő-csecsemő konzultáció és ehhez értő szakember ajánlott.

## 2. táblázat. A fokozott támogatási helyzetet igénylő nehézségek forrásai

A CSECSEMŐ OLDALÁRÓL	AZ ANYA OLDALÁRÓL
koraszülöttség	nehézségek az előző szoptatás idején
a megengedettnél nagyobb súlyesés, nem megfelelő súlyfejlődés	a csecsemő elkülönítése
hirtelen jelentkező szopásigény (növekedési ugrások)	a mell, mellbimbó anatómiai elváltozásai, korábbi mellműtét vagy sérülés (pl. plasztikai műtét), sérült mellbimbó
gyenge szopási készség	az anyatej elégtelen mennyisége
hyperbilirubinaemia	anyai akut vagy krónikus betegség
gyakori sírás aluszékonyság vagy ingerlékenység (temperamentum)	gyógyszerszedés
válaszkész táplálás hiánya (hosszú időközök az egyes táplálások közt)	policisztáspetefészek-szindróma
anatómiai eltérések (pl. rövid nyelvfelek)	támogatás hiánya (támogató mátrix hiánya)
többes szülés	anyai pszichés nehézségek, problémák (pl. testkép és evészavarok)

*Forrás: A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról (Védőnői Szakmai Kollégium 2010)*

## TÁPLÁLÁSI KÖRNYEZET

Bronfenbrenner ökológiai modellje (1994) szerint a fejlődés az egyén és a környezete közötti proximális folyamatokban zajlik. E folyamatok iránya, tartalma és formája az egyéni fejlődés és annak környezeti jellemzői mentén változik. Amikor a gyermek táplálásáról beszélünk, a fentiek értelmében nem hagyhatjuk figyelmen kívül azokat a környezeti tényezőket, amelyek sajátos módon meghatározzák a táplálás kontextusát. A gyermektáplálás folyamatában szerepet játszó környezeti tényezők alkotják a *táplálási környezetet*, melyre hatással van az úgynevezett makrorendszer, az exorendszer, a mezorendszer és mikrorendszer. A makrorendszer nem más, mint a gyermektáplálást meghatározó domináns társadalmi és kulturális hiedelmek és nézetek összessége. Az exorendszer részei a gyermektáplálást meghatározó gazdasági érdekképviselők, a jogszabályok, az ezeket népszerűsítő infokommunikációs tényezők és a különböző szülői erőforrások. A mezorendszer részei a gyermek közvetlen környezetének elemei, a bölcsőde, az óvoda, a lakókörnyezet és a kortárs csoport. Az ún. mikrorendszer a gyermek közvetlen környezetét foglalja magában, amely által a gyermek kapcsolatba kerül a fenti rendszerek egészével, és amelyben a gyermektáplálás pszichológiai hatásai érvényesülnek. A továbbiakban a mikrorendszerben megvalósuló anyai hatásokat kívánjuk bemutatni.

## Anyai hatások

### *Szojtatás és mentális nehézségek*

A szülői etnoteóriák közül témánk szempontjából kiemelkedő jelentőségű az a gondolat, hogy az igazán jó anya az első hónapokban kizárólagos szojtatással táplálja csecsemőjét. Ennek alapját azok a tapasztalati tények és kutatási eredmények képezik, amelyek pozitív kapcsolatot mutattak ki az igény szerinti szojtatás és a gyermek biztonságos kötődése között (például SAXON et al. 2002). Éppen ezért azok az anyák, akik képtelenek ezt az „elvárás” teljesíteni – akár önhibájukon kívül –, kudarcot, büntudatot és inkompetenciát élnek át az anyaságukkal kapcsolatban. A szorongás negatívan hat a tejtermelésre, így kialakulhat egy ördögi kör: a kudarcélmény tovább mélyül, melynek következtében az édesanyák kevésbé lesznek képesek csecsemőik szükségleteit igény szerint kielégíteni. Dias és Figueiredo (2015) kapcsolatot talált az anyai szorongás, a növekvő táplálási nehézségek, s ezáltal a rövidebb szojtatási időtartam között. A szojtatás korai abbahagyása és a posztpartum depresszió között is volt ugyan együttjárás, de ezt befolyásolhatták a negatív szojtatási tapasztalatok is (aggodalmak, nehézségek, negatív attitűd, fájdalom, alacsony énhatékonyság). Az anyai depresszió és a rövidebb szojtatási idő közötti ok-okozati kapcsolat iránya tehát nem egyértelmű, így feltehető ez alábbi két kérdés:

- Vajon a szülés előtti depresszió erősebb prediktortényező-e a szülés utáni depresszióknak, melynek következtében a szojtatás korán abbamarad?
- Vajon a rövidebb szojtatási idő és a depresszió (a terhességi és a posztpartum) egymást kölcsönösen befolyásoló tényezők, vagyis a szojtatási idő csökkenése és a depresszió tüneteiben kimutatható növekedés ennek a két tényezőnek együttes interakciójában értelmezhető-e?

E kérdések tisztázására empirikus tanulmányok adhatnak válaszokat. Mindemellett kimutatták, hogy mind a depressziós tünetek, mind a szorongás összefügg a csökkent anyai szenzitivitással (DIAS–FIGUEIREDO 2015).

### *Szojtatási énhatékonyság*

Az anya azon kialakult képességét és meggyőződését, hogy szojtassa gyermekét, a szojtatási hatékonyság mutatja meg. Meedya, Fahy és Kable (2010) szerint a szojtatási hatékonyságot az első 6 hónapban az anya szojtatási szándéka, a szojtatási képességébe vetett önbizalma, illetve a társas támogatás mértéke határozza meg. A szojtatási szándék arra irányul, hogy az anya elköteleződik-e a szojtatás mellett, a szojtatással kapcsolatos önbizalom pedig azon alapul, hogy az anya mennyire bízik abban, hogy képes szojtatni, míg a társas támogatás a támogató kapcsolati mátrix tagjaitól érkezik (STERN 1995). Dennis (1999) szerint az egyén saját énhatékonyságával kapcsolatos elvárásai a szituációtól és a tapasztalataitól függenek. A szojtatási hatékonyság négy folyamat segítségével módosítható:

1. **Teljesítőképesség:** az az édesanya, aki könnyedén sikerre visz egy számára könnyűnek észlelt feladatot, például a csecsemő megfelelő mellre tételét, pozitív következtetéseket von le a szojtatási képességére vonatkozóan, szemben egy olyan édesanyával, akinek nehézségei támadnak ezzel a feladattal. Az utóbbi édesanya önmagára nézve hibás következtetéseket vonhat le a szojtatási képességére vonatkozóan, például általánosít, és azt gondolja: „Nem vagyok képes a szojtatásra.” A tényleges tapasztalat nagyban függ az egyén adott helyzetben nyújtott teljesítményének értékelésétől, illetve kívánt kimenetelétől.
2. **Másodkézből szerzett tapasztalatok:** ezek megszerzését olyan szerepmodellek biztosítják, akik képesek a szojtatáshoz kapcsolódó gondolatok és cselekvési motiváció megváltoztatására. A leghatásosabb szerepmodell az, aki demográfiaileg és pszichoszociálisan is hasonló jellemzőkkel bír a célközönségével, ugyanakkor kompetensebb a modell alapjául szolgáló viselkedésben.
3. **Szóbeli meggyőzés:** ebben fontos szerepe lehet az egészségügyi személyzetnek és a laktációs szaknőnacsadóknak.
4. **Fiziológiai és/vagy affektív állapotából** levont következtetések: az arousal pozitív értékelése (például izgalomként vagy megelégedettségként) növeli az énhatékonyságot, míg a negatív értékelések (például fájdalomként vagy szorongásként történő értékelés) csökkentik.

A fenti változók képesek meghatározni az egyéni válaszokat, az erőfeszítést és a kitartást, a szojtatáshoz kapcsolódó gondolati mintákat, az attitűdöt, illetve az érzelmi reakciókat. Dennis (1999) példákat is említ: a

magas szintű szoptatási énhatékonysággal rendelkező anya eldönti, hogy szoptatni fogja a csecsemőjét, és célokat tűz ki a szoptatással kapcsolatban – például: „Hosszan szeretnék szoptatni” –, és elhivatott a célok elérésében. A magas szintű szoptatási énhatékonysággal rendelkező édesanyák akkor is kitartanak a szoptatás mellett, amikor nehézségekkel találják szemben magukat. A gondolati minták tekintetében a magas szintű szoptatási énhatékonysággal rendelkező anyáknak a siker lebeg a szemük előtt, és nehézségek esetén képesek a lehangoló gondolatok elhessegetésére. Az érzelmi reakciók esetében a magas szoptatási énhatékonysággal rendelkező anya a szoptatás során felmerülő nehézségeket kihívásként értelmezi, nem pedig kudarcként. Dennis (1999) hangsúlyozza, hogy a szoptatás időtartamának növelése érdekében az egészségügyben dolgozó szakembereknek azokat az anyákat kellene azonosítani, akik a szoptatás korai abbahagyásának szempontjából a magas rizikójú csoportba tartoznak, vagyis azokat az anyákat, akik nem biztosak abban, hogy képesek szoptatni; ehhez bátorítást és segítséget igényelnek, és a szoptatás során felmerülő problémákat saját hiányosságuknak tekintik.

#### *Az élet és fejlődés sterna témája a szoptatást érintő kérdésekben*

Sholim és munkatársai (2015) szerint a korai időszakban az anyaság élményét a szoptatással kapcsolatos tapasztalatok uralják. Erre alapozva megvizsgáltuk (KECSKÉS–CSABAI 2020), hogy 0–12 hónapos kiscsecsemős anyák anyasággal kapcsolatos élményei mennyiben járnak együtt a szoptatási énhatékonyság-érzésükkel. A szoptatási énhatékonyságot két változó alakítja: egyrészt a szoptatással kapcsolatos elvárások, vagyis az abba vetett hit, a szoptatás facilitátora a csecsemővel való kapcsolatnak és a csecsemő egészségességének. Másrészt az énhatékonyság-elvárás, tehát az anyai meggyőződés arról, hogy képes sikeresen véghez vinni a kívánt cselekvéssort, vagyis képes szoptatni csecsemőjét. A szoptatási énhatékonyság mentén kialakuló elvárások befolyásolják, hogy az anya milyen viselkedés mellett köteleződik el, milyen energiával vesz részt a tevékenységben, mennyire kitartó, továbbá hogy önmaga sikerességét alá- vagy fölébecsüli. Eredményeink arra mutattak rá, hogy minél hatékonyabbnak érzi magát a szoptatásban az édesanya, annál inkább képes magát átadni az anyaság élményének. Eredményeink tehát alátámasztják Sholim és munkatársai (2015) állítását, és rámutatnak, hogy a korai időszakban az anyaság élményének alakulásában a csecsemő szoptatásában való anyai sikeresség az egyik meghatározó faktor lehet.

#### *Anyai testkép és korai táplálás*

Foster, Slade és Wilson (1996) az első között vizsgálták a testkép és a korai táplálási formák közötti összefüggéseket. Azt találták, hogy a várandósság alatti testkép hatással van a táplálási mód melletti döntésre. Eredményeik szerint azok a nők, akik a várandósság alatt elégedettek a testükkel, inkább választják a szoptatást, mint azok, akik ezen időszakban elégedetlenek. Az anyai életkor és a testtömegindex nem volt kapcsolatban a táplálási szándékkal. Ebből kiindulva Foster és munkatársai (1996) feltételezik, hogy a testkép lehet egy olyan faktor, amely – az információ és a társas támogatás mellett – befolyásolhatja, hogy a leendő anyák hogyan tervezik táplálni gyermeküket. Feltevésük szerint, mivel a várandós anyákat informálják arról, hogy a szoptatás nagy mennyiségű energiát igényel, azok úgy ítélik meg, hogy a szoptatás segítségével az alak és a súly szülés előtti állapotát gyorsabban visszanyerhetik. Kiindulópontjuk tehát az volt, hogy a testtel való elégedetlenség a szoptatás melletti elköteleződéshez vezet, eredményeik azonban éppen ennek ellenkezőjét igazolták.

Ezt alátámasztja Kocsis, Forgács és Márton (2001) kutatási eredménye is; ők a magyar anyák szoptatási attitűdjeit és testtel való elégedettségük összefüggéseit vizsgálták. Ebben a kutatásban a nem szoptató anyák nagyobb hangsúlyt helyeztek a szoptatással járó testi változásokra, és a szoptatás elé helyezték a testesztétikai szempontjait. Ezt igazolták saját kutatásaink is, melyek a szoptatás és a testképpel való elégedettség összefüggéseit kívánták longitudinálisan feltárni. Eredményeink szerint azok a nők, akik a szülést követően cumisüvegből táplálják csecsemőjüket, a szoptatókhoz képest már a várandósság második (4. hónap) és harmadik trimeszterében (9. hónap) elégedetlenebbek testükkel. A szülés után 6 héttel ez a tendencia megmaradt: a cumisüvegből tápláló nőknél az aktuális és az ideális alak közötti diszkrépancia szignifikánsan nagyobb, mint a szoptatók nők csoportjában. Vagyis a testtel való elégedetlenség már a várandósság időszakában megjelenik azoknál, akik nem szoptattak. Ez az eredmény nem elhanyagolható annak ismeretében, hogy a kutatásban részt vevő nők 94%-a (49 fő) a várandósság negyedik és kilencedik hónapjában a gyermeküket szoptatni kívánták. A szülést követő időszakban azonban a mintában részt vevők 64%-a (34 fő)

szoptatta valóban gyermekét, 9 anya egyáltalán nem szoptatott, 9 anya pedig tápszerkiegészítést alkalmazott a szoptatás mellett.

A fenti eredmények tehát nem igazolják azt az elképzelést, hogy a nők a szoptatást arra használják, hogy a testsúlyukat és az alakjukat visszanyerjék, mert ebben az esetben a negatívabb testkép eredményezné a szoptatás választását és gyakorlatát (HARGITAY-MÜLLER-CSABAI-SZABÓ 2016). Az ellentmondást Zahorick és Webber (2000) azzal magyarázzák, hogy annak ellenére, hogy a szoptatás 500-600 kalóriát éget, a súly lassabban megy vissza, mivel a gyors fogyás csökkenti a tejelválasztást. Ezek alapján azok számára, akik elégedetlenek az alakjukkal, az elválasztás nyújt valódi alternatívát. A szoptatás súlycsökkentésre való használata Sichieri, Field, Rich-Edwards és Willett (2003) kutatási eredménye szerint is elenyésző mértékűnek bizonyult, mivel a szoptató és nem szoptató anyák testsúlya között ők is elhanyagolható mértékű különbséget találtak.

Bármennyire idegennek is tűnik a gondolat, de a szoptatás elutasításának lehetnek pszichés előnyei, melyek az édesanyának azt az igényét helyezik előtérbe, hogy a várandósság alatt és a szülést követően is vonzó maradjon.

## A csecsemő hatásai

### *Koraszülöttség*

A leggyakoribb perinatális rizikó a koraszülöttség. A világon minden tizedik baba koraszülöttként érkezik a világra. A koraszülött babák érettségüktől függően kevésbé képesek a környezethez való alkalmazkodásra, kezdetben nehéz őket etetni, és hajlamosabbak a betegségekre. Gyakrabban fordulnak elő náluk súlyos érzékszervi, bélrendszeri, illetve légzőszervi és idegrendszeri problémák, emiatt veszélyeztetettek, így korai gondozásuk nehézségeket rejt. A szakorvosi ajánlások szerint már koraszülöttség esetén is kiemelkedő szerepet játszik az anyatej. Extrém kis súlyú koraszülötteknél azonban az etetést kezdetben nem lehet szájon át történő szoptatással megoldani, ezért a szükséges tápanyagokat vénásan, az anyatejet pedig kis mennyiségben gyomorszondán keresztül juttatják a szervezetbe. Wilken (2012) metaanalízisében azt találta, hogy a szondatáplálás megnövekedett anyai stresszhez vezetett azokban az esetekben, amikor az anya saját kudarcaként tekint a koraszülésre. Ez abból adódhat, hogy ebben az esetben a sterna anyai feladatok (*lásd 1.1.2.*) közül az élet és fejlődés témájának kérdésköre megoldatlan marad. Azokban az esetekben azonban, amikor a szonda felhelyezését az anya úgy értelmezi, mint ami közvetett módon képes a csecsemő életben tartására, a stresszel való megküzdés sikeresebb. Wilken (2012) az eredmények alapján felhívja a figyelmet arra, hogy azoknál a koraszülő anyáknál, akik nem tudják külön kezelni az élet és fejlődés témáját, a szülés utáni depresszió kialakulásának veszélye megnő. Az anya számára további érzelmi megterhelést jelent, ha a szondatáplálás miatt a korai fizikai és érzelmi kapcsolódási lehetőség is elveszik. Mind az növekedés, mind az elsődleges kapcsolódás témáját képesek árnyalni a társas környezet reakciói: amennyiben a támogató mátrix tagjai – egészségügyi személyzet, sorstársak, házastárs és rokonok – az anyát feladataiban és kompetenciájában megsegítették, nem alakul ki a szégyen és büntudat érzése. Összességében elmondható, hogy a szondatáplálással az anyaság központi aspektusa elveszhet, amennyiben úgy tekintünk az etetésre, mint az anyaság központi részére, vagyis az etetés a koraszülő anyák esetében is messze túlmutat a táplálkozási szükségletek kielégítésén.

Egy magyar kutatás azt vizsgálta, hogy koraszülött csecsemők esetében milyen sajátosságok mutatkoznak az anya gondozási tevékenységében az időre született csecsemők anyáihoz viszonyítva. A kutatásba 0–6 hónapos korú koraszülött (N = 51) és időre született (N = 157) csecsemővel rendelkező édesanyákat vontak be. Az eredmények szerint a koraszülött csecsemők csoportjában az anyáknál alacsonyabb a csecsemőre való ráhangolódás igénye, inkább az anya struktúraigénye határozza meg az anyai gondoskodás minőségét, vagyis a koraszülő édesanyák képesek figyelmen kívül hagyni a csecsemő szükségleteit, és inkább előre kialakított és meghatározott feltételek mentén gondoskodnak a csecsemőről. Ennek mentén fontosnak tartják, hogy a csecsemőre való anyai ráhangolódás anyai igénye a korai prevencióban a jelenleginél jelentősebb szerepet kapjon (BAKONYI-CSABAI-HORVÁTH 2020).

### A csecsemő fizikális növekedése

A gyermeket ellátó házi orvosok és védőnők a csecsemő fizikális növekedését a testtömeg, a testmagasság, a fejkörfogat és a mellkörfogat méretének változása alapján detektálják, és a megfelelő percentilis táblázat alapján értékelik. A percentilis görbék az adott tulajdonság szempontjából reprezentatív populáció nagyszámú egyedének egyéni mérési adatai alapján készülnek. A percentilis görbén feltüntetik a 3, 10, 25, 50, 75, 90 és 97-es értékeket, melyek megmutatják, hogy különböző életkorokban a csecsemők/kisgyermekek milyen átlagos mutatókkal rendelkeznek a fenti tulajdonságok szempontjából, és az adott gyermek ehhez az átlaghoz hogyan viszonyul. Az átlagtól való eltérés módszerének jelentősége abban áll, hogy lehetővé teszi a gyermek egyéni fejlődésének és növekedésének megítélését:

- a 10-es percentilis alatti és a 90-es fölötti értékek már különös figyelmet érdemelnek: alkati adottság mellett táplálási hibára vagy rejtett betegségre utalhatnak;
- a 3-as percentilis alatti és a 97 percentilis fölötti értékek kivizsgálása mindenképpen szükséges az elmaradás vagy a kóros mértékű gyarapodás okának tisztázására (OLÁH 2008; ERDÉLYI-SIPOS et al. 2019).

### 3. táblázat. A percentilis értékektől való lemaradás lehetséges okai

BELSŐ, ENDOGÉN TÉNYEZŐK	KÜLSŐ, EXOGÉN TÉNYEZŐK
genetikai adottságok	természeti, társadalmi és gazdasági tényezők
nem	a család szociális helyzete
rasszhoz tartozás	a szülők iskolai végzettsége
hormonális jellemzők	a szülők életmódja és pszichés jólléte

*Forrás: Oláh 2008; SCHNEIDERNE DIÓSZEGI 2012*

A fejlődés folyamatában előfordulhatnak növekedési ugrások. Ezek olyan intenzív növekedési szakaszok, amikor a csecsemő átmenetileg több tejet igényel, így az adott időszakban megszorodik a szopási igénye:

Ezekben a napokban a csecsemő gyakrabban igényli a szoptatást: a szoptatások megnövekedett mennyiségén keresztül a gyermek az anyatej mennyiségét szabályozza. Vagyis ha az anya nem igény szerint szoptat, a tejmennyiség nem tudja követni a gyermek szükségleteit, aminek következtében a csecsemő nyugtábbá válhat, végső soron pedig megtorpanhat a súlygyarapodása. A növekedési ugrás lecsengésével a tejmennyiség is csökken.

A növekedési ugrás jellemzően 3 és 6 hetes, illetve 3 és 6 hónapos korban jelentkezik.

Jelei:

- gyakori szopási igény;
- kielégíthetetlennek tűnő éhség;
- gyakori nyugtáskodás, sírás.

Ezekben az időszakokban a gyakori szoptatások következtében az anya úgy érezheti, hogy az anyatej mennyisége nem elég a gyermeknek (SCHNEIDERNE DIÓSZEGI 2012).

### Gyarapodási elégtelenség

A gyarapodási elégtelenség (failure to thrive, FTT) olyan malnutríciós (táplálási elégtelenséget okozó) szindróma, melyet a súlygyarapodás megszűnése vagy súlyvesztés jellemez, és amely organikus, magatartásbeli és környezeti faktorok együttes hatására vezethető vissza. Az FTT abban az esetben valószínűsíthető, ha a gyermek súlya a 3-as percentilis alatt van. Az FTT-tünet és nem diagnózis: az ok tisztázásra szorul, a megítélésében pedig lényeges szempont, hogy a gyermek fejlődésében mindig volt-e elmaradás (OLÁH 2008). Prevalencia-adatok alapján az alapellátásban a gyermekek 10%-ánál fordul elő, és gyakoribb a rossz szociális körülmények között élők között. Az FTT típusai:

- *Organikus:* az esetek 5%-ában fordul elő (FENYVESI 2008); okai lehetnek emésztési és felszívódási za-

varok, anyagcserezavarok, kiválasztási zavarok, fokozott energiaigény (cisztás fibrózis, fertőzések stb.; RAAB 2017).

- *Nem organikus*: az esetek 45-90%-ában fordul elő (FENYVESI 2008); okai között az élelmiszerhiány, a környezeti elhanyagolás, a rossz etetési technikák, a helytelenül elkészített tápszer, az anyai ismeretek hiánya, az anyai elhanyagolás, az anyai stressz és a szülő-gyermek kapcsolat zavarai fordulnak elő.

Utóbbi esetben a szülő és a gyermek közötti interakciók rendezetlenek, nincs egymásra hangolódás. Az anya sokszor depresszív tüneteket mutat, és kompetenciahiányának okát a gyermekben látja. Előfordul, hogy úgy észleli, a gyermek visszautasítja őt. Kevésbé szélsőséges esetben pedig egyszerűen csak azt gondolja, hogy a gyermeknek nincs rá szüksége, vagy nem együttműködő vele gyermeke: például nem akkor, nem úgy és nem annyit eszik, ahogy/amennyit „kellene”. Ezek az anyai vélekedések megalapozzák a gyermek iránt érzett ellenségességet. Az FTT pszichológiailag a hospitalizációhoz hasonlítható, melynek során a gyermek apátiás lesz, és étvágyát elveszíti (RAAB 2017). Az anya-gyermek kapcsolatban megjelenő nehézségeket és az ezek háttérben kialakuló gyarapodási problémákat az „Az evés mint kapcsolat” című alfejezetben ismertetjük.

Kevert okok az esetek 25%-ában fordulnak elő (FENYVESI 2008), melyek során az organikus és a nem organikus tényezők átfedést mutatnak (RAAB 2017).

Az FTT tüneteinek tisztázása anamnesztikus adatfelvételt, fizikális vizsgálatot, laboratóriumi vizsgálatot és egyéb vizsgálatokat igényel. Anamnézis FTT esetén:

- *A táplálásra vonatkozó adatok*: szoptatásra vonatkozó információk (az anya mennyit szoptat, mikor szoptat, és mikor nem szoptat, hogyan szoptat; szed-e gyógyszert, van-e krónikus betegsége, stb.). Mesterséges táplálásra vonatkozó információk (mi volt az oka a mesterséges táplálásnak, mikor kezdődött, stb.). A hozzátáplálás bevezetésének módja és ideje; ki(k) eteti(k) a csecsemőt; a testhelyzet és az elhelyezkedés az etetés alatt (például hason etetett csecsemő), székletürítési szokások, hányás. Az objektív adatokon túl a megfigyelés szerepe is jelentős lehet.
- *A fejlődésre vonatkozó adatok*: terhességi és perinatális események, fejlődési állomások, a csecsemő természete, napi életrendje.
- *Pszichoszociális anamnézis*: a család összetétele, a szülők foglalkozása, anyagi helyzet, stressz, izolálódás, gyermeknevelési elvek, anyai depresszió, gondatlanságra vagy bántalmazásra utaló adatok.
- *Családi anamnézis*: testmagasság, testsúly, betegségek, alkati alacsony növekedés, örökletes betegségekre vagy fejlődésbeli elmaradásra vonatkozó családi adatok (OLÁH 2008).

Az FTT diagnosztikus kritériumai:

- A 2 évesnél fiatalabb gyermek súlya több mint egy alkalommal a 3-as és az 5-ös percentilis érték közé esik.
- A 2 évesnél fiatalabb gyermek testsúlya kevesebb, mint a korának megfelelő ideális súly 80%-a (az ideális súly, az úgynevezett „kell” súly kiszámítható, ha a születési súlyhoz az első hónapra számítva 300 g-ot, a 2–6. hónapra havi 600 g-ot, a 7–12. hónapra havi 500 g-ot adunk hozzá).
- A 2 évesnél fiatalabb gyermek súlygörbéje két nagy percentilis vonalat keresztez lefelé (OLÁH 2008).

*Kivételek a fenti megállapítások alól:*

- genetikailag determináltan alacsony növekedésű gyermekek;
- intrauterin retardált csecsemők;
- koraszülöttek;
- azok a túlsúlyos csecsemők, akiknek a növekedési rátája nő, míg a súlygyarapodási rátája csökken (OLÁH 2008).

Az FTT okai:

- elégtelen kalóriabevitel;
- organikus okok: felszívódási, emésztési zavarok;
- fokozott kalóriaigény (OLÁH 2008).

### *Temperamentum és korai táplálás*

A temperamentum eredete biológiai: a személyben rejlő alapvető diszpozíciókat tartalmaz, amelyek az aktivitás, reaktivitás és az érzelmek alapjául szolgálnak. A temperamentum a viselkedésben nyilvánul meg, ami az egészen korai időszaktól jellemzi az egyént, és az idő múlásával is stabil marad. Kifejeződését a tapasztalat és a kontextus egyre inkább befolyásolja, így célszerűbb inkább kontinuitásról beszélni, mint stabilitásról, mivel a viselkedés mindig az életkortól függően, annak megfelelően manifesztálódik (BATES 1989).

A csecsemő környezete irányába küldött jelzéseit befolyásolja a temperamentuma. Ilyen jelzés például az éhség csillapítása érdekében a gondozó felé küldött szignál, melyet éhségjelzésnek nevezünk. A gondozónak először is észlelnie kell a jelzést annak érdekében, hogy reagálhasson rá, ráadásul az észlelt jelzés erősségének megfelelő módon. Ennek megfelelően az éhes csecsemő erőteljes éhségjelzéseket küld a környezete felé, melynek megfelelően az anya késlekedés nélkül megeteti a kisbabáját. Az úgynevezett nehéz temperamentumú csecsemők azonban erőteljes jelzéseket küldenek a gondozónak akkor is, ha éppen nem annyira éhesek, így az anya még inkább sürgetve érzi magát, és akár többször is megetetheti csecsemőjét. McMeekin és munkatársai (2013) éppen ezt állapították meg, miközben a csecsemő temperamentuma és az anyai korai táplálási szokások közötti összefüggéseket vizsgálták. Vagyis azok az anyák, akiknek gyermeke nehéz temperamentumú, többször alkalmazták az ételt a megnyugtató eszközeként, mivel vélhetően kevésbé tudták jól olvasni a csecsemő éhségjelzéseit.

A nehéz temperamentumú csecsemőkre jellemző, hogy az új ingerekre, tevékenységekre és ismeretlen személyekre ingerlékennyé válnak, így az anya nehezebben tudja megkülönböztetni az éhségjeleket azoktól a szignáloktól, melyeket egyéb más helyzetekre adnak. Ennek egyenes következménye, hogy a nehéz temperamentumú csecsemők szoptatása kevésbé szabályos. Pontosan ezt mutatta ki egy másik kutatás, amelyben a kizárólagosan szoptatott és a keverten táplált csecsemőket az anyák nehéz temperamentumúnak ítélték, így az önszabályozás és az extraverzió terén alacsonyabb pontszámokat, míg a negatív érzelmek terén magasabb pontszámokat adtak nekik (LAUZON-GUILLAIN et al. 2012).

Taut és munkatársai (2016) a csecsemők nehéz temperamentuma és a szoptatás időtartamának összefüggéseit vizsgálták szoptatott, normál születési súlyú csecsemők bevonásával (N = 5955). Eredményeik szerint a szoptatás időtartama fordítottan jár együtt a könnyű temperamentummal (annál rövidebb ideig szoptat az anya, minél könnyebbnek ítéli a csecsemő temperamentumát). Emellett pozitív irányú együttjárás mutatkozik az anyák által nehéz temperamentumúnak észlelt csecsemők kiszámíthatatlansága és a szoptatási időtartam között, vagyis annál hosszabb ideig szoptat az anya, minél nehezebb temperamentumúnak ítéli a csecsemőjét.

A Cambridge Baby Grow Study keretében Lauzon-Guillain, Wijndaele, Clark, Acerini, Hughes és munkatársai (2012) 316 csecsemőt vizsgáltak (3 hónapos korban) a szoptatás és az anya által ítélt temperamentum közötti összefüggés tekintetében. Eredményeik szerint szignifikánsan magasabb a „könnyű temperamentum” a tápszerrel és a vegyesen (tápszerrel és mellből is táplált) csecsemőknél, mint a csak mellből tápláltak csoportjánál. A szerzők ezt azzal magyarázzák, hogy a kizárólag szoptatott csecsemők markánsabb viselkedéses jegyekkel fejezik ki éhségüket, mint a másik két csoport babái. Így ezeket az erősebb viselkedéses jegyeket az anyák úgy észlelhették, mint a „nehezebb” temperamentum jelzőit.

## **AZ EVÉS MINT KAPCSOLAT**

Az evés során a test kilép saját határai közül, legyőzi a világot, mivel azt lenyelve növekszik, belőle gyarapítja magát (FORGÁCS 2013). Az újszülött a szülést követően legelőször a táplálkozás révén kerül tartós és folyamatos kapcsolatba a környezetével; az evési szokások kialakulása a legkorábbi életszakaszban elkezdődik, melyeket az anyával való kapcsolatban megélt tapasztalatok kezdenek formálni. Az evési szokások kialakulása folytatódik abban a folyamatban, amikor a gyermek elkezd felfedezni, hogy a környezetére hatást gyakorol. Az anyai táplálás és a gyermeki evés interakciója hozzájárul az anya-gyermek kapcsolat érzelmi aspektusának kialakulásához, ami egyrészt az anyai test gyermek számára történő felajánlásából, a gyermek oldaláról pedig e felajánlás elfogadásából áll (BION 2012). A két tényező együttese alakítja a diádikus kapcsolat kezdeteit, miszerint a szoptatás az anyának lehetőséget ad arra, hogy megtanulja gyermeke jelzéseit értelmezni, s ennek megfelelően anyaságát formálni, és azt a csecsemő szükségleteihez illeszteni (STERN



2006). Stern szerint a korai táplálás az egyik „klinikailag fontos esemény” a korai baba-mama kapcsolatban, amely korrekciós lehetőségeket is rejt magában (STERN 1995).

## Szoptatás és személyközi kommunikáció

A kapcsolati rendszerben az interakciós folyamat eredménye a szoptatáshoz való viszony. Ebben az interakciós helyzetben kérdésként merül fel, hogy a szoptatás helyzetében ki az ágens:

- *Az anya, amikor szoptat:* a szoptatás mögötti cselekedet értelmezhető úgy, mint az anya saját hiányállapotának csökkentése. Ekkor az anya önmagát úgy értékeli, mint akinek éhes csecsemője van, s ez a szoptatás hatására változik meg, így ebben az aktusban az anya önmagát mint tápláló anyát élheti meg. Vagyis az anya önmaga cselekedete révén látja a csecsemőjét jóllakottnak, így kialakul a különbség az éhes és a jóllakott baba képe között, melyben ő, az anya az aktív szereplő. Ez segíti a szoptató anyai identitás kialakulásában.
- *A csecsemő, amikor szopik:* az éhség mint hiányállapot csökkentése (HORÁNYI 2001).

## Kötődés és táplálás

A kötődési kapcsolat minőségét az anyai szenzitivitás és rezponzivitás alakítja. Az anyai szenzitivitás olyan dinamikus folyamat, ami az anya-gyermek interakciók minden területét áthatja, de minden helyzetben más-ként nyilvánul meg, vagyis kellően dinamikusan alakul a kontextus függvényében. A szenzitív gondozó oly módon használja interakciós készségeit, hogy támogatja és fenntartja az éppen zajló interakció kölcsönös-ségét, nem pedig gátolja, esetleg megszakítja. Ennek az az alapja, hogy a gondozó észlelje a csecsemő adott helyzetben megnyilvánuló viselkedését, és mindezt helyesen értelmezze, vagyis képes legyen elvonatkoztatni saját szükségleteinek és védekező mechanizmusainak zavaró hatásaitól (HÁMORI 2015). A gyermek táplálására vonatkozó anyai válaszkészség egyezik az Ainsworth (1969) által meghatározott általános anyai szenzitivitás és rezponzivitás elemeivel, melyek az anyai viselkedés jellemzőin keresztül írják le a fogalmat:

1. A gyermek jelzéseinek érzékeny észlelésével, vagyis azzal, hogy az anya milyen mértékben észleli gyermeke viselkedéses szignáljait táplálási helyzetben, azaz milyen mértékben észleli az anya gyermeke éhség- és jóllakottságjeleit.
2. A gyermek jelzéseinek értelmezésével, vagyis azzal, ahogyan az adott ingernek jelentést tulajdonít saját magától függetlenül; táplálási helyzetben pedig azzal, ahogyan ezeket az éhség- és jóllakottságjeleket értelmezi;
3. A gyermek jelzéseire adott megfelelő gondozói reakciókkal, melyek időben, a helyzetnek és a csecsemő fejlődési szükségleteinek megfelelő válaszokat adnak (AINSWORTH–BELL 1969; AINSWORTH–BELL–STAYTON 1974; HÁMORI 2016; HODGES et al. 2013).

Mindezek alapján feltételezhetjük, hogy az élet kezdetétől a gyermek éhség- és jóllakottságjeleinek észlelése, ezen észleletek értelmezése és az ezekre adott megfelelő anyai etetési reakciók adják a keretét az evési magatartás kialakulásának, mely tapasztalatok hatása a későbbiekben megmutatkozhat.

A nemzetközi tanulmányok vegyesen érvelnek a *kötődési hipotézis* és az „*elég jó gondozó*” hipotézis mellett. Else-Quest, Hyde és Clark (2003) szerint a cumisüveges táplálás is nyújthat elég jó gondoskodást annak ellenére, hogy a kötődési hipotézisnek nevezett elgondolásban az rejlik, hogy a szoptató anyukák erősebb kötődést mutatnak a babájuk felé. A fenti kutatók longitudinális vizsgálatot folytattak le 570 milwaukee-i, madisoni és wisconsini anyuka körében. A babák 4 hónapos, majd 1 éves korában ellentmondásos eredményeket kaptak. A 4 hónapos korú csecsemők esetében az anyák eredményei a kötődési hipotézist támasztották alá: a szoptató anyák erősebb kötődésről számoltak be a csecsemő iránt, mint a cumisüvegből táplálók. Ez a különbség azonban a gyermekek 1 éves korára eltűnt. A szerzők kiemelik, hogy a szülés utáni korai időszak szenzitív időszak az anyai kötődés fejlődésében, és fokozott anyai motiváció jellemző a csecsemő gondozásának biztosításában. Felhívják azonban a figyelmet arra, hogy az anyai kötődés kialakulása nem

szükségszerűen a szülés utáni korai időszakban alakul ki, és nem csupán az oxitocin-termelődés hatására, hanem ebben szerepet játszanak a kapcsolatban megélt tapasztalatok is.

A kutatók az eredmények értelmezésénél kiemelik Belsky (1984) modelljét, aki szerint abban az esetben, amikor egy elem hiányzik a szülői gondoskodás rendszeréből, azt más elemek kompenzálni tudják. Belsky hangsúlyozza, hogy egy cumisüveget használó anya is lehet gyengéd, optimálisan gondoskodó és kellően szenzitív, mivel a gondoskodás olyan komplex viselkedési és hozzáállási rendszer része, amely képes kompenzálni a szoptatás területen megjelenő hiányosságokat (BELSKY 1984). A szülői nevelési és gondoskodási formák többszörösen befolyásoltak: szülői, gyermeki, családon belüli és a tágabb szociális környezet jellemzői által, így nincs olyan befolyásoló tényező, amelynek belátható következményei lennének abban az esetben, ha az anya kellően szenzitív és válaszkész.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Tipikus kapcsolati problémák: etetési nehézségek pszichés háttere

Alapfogalmak

- egészséges csecsemő
- igény szerinti (ráhangoló) / időrend szerinti táplálás
- kizárólagos szoptatás
- mesterséges táplálás
- hozzátáplálás
- elválasztódás/elválasztás

Fokozott támogatást igénylő helyzetek (lásd 2. táblázat)

Koraszülöttség

- a leggyakoribb perinatális rizikó → a veszélyeztetett csoportba tartoznak
- extrém kis súlyú koraszülöttek: etetés gyomorszondán keresztül
  - Wilken (2012): élet és fejlődés feladatának kudarca (STERN 1995)
  - ha a szonda felhelyezését úgy értelmezték, hogy közvetett módon képesek az újszülött életben tartására, a stresszel való megküzdés sikeresebb
  - szondatáplálással az anyaság központi aspektusa elveszhet

Anyai hatások

- Az igazán jó anya az első hónapokban kizárólagos szoptatással táplálja csecsemőjét: akik képtelenek ezt az „elvárást” teljesíteni, kudarcot, büntudatot és inkompetenciát élhetnek át a saját anyaságukkal kapcsolatban
  - szorongás
  - posztpartum depresszió → csökkent anyai szenzitivitás

Szoptatási énhatékonyság

- Az anya azon kialakult képessége és meggyőződése, hogy képes gyermeke szoptatására
  - Teljesítőképeség: a tényleges tapasztalat hatása nagyban függ az egyén adott helyzetben nyújtott teljesítményének értékelésétől, illetve kívánt kimenetelétől
  - Másodkézből szerzett tapasztalatok: demográfiai és pszichoszociális hasonlóság
  - Szóbeli meggyőzés: szakszemélyzet
  - Fiziológiai és affektív állapotok: az arousal pozitív értékelése növeli az énhatékonyságot, míg a negatív értékelések csökkentik

#### A csecsemő hatásai

- a percentilis görbétől való elmaradás okai
- belső, endogén tényezők – külső, exogén tényezők (lásd 3. táblázat)
- növekedési ugrások

#### Gyarapodási elégtelenség (FTT)

Olyan malnutríciós szindróma, melyet a súlygyarapodás nehézsége vagy elmaradása jellemez, és amely organikus, magatartásbeli és környezeti faktorok együttes hatására vezethető vissza.

#### Az FTT típusai (RAAB 2017):

1. Organikus: emésztési és felszívódási zavarok, anyagcserezavarok, kiválasztódási zavarok, fokozott energiaigény.
2. Nonorganikus: környezeti elhanyagolás, élelmiszerhiány, rossz etetési technikák, helytelenül elkészített tápszer, az anyai ismeretek hiánya, anyai elhanyagolás, anyai stressz, a szülő-gyermek kapcsolat zavarai
3. Kevért okok: organikus és nonorganikus okok átfedése.

#### Temperamentum és szoptatás

az újszülött/csecsemő temperamentuma → a csecsemő éhségjelzései → gondozói észlelés → gondozói reakció

- Anyák nehéz temperamentumú csecsemővel → többször alkalmazzák az etetést megnyugtatóként és kevésbé érzékenyek az éhségjelekre (McMEEKIN et al. 2013)
- A szoptatás időtartama és a csecsemő nehéz temperamentuma közötti összefüggések (TAUT et al. 2016):
  - nehéz temperamentum: pozitív együttjárás
  - könnyű temperamentum: negatív együttjárás

#### Anyai válaszkészség és táplálás

Egyezik az Ainsworth-féle (1969) anyai szenzitivitással és reszponzivitással:

- éhség- és jóllakottságjelek
- ezek értelmezése: jelentéstulajdonítás
- reakció: időben, a helyzettel és a csecsemő fejlődési szükségleteivel összhangban

## HIVATKOZÁSOK

- AINSWORTH, M. D. – BELL, S. M. (1969): *Some contemporary patterns of mother–infant interaction in the feeding situation. Stimulation in early infancy.* New York, Academic Press.
- AINSWORTH, M. D. – BELL, S. M. – STAYTON, D. J. (1974): Infant–mother attachment and social development. „Socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals. In RICHARDS, M. P. (szerk.): *The integration of a child into a social world.* London, Cambridge University Press, 99–135. p.
- BAKONYI Zs. – CSABAI K. – HORVÁTH J. (2020): Koraszülött és időre született csecsemők korai gondozási mintáinak azonosítása magyar mintán. *Serdülő- és gyermek-pszichoterápia*, 13(1), 5–31. p.
- BATES, J. E. (1989): Concepts and measures of temperament. In KOHNSTAMM, G. A. – BATES, J. E. – ROTHBART, M. K. (szerk.): *Temperament in Childhood.* Chicester, Wiley & Sons.
- BELSKY, J. (1984): The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. p.
- BION, W. R. (2012): *Újragondolt gondolatok.* Budapest, Animula.
- BRONFENBRENNER, U. (1994): Ecological models of human development. *Readings on the development of children*, 2(1), 37–43. p.
- DENNIS, C. L. (1999): Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195–201. p.
- DIAS, C. C. – FIGUEIREDO, B. (2015): Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature, *Journal of Affective Disorders*, 171(15), 142–154. p.
- EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2019): *Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról.* Budapest, Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság. <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek/Index> (Letöltve: 2020. 06. 30.)
- ELSE-QUEST, N. – HYDE, J. – CLARK, R. (2003): Breastfeeding, Bonding, and the Mother–Infant Relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49 (4), 495–517. p.
- ERDÉLYI-SIPOS et al. (2019): 0–3 éves korú csecsemők és kisdetek táplálkozási szokásainak felmérése, különös tekintettel a makro- és mikronutriens-bevitelre. *Orvosi Hetilap*, 160(50), 1990–1998. p.
- FENYVESI I. (2008): *Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és serdülőkorban.* Egyetemi előadás. Pécs, TE AOK.
- FORGÁCS A. (2013): *Az evés lélektana.* Budapest, Akadémiai.
- FOSTER, S. F. – SLADE, P. – WILSON, K. (1996): Body image, Maternal fetal attachment, and breastfeeding. *Journal of Psychosomatic Research*, 4(2), 181–184. p.
- GOLDSMITH, H. H. et al. (1987): Roundtable: What is Temperament? Four Approaches. *Child Development*, 58(2), 505–529. p.
- HÁMORI E. (2015): *A kötődélmélet perspektívái – A klasszikusoktól napjainkig.* Budapest, Animula.
- HÁMORI E. (2016): *A korai kapcsolat zavarai – Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében.* Budapest, Animula.
- HARGITAY-MÜLLER M. – CSABAI K. – SZABÓ P. (2016): A karcúságideál hatása a női testkép változására a várandósság időszakában. In *VI. Magyar Evészavar Kongresszus: Programfüzet és előadások összefoglalói.* Budapest, 23–24. p.
- HODGES, E. A. et al. (2013): Development of the responsiveness to child feeding cues scale. *Appetite*, 65, 210–219. p.
- HORÁNYI Ö. (2001): A kommunikációról. In BÉRES I. – HORÁNYI Ö. (szerk.): *Társadalmi kommunikáció.* Budapest, Osiris, 22–34. p.
- KECSKÉS K. (2020): *Enni vagy nem enni? 0–2 hónapos csecsemők szoptatás közbeni viselkedésének anyai értelmezései.* Szakdolgozat. Budapest, PPKE BTK.
- KOCSIS E. – FORGÁCS A. – MÁRTON S. (2001): A szoptatással és a gyermekgondozással kapcsolatos előzetes ismeretek szerepe a csecsemő táplálási módjának megválasztásában. *Orvosi Hetilap*, 142 (51), 2845–2849. p.
- LAUZON-GUILLAIN, B. et al. (2012): Breastfeeding and Infant Temperament at Age Three Months. *PLoS One*, 7(1).

- McMEEKIN, S. et al. (2013): Associations between infant temperament and early feeding practices. A cross-sectional study of Australian mother–infant dyads from the NOURISH randomised controlled trial. *Appetite*, 60(1), 239–245. p.
- MEDDYA, S. – FAHY, K. – KABLE, A. (2010): Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*, 23(4), 135–145. p.
- OLÁH É. (2008): *Gyermekgyógyászati kézikönyv, 1.* Budapest, Medicina.
- RAAB, Ch. (2017): Failure to thrive (FTT). *MSD Manual*. <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/miscellaneous-disorders-in-infants-and-children/failure-to-thrive-fft> (Letöltve: 2020. 06. 30.)
- SAXON, T. F. et al. (2002): Demand feeding or schedule feeding: infant growth from birth to 6 months. *Journal of reproductive and infant psychology*, 20(2), 89–99. p.
- SCHNEIDER NÉ DIÓSZEGI E. (2012): Az egészséges csecsemő és természetes szükségletei. Igény szerinti szoptatás. In TÖRÖK SZ. – KUN J. (szerk.): *Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához.* Budapest, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet, 61–80. p.
- SICHERI, R. et al. (2003): Prospective assessment of exclusive breastfeeding in relation to weight change in women. *International Journal of Obesity*, 27(7), 815–820. p.
- STERN, D. N. (1995): *Az anyaság állapota.* Budapest, Animula.
- STERN, D. N. (2006): *Egy baba naplója.* Budapest, Animula.
- TAUT, C. – KELLY, A. – ZGAGA, L. (2016): The Association Between Infant Temperament and Breastfeeding Duration: A Cross-Sectional Study, Breastfeeding Medicine. *The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, 11, 111–118. p.
- VÁRADY E. (é. n.): *Gyakori Laktációs Problémák az Anya és Újszülött Szempontjából.* <http://slideplayer.hu/slide/2069065/> (Letöltve: 2020. 06. 30.)
- VÉDŐNŐI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2010): A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról. (1. módosított változat). *Egészségügyi Közlöny*, 61(2), 388–416. p.
- WILKEN, M. (2012): The Impact of Child Tube Feeding on Maternal Emotional State and Identity: A Qualitative Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(3), 248–255. p.
- ZAHORICK, M. – WEBBER, V. (2000): Postpartum Body Image and Weight Loss. *New Beginnings*, 17(6), 156–159. p.

## II. PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK A KAPCSOLATI SZEMLELETBEN

### II.1. A MEGFIGYELÉS MINT PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZ

#### II.1.1. Hámori Eszter | Klinikai célú csecsemő- és gyermekmegfigyelések – történeti áttekintés

##### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

Klinikai célú csecsemő- és gyermekmegfigyelések

- René Spitz: árvaházi megfigyelések és a hospitalizmus
- Margaret Mahler: patológiás és normál mintázatok a korai kapcsolat fejlődésében
- Selma Fraiberg: patológiás védekezések csecsemőkorban
- John Bowlby és James Robertson: átmeneti szeparáció és lelki fejlődés

Összefoglalás

Hivatkozások

### KLINIKAI CÉLÚ CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKMEGFIGYELÉSEK

#### René Spitz: árvaházi megfigyelések és a hospitalizmus

Az első klinikai célú csecsemőmegfigyelések a pszichoanalitikus fejlődéskutatások keretében születtek meg. Az 1950-es években René Spitz árvaházakban készült filmjei drámai képet festettek az anyjuktól elszakadt, intézeti gondozásban élő csecsemőkről és a korai kapcsolat zavarainak a lelki fejlődésre gyakorolt következményeiről (HÁMORI 2015). A *The Psychogenic Diseases in Infancy – An Attempt at their Etiological Classification* (Csecsemőkori pszichogén zavarok – Etiológiai osztályozásukra tett kísérlet, 1951) című tanulmányában a fizikailag korrekt, ám személytelen és érzelmek nélküli gondoskodás súlyos károsító hatásait írta le a csecsemőotthonokban készített filmek alapján. A kielégítő higiénés körülmények ellenére ezekben az árvaházakban igen magas volt a mortalitási arány. Ezek a gyermekek elvesztették érdeklődésüket a külvilág iránt, apatikussá váltak, nem reagáltak a kontaktusra, és többségüknél nemcsak az értelmi, de a testi fejlődés is stagnált vagy visszaesett. Spitz ezt a tünetegyüttest nevezte el hospitalizmusnak. Kísérletet tett arra, hogy meghatározza, a személytelen, érzelemmentes, futószalagszerű gondoskodás milyen életkorban és mennyi idő után okoz visszafordíthatatlan károsodásokat. Megfigyeléseit pszichoanalitikus fejlődéselméleti keretben értelmezte, és ezzel rávilágított a korai gondozói kapcsolat minőségének jelentőségére a csecsemő lelki szerveződésében és érzelmi fejlődésében.

Spitz megfigyeléseivel párhuzamosan, és részben az ő hatására az 1950-es évektől több olyan kutatás is elindult, melyek az anyai jelenlét és gondoskodás patogén jellemzőinek megfigyelésére és leírására helyezték a hangsúlyt. Ezek a klinikai célú szisztematikus, pszichoanalitikus szemléletű megfigyelések – Margaret Mahler, Selma Fraiberg, valamint John Bowlby és James Robertson vizsgálatai – mérföldkönek bizonyultak az anya-csecsemő kapcsolat egészséges és patológiás fejlődésének megismerésében.

## Margaret Mahler: patológiás és normál mintázatok a korai kapcsolat fejlődésében

A pszichoanalízis történetében elsőként Mahler végzett rendszeres, kutatási célú longitudinális megfigyeléseket a New York Masters Children's Centerben pszichotikus gyermekekről és anyáikról. Megfigyelései nyomán különbséget tett a patológiás és a normál szimbiózis között a korai kapcsolat fejlődésében. Később, az 1950-es években kutatásait kiegészítette egészséges csecsemő-anya párok hosszú távú, félig strukturált körülmények közötti megfigyelésével. A National Institute of Mental Health kutatási támogatásával egy nappali bölcsődéhez hasonló intézményt alakított ki a New York-i Columbia Egyetemen az egészséges anya-csecsemő kapcsolat fejlődésének vizsgálatára (HÁMORI 2016). A Columbia Egyetemen folytatott kutatási projektben közel 20 családot figyeltek meg, és készítettek filmfelvételeket különféle kapcsolati kontextusokban a gyermekek 3 hónapostól 3 éves koráig. Mahler a pszichotikus gyermekekkel szerzett korábbi tapasztalatai és az egészséges anya-csecsemő párok megfigyeléssorozatának ötvözése révén írta le a csecsemő pszichés születéséről szóló elméletét, valamint a szeparáció és az individuáció folyamatát és szakaszait a *The Psychological Birth of the Human Infant* (Az emberi csecsemő pszichés születése) című könyvében (MAHLER–PINE–BERGMAN 1975).

Az egészséges anya-csecsemő párokról végzett kutatási célú megfigyelései fontos dologra hívták fel a figyelmet. A felvételek elemzésekor kiderült, hogy a későbbi fejlődési szakaszok kapcsolati zökkenőit minden esetben megelőzték a korai szakaszok anya-gyerek interakcióinak részleges zavarai. A 18 hónapos kori újraközeledési szakasz normatív krízisének leírásához kilenc gyermek longitudinális megfigyelését használta fel. Azt tapasztalta, hogy a szeparáció első, 12 hónapos kor körül zajló konszolidációs periódusa egyetlen gyermeknél sem alakult harmonikusan. Rövidebb szeparációt követő újratalálkozáskor ezek a gyermekek gyakrabban mutatkoztak elesettnek, vagy éppen dühösnek, és ebben nagy volt az egyéni változatosság. A gyermekek egy másik részénél ugyan nem látott krízisre utaló jeleket, mégis ragaszkodott a feltevéséhez, hogy az újraközeledési krízis minden gyermek élményvilágában lejátszódik (HÁMORI 2016).

Mahler fejlődéseméletében mindvégig a megfigyelhető viselkedésre támaszkodott. Abban azonban bizonytalan volt, hogy valóban lehetnek-e objektívek a csecsemő, illetve a kisgyermek intrapszichés történéseire vonatkozó következtetések pusztán a megfigyelt viselkedés alapján. A probléma nemcsak abból fakad, hogy a csecsemő nem beszél, hanem abból is, hogy a megfigyelő gyakran nehezen tudja megfogalmazni a finom mozzanatokban rejlő jelentést.

Mahler meggyőződése volt, hogy bármilyen pontosak is a megfigyeléseink, sosem lehetünk biztosak abban, mi zajlik a csecsemő és az anya gondolataiban a megfigyelt interakció alatt. A megfigyelő ugyanis objektivitásra és kívülállásra törekvése ellenére saját érzelmeivel, értelmezésével és projekcióival vesz részt a megfigyelésben. Mégis hitt abban, hogy a megfigyelő szubjektivitása, a „cönesztetikus empátia” éppen azért hasznos eszköz, mert kulcsot nyújt a nem verbális élményvilág megértéséhez. Az objektív megfigyelés és a szubjektív észlelés így hozza létre a korai lelki fejlődésről szóló konstrukcióinkat, és ezen keresztül modellt nyújt a terápiás megértés számára is (HÁMORI 2016).

## Selma Fraiberg: patológiás védekezések csecsemőkorban

Selma Fraiberg gyermekanalitikus nevéhez fűződik a korai anya-csecsemő kapcsolatban kialakuló érzelmi zavarok másik közvetlen megfigyeléssorozata. Hátrányos helyzetű, bántalmazott múlttal élő családokkal folytatott terápiás gyakorlata alapján felismerte, hogy a szülők múltbéli emlékei nem tudatosan, hívatlan vendégként élednek újra a csecsemőjükkel folytatott interakcióikban (lásd I.1.1.). Azt tapasztalta, hogy a korai kapcsolat ilyen jellegű zavarai sokszor csak a gondozás finom kontextusaiban érhetők tetten, és az elszenvedett bántalmazás vagy érzelmi elhanyagolás traumáját generációról generációra fenntartják (FRAIBERG–ADELSON–SHAPIRO 1975).

Az 1970-es évek elején elnyert kutatási pályázatával Fraibergnek lehetősége nyílt arra, hogy megfigyelje az anya-csecsemő kapcsolat történéseit és fejlődését depressziós és pszichotikus anyáknál. Harminc család otthonában készített felvételeket a gondozás, a táplálás és az együtt játszás helyzeteiről a csecsemő születésétől 3 éves koráig. A 30 családból 12 anya szenvedett súlyos depresszióban, egy anyát pedig pszichózissal

kezelték a gyermek születése után. Mindegyik anya anamnézisében szerepelt gyermekkori elhanyagolás és/ vagy bántalmazás.

A sokszor drámai videófelvételek elemzését összegző tanulmányában (FRAIBERG 1982) sajátos, az adott életkorra és anya-gyermek párra jellemző patológiás interakciós mintázatokat azonosított. Fraiberg „patológiás csecsemőkori védekezéseknek” nevezte a csecsemők reakcióit az anyák túlingerlő vagy magára hagyó viselkedésére. Ezek a gyermekek 3 hónapos korukra az anyát elkerülő mintázatokat mutattak, 6 hónaposan sokuknál megjelent a lefagyás vagy a dezorganizáció, 18 hónapos korban pedig az önagresszió vagy az érzelmek, például a félelem ellentétbe fordítása. Fraiberg szerint ezek a védekező mintázatok a megküzdés vagy a menekülés stresszkezelésének biológiai mechanizmusain alapulnak. Patológiásnak amiatt tartotta őket, mert olyan védekező mintázattá szerveződtek, amelyek hátráltatták a fejlődő gyermek képességét az egészséges önszabályozásra és a harmonikus kapcsolati mintázatok kialakítására (HÁMORI 2016).

Fraiberg (1982) kutatása két szempontból is mérföldkő volt. Az anya-csecsemő kapcsolat patológiás mintázatait fejlődésük folyamatában azonosította. Rávilágított, hogy a trauma a mindennapi gondozás kontextusaiban, az interakciós láncolatok sorozatában jön létre, és generációról generációra ismétlődik. Videóra vett megfigyelései demonstrálták, hogy a kapcsolat nem tudatos mozzanatainak kiemelt jelentősége van a patológiás láncolatok létrejöttében.

## John Bowlby és James Robertson: átmeneti szeparáció és lelki fejlődés

Az 1950-es évek másik nagy úttörő, klinikai célú megfigyelési programja Bowlby és munkacsoportja nevéhez fűződik. A londoni Tavistock Klinikán megfigyeléssorozatot indítottak 2 év körüli gyermekekről az anyától való átmeneti szeparáció lelki fejlődésre gyakorolt hatásának tanulmányozására. A Robertson házaspár által készített filmfelvételek a későbbiekben gyökeresen megváltoztatták a kórházi gyermekellátás gyakorlatát (HÁMORI 2015). Az egészséges családokban nevelkedő, néhány hétre kórházba kerülő gyermekeket az akkori gyakorlatnak megfelelően a szülők csak időnként látogathatták.

Az *A Two-Year-Old Goes to Hospital* (Egy kétéves kórházba megy) című tanulmányukban (BOWLBY–ROBERTSON–ROSENBLUTH 1952) a 2 éves és 5 hónapos Laura 8 napját kísérték végig a kórházban. A kislány elváláskor kezdetben hevesen *tiltakozott*, amit néhány nap múlva a *kétségbeesés* és az anyával szembeni *harag* váltott fel. Végül bekövetkezett a *beletörődés* vagy az *apátia* állapota, amikor látszólag sem az anya érkezése, sem pedig a távozása nem váltott ki belőle semmilyen reakciót. Amikor az anyja haza akarta vinni, Laura elfordult tőle, mintha nem ismerné meg, és hosszú idő telt el, mire újra örülni tudott neki. Laurát 5 hónappal később otthoni környezetében ismét megfigyelték. A kislány érzelmi kiegyensúlyozottsága ellenére még ekkor is érzékeny volt anyja távozásának legapróbb jeleire is: szorongott és mindenhova követte. Bowlby számára a megfigyelés igazolta, hogy az anyától való időszakos elválás még szerető családi háttér mellett is drámai és tartós érzelmi folyamatokat indíthat el, és megnehezíti a kapcsolati biztonság élményének fenntartását (HÁMORI 2015).

Összességében a klinikai célú csecsemő- és kisgyermek-megfigyelések a korai kapcsolat zavaraira irányították a figyelmet: a trauma szülő-csecsemő interakciókban keletkező mintázataira, valamint a csecsemő- és kisgyermekkori lelki szerveződés folyamataira.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Klinikai célú csecsemő- és gyermekmegfigyelések: történeti áttekintés

- Margaret Mahler
- Selma Fraiberg
- John Bowlby és James Robertson

Megfigyeléseik a korai kapcsolatban keletkező zavarokra irányították a figyelmet

Margaret Mahler

- Pszichotikus anya-csecsemő párok szisztematikus megfigyelése
- Egészséges anya-csecsemő párok kapcsolati fejlődése: szeparáció és individuáció egészséges folyamata



Mahler kutatási tapasztalatai:

- Patológiás és normál szimbiózis közötti különbségtétel
- Újrakezeletési krízis: valóban normatív?
- Létezik objektív megfigyelés?
- A megfigyelő szubjektivitása eszköz a kapcsolati élmények megértésében: a „cönesztetikus empátia” szerepe

Selma Fraiberg

- Hátrányos helyzetű, bántalmazott múlttal élő családok megfigyelése és terápiája
- A szülői traumák a szülő-csecsemő interakciókban élednek újra

Fraiberg: patológiás védekezések csecsemőkorban

- Depressziós és pszichotikus anyák és csecsemőik kapcsolati mintázatai
- Otthoni környezetben: gondozás, táplálás
- Patológiás interakciós mintázatok
- A csecsemő „védekezése”: elkerülés, lefagyás, önagresszió

John Bowlby és James Robertson (1952)

- A rövid kórházi tartózkodás hatása a 2 évesekre
- Az átmeneti szeparáció mint trauma

Robertson: Az átmeneti szeparáció hatása a lelki fejlődésre

- Tiltakozás, kétségbeesés, harag, apátia
- A szeparációs szorongás hosszú távon fennmarad

## HIVATKOZÁSOK

BOWLBY, J. – ROBERTSON, J. – ROSENBLUTH, D. (1952): A Two-Year-Old Goes to Hospital. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7(1), 82–94. p.

FRAIBERG, S. (1982): Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51(4), 612–635. p.

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(3), 387–422. p.

HÁMORI E. (2015): *A kötődélmélet perspektívái. A klasszikusoktól napjainkig*. Budapest, Animula.

HÁMORI E. (2016): *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest, Oriold és Társai.

MAHLER, M. S. – PINE, F. – BERGMAN, A. (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books.

SPITZ, R. A. (1951): The Psychogenic Diseases in Infancy – An Attempt at their Etiologic Classification. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 255–275. p.

*További források René Spitz munkásságához*

SPITZ, R. A. (1945): Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53–74. p.

SPITZ, R. A. (1950): Anxiety in Infancy: A Study of its Manifestations in the First Year of Life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 138–143. p.

René Spitz publikus filmjei:

*Emotional Deprivation in Infancy Study* (1952). [https://www.youtube.com/watch?v=\\_Kz9ovSGnFs](https://www.youtube.com/watch?v=_Kz9ovSGnFs) (Letöltve: 2020. 06. 30.)

*Psychogenic Disease in Infancy* (1952). <https://www.youtube.com/watch?v=VMWb8rfU-rg> (Letöltve: 2020. 06. 30.)

## II.1.2. Rajnik Mária | A részt vevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés elmélete és gyakorlata

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A részt vevő csecsemőmegfigyelés

- Történeti háttér
- A pszichoanalitikus csecsemőmegfigyelés mint „tapasztalati tanulás”
- A részt vevő csecsemőmegfigyelés módszerének felépítése
  - Megfigyelés, jegyzőkönyv vezetése, csoportos feldolgozás
- Részt vevő megfigyelői beállítódás
  - Befogadó megfigyelői attitűd, pszichoanalitikus beállítódás
  - Az események leíró szintje
  - A részt vevő megfigyelés intézményi színterei

Összefoglalás

Hivatkozások

Ajánlott szakirodalom

## A RÉSZT VEVŐ CSECSEMŐMEGFIGYELÉS

A csecsemőmegfigyelés e formáját eredetileg oktatás céljából dolgozták ki, nem a kutatás eszköze. Különbözik a fejlődéslelektani megfigyeléstől is, ahol a gyermek fejlődését az életkor alapján elvárható készségekhez viszonyítjuk. Sajátos attitűd elsajátítását jelenti: a megfigyelő érzelmileg bevonódva érzi magát, mégis bizonyos távolságtartással, a megfigyelői pozíciót fenntartva éli át és figyeli meg a családban történeteket, lehetőség szerint azokat legkevésbé befolyásolva.

### Történeti háttér

A részt vevő megfigyelés eredetileg a néprajzkutatásban jelent meg, ahol a kutató megpróbált a lehető legnagyobb mértékben beleolvadni a vizsgált csoportba, így a történéseknek egyszerre részesévé és objektív megfigyelőjévé vált.

A csecsemőmegfigyelés e formáját az 1940-es évektől kezdve a pszichoanalitikus és a gyermekterápiás képzés céljából dolgozták ki a londoni Tavistock Klinikán az (Bick 1964). A részt vevő csecsemőmegfigyelés arra irányult, hogy a terapeutajelöltek közvetlenül találkozzanak a kisgyermek élményvilágával, s így majd megértsék gyermekkorú pácienseik és önmaguk korai élményeit. A cél a terápiákban szükséges készségek megszerzése.

### A pszichoanalitikus csecsemőmegfigyelés mint „tapasztalati tanulás”

A részt vevő megfigyeléshez szükséges beállítódás elsajátítása valójában egy önismereti folyamat részét képezi. A megfigyelő a foglalkozási szerep védelmét nélkülözve szerez tapasztalatot saját képességéről a keretek fenntartására, a feszültségek, a mentalizálatlan diszkomfort érzések tartalmazására és az érzelmi bevonódásra. Felismerheti személyes élettörténetéből adódó érintettségét, vakfoltjait, és megtapasztalja, hogy a szakember részéről az intervenciók késleltetése, a kivárás hozzásegíti az anya-gyermek párost a saját megoldásuk megtalálásához.

## A részt vevő csecsemőmegfigyelés módszerének felépítése

A részt vevő csecsemőmegfigyelés módszere hármas struktúrájú:

1. Történések, anya-gyermek interakciók megfigyelése a családban – fókuszban a kapcsolat. A megfigyelő benyomásai.
2. Jegyzőkönyv írása a megfigyelést követően.
3. Szupervíziós csoport.

### *Megfigyelés, jegyzőkönyv vezetése, csoportos feldolgozás*

A részt vevő csecsemőmegfigyelés egy egészséges csecsemő megfigyelését jelenti természetes környezetben, a családban. A család nem lehet ismerős, és nem állhat semmiféle kapcsolatban a megfigyelővel. Nagyon hasonló, illetve nagyon eltérő szociális helyzetű családok megfigyelése sem javasolt. A megfigyelés kezdete lehetőleg a szülést követő időszak legyen. Időtartama a képzőhelytől függően 1-2 év. A megfigyelések heti rendszerességgel egy órát jelentenek. A megfigyelés feltételeiről a szülők részletes tájékoztatást kapnak, és erre vonatkozóan szerződést is kötnek velük. A titoktartás etikai normájának betartása biztosított.

A megfigyelést követően a hallgatók írásos beszámolót készítenek a lehető legnagyobb részletességgel. A beszámoló tartalmazza a percről percre zajló cselekvések, a baba és a környezete közt zajló interakciók, valamint a megfigyelőben keletkezett érzések, benyomások, gondolatok leírását.

Az írásos beszámolón alapul a csoportos megbeszélés és a záródolgozat. Fejlődési anamnézis nem kerül felvételre. A szakkifejezések, elméletek mellőzése javasolt.

A tanulók szupervízió mellett kis csoportban elolvassák és megbeszélik a feljegyzéseiket, tapasztalataikat. A csoport lehetőséget nyújt a reflektív folyamatokra. A csoporttagok reprezentálják és kihangsúlyozzák azokat az aspektusokat, amelyeket a megfigyelő nem észlelt. A csoportban zajló folyamatok révén a családi dinamika megragadhatóvá válik.

## Részt vevő megfigyelői beállítódás

A részt vevő csecsemőmegfigyelés során kétféle beállítódást sajátít el a megfigyelő:

1. Befogadó megfigyelői attitűd; pszichoanalitikus beállítódás.
2. Kapcsolati történések pontos megfigyelése: cselekvések, interakciók, ismétlődő mintázatok leírása.

### *Befogadó megfigyelői attitűd, pszichoanalitikus beállítódás*

Az analitikus kapcsolatban szintén jelen van a részt vevő megfigyelői attitűd. Az analitikus megfigyelőként érzelmileg bevonódik, és interakcióba kerül a pácienssel. Ugyanakkor képes magát a bevonódást is külső perspektívából szemlélni (SULLIVAN 1954). Bion véleménye szerint belső élményeinket leginkább az ellazultság állapotában, az ábrándozás (reverie) révén tudjuk megragadni (BION 2006, 41). Ez a leírás megfelel annak a lelkiállapotnak, amelyet Freud egyenletesen lebegő figyelemnek nevez (LAPLANCHE–PONTALIS 1988, 96). A megfigyelő személye a megfigyelés eszköze. Benyomásai, érzései, gondolatai segítségével észleli és érti meg a helyzetben zajló kapcsolati és dinamikai történéseket.

### *Az események leíró szintje*

A csecsemő számára fontos események az implicit kapcsolati mezőben megtörténő ismétlődő, mindennapi, nem szóbeli történések. Ezekben a látszólag jelentéktelen mozzanatokban ragadható meg az anyai gondozás, valamint a kapcsolat egyedisége, személyes jellege (STERN 1995; 2004).

A zavarok is ezekben a pillanatról pillanatra zajló interakciókban, az etetés, az alvás, a viselkedés és a kötődés zavaraiiban nyilvánulnak meg.

A részt vevő csecsemőmegfigyelés helyzetében a tanulókat arra kérik, hogy benyomásaikat a lehető legpontosabban, a szakkifejezések és elméleti konstrukciók mellőzésével írják le. A kapcsolati mintázatokból bontakozik ki a történések érzelmi jelentése. Ez jelenti a kapcsolatot a külső történések és a belső, szubjektív világ között.

*Terápiás hatékonyság:* ez a módszer a megfigyelésre irányul, mégis terápiás hatékonyságú. A terápiás

hatás a megfigyelő ráhangolódó, támogató, tartalmazó funkciójában és a megértésre irányuló törekvéseiben rejlik.

#### *A részt vevő megfigyelés intézményi színterei*

A képzés során a csecsemőmegfigyelést követően a hallgatók gyermekintézményekben folytatják a gyermekmegfigyelést a részt vevő megfigyelés elveinek követésével. Az intézményi részt vevő megfigyelés a képzésen túl a korai intervenció fontos része. A fókuszba a megfigyelt gyermek, a kortársak, a gyermekkel foglalkozó szakember, a jelen lévő más felnőttek és a megfigyelő kapcsolati történései kerülnek.

A felnőtt-terápiáktól eltérően a gyermek a kereteket aktívabban alakíthatja. Például kimegy a váróba, megnézi vagy behívja az anyát. Esetenként az előteret is bevonja a játékba. A váróban zajló események kiváló felületet nyújtanak a családtagokkal való kapcsolódás, a konfliktusos történések megmutatására. Megfigyelhetjük a szülőről való leválást, majd a találkozás mintázatát. A váróban lévő kistestvérrel – akit a szülő kényszerűségből hoz el – megfigyelhetőkké válnak a gyermeknek az új családtag elfogadásával kapcsolatos nehézségei.

A keretek módosulásánál értsük meg: mi miért alakul? Mi a szerepe a változó körülményeknek a gyermek belső konfliktusának megmutatásában?

## ÖSSZEFOGLALÁS

### A részt vevő csecsemőmegfigyelés

#### Történeti háttér

- néprajzkutatás
- pszichoanalitikus csecsemőmegfigyelés (Bick 1964)

#### Tapasztalati tanulás

- az önismereti folyamat része
- a keretek fenntartása
- bevonódás
- kivárá
- önreflexió

#### A módszer felépítése

- megfigyelés
- jegyzőkönyv vezetése
- csoportos megbeszélés

#### Részt vevő megfigyelői attitűd

- befogadó megfigyelés
- leíró szint

#### Befogadó megfigyelés

- pszichoanalitikus beállítódás:
  - Sigmund Freud
  - Sullivan (1954)
  - Bion (2006)

#### Leíró szint

- anya-csecsemő kapcsolati történések: evés, alvás, gondozás
- interakció-mintázatok (STERN 1995)
- érzelmi jelentés

#### Terápiás hatékonyság

- prevenció
- intervenció

#### Részt vevő csecsemő-/kisgyermek-megfigyelés intézményben

- fókusz: a megfigyelt gyermek, a kortársak, a szakember, a jelen lévő felnőttek és a megfigyelő kapcsolati történései
- oktatás céljából
- a korai intervenció része

#### Szinterei

- bölcsőde
- óvoda
- orvosi rendelő
- kórház
- fejlesztőfoglalkozás
- váró

## HIVATKOZÁSOK

ADRIGÁN E. et al. (2014): Küszöbperspektíva, I–II. *Pszichoterápia*, 23(2), 74–87. p.

BICK, E. (1964): Notes on infant observation in psychoanalytic training. *The International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558–566. p.

BION, W. R. (2006): *Figyelem és értelmezés*. Budapest, Lélekben Otthon Kiadó.

LAPLANCHE, J. – PONTALIS, J. B. (1988): *A pszichoanalízis szótára*. Budapest, Akadémiai.

RAJNIK M. (2010): A csecsemőmegfigyelés szerepe a pszichoterápiákban. In HÁMORI E. (szerk.): *Kutatás és terápia metszéspontjai*. Piliscsaba, Pázmány Péter Katolikus Egyetem,

STERN, D. N. (1995): *Az anyaság állapota*. Budapest, Animula.

STERN, D. N. (2004): *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Budapest, Animula.

SULLIVAN, H. S. (1954): *The Psychiatric Interview*, New York, W. W. Norton and Co.

WADDELL, M. (2006): Infant observation in Britain: The Tavistock approach. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 103–120. p.

## AJÁNLOTT SZAKIRODALOM

SYMINGTON, N. – SYMINGTON, J. (1999) *W. Bion klinikai munkássága*. Budapest, Animula.

## II.2. INTERJÚK A KAPCSOLATI SZEMLÉLETŰ PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

### II.2.1. Hámori Eszter | A kapcsolatdiagnosztikai első interjú

#### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú elméleti háttere

- Az interjúkról általában
- A kapcsolatdiagnosztikai első interjú módszertani háttere: az argelanderi első interjú

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú módszere és témakörei

- A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: az objektív információk
  - A család és a gyermek alapadatai
  - A jelentkezés körülményei
  - A probléma, amivel jelentkeztek, vagy küldték őket
- A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: a szubjektív információk
  - A probléma kibontása
  - A szakember benyomásai
- A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: a szcénikus információk
  - A gyermek játéktevékenysége
  - A gyermek kapcsolódása a szülőkhöz
  - A gyermek és a szakember
  - A szakember benyomásai és reakciói

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú adatainak feldolgozása

Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez

Összefoglalás

Hivatkozások

## A KAPCSOLATDIAGNOSZTIKAI ELSŐ INTERJÚ ELMÉLETI HÁTTERE

### Az interjúkról általában

A pszichodiagnosztikai és a pszichoterápiás célú problémafeltáró interjúk fajtái és típusai különböznek attól függően, hogy az interjút vezető szakember milyen céllal szeretné az információkat megszerezni, illetve milyen technikával vezeti a kérdezést. Szőnyi és Füredi (2001) az interjúk három fő csoportját írja le:

1. A strukturált interjúk általában diagnosztikus céllal készülnek, és egy adott tünetcsoport vagy pszichopatológiai jelenség felmérésére irányulnak. A kérdéseket a szakember meghatározott sorrendben teszi fel. Az eljárást nem befolyásolja a kérdező szakmai irányultsága. Ebbe az interjúcsoportba tartoznak például a pszichiátriai diagnosztikus interjúk (SCID, SAFA stb.).
2. A félig strukturált interjúk célja, hogy a szakemberek az objektív adatokon túl a problémakörrel kapcsolatos témákat alaposabban körbejárják, és az adott problémáról a kliens szubjektív vélekedését is megismerjék.
3. A kötetlen vagy szabadon vezetett interjúk az előző kettővel szemben kifejezetten a kliens által hozott probléma szubjektív élményrétegeinek megismerésére irányulnak. A szakember a kliensre bízta, hogy a problémájáról szabadon beszéljen. A probléma kibontását kérdésekkel segítheti, de a kérdések sorrendje

a kliens gondolatmenetét követi. A pszichoterápiás első interjúk tartoznak általában ebbe a csoportba; ilyen például az Argelander (1970) által bevezetett pszichoanalitikus első interjú is.

## A kapcsolatdiagnosztikai első interjú módszertani háttere: az argelanderi első interjú

Argelander (1970) felnőttekkel folytatott pszichoterápiás munkája során vezette be a pszichoanalitikus modell keretein belül azt a kötetlen tematikájú interjútípust, amely a beszélgetés tudatos és nem tudatos elemeit, objektív és szubjektív információit, valamint a szcénikus mezőben lezajló eseményeit is figyelembe veszi a kliens által hozott probléma rétegeinek kibontásához és megértéséhez. A pszichoanalitikus első interjú alapfeltevése, hogy a kliens problémája elmondásával párhuzamosan olyan *tudattalan közléseket* küld a beszélgetéshelyzetben, melyek megjelennek az első találkozás kapcsolati mezejében, azaz az áttételben és a viszontáttételben. A terapeuta benyomásai és a *szcénikus elemek észlelése* szintén a kapcsolati mező részét képezik, és abban segítenek a terapeutának, hogy megértse a kliens fontos érzelmi, interakciós, kapcsolati mintázatait, amelyek a hozott probléma részei.

Az argelanderi pszichoanalitikus első interjú három forrásra támaszkodik:

- Az *objektív információk* tartalmazzák a kliens problémájának leírását, élettörténeti adatait és minden olyan információt, amelyet a kliens elbeszél.
- Az információk *szubjektív vetülete* az objektív adatokhoz kapcsolódó érzelmekből és benyomásokból, valamint a kliens és a terapeuta egymásra történő rezonanciájából áll össze. Ilyen módon a kapcsolati folyamatok (áttétel és viszontáttétel) nem tudatos elemei is fontos információforrássá válnak.
- A *szcénikus információk* a beszélgetés tartalmának és a beszélgetéshelyzetben megjelenő szituatív elemeknek az egymáshoz való viszonyából következtethetők. A *szituatív evidencia* jelzi, hogy az információk és a helyzetben lejátszódó történések közt összhang vagy annak hiánya tapasztalható.

Az interjú vezetéstechnikájára jellemző, hogy a terapeuta a kliens spontán közléseire, megnyilvánulásaira hagyatkozik a probléma megismerésében, és abban segít a kliensnek, hogy azt minél részletesebben ki tudja bontani. Emellett aktívan monitorozza saját benyomásait és szubjektív észleléseit is. Ilyen módon a terapeuta személyisége és észlelései is az információszerzés eszközévé válnak.

## A KAPCSOLATDIAGNOSZTIKAI ELSŐ INTERJÚ MÓDSZERE ÉS TÉMAKÖREI

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú (HÁMORI 2016; 2017) az argelanderi interjúhoz hasonlóan kötetlen, problémafeltáró interjú. Az argelanderi interjúhoz képest azonban jelentős eltérés, hogy az interjún nemcsak a szülők vannak jelen, hanem a gyermek is. Célja, hogy a szakember a gyermek regulációs problémájának jellegét és annak lehetséges okait a *szülők szemüvegén keresztül* és az *interjú helyzetben megjelenő kapcsolati szcéna segítségével* ismerje meg.

A szakember az interjú alatt abban segít a szülőknek, hogy minél szabadabban el tudják mondani, hogy

- mit gondolnak a problémáról;
- hogyan értelmezik annak megjelenését és működését a családi kapcsolatrendszeren belül;
- mit gondolnak és tudnak annak okairól; és
- szerintük hogyan befolyásolja mindez a gyermek, valamint a család életét és fejlődését.

A szakember nem határozza meg előre a témákat, hanem követi a család mondandóját, miközben kérdéseivel, megjegyzéseivel abban segíti a szülőket, hogy a mondandót bátrabban tudják kifejteni. Az interjú során – az argelanderi módszerhez hasonlóan – a szakember folyamatosan figyeli a kapcsolati történések szcénáját

és a szubjektív megnyilvánulásokat, beleértve saját benyomásait és észleléseit is a kapcsolati térben. Külön figyelmet szentel a csecsemő, illetve a kisgyermek és a szülők, valamint a család és a saját maga között zajló kapcsolati történések megfigyelésének és tudatosításának. Az információszerzésnek ez a formája és technikája a gyermekekkel és a szüleikkel folytatott diagnosztikus célú interjúknál már régóta ismert gyakorlat (lásd például RAJNIK 2007). A kapcsolatdiagnosztikai első interjú annyiban tér el ezektől, hogy a kapcsolati térben és a kapcsolati térből szerzett információkat a szakember kifejezetten a gyermek regulációs problémájának kapcsolatdiagnosztikai megértéséhez használja fel (HÁMORI 2017).

## A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: az objektív információk

Az interjú bevezetéseképpen első lépésben három témakörre kérdezzük rá: a család és a gyermek alapadataira, a jelentkezés körülményeire és magára a problémára.

### *A család és a gyermek alapadatai*

- A gyermek neve, születési időpontja (év, hó, nap, óra).
- Az anya neve, születési ideje, foglalkozása (iskolai végzettséggel).
- Az apa neve, születési ideje, foglalkozása (iskolai végzettséggel).
- A testvérek neve, születési ideje (pontosan).
- Kivel laknak együtt (hányan laknak együtt)?
- Hány szobás a lakás?

Megjegyzés: az alapadatokat felvesszük, de ezen a ponton nem támogatjuk, hogy a szülő valamely adat kapcsán belekezdjen a probléma kifejtésébe.

### *A jelentkezés körülményei*

- Milyen módon jelentkeztek: telefonon, interneten, ki küldte őket, stb. (Ez az adat fontos információkat nyújt az ügynevezett előtér jelenségekről.)

### *A probléma, amivel jelentkeztek, vagy küldték őket*

- Mi a problémájuk, amivel jelentkeztek? (A szülők szavaival elmondva.)
- Mi az, amiben segítséget szeretnének kapni?
- Jártak-e már vizsgálaton, vagy kaptak-e bármilyen segítséget a problémájukkal kapcsolatban?
- Milyen vizsgálatok/intervenciók voltak ezek?
- Mit tud ezekről a vizsgálatokról/intervenciókról? (Itt azt szeretnénk megtudni, hogy a szülőnek milyen mélységű információja van arról, amiről ezek a vizsgálatok szóltak.)

## A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: a szubjektív információk

Az alapadatok felvételét követően a kérdező a jelzett probléma részletes kibontásában segíti a szülőket. Fontos, hogy kiderüljön, hogy a szülők hogyan érznek, és mit gondolnak a problémáról, annak okáról – hogy milyen érzelmek, vélekedések, fantáziák kapcsolódnak hozzá.

### *A probléma kibontása*

Ezt a következő kérdések segítik:

- Mióta tapasztalják a problémát?
- Miért pont most jutottak odáig, hogy segítségért forduljanak?
- Mi volt a jelentkezést motiváló „utolsó csepp a pohárban”?
- Mit gondolnak a probléma okáról?
- Ha nem tudják az okokat, akkor lehetséges elképzeléseket, feltevéseket kérünk.



- Milyen területeken okoz nehézséget a problémájuk?
- Ki(k)nek okoz nehézséget a probléma? Miben és hogyan?
- A gyermek érzései/tudása/észlelése a problémáról?
- Hogyan érinti a probléma a kapcsolatukat? (Ezt a kérdést több oldalról, illetve több, a gyermekkel kapcsolatban lévő személy szemszögéből is körbejárjuk.)
- Milyen megoldási lehetőségeket/erőfeszítéseket tettek eddig a probléma feloldására?
- Milyen erőforrásaik vannak a probléma kezelésére?

#### *A szakember benyomásai*

- A szakembernek milyen érzései, gondolatai merültek fel az egyes témákhoz kapcsolódóan?
- A szakember érzései, élményei a szülő(k)re, illetve a gyermekre vonatkozóan.

## A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei: a szcénikus információk

A probléma megértésének fontos része a szcénikus elemek megfigyelése és észlelése az interjú folyamatában: a szülők és a gyermek elhelyezkedése, a nem verbális elemek megfigyelése és az érzelmi mozzanatok kifejeződése a beszélgetéshelyzetben. A gyermek interjú alatti viselkedése ezen belül is kiemelt információforrás lehet: a gyermek megnyilvánulásai, kapcsolati kezdeményezései és visszahúzódása, játéktevékenysége és passzivitása egyfajta indikátorként, fontos információkkal járulnak hozzá a regulációs probléma kapcsolati hátterének megértéséhez. Jelzik, hogy a gyermek miképp rezonál a szülők problémaelbeszélésére és az ezzel kapcsolatban megjelenő érzelmi mozzanatokra. (A példákat lásd a fejezethez kapcsolódó gyakorlatnál: *II.2.1. Gyakorlat: Kapcsolatdiagnosztikai szempontok az interjúzás speciális helyzeteiben.*)

A szcénikus elemek megfigyelését a következő szempontok segítik:

#### *A gyermek játéktevékenysége*

- Mit csinál a gyermek az első beszélgetés alatt? (A gyermek mint indikátor jelenléte az interjún.)
- A gyermek érzelmi állapotai.
- A gyermek játéktevékenysége: a játék tartalma, a játék színvonala és ezek változásai.
- Milyen játéktárgyakat használ?
- Saját játékot hoz? Ha igen, mit tesz vele?

#### *A gyermek kapcsolódása a szülőkhöz*

- Kapcsolódik a szülőhöz? Ha igen, hogyan és mivel?
- A szülő hogyan kapcsolódik a gyermekhez?
- A közeledés és a távolodás hogyan zajlik? Ki kezdeményezi?
- Mindezt mely témáknál?

#### *A gyermek és a szakember*

- A gyermek kapcsolatba lép az interjút készítő szakemberrel?
- Ha igen, milyen módon teszi ezt?
- Milyen szerepet szán neki?
- Ha játszik: bevonja vagy kizárja a szakembert játéktörténekekből?
- A szülők hogyan reagálnak a gyermek és a szakember közötti történésekre?

#### *A szakember benyomásai és reakciói*

- A szakember érzései, benyomásai a szülőkre, illetve a gyermekre vonatkozóan.
- A szakember hogyan reagál a kapcsolati eseményekre?
- Milyen gondolatok, fantáziák keletkeztek az egyes eseményekhez kapcsolódóan?
- Kivel érez érzelmi rezonanciát, és minek a kapcsán? (Ráhangelődés a klienssel való kapcsolat nem tudatos területeire.)
- Milyen összbenyomása van a beszélgetéshelyzetről (szituatív evidencia)?

## A KAPCSOLATDIAGNOSZTIKAI ELSŐ INTERJÚ ADATAINAK FELDOLGOZÁSA

Az interjúról lehetőség szerint és a szülők írásos engedélyével felvételt készítünk. A felvétel utólagos megtekintése támpontokat adhat az objektív, a szubjektív és a szcénikus információk feldolgozásához és részletesebb elemzéséhez. A feldolgozáskor a következő szempontok lehetnek irányadók:

- Mely területen/területeken jeleztek a szülők problémát?
- Hogyan jelezték ezt?
- Milyen részletességgel bontották ki a problémát?
- Milyen elképzeléseik vannak a probléma okáról, és hogyan magyarázzák azt?
- Milyen érzelmek jelentek meg a probléma elbeszélésekor?
- Mely területeken volt összhang, és hol volt ellentét/konfliktus a szülők között?
- Milyen kapcsolati folyamatok és szcénikus elemek kísérték a probléma elbeszélését?
- Milyen érzésekkel, benyomásokkal és gondolatokkal kísérte a szakember a beszélgetés folyamatát?

## TÁMPONTOK A PSZICHODIAGNOSZTIKAI FOLYAMAT TOVÁBBI TERVEZÉSÉHEZ

A három információforrásból származó adatok integrálása támpontot adhat a kapcsolatdiagnosztikai folyamat további tervezéséhez és előkészíti a következő kérdések megválaszolását is:

- Eltérő fejlődésment gyanúja esetén szükség van-e kiegészítő vizsgálatokra?
- Milyen szakember bevonását tervezhetjük?
- Regulációs probléma esetén mely területek kikérdezésére helyezük a hangsúlyt a tematikus regulációs interjú felépítésének tervezésében?
- Mely kapcsolati területek megfigyelésére helyezük a hangsúlyt (szülő-gyermek kapcsolat, szakember-gyermek kapcsolat, kortárs kapcsolatok stb.)?
- Milyen jellegű információkat kérjünk még be a szülőktől a következő alkalomra?

## ÖSSZEFOGLALÁS

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú elméleti háttere

Interjútipusok a klinikai diagnosztikában és a pszichoterápiában

- strukturált interjúk
- félig strukturált interjúk
- kötetlen, szabadon vezetett interjúk

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú módszertani háttere

Az argelanderi pszichoanalitikus első interjú technikájára és modelljére épít

Az információk három forrásával dolgozik:

- objektív (adatok)
- szubjektív (benyomások, érzelmek, kapcsolati folyamatok)
- szcénikus (a beszélgetéshelyzet szituatív elemei)

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú témakörei:

Objektív információk

- A család és a gyermek alapadatai
- A jelentkezés körülményei
- A probléma, amivel jelentkeztek, vagy küldték őket

## Szubjektív információk

A probléma kibontása:

- érzelmek
- vélekedések
- fantáziák
- a szakember benyomásai

Szcénikus információk

- a résztvevők elhelyezkedése
- a nem verbális elemek
- érzelmi mozzanatok
- a gyermek mint indikátor az interjú alatt

A kapcsolatdiagnosztikai első interjú adatainak feldolgozása

Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez

## HIVATKOZÁSOK

ARGELANDER, H. (2006): *A pszichoterápiás első interjú*. Budapest, Animula.

HÁMORI E. (2016): *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest, Oriold és Társai.

HÁMORI E. (szerk.) (2017): *„TEAM AROUND THE CHILD.” Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről*. Budapest, Humanitás Szociális Alapítvány.

RAJNIK M. (2007): Első találkozás a gyermekkel: a diagnosztikus interjú. *Serdülő- és gyermek-pszichoterápia*, 7(1), 20–35. p.

SZŐNYI G. – FÜREDI J. (2001): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina.

## II.2.2. Hámori Eszter: A tematikus regulációs interjú

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A tematikus regulációs interjú elméleti háttere

- Optimális és attól eltérő regulációs mintázatok a „klinikai ablakon” keresztül
- Interaktív csataterék és regulációs mintázatok

A tematikus regulációs interjú módszere

- A tematikus regulációs interjú (TRI) technikája
- Az interjú mint a beszélgetéshelyzet alakítása

A tematikus regulációs interjú témakörei

- A tematikus regulációs interjú témakörei átfogóan
- A tematikus regulációs interjú témakörei részletesen

Útmutató a tematikus regulációs interjú vezetéséhez

- A tematikus regulációs interjú adatainak feldolgozása
- A probléma felrajzolása a regulációs fókuszú interjú alapján: „a diagnosztikai térkép”
- Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez

Összefoglalás

Hivatkozások

## A TEMATIKUS REGULÁCIÓS INTERJÚ ELMÉLETI HÁTTERE

### Optimális és attól eltérő regulációs mintázatok a „klinikai ablakon” keresztül

Stern (1995) „klinikai ablak” fogalma támpontot nyújt a korai kapcsolati és regulációs zavarok felismeréséhez. A szülő-gyermek kapcsolati mintázatok, az „együttlét sémái” az egyes fejlődési szakaszokban egyfajta ablakot jelentenek, amelyen keresztül rátekinthetünk az adott szakasz szabályozási sajátosságaira, egyéni jellemzőire (STERN 1995). Az anya-csecsemő regulációs minták egészséges esetben a fejlődés egymást követő szakaszaiban újraszerveződnek, és egymásra épülnek a különböző szinteken. A csecsemő fejlődésével a funkciók szerveződésében csomópontok jelennek meg: a baba minden egyes szakaszban újabb társas, motoros, kognitív és affektív képességekkel vesz részt az interakciókban. Így az interakciók és a kölcsönös szabályozás mintázata is újraszerveződnek: a bizalomnak, a függésnek és a függetlenedésnek, a kontrollnak és az autonómiának minden szinten újra meg kell oldódnia (*részletesen lásd I.1.1.*).

### Interaktív csataterék és regulációs mintázatok

Stern (1995) modelljében az interaktív csata azt az egészséges folyamatot jelzi, melynek során az adott fejlődési szakaszra jellemző – az új készségeket és funkciókat magában foglaló – optimális regulációs minták kialakulnak (*részletesen lásd I.1.1.*). A csata tárgya minden szakaszban ugyanaz: az optimális szabályozás kialakítása, csak a csatater változik a különböző fejlődési szakaszokban. Három hónapos korig a fiziológiai állapotok szabályozása a csatater: az alvás és az ébrenlét, illetve az éhség és a jóllakottság periódusainak optimális kialakítása. A következő szakaszban, 3 és 5 hónapos kor között a szemtől szemben interakciók kerülnek a fókuszba. Később, 5 és 8 hónapos kor között az interakcióban megjelennek a játéktárgyak. Ezt

követően, a mozgásfejlődés beindulásával a közeledés-távolodás, majd 12 hónapos kor körül a kötődés, később a beszéd, majd az önállóság lesznek a regulációs minták újraszerveződésének csatateri.

Az interaktív csatateriken zajló események megfigyelése és feltérképezése jó támpontot adhat az egészséges és a zavart regulációs minták diagnosztikájához. Az interaktív csatatér a „klinikai ablak”, amelyen keresztül rátekinthetünk az optimális, adaptív szabályozási minták szerveződésére és a patológiás irányba mutató maladaptív mintázatok kialakulására is (STERN 1995). Támpontok a diagnosztikához:

- Az egészséges regulációs mintákhoz hasonlóan a maladaptív mintázatok is továbbvívódhatnak az egyes fejlődési szakaszokban.
- Egyetlen területen jelentkező regulációs probléma nem feltétlenül terjed át a kapcsolat összes területére.
- Egy következő fejlődési szakaszban az előző szakasz regulációs problémája spontán módon megoldódhat.

Mindez a szabályozási mintázatok fejlődésében rejlő rugalmasságra hívja fel a figyelmet. A korai kapcsolati dinamizmusnak ez a változékonysága komplex diagnosztikai szemléletet igényel. Az adaptív és a maladaptív mintázatok tematikus kikérdezése elengedhetetlen a problémás pontok felméréshez.

## A TEMATIKUS REGULÁCIÓS INTERJÚ MÓDSZERE

### A tematikus regulációs interjú (TRI) technikája

A TRI (HÁMORI 2016) formáját tekintve a félig strukturált, tematikus interjúk közé tartozik (*az interjútipusokat lásd még II.2.1.*). A TRI vezetési technikájára jellemző, hogy adott témakörökön halad végig, de a sorrend a helyzethez és a beszélgetés fonalához is alkalmazkodik.

Az interjút úgy vezetjük be a szülők számára, hogy szeretnénk a gyermek fejlődéséről átfogó képet kapni, különös tekintettel azokra a területekre, amelyek érintik a szabályozási készségek fejlődését és kialakulását. Kiemeljük, hogy fontosnak tartjuk az ő véleményét, tapasztalatait és meglátásait az egyes területekkel kapcsolatban. Tehát olyan képet szeretnénk kapni, amely az adatokon túl a szülő szemszögét is megmutatja. Elmondjuk még, hogy szeretnénk, ha minél többet és szabadabban tudna az egyes témákról beszélni, s kérdésekkel fogjuk segíteni, hogy minden egyes témára sor kerülhessen.

A TRI tartalmilag a sterni modellre támaszkodik, és a következő fő területeket explorálja:

- a gyermek fejlődési készségeit és kompetenciáit;
- a szülő-gyermek kapcsolat fejlődésének mintázatait;
- a szülő szubjektív megélését a kapcsolat és a szabályozási minták fejlődéséről.

### Az interjú mint a beszélgetéshelyzet alakítása

- Lehetőség szerint csak a szülők legyenek jelen.
- A szakember ne mondjon véleményt, ne adjon tanácsot: fogadja be az információkat és figyeljen.
- Segítse a szülőt a témák minél gazdagabb kibontásában.
- Az interjú egyben kapcsolati helyzet is: sokszor nehéz témák jöhetnek elő, melyeket tudni kell kezelni.

# A TEMATIKUS REGULÁCIÓS INTERJÚ TÉMAKÖREI

## A tematikus regulációs interjú témakörei átfogóan

A TRI a gyermek fejlődésének főbb területeit veszi végig, kiemelt figyelmet szentelve azoknak a területeknek, amelyek a regulációs mintázatok kialakulása szempontjából központi helyet foglalnak el.

A fő területek átfogóan a következők:

- A várandósság
- A szülés
- Táplálás és táplálkozás
- Sírás
- Alvás
- Kommunikáció
- Mozgás
- Játék
- Emberek
- Együttműködés gondozási helyzetekben
- Érzelmek, kapcsolatok, kötődés
- Szülői aggodalmak

A dőlt betűs kiemelés azokat a területeket jelzi, amelyek a regulációs zavarok kialakulása szempontjából kritikusak lehetnek.

## A tematikus regulációs interjú témakörei részletesen

### A várandósság

A várandóssággal kapcsolatban a következő témákat javasolt körbejárni:

- Hogyan derült ki, hogy jön a baba? (A „tervezett volt-e a gyermek?” kérdést nem javasolt feltenni. Egy ilyen kérdés a szülők számára elvárást sugall és akadályozza a szülők szabad élményelbeszélését. Ha nyitott végű kérdést teszünk fel, sokkal inkább kaphatunk őszinte információkat a teherbeesés módjáról, a tervezésről vagy a baba jövetelének véletlenszerűségéről). Javasolt kérdések:
- Hogy alakult a várandósság?
- Milyennek érezte/hogyan élte meg a baba növekedését?
- Ha pozitív élményként írja le, kérjünk példát: hogyan tudná leginkább érzékeltetni, milyen eseménnyel, példával?
- Volt-e bármilyen nehézség vagy probléma a várandósság ideje alatt? (Bármilyen apróságnak tűnő dolog is lehet.)
- Ha volt problémája, mi volt az, és meddig tartott?
- Hogyan múlt el?
- Mit lehetett tudni, mi volt az oka? (Ha azt mondja, hogy nem lehetett tudni, akkor):
- Mit gondoltak, mitől lehetett?

### A gyermek születése

- Hogyan történt a szülés? *(Szabadon mesélje el. Ebből kiderül, hogy volt-e valamilyen probléma vagy nehézség, és azt hogyan élte meg. Ha nem derül ki, hogy kik voltak jelen és milyen szerepben a szülésnél, rákérdezzünk.)*
- Mi történt a gyermek születését követő néhány napban? *(Itt az a lényeg, hogy szabadon mondja el, mit tartott fontosnak, hogyan élte meg az első napokat. Különösen figyelünk arra, hogy hogyan illeszti bele az elmondottakba az újszülöttet, hogyan beszél róla, beszél-e a kapcsolatukról, stb.)*

- Volt-e szükség valamilyen orvosi beavatkozásra akár a babával, akár az anyával kapcsolatban a szülést követően?
- Ha volt, mi volt az, meddig tartott, és hogyan múlt el?
- Mit mondtak, lehet-e valamilyen következménye az említett problémának a későbbiekben?
- Ha nem mondtak semmit, ő(k) mit gondolnak?

#### Táplálás és táplálkozás

- Szoptott-e a gyermek? Hogyan szoptott? Mikor indult be a szoptatás? Meddig tartott a szoptatás? Tart-e még most is? Hogyan jelezte/jelzi a gyermek, hogy szopizni szeretne? Hogyan jelezte/jelzi, hogy nem kér már többet?
- Ha már nem tart a szoptatás: hogyan maradt el a szoptatás? *(A megfogalmazás fontos: ne adjuk a szülő szájába, hogy ő hagyta-e el, vagy a gyermek hagyta el a szopást. Az derüljön ki, ahogy a szülő észlelte a szoptatás abbamaradását. Ez fontos lehet, hogy ő hogyan élte meg: aktív résztvevőként vagy passzív elszenvetőként, illetve jó érzés volt neki, vagy csalódás stb. A lényeg, hogy az itt felsorolt lehetőségek közül semmit se adjunk direkt módon a szájába!)*
- Ha egyáltalán nem szoptott, az hogyan volt? Mi volt az oka szerintük?
- Mikor kezdett hozzátáplálni? Mivel kezdte? Mit szeretett a baba? Volt-e olyan, amit nem szeretett? *(Ezeknél a kérdéseknél általában kiderül, hogy volt-e zökkenő kettejük együttműködésében az etetés terén.)*
- A baba hogyan jelezte/jelzi, hogy kér-e még? Hogyan jelezte/jelzi, hogy elég volt?
- Eszik-e már önállóan? Ez hogyan kezdődött? Mit jelent, hogy önállóan eszik?
- Milyen evő a gyermek most? Miket/milyen „eszközökkel” eszik? Ki szokta etetni? Kinél hogyan eszik (apa, nagyszülők stb.)?

#### Sírás, megnyugtató

Milyennek látta a gyermekét újszülöttként? Milyen volt vele az élet?

- Nyugodt vagy nyugtalan baba volt? *(Vezessük úgy a beszélgetést, hogy kiderüljön, mely helyzetekre vonatkozva mondja ezt.)*
- Sokat vagy keveset sírt? Mennyi az a sok vagy a kevés? Hogyan sírt? *(Itt általában kiderül, hogy az anya hogyan élte át a gyermek sírását.)*
- Milyen dolgok miatt sírt?
- Mennyire volt könnyű vagy nehéz megérteni, hogy mi miatt sírt? *(Mondjon rá példákat!)*
- Volt-e a sírási szokásokban változás az anya szerint? Mikor, és szerinte miért?
- A babát mivel lehetett/lehet megnyugtítani?
- Ki tudta/tudja megnyugtítani leginkább?

#### Alvás

Bevezető kérdés: Meséljen a gyermek alvásáról! *(Szabadon hagyjuk, hogy mit emel ki ebből.)*

Segítő/tematikus kérdések:

- Kivel alszik a gyermek?
- És a többi családtag kivel alszik? *(Itt nem az alvás ténye, hanem a lakásban való elhelyezkedés érdekes. Arra vagyunk kíváncsiak, vajon az éjszakát kivel vagy kikkel és hogyan tölti a gyermek. Egyetlen választ sem sugalmazunk ilyen típusú kérdéseknél. Például nem kérdezzük rá, hogy anyával vagy az apával alszik-e. Úgy kell kérdezni, hogy a szülő saját szavaival mondja el a mondandóját.)*
- Hogyan aludt/alszik el? Altatni kellett/kell, vagy önmagától?
- Ha altatni kellett: hogyan altatta/altatja? Hogyan illeszkedik az altatás az ő életükbe? *(Derüljön ki, hogy ez jó-e, vagy fárasztó az anyának vagy az apának, és hogyan élik meg mindezt. Ha kiderül, hogy hordozást alkalmaznak, kérdezzünk rá az e körüli szokásokra, időtartamra, és arra, hogy miért alkalmazzák.)*
- Volt-e olyan napszak, amikor könnyebben, illetve nehezebben aludt el?
- Mit jelent, hogy könnyen, vagy nehezebben? Mitől függhetett ez a szülők szerint?

- Az éjszakáik milyenek voltak? Az első időben hányszor ébredt meg a gyermek?
- Mi miatt ébredt meg? Hogyan tudott visszaaludni? *(Itt is fontos a szóhasználat: ne használjunk sugalmazó kérdést, például hogy hogyan tudta aludni.)*
- Hogyan alakult a gyermek alvása a későbbiekben?

#### Kommunikáció

- Hogyan kezdett el kommunikálni? *(A szóhasználat fontos, mivel itt az anya választhatja ki a lehetőséget, hogy mit tart kommunikációnak: mosoly, hangok, sírás, esetleg bőfi, trotytyantás, puki stb.)*
- Milyen hangjai voltak kezdetben?
- Ezeket mikor használta? Jelentettek-e valamit ezek a hangok?
- Milyen hangokat hallottak tőle később? Jelentettek-e ezek valamit? *(Azaz, nem azt kérdezzük, hogy mikor kezdett gögicsélni vagy hangzókat használni, hanem az anyára bízunk, hogy ő miket jegyzett meg, és azok a hangok mit jelentettek neki, illetve a babának.)*
- Hogyan jelezte, hogy szeretne valamit/nem szeretne valamit?
- Hogyan jelzi most, ha szeretne valamit? Látott-e ezekben a jelzésekben változási pontokat? Mik voltak azok? És szerinte miért?
- Hogyan fogadta, ha idegenek kommunikálnak vele?
- Ő hogyan kommunikált idegenekkel?
- Éreztek/láttak-e különbséget abban, ahogy családtagokkal kommunikál? Mikortól? Hogyan?
- Éreztek/láttak-e különbséget abban, ahogyan ismerősökkel és ismeretlenekkel kommunikál? Mikortól? Hogyan?
- Mik voltak az első szavai? Milyen helyzetben és kire vonatkoztak?

#### Mozgás

Megkérjük a szülőt, hogy foglalja össze, hogyan fejlődött a baba mozgása a születéstől kezdve. Ezzel azt is látjuk, hogy *ő mit emelt ki fontosként, illetve mit hagyott ki lényegtelenként a mozgásfejlődésből.* Ezután tematikusabban kérdezhetünk rá a „hiányzó részletekre”:

- Forgás, átfordulás, kúszás, mászás, ülés, felkapaszkodás, lépegetés stb. *(Mikor figyelték meg, milyen körülmények között történt, és hogyan. Itt is arra vagyunk kíváncsiak, hogyan emlékszik vissza a szülő a nagymozgások fejlődésének részleteire, ezek mit jelentettek neki, és hogyan élte meg azokat. Ezeket a kérdéseket nem tesszük fel direkt módon, hanem úgy vezetjük a beszélgetést, hogy mindez a szülő saját szavaival elmondva derüljön ki.)*
- Finommozgások (kézhasználat, nyúlás, ujjak stb.). *(A kérdés az előző témához hasonló legyen.)*

#### Játék

- A gyermek most milyen játékokat szeret a leginkább?
- Mikor kezdett el a játékok iránt érdeklődni?
- Hogyan játszik/játszott velük?
- Van-e/volt-e valamilyen kedvence (pelus, párnacsücske, maci stb.)?
- Hogyan „használja/használta ezt”? Mik a vele való szokásai? *(Itt az átmeneti tárgy funkcióját, formáját kérdezzük, és megfigyeljük, hogy az anya hogyan viszonyul a tárgyhoz.)*
- Vannak-e közös játékaik? *(A szülő és gyermek között, pl. „Kerekecske, gombocska” vagy egyéb más játékok, melyeket ők tartanak közös játéknak. Ha a szülő kérdi, hogy mire gondolunk, körülírjuk, de nem sugallunk neki példát.)*
- Ki szokta ezeket kezdeményezni? Mikor? Hogyan?
- Vannak-e olyan játékok, amelyeket apával, testvérral, mással stb. szeret játszani? Milyen játékok ezek, és hogyan játsszák őket?
- Ki szokta ezeket kezdeményezni? Mikor? Hogyan?

#### Emberek

- Mikor kezdett el a gyermek az emberekre figyelni? Kikre és hogyan?
- Hogyan reagált/reagál számára ismeretlenekre?



- Családtagokra hogyan reagál? *(Itt ha kell, megkérdezzük, kire és hogyan, ugyanis elképzelhető, hogy a gyermek különféleképpen reagál a családtagokra is.)*

#### Együttműködés gondozási helyzetekben

Ennél a témánál a pelenkázásra, a fürdetésre, az öltöztetésre kérdezzük rá.

- Hogyan zajlik, hogyan veszi a gyermek, és hogyan veszi az anya?
- Melyik örömteli mindkettejüknek, és miért?
- Melyik területet nehezebb számukra, és miért? *(Indirekt kérdésekkel derüljön ki, hogy ki irányít, és ki alkalmazkodik ezekben a szituációkban, illetve hogy az együttműködés harmonikus-e.)*
- Voltak-e fordulópontok, változások ezeken a területeken? *(Akár pozitív, akár negatív irányban.)*
- Ha az anya valamelyik területen csak jelzi, hogy nem mindig ment minden simán, akkor rákérdezzük, hogy ez mit jelent, mondjon rá példát.
- Ha van olyan terület, ami örömteli, erre is mondjon példát. *(A lényeg, hogy kiderüljön, hogy többfajta együttműködési helyzetben mi az, ami konfliktusterhelt, és mi az, ami harmonikus, valamint milyen okokat tulajdonít ennek a szülő.)*

#### Érzelmek

- Milyen érzelmeket figyelnek vagy figyeltek meg a gyermeknél?
- Milyen helyzetekben?
- Hogyan szokott örülni?
- Minek szokott örülni?
- Félt-e valamitől, és ha igen mitől? Mikor félt, és ez miben mutatkozik meg?
- Dühös/mérges, haragos? Mikor és miért?
- Tartózkodó-e valamivel/valakivel szemben? Mikor és miért?

*Ezeknél a kérdéseknél konkrét példákat kérünk, amelyekkel a szülő érzékeltetni, szemléltetni tudja a gyermek egyéni sajátosságait a különféle helyzetekre és érzelmi megnyilvánulásokra vonatkozóan.*

#### Kötődés

Ebben a témában a gyermek kötődési viselkedésére vonatkozó kérdéseket teszünk fel: a közelségkeresés, a megnyugtatás iránti igény, valamint a szeparációs szorongás kezelésének egyéni mintázatait térképezzük fel.

- Kihez fordul, és hogyan jelzi a gyermek, ha aggódik?
- Hogyan jelzi, ha baja van és szüksége van valakire? Ki az a valaki?
- Hogyan reagál, ha fájdalma van?
- Hogyan reagál, ha megijedt?
- Hogyan reagál számára ismeretlen helyzetekben?
- Hogyan reagál/reagált, ha az anya eltávolodik a közeléből?
- Hogyan lehet megnyugtatni, ha fájdalma van, ha megijedt, vagy ha ismeretlen helyzetben van?
- Mikor látja úgy az anya, hogy a gyermek spontán módon igényli a közelséget?
- Hogyan fejezi ezt ki? *(Példákat mondjon.)*
- Az anya hogyan reagál erre, mi tesz ilyenkor?
- Amikor a gyermek az apával van, hogyan reagál az imént felsorolt helyzetekben?

*Ezeknél a kérdéseknél rákérdezzük az előzményekre, illetve arra, hogy láttak-e ebben változásokat. Emellett példákat kérünk a szülőktől, amelyek szemléltetik a gyermek egyéni stratégiáit és a szülők hozzáállását a gyermek stratégiáihoz.*

#### Szülői aggodalmak

Ennél a témánál külön rákérdezzük a szülői aggodalmakra. Ezekről már több téma kapcsán kaphattunk in-

formációkat, de szeretnénk átfogó képet kapni arról, hogy a szülők specifikusan milyen aggodalmakat fogalmaznak meg, és hogyan reflektálnak ezekre. A következő kérdések segíthetik a kikérdezést:

- Van-e olyan, ami az előző részeknél nem hangzott el, és ami miatt a szülő vagy szülők aggódnak?
- Van-e olyan, ami miatt ha nem is aggódnak, de tartanak tőle, hogy probléma lehet a gyermek későbbi fejlődésében?
- Mi az, és hogyan tudná megfogalmazni ezeket?
- Milyen változás nyugtatná meg a szülőket?

## ÚTMUTATÓ A TEMATIKUS REGULÁCIÓS INTERJÚ VEZETÉSÉHEZ

A tematikus regulációs interjú tervezése és vezetése rugalmasságot igényel. A témák sorrendje változhat a beszélgetés menetében is. Emellett a kérdezőnek gyakorlottnak kell lennie abban, hogy a szülőknek úgy tudja feltenni a kérdéseket, hogy azzal segítse az egyes témák kibontását. Az alábbi szempontok támpontként szolgálnak a TRI tervezéséhez és vezetéséhez.

- A TRI fentiekben részletezett témacsoportjainak *sorrendje nem kötött. Sőt változtatható*, attól függően, hogy a szülő például magától áttér-e egy következő területre, vagy az adott terület elbeszéléséből rugalmasan következik-e egy másik terület. Például ha a szülők a gyermek együttműködése terén jelzik a legnagyobb problémát, akkor kezdhetjük azokkal a témákkal, melyek ehhez kapcsolódhatnak. Azonban mindig csak azután, ha már kikérdeztük a terheket és a szülést.
- A *problémamentes területeket is* kérdezzük meg! Ezek erőforrások lehetnek a kapcsolat és a reguláció szempontjából.
- A témák kérdezése lehet *részletesebb, illetve kevésbé részletes*, attól függően, hogy milyen jellegű és súlyú a problémájuk az adott területen.
- Minden témával kapcsolatban tegyünk fel tájékozódó kérdéseket, akkor is, ha a szülő azt mondja, hogy az adott területen nincs semmi gondjuk.
- A bejelentkezés alapján nagyjából *összeállíthatjuk a témák sorrendjét*.
- Ne állítsuk le a szülőt, ha például a táplálásnál elkezd a pelenkázásról beszélni. Hagyjuk, és tereljük vissza a témát a tápláláshoz, mondván, hogy majd a pelenkázással kapcsolatban is lesznek kérdéseink.
- A *témaváltások informatívak lehetnek: jelzik, hogy mi foglalkoztatja jobban a szülőt, és miért, valamint hogy mely témát szeretné inkább elkerülni, és miért*.
- Ha lehet, *diktafonra vegyünk fel az interjút!* Utólagos leírás nem elegendő az interjúban megjelenő témaváltások és a szülői szóhasználat rögzítésére. *A saját emlékezetünk is jelentősen csalhat!*
- Ha a baba jelen van és a szülők hozzájárulnak, videóra vesszük az interjút. Ez esetben az interjú értékelésekor a kapcsolatdiagnosztikai első interjúhoz (II.2.1.) hasonlóan figyelembe vesszük a gyermek viselkedését és a szcénikus elemeket.

## A tematikus regulációs interjú adatainak feldolgozása

A tematikus regulációs interjú feldolgozásakor három fő szempontot tartunk szem előtt (HÁMORI 2017):

(1) Mit mondanak el a kikérdezéssel kapott *objektív adatok* a regulációs területek sajátosságairól és azok fejlődésmenetéről, valamint a problémás regulációs területek tüneteiről és azok interakciós hátteréről? (2) A szülők *szubjektíve* hogyan élik meg az egyes területek történéseit? (3) A szülők hogyan tudnak gondolkodni a problémás területekről és azok okairól, valamint a pozitív történésekről és fejleményekről. Ez utóbbi nemcsak a *szülői reflektivitás* képességéről informál, hanem a szülők „vakfoltjairól” is az egyes regulációs területek vonatkozásában. Az interjúról lehetőség szerint és a szülők írásos engedélyével felvételt készítünk. A felvétel utólagos megtekintése támpontokat adhat az információk feldolgozásához és részletesebb elemzéséhez.

## A probléma felrajzolása a regulációs fókuszú interjú alapján: „a diagnosztikai térkép”

Az interjú témaköreinek feldolgozását a következő szempontok segítik:

- A regulációs zavar a kapcsolat mely részeiben jelenik meg: alvás, etetés, megnyugtathatóság, gondozás, játék vagy egyéb terület is érintett?
- Áll-e a probléma háttérében valamilyen organikus ok, vagy kizárható ennek jelenléte?
- Észlelünk-e regulációs zavart a kapcsolat minden területén, vagy csak egyes részein? Mely területek érintettek a kapcsolaton belül?
- Milyen mélységű a regulációs probléma: állandóan fennálló zavar, vagy csak időszakonként észlelhető?
- Hogyan él meg mindezt a szülők? És a gyermek?
- Milyen a hosszmetzeti kép? Milyen a regulációs probléma idői lefutása? Erősödött vagy stagnált, vagy spontán elmúlt?
- Mit gondolnak a szülők az okokról?
- Lehetséges-e, hogy a zavar egy következő fejlődési szakaszban más formát öltött? Ha igen, mivé alakult át?
- Minden helyzetben ugyanúgy megnyilvánul-e a probléma?
- Hogyan zajlik mindez a kölcsönös szabályozás szintjén?
- Van-e olyan helyzet, ahol nem jelentkezik a feszültség az adott regulációs területen?
- Ha igen, miben más ez a helyzet a többitől?
- Hosszú távon mi jellemző a szabályozási mintázatra?
- Melyek azok a területek, ahol a szabályozás és az együttműködés harmonikusan zajlik?
- Miben különbözik ez a terület a többitől?

## Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez

A tematikus regulációs interjúból származó adatok integrálása támpontot adhat a kapcsolatdiagnosztikai folyamat további tervezéséhez és a *diagnosztikai térkép* felrajzolásához. Az előző találkozás(ok) alkalmával felmerülő kérdéseket tovább finomíthatjuk:

- Az eltérő fejlődésmenet gyanúját elvetettük? Vagy a gyanú megerősödött? Ez esetben szükség van-e kiegészítő vizsgálatokra?
- Az organikus háttér gyanúja megerősödött? Vagy elvethetjük?
- Gyanú esetén milyen szakember(ek) bevonását tervezzük?
- Regulációs zavar esetén mely kapcsolati területek megfigyelésére helyezünk a hangsúlyt (szülő-gyermek kapcsolat, szakember-gyermek kapcsolat, kortárs kapcsolatok stb.)?
- Milyen jellegű információkra van még szükségünk a pszichodiagnosztikai kép felrajzolásához?

## ÖSSZEFOGLALÁS

A tematikus regulációs interjú (TRI) elméleti háttere

Stern „klinikai ablak” fogalma

- Az együttlét sémái
- A regulációs minták újraszerveződnek az egymásra épülő fejlődési szakaszokban
- A szülő-csecsemő kölcsönös szabályozás fő témái: bizalom, függés, kontroll, autonómia

Interaktív csataterék és regulációs mintázatok

- Optimális regulációs minták
- Életkori sajátosságok
- Adaptív és maladaptív mintázatok

- A szabályozási mintázatok rugalmassága
- Diagnosztikai támpontok

A tematikus regulációs interjú módszere

Az interjú technikája

- Félig strukturált mélyinterjú
- Meghatározott témaköröket jár körbe
- A szülők vesznek részt rajta, de a gyermek jelenléte is informatív lehet
- Rugalmasan alkalmazkodik a szülő által hozott témákhoz
- A témák felépítésének alapja a storni modell

A tematikus regulációs interjú témakörei

- A várandósság
- A gyermek születése
- Táplálás és táplálkozás
- Sírás, megnyugtató
- Alvás
- Kommunikáció
- Mozgás
- Játék
- Emberek
- Együttműködés gondozási helyzetekben
- *Érzelme*
- Kötődés
- Szülői aggodalmak

Útmutató a tematikus regulációs interjú vezetéséhez

- A témacsoportok sorrendje rugalmasan módosítható és tervezhető
- A problémamentes területek feltérképezése fontos!
- A szülői témaváltások információértékűek
- A gyermek jelenléte az interjú alatt fontos megfigyelési szempontot kínál

A tematikus regulációs interjú adatainak feldolgozása

- Objektív adatok
- A szülők szubjektív hozzáállása
- Szülői reflektivitás

A probléma felrajzolása a regulációs fókuszú interjú alapján: a „diagnosztikai térkép”

- Regulációs területek szerint: problémás és problémamentes területek
- A regulációs mintázatok hosszmetzeti képe
- A mintázatok idői lefutása és a tünetváltás
- A szabályozási mintázatok kontextusfüggősége
- A regulációs mintázatok személyfüggősége
- Szülői aggodalmak és szülői vakfoltok mely területeknél jelennek meg?

Támpontok a pszichodiagnosztikai folyamat további tervezéséhez

- Az organikus háttér lehetősége?
- Az eltérő fejlődés lehetősége?
- A szülők érintettsége?
- További információforrások tervezése: más szakemberek bevonása?
- Megfigyelési helyzetek tervezése (Kötetlen játék? Fejlődési vizsgálat? Intézményi megfigyelés?)

## HIVATKOZÁSOK

- HÁMORI E. (2016): *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében.* Budapest, Oriold és Társai.
- HÁMORI E. – MÁRKUS L. V. (2017): Kutatás és terápia találkozása a kora gyermekkori intervenció területén: A kapcsolati szemlélet a regulációs zavarok felismerésében és kezelésében. In HÁMORI E. (szerk.): „*TEAM AROUND THE CHILD.*” *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről.* Budapest, Humanitás Szociális Alapítvány, 57–80. p.
- STERN, D. N. (1995): *Az anyaság állapota.* Budapest, Animula.

## II.2.3. Rajnik Mária, Tar Judit | A fejlődési anamnézis

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

Fejlődési anamnézis

- Keretek
- Szubjektív jelentés – az anya és a gyermek belső valósága
- Etikai megfontolások

A csecsemő- és kisgyermekkorai fejlődés kérdéskörei

- Várandósság, a szülés és a szülést követő időszak körülményei
- Szoptatás – leválasztás – evés
- Alvás
- Megnyugtathatóság – önmegnyugtató, átmeneti tárgy – átmeneti jelenségek
- Mozgásfejlődés
- Beszédfejlődés
- Betegségek
- Szobatisztaságra szoktatás
- Játékfejlődés
- Szeparációs helyzetek
- Intézményes nevelés
- Családi körülmények, tágabb családi környezet, szociális közeg
- Krízisek, traumák, erőforrások

Hivatkozások

## FEJLŐDÉSI ANAMNÉZIS

A fejlődési anamnézis a félig strukturált interjúk közé tartozik. Ennél az interjúformánál a téma adott, de az interjú készítője határozza meg a kérdések sorrendiségét, formáját (*lásd még II.2.1.*).

A fejlődési anamnézis felvétele a gyermeki fejlődés fontos szakaszaihoz, mozzanataihoz igazodik, de nem standard kérdőív, az egyéni sajátosságok határozzák meg a súlypontokat. Ennyiben hasonlít az előzőekben ismertetett tematikus regulációs interjúhoz (TRI). Különbözik azonban abban, hogy a fejlődési anamnézisben a gyermek összes fejlődési területére, valamint a szülői, családi anamnézisre is részletesen rákérdezzünk. A regulációs területek és a kapcsolati mintázatok feltérképezése azonban nem annyira részletes, mint a TRI esetén.

A fejlődési anamnézist akkor célszerű felvenni, ha a jelzett probléma fókuszában olyan tünetek vagy nehézségek állnak, amelyek a fejlődés több területét is érinthetik. A fejlődési anamnézis és a tematikus regulációs interjú témakörei sok esetben átfedésben vannak. Az anamnézist felvevő szakember eldöntheti, mely témakörökre kérdez rá részletesebben az anamnézisben, és mely témaköröket fog megkérdezni egy esetleges következő interjúban, amennyiben a regulációs problémák az anamnézis során fókuszba emelkedtek.

### Keretek

Kisgyermekeknél általában külön találkozzunk a szülővel/szülőkkal az anamnézis felvétele céljából. Bizonyos adatok már az első beszélgetés alkalmával kiderülhetnek, de vannak olyan információk, amelyeket érdemes a gyermek jelenléte nélkül megkérdezni. Így például a szülő magánéletét érintő intim vagy a gyermek pszichés terhelhetőségét meghaladó kérdésköröket a szülővel folytatott külön beszélgetésben érintjük. Az anamnézis felvétele általában az első interjút követően, egy másik alkalommal történik.

Időkeret: 45-50 perc. Az interjú időtartamát a szülővel előre tisztázzuk. Az időkeretet ne lépjük túl, mert

az interjú helyzet az elhárítások fellazulásához vezet. Az időkeret túllépése és a túlzott elmélyülés a nehéz témákban erősítheti az ellenállást, és a további találkozás lemondásához vezethet.

Nagyobb gyermekek esetén az anamnézis végén a szülővel megbeszéljük, hogyan készítse fel a gyermeket a pszichológussal való találkozásra, és szerződést kötünk a diagnosztikus szakaszra.

## Szubjektív jelentés – az anya és a gyermek belső valósága

A fejlődési anamnézis felvétele során a szülőktől objektív adatokat kérünk. Rákérdezzük például a szülés-születés körülményeire, a betegségekre, a szeparációkra. Ugyanakkor – hasonlóan a korábban ismertetett interjútipusokhoz – nagyon fontos, hogy az anya az egyes eseményeknek milyen jelentőséget, illetve jelentést tulajdonít.

A kapcsolati vonatkozások mindig nagy hangsúlyt kapnak: az anya mit gondol arról, hogy a gyermek mit gondolhatott, érezhetett? El tudja-e képzelni, s ha igen, hogyan képzei el gyermeke belső valóságát? El tudja-e különíteni a sajátjától?

Arra is kíváncsiak vagyunk, hogy az anya mennyire képes a viselkedéses, tüneti panaszokból „átváltani” a gyermek belső állapotaira. Ez különösen fontos lesz számunkra akkor, amikor a probléma átfogalmazását, átfogalmazhatóságát szeretnénk elérni.

A történések felsorolásának sorrendje, a kihagyott, „kifelejtett” szakaszok, a megfogalmazás módja a szülő szubjektív szempontjait tükrözhetik a probléma megélésével kapcsolatban. Mindez fontos támpontokat nyújt a szakembernek a háttérben zajló pszichodinamika folyamatainak a megértéséhez.

## Etikai megfontolások

Az anamnézis felvételénél a kérdező részéről a tapintat alapvető; legyünk tekintettel mind a szülő, mind a gyermek élethelyzetére (például haláleset, válás, traumák stb. elbeszélésekor). Interjútechnikánkat a szülő személyiségéhez, teherbírásához kell igazítani.

Szenvedésnyomásnál a szorongások felerősödhetnek, az elhárítások pedig fellazulnak, így a szülőt kevésbé hatékonyan védhetik a megterhelő érzelmekkel való elárasztástól. Ilyen témák esetén csak annyira mélyítsük el az információ kérését, amennyire a diagnózis, az indikáció és a prognózis felállítása szempontjából okvetlenül szükséges.

A titoktartás etikai normájának betartását szóban is biztosítani kell. A szülőkkel történő külön megbeszélésről a gyermek is tudjon. Fejlődési szintjének megfelelően a gyermeket is biztosítsuk arról, hogy személyes közléseit direkt módon nem ismertetjük a szülővel: szerepünk a közvetítő vagy másképpen, a tolmácsé.

## A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI FEJLŐDÉS KÉRDÉSKÖREI

A fejlődési anamnézis felvétele az interjúvoló részéről feltételezi a fejlődéslélektanban való jártasságot; az életrajzi adatokat az adott életkorban elvárható fejlődési szinthez viszonyítjuk.

A gyermek panaszaitól, tüneteitől, illetve az anya prezentálásától függ, hogy melyik „témánál” időzünk hosszabban.

### *Várandósság, a szülés és a szülést követő időszak körülményei*

- Milyen érzések, várankozások, félelmek foglalkoztatták az anyát a gyermekvárás idején?
- Ezek mennyiben változtak, módosultak a baba megszületése után?
- Kire támaszkodhatott az anya?
- Hogyan történt a név választása? (Mely családtagok játszottak ebben szerepet, milyen családi történetek kapcsolódhatnak hozzá?)
- Külvilág iránti érdeklődés, kontaktuskészség: milyenek voltak az újszülött megnyilvánulásai, reakciói?

### *Szoptatás – leválasztás – evés*

(A kérdések egy része a TRI témaköreiben megtalálható.)

- Hogy történt a szoptatás, ki szabályozta, hogyan alakult ki a ritmus?
- Az anya hogyan érezte magát közben?
- Mit gondol, a gyermeknek milyen volt?
- Milyen evő volt a gyermek?
- Ki kezdeményezte a leválasztást?
- Hogy történt, mikor? (Konkrétan, illetve az ő saját, szubjektív idejükben.)
- Milyen gyorsan zajlott le?
- Hogyan reagált a gyermek a változásra, illetve az anya hogyan reagált?
- Hogyan reagált a gyermek az újfajta táplálékra a vegyes táplálkozás bevezetése során?
- Az anya hogyan élte meg a szoptatás befejezését?
- Voltak-e problémák az evéssel kapcsolatban?
- Az anya által preferált gondozási mód („igény szerinti táplálás, kötődő nevelés” stb.).

### *Alvás*

- Altatás, elalvás, átalvás, alvászavarok.
- Alvási rituálék.
- Együtt alvás – külön alvás.

### *Megnyugtathatóság – önmegnyugtató, átmeneti tárgy – átmeneti jelenségek*

- Volt-e átmeneti tárgy a gyermeknek? Mi volt az? Hogyan használta? Megvan-e még?
- Szopta-e az ujját? Ha igen, mettől meddig? Hogyan maradt abba?

### *Mozgásfejlődés*

- A kapcsolat szabályozása a mozgás által: közeledés – távolodás – autonómia, felfedezés.
- Mozgásfejlődés állomásai: normatív és eltérő pontok.

### *Beszédfejlődés*

- A kapcsolatteremtés módjai, első gőgicsélések.
- A gyermek kinek, mikor és milyen körülmények között gőgicsélt?
- Az anya hogyan emlékszik erre? A család hogyan emlékszik erre?
- Az első szavak. Kinek szóltak az első szavak, és mire irányultak?
- Mikortól jelentek meg a gyermek szükségleteit, igényeit jelző kommunikációs kezdeményezések, például gesztusok, szavak?
- Logopédiai és készségfejlesztés történt-e? Miből állt ez?
- Előfordul-e a családban és a gyermeknél többnyelvűség? Ha igen, hogyan alakult a második nyelv tanulása a korai életkorban?
- Mikor és hogyan használja a gyermek a két vagy több nyelvet?

### *Betegségek*

- A gyermek betegségei.
- Kórházban volt-e? Ha igen, milyen helyzetben? Milyen beavatkozások történtek?
- A kórházi tartózkodást hogyan élte meg? Ki volt mellette? Észleltek-e valamilyen utóhatást a kórházi tartózkodás vagy az orvosi beavatkozás után?
- A családtagok betegségei.
- Ezeket hogyan élte meg a gyermek és a szülő?
- Hogyan befolyásolja jelenlegi életét? (Esetleges korlátozások.)
- Milyen magyarázatot kapott a gyermek a saját, illetve a családtagok betegségére?



### *Szobatisztaságra szoktatás*

- Mikor kezdték, ki kezdeményezte?
- Volt-e erre valamilyen módszer?
- Adott-e valaki tanácsot?
- Mit gondol, a gyermek hogyan élte meg?

### *Játékfejlődés*

- A gyermek játékanak sajátosságai, szabadidős tevékenység, érdeklődési körök, sport.
- Kivel, mikor, mit, milyen fajta játékot játszik a gyermek?
- Egyedül játszás: mit, hogyan?

### *Szeparációs helyzetek*

- Elszakadás az anyától, szeparációs helyzetek, életesemények a gyermek vonatkozásában: betegségek, kórház, testvér születése, intézményi beszoktatás, távollét a nagyszülőknél, külföldi tartózkodás, nehézségek az idegen nyelvű környezetben, kultúrában stb.
- Elszakadás az anyától, szeparációs helyzetek, életesemények a szülő vonatkozásában: az anya/apa távolléte a gyermektől, a családtól: a szülő betegsége, kórházi tartózkodása, a szülő munkakörével járó utazások, távoli munkavállalás, tanulmányi utak, nyaralások a kisgyermek nélkül stb.
  - Az adott szeparációs helyzetet milyennek látta az anya? Hogyan élte meg?
  - Milyennek látta a gyermekét, illetve most mit gondol erről?
  - Milyen következményei voltak? Okozott-e átmeneti vagy tartós változást a gyermek viselkedésében, kapcsolataiban?
- A család külföldi tartózkodásai, országváltások, elszakadás a családtagoktól, barátoktól, kortársaktól – külföldre költöző családtagok, barátok, kapcsolattartás a távol élőkkel.

### *Intézményes nevelés*

- A közösségbe szoktatás lezajlása, esetleges nehézségei. Bölcsődei, óvodai beilleszkedés.
- Intézményváltások, a nevelő személyének változása.
- Kortárs kapcsolatok.
- Napirend, heti elfoglaltságok, különórák. A gyermek naponkénti távollétének időtartama, leterheltsége. Van-e elegendő tér és idő a szabad játékra, a kötetlen tevékenységre?
- Tévé, elektronikus eszközök használata a gyermeknél.

### *Családi körülmények, tágabb családi környezet, szociális közeg*

- Testvérszületés, a testvérsorban elfoglalt hely, a testvérek fejlődésmenete, esetleges problémák. A szülő ezzel kapcsolatos elfoglaltsága. Hogyan érintette mindez gyermekpáciensünket?
- Mennyi időt tölt a szülő a gyermekkel? Mit szoktak együtt csinálni?
- Családi körülmények: együtt élő családtagok, a lakhatás körülményei. A terek átjárhatósága, megoszthatósága, lehetőség az intimitásra. A család nyitottsága, zártsága a külvilág felé.

### *Krízisek, traumák, erőforrások*

- Költözések, válás, a láthatás körülményei.
- Balesetek, halálesetek, a gyermek számára fontos állatok halála.
- Traumák, megrázkódtatások a gyermek és a család életében.
- A megrázkódtatást követő támogatás a szülő és környezet részéről, erőforrások, reziliencia.
- Van-e a gyermeknek feltűnő, furcsa szokása? (Vannak-e olyan tünetek, amelyeket a szülő csak ekként tud leírni?)
- A gyermek egyedisége: milyennek látja a szülő a gyermek egyéniségét, személyes vonásait?
- Milyenek a jutalmazási és büntetési szokások a család életében?
- Van-e olyan terület, kérdéskör a szülő szerint, amit még fontosnak érez, ami kimaradt?

## HIVATKOZÁSOK

ALPÁR Zs. (2001): A diagnosztikus szakasz teendői. Az első interjú. Az anamnézis. In VIKÁR Gy. – VIKÁR A. (szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria*. Budapest, Medicina, 336–342. p.

## II.2.4. Csabai Krisztina | A családterápiás első interjú

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

Rendszerelméleti alapfogalmak

- Cirkuláris oksági viszony
- Homeosztázis: első- és másodrendű változások
- Határok és alrendszerek

Családterápiás irányzatok

A családterápiás első interjú

- A kapcsolatfelvétel
- A problémaszakasz
  - Objektív információk
  - Szubjektív információk
  - Szituatív vagy szcénikus információk
- A kérdezés technikája
- A szerződés-kötés

Összefoglalás

Hivatkozások

## RENDSZERELMÉLETI ALAPFOGALMAK

### Cirkuláris oksági viszony

A családterápiás elméleti paradigma szerint az egyén a környezettel való összefüggésrendszeren keresztül ismerhető meg (SZÉKELY 2003). Ennek következtében a családterápiának az a kiindulópontja, hogy a családot alkotó tagok egymással kapcsolatban állnak, ami interakciókon keresztül jelenik meg, és ezek adják a család struktúráját. A családstruktúra megszabja, hogy a családtagok milyen módon kapcsolódhatnak a másikkhoz. Ezek az egymással fenntartott interakciók egyfajta kapcsolati mintázatként jelennek meg minden egyes családtag élményvilágában, s ez visszahat minden tag viselkedésére. A családterápia célja, hogy a családtagok egymással való kapcsolati mintázataira hatást gyakoroljon, beavatkozzon, ezekben változást hozzon létre. A családi rendszer egyrészt a családtagok egymás közötti interakcióin (belső interakciós minták), másrészt a család és a szociokulturális környezet kapcsolódásán (környezeti interakciós mintákon) keresztül ismerhető meg. A rendszer elemei között nem ok-okozati – lineáris oksági kapcsolat –, hanem cirkuláris oksági viszony jelenik meg, azaz az elemek egymástól kölcsönösen függő módon kapcsolódnak egymáshoz.

### Homeosztázis: első- és másodrendű változások

A család egyfajta homeosztatikus egyensúlyt – *dinamikus egyensúlyi állapotot* – alakít ki mind a belső, mind a környezeti interakciós mintákon keresztül. Ez az egyensúly biztosítja a családi rendszer állandóságát, s ezáltal a családtagok számára kiszámíthatóságot és biztonságot nyújt. A stabilitás időszakában a rendszer az ismerős minták szerint adaptív módon működik. Bizonyos helyzetekben azonban – fejlődési, normatív vagy akcidentális krízisek esetén – a dinamikus egyensúly állapota elveszik, a családi struktúra dezorganizálódik, vagyis egyensúlytalanság alakul ki, aminek következtében új interakciós mintázatok kialakulásának szükséglete jelenik meg. Attól függően, hogy a családi rendszer belső interakciós mintákon keresztül vagy a környezeti interakciós mintákon keresztül alakítja ki az új egyensúlyi állapotot, elsőrendű vagy másodrendű változásról beszélünk.

*Elsőrendű változás* esetén a családtagok közötti interakciós minták az új igényeknek, szükségleteknek megfelelően alakulnak át, és ezáltal új családi struktúra alakul ki. *Másodrendű változás* esetén a családi rendszer és a környezet közötti interakciós mintázatok megváltozásának segítségével alakul ki az új egyensúly, ami által a családtagoknak alkalmazkodniuk kell a kívülről érkező impulzusokhoz és egymáshoz is. A strukturális átalakulás ennek következtében alakul ki. Amennyiben a családi rendszer sem az elsőrendű, sem a másodrendű változás által nem képes új homeosztatisz egyensúlyi állapotot kialakítani, megjelenik a rendszer változási képtelenségének következtében kialakuló tünet, rendszerint az egyik családtag – a *tűnethordozó* – viselkedési, funkcionális nehézségein keresztül. Családterápia esetében ekkor nem csupán a tűnethordozónak kell segítség, hanem a családi működés, a családi interakciókon keresztül megnyilvánuló *kommunikációs minták* szorulnak segítségre. Megváltozásuk a tünet megszűnését eredményezi.

## Határok és alrendszerek

Hogy a rendszer milyen mértékben képes az átalakulásra, attól függ, hogy mennyire merevek vagy nyitottak a családtagok vagy a család és a környezet interakciós mintái. Az egészséges rendszer óvja a család teljes integritását és egyes részeinek – a családtagoknak és az alrendszereknek – funkcionális autonómiáját. *Alrendszerek* a rendszert alkotó tagok kapcsolódásainak segítségével alakulnak ki. Egy átlagos családban a következő alrendszerek jelennek meg: egyéni, házassági, szülői és gyermeki alrendszer. Minden alrendszer differenciáltságának függvényében látja el sajátos funkcióját, feladatát, és alkudja ki saját pszichodinamikai területének függetlenségét és kölcsönösségi viszonyait. Az alrendszereket egymástól, a rendszert a környezettől *határok* választják el, melyekre a rendszerek viszonyára jellemző szabályokból, működésből, ismétlődő viselkedéses és interakciós minták megfigyeléséből tudunk következtetni. A *családi szabályok* olyan ismétlődő elvek, előírások összessége, amelyek lehetnek tudatosak vagy tudattalanok.

A fenti fogalmak összességéként a család sajátos struktúrával (kölcsönhatások visszatérő és megjósolható mintái) és mintázattal (közelségek, feszültségek, hierarchiák), valamint stabilitását, illetve változását szabályozó tulajdonságokkal rendelkező rendszer. A gyermek természetes módon a családi rendszer közegében fejlődik, szocializációja itt valósul meg. Ezt a gyermekanalitikusok közül elsőként Winnicott ismerte fel azáltal, hogy a szülők mennyiben képesek a gyermek változó igényeire való alkalmazkodásra. A jól funkcionáló, egészséges családi rendszerben a gyermek fejlődőképes, a külső környezeti stresszel szemben védeltséget szerez, a családját erőforrásként használja mentális egészsége megőrzéséhez, és a család segíti önmegvalósítását.

## CSALÁDTERÁPIÁS IRÁNYZATOK

Annak ellenére, hogy többféle családterápiás irányzat létezik – például strukturális, szisztémás, intergenerációs, pszichodinamikus stb. –, a rendszerszemlélet átível a különböző család- és párterápiás megközelítésekben. Mindemellett a különböző megközelítésekben a beavatkozások általában a kapcsolati rendszert veszik alapul, illetve erre irányulnak. Ezért a fejezetben belül a rendszerszemléleti alapfogalmak tisztázását tűztük ki célul, annak ellenére, hogy a szakmai módszertani segédanyag szemlélete inkább pszichoanalitikus. E szemléleti megközelítés okán röviden ismertetjük a pár- és családterápia pszichoanalitikus megközelítését.

A pszichoanalitikus elméleti keretben a személyiség struktúrája egyéni adottságok és interperszonális kapcsolatok kölcsönhatásában fejlődik, melyek tudattalanok. A pszichés megbetegedések a strukturális konfliktusok talaján fejlődnek ki, melyek által a személy önmagát és az interperszonális kapcsolati viszonyokat a sajátos konfliktusos struktúra mentén értelmezi. A pszichoanalitikus kezelések a strukturális tudattalan konfliktusok megoldását, tudatosítását tűzik ki célul. Ehhez sokszor segítséget nyújt, ha a terápiás kapcsolat keretében a terapeuta értelmezhetővé teszi a kapcsolati történéseket az úgynevezett áttételi és viszontáttételi érzések segítségével, vagyis a kapcsolatok fokozott hangsúlyozásával. Az áttételi és viszontáttételi érzések ugyanakkor nem csupán a terápiás kapcsolatban jelentkeznek, hanem a párkapcsolatban és a családi kapcsolatrendszerben is, azonban ezekben a kapcsolatokban ezek általában nem tudatosodnak. Vagyis míg a terápiás kapcsolatban ezek az érzelmek a verbális kommunikációs aktusba kerülnek, a családi kapcsol-

latokban sokszor az áttételi és viszontáttételi érzések mentén tudattalanul a cselekvési folyamatba ágyazódnak, meghatározva a családtagok egymáshoz való viszonyát. Ezáltal pedig hozzájárulnak a pszichés tünetek kialakulásához, fennmaradásához és/vagy megerősödéséhez. A pszichoanalitikus családterápiában tehát nem az intrapszichés konfliktus, hanem az ennek hátterében megnyilvánuló családi dinamika kerül a fókuszba.

## A CSALÁDTERÁPIÁS ELSŐ INTERJÚ

### A kapcsolatfelvétel

Az érintett területek és a családi rendszer áttekintése, a mintázatok, a határok és a fejlődési krízisek azonosítása nem elegendő a segítségnyújtáshoz. Ehhez a *család saját erőforrásainak aktivizálása* is szükséges. A terapeutának ezért egy paradox készség elsajátítására van szüksége, melyet a családdal való találkozás kezdetétől alkalmaz. Bizonyos ideig *háttérben* kell maradnia, miközben elkezdi kialakítani a kapcsolatot a családdal. Ebből a célból kapcsolódnia kell a családhoz, hogy *információkat gyűjthessen* az interakciós és kommunikációs mintázatokról, a családi struktúráról, a működési egyensúlyáról és az aktuális krízis jelenlétéről. A *csatlakozási akciók* célja, hogy a családdal kooperáló egységet hozzunk létre az elfogadás, az odafigyelés, a meghallgatás és a megfigyelés révén. Ugyanakkor a terapeuta nem pusztán megfigyelő szerepet játszik. A családi mintázatok megértése érdekében ösztönöznie kell a családtagokat arra, hogy a tipikus családi minták szerint viselkedjenek. Ehhez egy fontos *előfeltevés*sel kell élnie, miszerint a családtagok a kapcsolatokat és az eseményeket úgy kezelik, ahogyan az természetes számukra. Ezzel veszi kezdetét a *családterápiás első interjú*.

Azokat a módszereket, ahogyan a terapeuta – közvetlenül a családtagokra vagy a családi rendszerre irányított akciókkal – megteremti a terápiás rendszert, és ebben önmagát mint vezetőt pozicionálja, *csatlakozó műveleteknek* nevezzük. Mindez a beilleszkedésen keresztül valósul meg a terapeuta saját idomulásai segítségével, melyeket a csatlakozás érdekében hajt végre. A család akkor képes a változásra, ha a terapeuta a csatlakozással sikeresen épül be a családi rendszerbe, azzal együtt rezdül. Ennek érdekében a terapeuta elfogadja az aktuális családi struktúrát és stílust, melyeken keresztül megtapasztalja a kapcsolati mintákat és ezek erejét, empatizál a tünethordozóval, felismeri a családi témák fontosságát, és követi a család kommunikációs ösvényeit. Ez a folyamat azonban nem egyoldalú: ahogyan a terapeuta beilleszkedik a csatlakozási folyamatba, a család is úgy alkalmazkodik a terapeuta csatlakozásához. Ezt a folyamatot elég ritkán tárgyalják a terápia megbeszélésekor, mivel magától értetődőnek tekintik.

### A problémaszakasz

A család hozzáállása a problémához általában az egyénre és a múltra irányul, bár maga a rendszer valamely tagja, többnyire a tünethordozó problémája miatt igényel kezelést. A családtagok célja általában az, hogy a terapeuta változtassa meg a kinevezett páciens, mégpedig anélkül, hogy az ő preferált kapcsolati mintáikat érintené. A terapeuta azonban a páciens csupán olyan családtagnak tekinti, aki *látható módon fejezi ki az egész rendszert érintő problémát*. A terápiának, ahogy az első interjúnak is, az egész családot kell célba vennie. Az egyéni fókusz, amellyel a család megfogalmazta és megközelítette a problémát, ki kell terjeszteni, hogy belekerüljenek a család interakciói is. Maga a csatlakozás strukturális beavatkozás, mert a többi családtagnak át kell csoportosulnia ahhoz, hogy befogadják a terapeuta szövetségét egy másik alrendszerrel. A családdal dolgozó terapeuta mindig másként csatlakozik a különböző alrendszerekhez: igazodik azok belső kapcsolati mintájához, stílusához és nyelvezetéhez, figyelembe véve a gyermeki és szülői alrendszerek különbségét. A beilleszkedés és a *szerkezetátalakítási folyamat* szorosan összetartozik, a kettő szétválasztása csak elméletben történik meg.

A *családterápiás diagnózist* a csatlakozás interaktív folyamatában állítjuk fel, ami a terapeuta tapasztalataiból és megfigyeléseiből kialakított munkahipotézis. A családterápiás diagnózis főbb kérdései:

- Mi a tünet szerepe, értelme és funkciója a rendszerben?
- Mi történne a rendszerrel, ha a tünetek megszűnnének?
- Mi a tünet szerepe az egyénnél a rendszerben?
- Mi hiányozna a tünet nélkül az egyén életéből?
- Melyek az állapotot fenntartó erők, és melyek a változás erői?
- Miért most kérnek segítséget?
- Mikor kezdődött a tünet?
- Milyen szerepet kap a terapeuta a rendszerben?

További kérdések lehetnek:

- Léteznek-e családi határok, és milyenek ezek?
- Hogyan oszlik meg a hatalom a rendszeren belül?
- Léteznek-e nyílt vagy rejtett koalíciók, szövetségek?
- Hogyan történik a közelség- és a távolságszabályozás?
- Léteznek-e családi mítoszok, ha igen, mik ezek?
- Milyen érzéseket váltott ki a család a terapeutából?

#### *Objektív információk*

Mindezekből látható, hogy már az első találkozás is a *családi struktúra feltérképezését* szolgálja: a kérdések különböző típusú – *objektív, szubjektív* – információkhoz juttatják a családterapeutát. Ezeket egészítik ki a *szituatív információk*, melyek nem verbálisak. Az *objektív adatok* az úgynevezett „kemény”, vagyis az azonosítást szolgáló adatok:

- kiből áll a család;
- születési dátumok;
- foglalkozások, munkakör, végzettség;
- ki hova valósi, jelenleg hol él a család;
- előző házasság, élettársi kapcsolat;
- ki kezdeményezte a családterápiát;
- kik vesznek részt az első találkozáson (a családterapeuta az egész családot várja).

#### *Szubjektív információk*

A *szubjektív információk* közé soroljuk azokat az adatokat, melyek azzal kapcsolatosak, hogy a családtagok hogyan gondolkodnak magukról és egymásról, illetve a tünetről. Ilyenek például:

- mit gondol a család a tünetről;
- mikor jelentek meg a tünetek, és ekkor milyen történések zajlottak a család vagy a tünehordozó életében;
- kiket érint a gyermek problémája;
- milyen megoldásokkal kísérleteztek eddig;
- melyek a család erősségei;
- családi elvárások és szerepek: milyen változásokban reménykednek;
- kiért és miért aggódnak leginkább.

#### *Szituatív vagy szcénikus információk*

A *szituatív vagy szcénikus információk* nem verbálisak – az első interjú során megfigyelhető kapcsolódási és kommunikációs mintázatok. Ezek a terapeutában keletkező érzések mentén jelennek meg a kérdést feltevő terapeuta és a válaszoló páciens közt zajló interakciók érzelmi lenyomataiként. Ezek tudatossá válása a terapeutában fontos eszköz lehet a páciens – ez esetben a család – nem tudatos pszichodinamikájának a megértéséhez. Ide tartoznak:

- hogyan ülnek le, milyen távolságban egymástól;
- érintkeznek-e egymással a tagok: jellemzően ki kivel;
- nem verbális jelzések: például a beszédtonus;
- a sorrend: ki kezd el beszélni, ki kinek beszél, ki nem szólal meg.

Az objektív, a szubjektív és a szituatív vagy szcénikus információk jelentőségét bővebben lásd a II.2.1. alfejezetben.

## A kérdezés technikája

Minden kérdésben van egy kimondatlan feltételezés, ami aszimmetrikus állapotot eredményez a kérdező és a család között. Ezt azzal csökkenthetjük, hogy

- megadjuk a válasz megtagadásának lehetőségét, illetve
- elmondjuk, hogy az adott kérdést miért tesszük fel. Például: „Azért kérdezem, mert azt tapasztaltam, hogy...”

A kérdezés önmagában is intervenció, és a rendszerbe történő *beavatkozásként* értelmezhető. A kérdések szerepe abban áll, hogy a rendszer szerkezeti és funkcionális sajátosságait megismerhetővé teszik, valamint összehasonlításokra és osztályozásokra biztosítanak lehetőséget. A kérdéseket a rendszerszemlélet négy típusba sorolja céljuknak és hatásuknak megfelelően:

- *Lineáris kérdések*: olyan kérdések, melyek a terapeutát információhoz juttatják, de a családi rendszer szempontjából változást nem okoznak. Céljuk a viselkedés háttérében álló *okok felkutatása*, egyfajta oknyomozás.
- *Cirkuláris kérdések*: azonosítják és tisztázzák a zavaros gondolatokat és a kérdéses viselkedéseket, másrészt új kérdések formájában információt juttatnak vissza a családhoz. A cirkuláris kérdések célja a *feltárás*, mely segítségével a terapeuta a rendszerben valami újat akar felfedezni. Amennyiben ez sikeres, az *új perspektívát* nyithat meg, a lehetősége felszabadító hatású.
- *Stratégias kérdések*: a családi rendszer befolyásolására vonatkozó kérdések. Céljuk a *korrekció*, a nyílt befolyásolás, főleg indirekt kérdéseken keresztül. Hatásuk ennél fogva *konfrontatív*.
- *Reflexív kérdések*: arra ösztönzik a családtagokat, hogy a saját cselekvéseikre reflektáljanak. Hatásukat tekintve *generálóak*. Segítségükkel beindítható a meglévő hiedelemrendszer jelentésszintjei közötti *kölcsönös tükröztetési folyamat*, és ez képessé teszi a családtagokat arra, hogy konstruktív gondolati és viselkedési mintákat fejlesszenek vagy terjesszenek ki.

## A szerződés kötés

A rendszerszemléletben az egyéneket és a családokat úgy tekintjük, mint akik folyamatosan viszonyulnak az őket körülvevő társadalmi kontextusokhoz, és azokkal összhangban változnak. Ennek következtében a diagnózis is változhat annak függvényében, hogy milyen információk járultak hozzá a formálódásához. A családi diagnózis a terápiás szerződés alapja, ami a pszichodiagnózishoz hasonlóan a terápia folyamatának alakulásával változhat. A terápiás szerződés lefekteti a terápia működéséhez szükséges mozzanatokat.

A terápiás szerződés részei:

1. *Jóváhagyások kérése*. Mivel a családterápia fontos eleme az ülésekről készülő videófelvétel, ezért az első ülés elején a családtól írásos jóváhagyást kell kérni annak készítéséhez. Felhasználásának feltételeiről meg kell állapodni, és engedélyt kell kapni a megfigyelőként részt vevő kollégák jelenlétéhez.
2. *A terápia és a terapeuta munkamódja: a keretek*. A szerződésnek ez a része tartalmazza egy-egy ülés várható hosszát, helyszínét, gyakoriságát, a lemondások és a szabadságok kezelését. A családterápiában fontos hangsúlyozni, hogy a terápián való részvételnél az egész családra számítunk; fontos, hogy mindenki jelen legyen az üléseken.

Meg kell állapodni a terápiás költségekről is. Önköltséges terápia esetén a terápiás óradíj, illetve az utazási költségek függhetnek a család anyagi helyzetétől és a családterápiás rendelés anyagi forrásaitól. Ezek összegét és a forrás biztosítását rögzíteni kell.

3. *A terápia céljáról és a várható javulásról szóló megállapodás*. A családok általában azt várják, hogy a probléma anélkül oldódjon meg, hogy megszokott kapcsolati mintáikon változtatni kellene. A tünezhordozó családtag változása azonban a család átalakulásának függvénye. A családterapeuta tehát kiszélesíti a





#### A beavatkozó interjúzás

- Lineáris kérdések:
  - Cél: oknyomozás
  - Hatás: konzerváló
- Cirkuláris kérdések:
  - Cél: feltárás
  - Hatás: visszacsatolásszerű
- Stratégiás kérdések:
  - Cél: korrekció
  - Hatás: konfrontatív
- Reflexív kérdések:
  - Cél: új gondolati és viselkedési minták kialakítása
  - Hatás: reflexió a saját viselkedésre

#### A szerződés-kötés szakasza

- Jóváhagyások
- Terápiás költségek
- Ülések és a terápia várható hossza
- Szabadságok, lemondások és párhuzamos terápia
- Az ülések gyakorisága
- Az ülések helyszíne
- Az ülések célja

## HIVATKOZÁSOK

GOLDENBERG, H. – GOLDENBERG, I. (2008): *Áttekintés a családról*. Budapest, Animula.

JENKINS, H. (1989): Változást okozó krízisek – egy közös vonás a családterápiában. In KOMLÓSI P. – BÍRÓ S. (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv, I.* Budapest, Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat.

MINUCHIN, P. – COLAPINTO, J. – MINUCHIN, S. (2002): *Krízisről krízisre*. Budapest, Animula.

SZÉKELY I. (2003): *Tárgykapcsolat-elmélet a családterápiában*. Budapest, Animula.

TOMM, K. (1990): Az interventív (beavatkozó) interjúzás. In KOMLÓSI P. – BÍRÓ S. (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv, I.* Budapest, Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat.

## II.3. TAR JUDIT | A JÁTÉK MINT PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZ

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A játék mint regulációs színtér

- A kapcsolat és a személyiség szerveződése
- A kognitív folyamatok szerveződése

A játék fejlődéséről az első 4 évben

- Funkciógyakorló játék
- Szimbolikus játék
- Építő-konstruáló játék
- Alkotó játék

A játék megfigyelése a pszichodiagnosztikai munka során

- Kapcsolati szempontok
- Fejlődési szempontok
- Kiemelt megfigyelési területek

Összefoglalás

Megfigyelési szempontok a játékhoz a pszichodiagnosztikai folyamatban

Hivatkozások

### A JÁTÉK MINT REGULÁCIÓS SZÍNTÉR

A játék a kisgyermek spontán, belső késztetésből eredő, szabad, örömteli tevékenysége, amelyet önmaga szabályoz. A játékhelyzet során a gyermek megtanulja önmaga és a külvilág elkülönülését, a játékot kísérő érzések megélését, a feszültségkeltő helyzetek kezelését, a különféle szerepeket, a kompetencia és a saját hatóerő megélését. A játékos cselekvésekben természetes úton nyilvánulnak meg a kognitív és az emocionális fejlődés jellegzetességei, a gyermek kifejezési és kommunikációs módja, a „játéknyelv”, valamint a kapcsolat sajátosságai. A korai anya-gyermek kapcsolat minőségének alakulásában, a kölcsönösen kialakított kapcsolati tér egyik jól megfigyelhető és meghatározó tevékenysége a kora gyermekkori játék. Az interaktív helyzetek megfigyelése során ragadhatóak meg a szabályozási módok, a kapcsolati struktúrák rugalmassága, illetve merevsége.

### A kapcsolat és a személyiség szerveződése

A korai életkorban a viselkedés szerveződését, az érzelmek szabályozását az anya-gyermek-rendszer tulajdonságának tekintjük. A diádikus szerveződés a kölcsönösség rendszere, amely egyaránt vonatkozik a reciprok kapcsolatokra, a kölcsönös szabályozás szerveződésére és a kölcsönösen megosztott szabályok rendszerére. A diádikus rendszerben a csecsemő és az anya kölcsönösen felfogják egymás tudati állapotainak egyes elemeit. A gyermek egyrészt reprezentálni tudja az érzelmeket kiváltó helyzeteket, másrészt képes lesz belső erőforrásait mozgósítani a szabályozásukhoz. A fontos másik személlyel való összehangolódás, vagyis a szándék-, figyelem- és érzelme megosztás nyomán kialakuló interszubjektív mezőben az anya és a csecsemő egymás tudatában „benne foglalva” ismerhetik meg és élhetik át önmagukat (STERN 1985). Az érzelmszabályozást a gyermek a kötődésen keresztül tanulja meg. Ennek egyik oldala az, hogy a csecsemő hogyan észleli az anyját, a másik oldala pedig az, hogy az anya mennyire képes leolvasni és mennyire képes kezelni saját és a gyermeke affektív állapotait. A korai kötődés jelentősége nemcsak az elsődleges gondozó

óvó-védő reakcióiban nyilvánul meg, hanem abban is, hogy a gondozó személy képes tartalmazni a csecsemő negatív érzelmi állapotait, és ezzel biztosítja a szelf kialakulását és fejlődését (AJKAY 2005).

## A kognitív folyamatok szerveződése

A játéktevékenység a megismerést, a világ megértését, az alkalmazkodást szolgálja, miközben a gyermek saját képességei is kibontakoznak, fejlődnek. Mindezt a folyamatot a gyermek önmaga szabályozza. Már a csecsemők is – ha terük, idejük és módjuk van rá – játék közben képesek saját tevékenységük „szervezésére”, szabályozására. Terveik vannak, kísérleteznek, próbálgatják saját határaikat. Képesé válnak annak elviselésére, hogy ha valami még nem sikerül, akkor megpihenjenek, más tevékenységre váltsanak, majd újra visszatérjenek egy korábbihoz. A kisgyermek játékának megfigyelése közben láthatjuk, hogyan szerveződik a viselkedése: milyen tartós a figyelme, kapkod-e, vagy inkább lassú tempójú; milyen a játékának tartalma, színvonala, mennyire változatos.

A gyerekek fontos, életre szóló képességre tesznek szert, amikor játék közben a saját aktuális testi-lelki állapotuknak megfelelően szabályozzák a tevékenységüket: hol koncentráltan elmélyednek valamiben, hol felszabadultan szaladnak, máskor ábrándozva rakosgatnak vagy lázasan kutatnak (MÓZES 2011).

## A JÁTÉK FEJLŐDÉSÉRŐL AZ ELSŐ 4 ÉVBEN

Az alábbiakban a főbb játéktípusokat tekintjük át: a funkciógyakorló játékot, az alkotó játékot, az építő-konstruktív játékot és a szimbolikus játékot.

### Funkciógyakorló játék

Az első évben főleg a nagymozgás és a manipuláció fejlődése és egymásra hatása jelenti a gyermek szabad időtöltését. Megtanulja a tárgyi világ legfontosabb szabályait s benne saját testének lehetőségeit. A csecsemő még mindenért nyúl, ami a keze közelébe kerül. Arra kíváncsi, hogyan fogható meg, puha vagy érdes-e a játék felülete, hideg-e vagy meleg, hangot ad-e vagy nem, lehet-e rázni, ütögetni vagy nem, s hogy hogyan viselkednek a leeső tárgyak. Nincsenek előzetes feltételezései, tervei arra vonatkozóan, hogy mi mire jó.

A manipuláció egyes formái (mint a forgatás, az egyik kézből a másikba való áttevés, az összeütogetés, a leejtés-felvétel gyakorlása) minden gyermeknél azonos sorrendben jelennek meg. Ráadásul ezen a területen a megjelenés tekintetében jóval kisebbek az egyéni, fejlődésbeli különbségek, mint a nagymozgások területén. A manipuláció szintje az értelmi fejlettségnek kifejezetten jó előrejelzője. Az első év játékára, a szenzomotoros időszakra az elemi kísérletezés a jellemző. A gyermek a cselekedeteiben él – belelátunk a gondolataiba, hogy mi is foglalkoztatja –, majd mindez fokozatosan zárul be, amikor megjelenik a gondolkodás absztrakt síkja.

A második évben a gyermek – ránézve a tárgyakra – már el tudja képzelni, milyen érzés lesz megfogni azokat, de arról még kevés fogalma van, hogy a tárgyak mire jók, hogy mit lehet velük tenni. Számára feladat lesz kitalálni, hogy mivel mit lehet tenni. A gyermek keresi a tárgyokban a lehetséges funkciókat. Kísérletezik és gondolkodik. Örül az apró, egymással összehasonlítható tárgyoknak, a nagy golyóknak, kis labdáknak. Izgatja, hogy a tárgyakat több módon tudja egyben tartani és szétrakni, felfűzni, egymásra és egymás mellé tenni. Örülhet a kis kockáknak, melyeket gyűjteni tud és szétszórni, egymásra vagy egymás mellé tenni (BORBÉLY 2006).

### Szimbolikus játék

Az 1 és 2 év közötti gyermek játéka már ritkán van önmagáért: már nem egyszerűen fizikai adottságok után

kutat, hanem kíváncsi a tárgyak egymás közötti viszonyaira, térbeli helyzetére, tárgyak saját magával és másokkal kapcsolatos funkcióira, s arra is, hogy ő személyesen mit jelent mások számára.

A legegyszerűbb szimbolikus játéknál a kisgyermek cselekvése önmagára irányul (úgy tesz, mintha inna). A következő lépés az, amikor a cselekvése egy passzív másokra (megeteti a babát), majd egy behelyettesítőre irányul (egy legókocka helyettesíti a telefont). Végül pedig „életre kelti” a játéktárgyat, és úgy tesz, mintha az lenne aktív (az ember- vagy állatfigurát fogva annak nevében beszél és cselekszik; WATSON–FISCHER, idézi COLE–COLE 1997).

A gyerekek saját élményeiket, érzéseiket jelenítik meg, játsszák el. A játék összetettsége jól tükrözi az értelmi fejlettséget, a rugalmas gondolkodást és a kreativitást. A szimbolikus gondolkodás képessége fejlődik a beszéd által is, illetve a nyelv is visszahat a gondolkodásra azáltal, hogy segítségével túlléphetünk az „itt és most” konkrét világán: felidézhetünk elmúlt dolgokat, tervezhetjük a jövőt, beszélhetünk arról, ami és aki nincs a közelünkben, megoszthatjuk élményeinket, kifejezhetjük érzéseinket, gondolatainkat.

## Építő-konstruáló játék

A gyermekek a tárgyak tulajdonságairól és a térben való viselkedésükről korábban szerzett tapasztalataikat, tudásukat jelenítik meg a játék során. Az elemek kiválasztása, összegyűjtése, összeillesztése mind fontos része a játéknak. Idővel ez gazdagodik fokozatosan azzal a minőségi előrelépéssel, hogy a tervezés, az építmény előzetes elképzelése további bonyolult mentális képességeket fejleszt (emlékezet, téri gondolkodás, mennyiségek, méretek megbecslése). A másik szempont az lesz, hogy milyen jelentést ad építményének, vagyis mikor jön el az a pillanat, amikor a kockák egymásra pakolásának fizikai kivitelezése mellett egy másik tapasztalat belső képe is felidéződik benne, és azt mondja: „Ez egy kikötő.” Ebben az esetben már a szimbolikus játékba való átlépés pillanatáról is beszélhetünk.

## Alkotó játék

A „nyomot hagyás” kezdeti öröme 3 éves kor felé kezd átváltozni valódi alkotótevékenységgé, például ábrázolássá (rajzolás, festés, gyurmázás). A különféle anyagokkal való tevékenység egyesíti magában a kézügyesség továbbfejlesztését, a kompetenciaélményt és az ábrázolásban az élmények feldolgozását, az önkifejezést.

# A JÁTÉK MEGFIGYELÉSE A PSZICHODIAGNOSZTIKAI MUNKA SORÁN

## Kapcsolati szempontok

A játéknak nincs konkrét gyakorlati célja, mint a gondozási feladatoknak – a kötetlen játék kihívás lehet a szülők, felnőttek számára, mivel a legegyszerűbb kölcsönösségre, gátlások nélküli improvizációra korlátozódik.

Az anya-gyermek diád strukturált játékhelyzetben tapasztalt interakciós folyamat jellemzői közül kiemelt megfigyelési terület a szinkronitás tényezője, mivel mind a viselkedésben (közeledés-elkerülés), mind a kommunikáció jellegének (megerősítő, elutasító) gyakoriságában megragadható informatív tényező. A szinkronitás folyamatát a szülő részéről nagyban segíti a gyermek fogékonysága, aktív reakciója, ami által az anya megéli szülői hatékonyságát.

Péley (2004) szerint az interakció megszakadása, kisiklása, illetve a hangolódás nem sikeres volta nem hordozza a probléma lényegét, mert sokkal inkább arról van szó, hogy sikerül-e helyreállítani a kapcsolatot, illetve menet közben módosítani az interakciót, hogy a gyermek kompetensnek érezze magát, vagyis azt érezze, hogy saját aktív erőfeszítései célravezetőek a kapcsolat optimális működéséhez.

## 4. táblázat. A szinkronitás, a viselkedés és a kommunikáció kapcsolata

SZINKRONITÁS	+	-
viselkedés	közeledés	elkerülés
kommunikáció	megerősítés	elutasítás

Forrás: TAR J. (2020)

### Fejlődési szempontok

A megfigyelés során alkalmazott vizsgálói jelenlét:

- a kora gyermekkori viselkedés sajátosságainak követése;
- a gyermek tempójának követése;
- a gyermek emocionális változásainak figyelembevétele;
- a közelség-távolság szabályozása;
- a gyermek jelzéseinek megértése, kommunikációs helyzetek teremtése, továbbvitele (MATESZ 2003).

### Kiemelt megfigyelési területek

1. *A megszerzett tudás használatának formái:* a már elsajátított mozgásformák, játékelemek megfigyelése. Például: kúszás, mászás, a manipuláció minőségi jegyeinek leírása. Hogyan jelennek meg, milyen intenzitással, milyen gyakran és mióta.
2. *Tanulási stratégia:* hogyan, milyen módon jut el a gyermek a még be nem gyakorolt feladat kivitelezéséhez, például egy tárgy ki-be pakolása, célirányos beillesztése. Mennyire képes élni, használni a pedagógiai segítséget, például mutató, utánozás, verbalitás segítségével képes-e kivitelezni a feladatot.
3. *A figyelem, az aktivitás jegyei:* a figyelem intenzitása, tartóssága, elterelhetősége, rugalmassága. Milyen hamar melegedik bele, milyen tevékenységi formák, eszközök érdeklik. Mikor szükséges pihenő szakaszok beiktatása. Mennyire kezdeményező, felfedező vagy passzív.
4. *Kommunikációs sajátosságok:* a nyelvi fejlődési szint (befogadó és kifejező nyelvi készség) megtalálása mellett a kompenzáló törekvések figyelembevétele, például ha a gyermeknek még nincs szava, akkor mennyire képes kifejezni önmagát, mennyire törekszik a megosztásra, mind a közös figyelem, mind az élménymegosztás szempontjából. Tudja-e jelezni elfáradását, szükségleteit, s mindezt hogyan (nemcsak a mennyiségi, hanem a minőségi eltérések is fontosak).
5. *A temperamentum szempontjai:* egyéni érdeklődés, kezdeményezés, hangulati konzisztencia, irritabilitás, alkalmazkodás, együttműködés-ellenállás, önszabályozási folyamatok.
6. *Érzelmi szabályozás, frusztráció:* Az előzetes kapcsolati mintázat tapasztalatai jelzik, hogy a gyermek milyen módon próbálkozik érzelmeinek, indulatainak szabályozására, s hogy a környezete mennyire támogatja e szabályozások elsajátításában.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Játék és gyermeki fejlődés

A kognitív folyamatok szerveződése

- tevékenység
- figyelem
- érdeklődés
- motiváció

A kapcsolat és a személyiség szerveződése

- a gyermek-szülő kapcsolati mintázata
- kommunikáció

Játékfejlődés 1.

- 6. hó: „célbiztos nyúlás”
- 9. hó: differenciált manipuláció
- 12. hó: két tárgy kapcsolatba hozása, funkcionális használat
- 18. hó: a „mintha-játék” megjelenik

Játékfejlődés 2.

- 24. hó: a szimbolikus játék – gyakori „tevékenységssor”
- 36. hó: megtervezett szimbolikus játék, tárgyak behelyettesítése, élőlények megjelenítése (ágens)
- 48. hó: szociodramatikus játék, elképzelt tárgyak, pantomim

A szimbolikus játék fejlődése

- a gondolkodás fejlődése: reprezentációk, cselekvési sémák, tudatelmélet
- „úgy tenni, mintha”, „mintha-játék”
- a tárgyat önmagára vonatkoztatja
- a tárgyat vagy a cselekvést a passzív másokra vonatkoztatja
- az aktív másik (akit „ágens”-ként kezel; WATSON–FISCHER 1980)
- a más gyermek(ek)kel való együtt játszás képessége

Játékfajták

- exploráció-szemlélődés
- szenzomotoros, kutató manipuláció
- funkciógyakorló játék
- „mintha-játék” – szimbolikus játék
- konstrukciós játék
- az óvodáskor játéka: bábjáték, szabályjáték, szerepjáték

## MEGFIGYELÉSI SZEMPONTOK A JÁTÉKHOZ A PSZICHODIAGNOSZTIKAI FOLYAMATBAN

*A legelső találkozás célja*

- (Meg)ismerkedés, „szabad játékhelyzet”, „spontán tevékenység”.
- Még alig van információnk (telefonos jelentkezés, a kérdőív adatai, bemutatkozás és a helyszín közös megközelítése stb.).
- Kísérletet teszünk helyes arányérzékkel egyensúlyozni a szülővel való ismerkedés és a gyermek viselkedésének, tevékenységének megfigyelése között.

*A legelső találkozás előkészítése*

A helyiség berendezése, a család elhelyezkedése:

- Törekszünk a személyre szabott előkészületekhez.
- Meghatározó a gyermek életkora és impulzivitása.
- Az első tapasztalatok segítenek a későbbi, kiemelt szempontok alapján történő célirányos megfigyelési helyzetek előkészítésében.
- A távolságtartás oldásában segít a maximálisan segítő, a várható „forgatókönyvet” néhány szóban ismertető hozzáállás.

### *Kiemelt megfigyelési területek*

- A már meglévő tudás használatának formái.
- Az egyéni tanulási stratégiák megismerése.
- A figyelem és az aktivitás jellegzetességeinek feltárása.
- A kommunikációs sajátosságok feltérképezése.
- Temperamentum, érzelmi jelenlét.
- Emocionális tapasztalati sémák, motiváció, frusztráció.

### *A vizsgáló attitűdje: támogatott szabad tevékenység, 1.*

- A háttérből belépünk a játék-, a tevékenységi, a vizsgálati térbe:
  - tárgyak, játékok térbe helyezése
  - kontaktusfelvétel gesztussal, szóval (kísérés – bekapcsolódás – kezdeményezés)
  - a szülő bátorítása a gyermekkel való kommunikációra.
- Meghatározó a gyermek érdeklődése, kezdeményezőkézsége.
- Figyelmi jelenlét: személy – tárgy – cselekvés.

### *A vizsgáló attitűdje: támogatott szabad tevékenység, 2.*

- A szülőkkal a folyamatos kapcsolat feltételeinek egyeztetése.
- A gyermek által hozott viselkedési/tevékenységi repertoár továbbgördítésére, a nehézséget okozó pontok, elakadások körbejárására törekszünk.
- Különböző stratégiák használata félénk, visszahúzódó, elutasító, ellenálló vagy túl közvetlen, impulzív gyermekeknél.
- Időfaktor! (Egyre együttműködőbb ↔ egyre több dezorganizált tünetet mutató gyermekek.)

### *A vizsgáló attitűdje: támogatott szabad tevékenység, 3.*

- A gyermek jelenlegi fejlettségi szintjének minél pontosabb megfigyelése.
- Felderíteni a gyermek megközelíthetőségének, taníthatóságának különböző útjait („akadálymentesítés”).
- A legmegfelelőbb eszköz kiválasztása, tesztelése.

## HIVATKOZÁSOK

- AJKAY K. (2005): Szorongás és agresszió. Pszichoanalitikus elmélet a terápiás gyakorlatban – Agresszió és szorongás korai gyökerei. *Serdülő- és gyermek-pszichoterápia*, 5(2), 4–14. p.
- BORBÉLY S. (2006): Játékfejlődés típegőkorban, 1–2. *Origo*.  
1. <http://www.origo.hu/print/szakertok/20061206jatekfejlodes.html>  
2. <http://www.origo.hu/print/szakertok/20061218jatekfejlodes.html> (Letöltve: 2020. 06. 30.)
- COLE, M. – COLE, S. R. (1997): *Fejlesztépszichológia*. Budapest, Osiris.
- MATESZ M. (2003): A Fewell-féle Játékértékelési Skála. *Fejlesztő Pedagógia*, 14(1), 29–34. p.
- MÓZES E. (2011): A játék és a fejlesztés szerepe a kora gyermekkori fejlődésben. In BALÁZS I. (szerk.): *Biztos Kezdet Módszertani Könyvek, I.* Budapest, Munkaügyi Intézet, 25–40. p.
- PÉLEY B. (2004): A korai kapcsolatok és élettörténeti elbeszélések néhány összefüggése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59(3), 425–440. p.
- STERN, D. N. (1985): *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula.

## II.4. TAR JUDIT | FEJLŐDÉSI VIZSGÁLAT ÉS KAPCSOLAT-DIAGNOSZTIKA

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A fejlődési vizsgálat kiemelt kérdései

A vizsgálati folyamat

- A vizsgálati folyamat fókusz
- A vizsgálati folyamat: az első találkozás mint kapcsolati tér
- Az együttműködés tényezői a vizsgálati folyamatban – érzelmi, viselkedésbeli és kapcsolati szempontok
  - Segítő tényezők a vizsgáló részéről
  - A vizsgálói attitűd jellemzői a fejlődési skála felvétele során
  - Segítő tényezők a gyermek oldaláról
  - A kapcsolat szempontjából kiemelt megfigyelési területek a vizsgálati folyamat során
- A vizsgálati folyamat zárása

Összefoglalás

Hivatkozások

### A FEJLŐDÉSI VIZSGÁLAT KIEMELT KÉRDÉSEI

A kora gyermekkori fejlődési vizsgálatok során arra keressük a választ, hogy a hétköznapi életben észlelhető és a szülők által jelzett fejlődésbeli és/vagy viselkedésbeli nehézségek mögött vajon milyen tényezők állhatnak. Fejlődésbeli zavar, regulációs zavar, a pszichés fejlődést befolyásoló tényezők vagy a kora gyermekkorra oly jellemző és gyakran a gyakorlati munkát is megnehezítő jelenség: a fejlődésbeli és a pszichés tényezők összefonódása, szétválaszthatatlansága. Az egyéni megismerés, az információgyűjtés, a megfigyelés mellett célunk a minél megfelelőbb támogatási formát megtalálni a gyermek és családja számára. A vizsgálati folyamat során összegyűjtött információkat megkíséreljük egységbe, egy szerkesztett rendszerbe foglalni. Ez a kvantitatív eredmények értelmezése mellett az egyes fejlettségi mutatók minőségbeli elemzését, egymáshoz való viszonyát, a vizsgált gyermek összbemutatóját kialakító viselkedés, a kapcsolatteremtés, az érdeklődés és a figyelem jellegzetességeinek körbejárását is magában foglalja.

*A fejlődési vizsgálati folyamat kiemelt kérdései*

- Vizsgálati mátrix: az általánostól a speciálisig, a képességektől a készségekig.
- A kisgyermekkori képességek és a viselkedés vizsgálata.
- A változásban lévő képességek/készségek mérésének dilemmái.
- A szülő jelenléte (GURALNICK 2001).

*Mi a célunk a pszichometriai eszköz használatával, és miért tesztelünk?*

- „Becslési” szerep az intervenció tervezéséhez, támogatásához.
- Speciális terápiák kijelölése.
- Pontosabb diagnózis, differenciáldiagnosztika.
- Az egyéni fejlődési ütem, képességstruktúra ismerete.
- Az életkor (ÉK) és a fejlettségi kor (FK) összefüggései – az „olló”.



# A VIZSGÁLATI FOLYAMAT

## A vizsgálati folyamat fókusza

A vizsgálati folyamat fókuszában a következő tényezők állhatnak:

- a gyermek *fejlődési szintje* (azaz ha most megállítanánk egy pillanatra a fejlődést, hol is tart = fejlettségi szint);
- organizálódó *tapasztalati mintái* (hogyan tanul, tapasztal, milyen erőforrásokra támaszkodik; erősségei, gyengeségei);
- funkcionális képességei* (hogyan használja a már meglévő tudását, generalizálás, differenciálás).

Mindezen tényezők a gyermek egyéni emocionális és kognitív képességeinek integrációját reprezentálják. A kora gyermekkori fejlődési vizsgálat szemléleti keretében a gyermekre jellemző egyedi képességstruktúrát, sajátosságokat keressük, azaz a gyermek önindította tevékenységét, aktivitását és kommunikációs mintázatát. A megfigyelő, leíró értelmezés – a standardizált eszköz nyújtotta esetleges fejlődésbeli elmaradás számszerűsített eredményének leírása mellett – segít megjeleníteni az egyéni képességstruktúra minőségi eltéréseit (SHONKOFF–MEISELS 2000).

## A vizsgálati folyamat: az első találkozás mint kapcsolati tér

Az első találkozást az intervenciós folyamat első lépésének tekintjük. Nemcsak a családdal való első kapcsolatfelvétel milyensége, minősége fontos a számunkra, hanem a család erőforrásainak megismerése is: a mindennapok „menedzselésének” képessége, ahogyan használni tudják az elérhető információkat, ahogyan rugalmasan követik a gyermekük fejlődésével járó változásokat.

A családdal való együttműködés során minden találkozás új és új kapcsolati mintázatot hordoz. A kapcsolati térben megjelenik a szakember mesterségbeli tudása is, ezért a klinikai szakmai munka megkezdése előtt járatosnak kell lennie a kora gyermekkor fejlődésének jellegzetességeiben, a gyermeki jelenlét változottságaiban. Tudatosan kell használnia a gyermeki kapcsolódást facilitáló kommunikációs helyzeteket, igazodva az egyéni gyermeki szükségletekhez. A kapcsolódás folyamata közben a szakember saját reflexióinak fókuszált értelmezése segítheti a gyermekkel való együttléttel adta spontaneitás megragadását és az egyedi kapcsolat jellegzetességeinek átfogóbb megértését.

Döntő fontosságú a szakember tudatos jelenléte, ugyanis általa nyílhatnak meg azok az útvonalak, amelyek segítik a gyermekkel való kapcsolat létrehozását és a benne rejlő képességek megismerését, másrészt a szülőkkel való közös nyelv kialakítását.

## Az együttműködés tényezői a vizsgálati folyamatban – érzelmi, viselkedésbeli és kapcsolati szempontok

Az idegen környezet önálló felfedezése idegen személyek jelenlétében nem könnyű feladat a gyermekek számára. A kezdeti nehéz pillanatok átvezetését vagy oldását segítheti a gyermek fejlettségének megfelelő felhívó játék, hiszen a játéktárggyal való foglalatzkodás természetes, hétköznapi szituáció, amely élvezetes mozgásos aktivitást, örömteli tevékenykedést hívhat elő.

A kisgyermek viselkedésének, cselekvésének változatlan formában való, vagy éppen többletelemekkel gazdagított tükrözésével, az általunk fontos információkat hordozó jegyek felerősítésével terelhetjük a megismerési folyamatot új, általunk még feltárni kívánt fejlődési területek felé.

A fejlődési vizsgálat során az együttműködést meghatározó szempontok:

- egymásra hangolódó, egymáshoz illeszkedő lépések sorozata;
- a vizsgáló irányításának fogadása, értése;

- motiváltság;
- a gyermek részéről irritabilitás-alkalmazkodás a környezet tárgyaihoz, ingereihez;
- együttműködés-ellenállás (különböző inger, tárgy).

#### *Segítő tényezők a vizsgáló részéről*

- Tudatosan irányított, fókuszált figyelem.
- A gyermek apró jelzéseit, válaszkészségét (gesztus, verbális megnyilvánulás, hangulatváltás, motoros aktivitás) észreveszi, és használja a kapcsolat létrehozásához és a kommunikációs körök fenntartásához.
- A gyermeki viselkedést követő kísérés – tükrözés – kezdeményezés – értelmezés.
- A közelség és a távolság szabályozása a vizsgálati térben
- A közös figyelemhez való kapcsolódás, a figyelem fenntartása.
- Időzítés.
- Szuggesztív elemekkel kísért kezdeményezések.
- A tevékenységváltások ritmusa.
- Szülői közvetítés: a megszokott rutinok, ismert helyzetek, tárgyak beemelése.
- Különböző gyermeki viselkedési sajátosságok: félénk, passzív, visszahúzódó, irritábilis, elutasító, vagy túl közvetlen, impulzív, szertelen figyelmű gyermek.

Az eltérő gyermeki jelenlét a vizsgálótól eltérő közeledési és kapcsolódási módot kíván. A vizsgáló rugalmas alkalmazkodása elősegítheti a gyermek számára a környezet „akadálymentesítését”, a környezethez való alkalmazkodást. A vizsgálati helyzetben így lehetővé válik, hogy a gyermek az aktuális fejlődésbeli nehézségei ellenére is képessé váljon aktuális fejlődésbeli képességeit, tudását megmutatni, alkalmazni.

#### *A vizsgálói attitűd jellemzői a fejlődési skála felvétele során*

- A vizsgáló törekszik az együttműködés optimális szintjének megtalálására az olyan nehezített helyzetekben, mint amilyen az érdektelenség, a szertelenség, az ellenállás és az irritabilitás.
- Igyekszik oldani a gyermek tárgyakhoz, cselekvésekhez való túlzott ragaszkodását.
- A gyermek közléseire adott válaszaiban felhasználja a gyermek reakcióit az együttműködéshez, vagy éppen hangsúlytalanul kezeli őket a figyelem fókuszának megtartásához.
- Az instrukció adásának technikájában helyesen alkalmazza annak fokozatait.
- Megfelelő időpontban vált feladatot (biztosítja ezzel a frusztrációk elkerülését, és megadja a sikerhez való lehetőséget (MATESZ–TAR 2012).

#### *Segítő tényezők a gyermek oldaláról*

A gyermek egyedi jellemzői, mint a veleszületett temperamentuma, válaszkészsége, érzékenysége, önszabályozási folyamatai meghatározóak a felnőttel való kapcsolódás során. A gyermek spontán megnyilvánulásainak megértése, az intenzív megfigyelés, a felnőtt fokozott válaszkészsége juttathatja a gyermeket kompetenciaélményhez, és ezáltal segítheti az együttműködést (BORBÉLY 1995).

#### *A kapcsolat szempontjából kiemelt megfigyelési területek a vizsgálati folyamat során*

- *A figyelem, az aktivitás jegyei:* a figyelem intenzitása, tartóssága, elterelhetősége, rugalmassága. A gyermek milyen hamar melegedik bele, milyen tevékenységi formák, eszközök érdeklik? Mikor szükséges pihenő szakaszok beiktatása? Mennyire kezdeményező, felfedező vagy passzív?
- *Kommunikációs sajátosságok:* a nyelvi fejlődési szint (befogadó és kifejező nyelvi készség) megtalálása mellett a kompenzáló törekvések figyelembevétel, például ha a gyermeknek még nincs szava, akkor mennyire képes kifejezni önmagát, mennyire törekszik a megosztásra, mind a közös figyelem, mind az élménymegosztás szempontjából. Tudja-e jelezni elfáradását, szükségleteit, s mindezt hogyan (nemcsak a mennyiségi, de a minőségi eltérések is fontosak)?
- *A temperamentum szempontjai:* egyéni érdeklődés, kezdeményezés, hangulati konzisztencia, irritabilitás, alkalmazkodás, együttműködés-ellenállás, önszabályozási folyamatok.
- *Érzelmi szabályozás, frusztráció:* az előzetes kapcsolati mintázat tapasztalatai jelzik, hogy a gyermek

milyen módon próbálkozik érzelmeinek, indulatainak szabályozására, s hogy a környezete mennyire támogatja e szabályozások elsajátításában.

## A vizsgálati folyamat zárása

A vizsgálati folyamat zárásaként a családdal való megbeszélésen megfogalmazzuk a szülőknek a tapasztalatainkat és az összegyűjtött információkat. Az intervenciós munka kezdeti fázisában hangsúlyosabb szerepet kap a gyermeki viselkedés összbenyomását kialakító és a segítségnyújtás irányát meghatározó fejlődési területek minőségbeli elemzése. Lényeges a gyermek teljesítményei mögött meghúzódó erősségek és jelentősebb elmaradások feltérképezése és megláttatása, hiszen az egyes fejlődési régiók egymáshoz való viszonyának értelmezése a kvantitatív eredmények tájékoztatása mellett összefüggésekre világít rá.

A szülőkkel való megbeszélés során maradhatnak még lezáratlan, megválaszolatlan kérdések, elsősorban a fejlődésbeli zavar okairól, a fejlődés üteméről és a várható következményekről.

A gyermeki viselkedés, kapcsolatteremtés, érdeklődés és figyelem jellegzetességeinek és egyéni sajátosságainak, nehézségeinek a hétköznapiakban megragadható vetülete teszi érthetővé a család számára a fejlesztés szükségességét. Előfordul, hogy nem sikerül a kitűzött célt elérni, nem sikerül a gyermek képességeit felmérni, hiába a találkozás. Feszültség adódhat a szülői oldalon a „miért nem csinálja, már megint ez van” érzéséből fakadóan. A vizsgálóból is csalódottságot válthat ki saját kudarcának megélése, ami befolyásolhatja jelenlétét és igyekezetét arra, hogy a gyermeket megfelelő módon vonja be a feladatokba, hogy segítse és megértse. Ekkor, ezeket átlátva, ismételten a szakember kompetenciája, hogy egy mindenki által elfogadható, új vizsgálati szakaszt tervezzen, melynek kitűzött célját a szülőkkel átbeszélve és általuk jóváhagyva valósíthatja meg.

## ÖSSZEFOGLALÁS

### Részvétel az együttműködésben

#### Szakember

- tudatosság
- érzékeny alkalmazkodás

#### Család

- menedzserfunkció
- erőforrás

#### Gyermek

- hozott tudás
- válaszkészség

#### A fejlődési vizsgálat fókusza

- A gyermek fejlődési szintje
- Organizálódó tapasztalati mintái
- Funkcionális képességei

Mindezek egyéni, emocionális és kognitív képességeinek integrációját reprezentálják

#### Mi a célunk a pszichometriai eszköz használatával, és miért tesztelünk?

- „Becslési” szerep az intervenció tervezéséhez, támogatásához
- Speciális terápiák kijelölése
- Pontosabb diagnózis, differenciáldiagnosztika

- Az egyéni fejlődési ütem, képességstruktúra ismerete
- Az életkor (ÉK) és a fejlettségi kor (FK) összefüggései – az „olló”
- A gyermek egyediségét meghatározó jellemzők, az összbenyomást kialakító tulajdonságok felismerése
- A gyermek jelenlegi fejlettségi szintjének minél pontosabb megfigyelése
- Felderíteni megközelíthetőségének, taníthatóságának különböző útjait („akadálymentesítés”)
- A legmegfelelőbb eszköz kiválasztása a teszteléshez

A vizsgálati mátrix bemutatása, területei

- Az általánostól a speciálisig és
- a képességektől a készségekig – koordináta-rendszerben gondolkodhatunk

### **A szakember tudatos előkészületei**

Személyi:

- közös nyelv megtalálása
- kapcsolat
- kísérés
- tükrözés
- kezdeményezés
- értelmezés

A személyiség mint munkaeszköz

- A szülő jelenléte: előkészítés és értelmezés

Tárgyi:

- Vizsgálóhelyiség, fejlesztőszoba
- Tudatos készülés, berendezés
- Eszközök, játékok
- Az idő mint tényező

Figyelmi, tájékozódási és érdeklődésbeli jellegzetességek, kommunikációs sajátosságok, játék és tevékenység

### **Figyelmi, tájékozódási és érdeklődésbeli jellegzetességek**

Az első fél évben:

- Figyelem/éberség: érzelmi megnyilvánulások, energikusság, érdeklődés a környezet ingerei iránt, felderítés, orientálódás a környezet személyei felé

A későbbiekben:

- Tájékozódás/érdeklődés: jellemző állapot, energikusság, a környezet felderítése, érdeklődés és kezdeményezés a személyek felé

Kommunikációs sajátosságok:

- A gyermek kapcsolatteremtési és kapcsolódási technikái tárgyi és a társas környezetben
- Nyelvi fejlődési szint
- Kompenzáló törekvések
- Mennyiségi és minőségi eltérések
- Közös figyelem, élménymegosztás

Játék és tevékenység:

- Reaktív – exploratív
- Rugalmasság, letapadás, elterelhetőség
- Belemelegedés
- Tevékenységi formák
- Játékeszköz, érdeklődési kör
- Elfáradás – pihenő szakasz

Kogníció, érzelmi bázis, viselkedés egysége

- Temperamentum, érzelmi jelenlét
- Motiváció, frusztráció, emocionális tapasztalati minták
- A viselkedés és az érzelem a kogníció fejlődésének a tükrében (ellenállás, együttműködés, temperamentumjegyek)
- Fejlődésbeli megkésettség és temperamentumjellemzők – prognózis

A „jelen állapot” megragadása

- Fejlődésbeli tudás
- Tanulékonyság
- A már meglévő tudás használatának formái, megjelenése
- Az egyéni tanulási stratégia megismerése
- A pedagógiai segítség használatának mértéke (taníthatóság)

## HIVATKOZÁSOK

- BORBÉLY S. (1995): Változó szemléletek a korai gyógypedagógiai diagnosztika és intervenció körében. In ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *„Önmagában véve senki sem.” Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből.* Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola, 186–197. p.
- GURALNICK, M. J. (2001): A Developmental Systems' Model for Early Intervention. *Infant and Young Children*, 14(2), 1–18. p.
- MATESZ M. – TAR, J. (2012): A megközelíthetőség és megismerhetőség útjainak keresése – egymásra hangolódás és illeszkedés a vizsgálati folyamatban. *Fejlesztő Pedagógia*, 23(4–5), 22–26. p.
- SHONKOFF, J. P. – MEISELS, S. J. (2000): *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge, Cambridge University Press.

### III. „TECHNIKAI ÚTMUTATÓ” AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉS ELSŐ LÉPÉSÉTŐL A BEFEJEZÉSIG

#### III.1. HORVÁTH ÁGNES | AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉSTŐL AZ INTERVENCIÓ JAVASLATÁIG: DIAGNÓZISALKOTÁS A GYAKORLATBAN

##### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A kora gyermekkori diagnosztikai eszközök: összefoglalás

A diagnózisalkotás folyamatának alapelvei

A diagnosztikai folyamat lépései

- A probléma megjelenése: a beküldés oka és a beküldés helyzetei
- A család által jelzett probléma

Az intézményi megfigyelés helyzetei és szerepe a diagnózis alkotásában

- Az intézményi megfigyelés szempontjai
- Mikor nem javasolt az intézményi megfigyelés?

Az interjúk és a megfigyelések a diagnózis alkotásában – gyakorlat

- Interakciós helyzetek megfigyelése a diagnózis alkotásában
- A tematikus regulációs interjú adatai a diagnózis alkotásában
- A gyakorlat zárása: saját gyakorlatból vett példák

Hivatkozások

##### A KORA GYERMEKKORI DIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK: ÖSSZEFOGLALÁS

A képzés során az elmúlt alkalmakkor a hallgatók megismerhették azokat az eszközöket, amelyek a kora gyermekkori probléma megértésében és a diagnosztizálás folyamatában rendelkezésre állnak. Részletesen áttekintettük az alkalmazható interjúkat:

- Kapcsolatdiagnosztikai interjú
- Tematikus regulációs interjú
- Fejlődési anamnézis

A képzés során a hallgatók megismerkedtek a *megfigyelés* technikáival, és részletesen áttekintettük a *játékok* és a *fejlődési vizsgálatot* mint kiemelt megfigyelési helyzetet és regulációs színteret, valamint a kapcsolati és a személyiség szerveződés, illetve a kognitív szerveződés mutatóját, továbbá annak életkori fejlődését.

##### A DIAGNÓZISALKOTÁS FOLYAMATÁNAK ALAPELVEI

A diagnózisalkotás során kiemelt szempont, hogy a csecsemő és a kisgyermek kapcsolatok kontextusában fejlődik, így rendkívül fontos, hogy figyelembe vegyünk a családot, az elsődleges gondozót, a közösséget és a kulturális kontextus szerepét a gyermek fejlődésében és a szabályozás problémáinak kialakulásában.

- Minden csecsemő külön egyéniség
- egyéni fejlődésmenettel, temperamentummal és
- veleszületett készségekkel, amelyek
- rugalmasan támogathatók, vagy éppen
- akadályozhatják az adaptív fejlődési mintázatok kialakulását.

A diagnózisalkotás célja éppen ezeknek a mintázatoknak és a gyermek egyéni profiljának hosszmetzeti felmérése a kontextuális tényezők figyelembevételével. Éppen ezért a felmérés folyamata csakis a szülők és a szakemberek bizalmon alapuló együttműködésében valósulhat meg; a szülőket partnerként és szakértőként be kell vonni a felmérésbe (HÁMORI–MÁRKUS 2017).

## A DIAGNOSZTIKAI FOLYAMAT LÉPÉSEI

### A probléma megjelenése: a beküldés oka és a beküldés helyzetei

A pedagógiai szakszolgálatban folytatott munka során a 0–3 éves korig megjelenő problémák széles skálájával találkozhatunk. Jelentkezhetnek a szülők a *gyermek fejlődési zavara* miatt, ami lehet érzékszervi, mozgásos, idegrendszeri, kromoszomális; lehet anyagcserezavar, valamint pervazív fejlődési zavar. A fejlődési zavarokhoz társulhatnak regulációs zavarok, és megjelenhetnek szülői problémák, továbbá kapcsolati nehézségek is.

A szülők jelentkezhetnek *szabályozási problémák, regulációs zavarok* miatt, melyek jelenthetnek krónikus nyugtalanságot, excesszív sírást, és jelenthetik a táplálás, a gyarapodás, az elalvás, az átválás, valamint a viselkedés, a figyelem és az állapotszabályozás zavarait. Ezeknek a kialakulásában szintén szerepe lehet a fejlődési eltéréseknek, illetve a szülői oldalon megjelenő nehézségeknek is.

A jelentkezés további okai lehetnek a *szülők oldalán megjelenő nehézségek*, főként a szülői szorongás és a kompetenciaérzés hiánya.

A diagnózisalkotás során akár veleszületett fejlődési probléma, akár regulációs zavar a jelentkezés oka, foglalkozni kell az *átfedés problémájával* (ami differenciáldiagnosztikai kérdés) és a szülői oldal szerepével is. A diagnózisalkotás összetett gondolkodást igényel, és a különböző szakterületen dolgozó, a családdal és a gyermekkel kapcsolatba kerülő szakemberek közös gondolkodását kívánja (lásd I.2.1.).

### A család által jelzett probléma

A következőkben esetpéldák segítségével gyakoroljuk, hogy a családdal való ismerkedés folyamatában hogyan tudunk a gyermekről és szüleiről gondolkodni, hogyan tudjuk a probléma megértését mélyíteni, és a differenciálási folyamatot milyen megfigyelési helyzetek, kérdések, információk segíthetik.

Egy pedagógiai szakszolgálatban a szülők egy online lap kitöltésével jelentkezhetnek és kérhetnek vizsgálatot, illetve ellátást gyermekük számára. A jelentkezési lapon röviden leírják a jelentkezés okát, és bemutatják a problémát. A következőkben néhány ilyen – a szülők által kitöltött – jelentkezést és problémaleírást idézünk.

Ezek alapján kérjük, írja le, hogyan tervezi a diagnosztikai folyamat lépéseit!

*Az esetről való előzetes gondolkodás során figyeljen arra, hogy milyen fejlődési nehézség jelenik meg, és hogy a szülők hogyan állnak hozzá gyermekük problémájához! Figyeljen arra, hogy milyen nehézségek lehetnek a szülői oldalon, s hogy a szülői aggodásnak, szorongásnak milyen szerepe lehet a jelentkezésben!*

#### 1. esetrészlet – 1,5 éves kislány

*„Másfél éves kislányunk, Zita nem indult még el. Mindent nagyon későn csinált, 8 hónaposan fordult meg, 1 évesen ült. Feláll, de nem indult el. Szellemi fejlettségében is van elmaradás a kortársaihoz képest; két szót mond: mama és vau-vau, de a mamát nem adekvátnan használja. Nem tudja biztonsággal*

*felismerni az állatokat, nem illeszti helyére a fapuzzle játékokat. Neurológiai eltérést nem találtak nála, de a fejlődépszichológus látott lemaradást a felmérés során. A legzavaróbb tünet, hogy elmúlt 1,5 éves, és még nem jár, pedig a kortársainál ilyet nem láttunk. A házi gyermekorvosi vélemény szerint a 1,5 éves kor a határa annak, hogy elinduljon a gyermek. Ezt kívártuk, így most látjuk szükségesnek, hogy jelentkezünk.”*

#### **2. esetrészlet –2 éves 10 hónapos kislány**

*„3 éves lesz a lányom, és úgy érzékelem, hogy a beszédfejlődése a korosztályához képest le van maradva. Szeretne mesélni, mert nagyon kommunikatív, de elakad, amikor hosszabb történeteket szeretne elmondani.”*

#### **3. esetrészlet – 1 éves 9 hónapos kislány**

*„Kisfiunk 630 g-al született koraszülöttként, véleményünk szerint korai fejlesztése szükséges. Látásfejlétlenség, nystagmus, fejlődési elmaradás.”*

#### **4. esetrészlet – 2 éves 4 hónapos kislány**

*„A bölcsődei gyógypedagógus ajánlása alapján TSMT-tornára és a korai fejlesztőbe kéne járnia, mivel idegrendszerileg éretlen. Én nem vettem észre, a gyógypedagógus véleményezte.”*

#### **5. esetrészlet – 2 éves kislány**

*„Hónapok óta nincs fejlődés, ezért jelentkezünk. Védőnői javaslatra jelentkezünk, mert a kisfiának a 2 éves kori szűrésen messze nem volt meg a 10 szavas szókinccse. Most 25 hónaposan még mindig csak szótagokat mond, azokat is csak korlátozott számban (mama, baba, dada). Páros lábbal sem tud ugrálni. Láthatóan mindent hall és ért. 2-3 hónapos korban jártunk vele dévényes tornára, mert nem forgott a nyaka, és ezért csak az egyik kezét használta, később kúszásnál is húzta az egyik lábát.”*

#### **6. esetrészlet – 2 éves 8 hónapos kislány**

*„Kislányunk mostanában valami miatt nagyon feszült. Lefekvéskor a lábkörmét, nappal pedig a kézkörmét rágja, illetve kedvenc macijának a szőrét pödri. Előfordult, hogy másnap fáj a lába a cipőben, mert véresre rágta a lábán a körmöt. 1-1,5 éves korában pedig a fején a haját tépte úgy, hogy csomókban maradt a kis kezében a haj. Mostanában a székletét is néha visszatartja, de nem hiszem, hogy ez ezzel függne össze. Lehet, hogy a szobatisztasággal van kapcsolatban, bár én ehhez nem értek. A hajtépés elmaradt, amikor visszavágtuk a haját. A körömrágás kb. 3 hónapja kezdődött.”*

## **AZ INTÉZMÉNYI MEGFIGYELÉS HELYZETEI ÉS SZEREPE A DIAGNÓZIS ALKOTÁSÁBAN**

Az intézmény részéről megfogalmazott kérések háttérében sok esetben olyan rejtett motívumok állhatnak, amelyekkel a pszichológus szakembernek foglalkozni kell annak érdekében, hogy az együttműködést megalapozottá tegye. Az alábbiakban néhány problémás helyzetet gyűjtöttünk össze:

#### **Helyzet (1)**

A bölcsődei gondozóktól gyakran jelentkezik nyomásként, hogy csak akkor lehet a pszichológus tisztában a gyermek viselkedésével, ha a bölcsődében is megfigyeli őt. Ebben sokszor benne van az a feszültség is, amelyet a gyermek viselkedése kivált a csoportban, vagy amely az eltérő fejlődéséből adódó több feladat miatt keletkezik. Ilyenkor a megfigyelésre vonatkozó kérés rejtett célja, hogy a szakember segítségével kikerüljön egy gyermek a csoportból.

*Példa: kognitív fejlődési elmaradással küzdő, autista jegyeket mutató gyermek, aki állandó egyéni figyelmet igényel, mert egyébként bántja a többieket.*



### Helyzet (2)

Az intézményi megfigyelésre vonatkozó kérdésben benne lehet az a nehézség, hogy a kisgyermeknevelő és a szülő közötti vitában a szakembertől várják a megerősítést, vagy tőle várják, hogy rábeszélje a szülőt a vizsgálatra.

*Példa: a többi gyermektől teljesen elzárkózó kislány, aki azonnal elhúzódik, ha közel megy hozzá egy másik gyermek. Befogja a fülét, sikít, és nem kommunikál senkivel. A bölcsődében alig eszik, szinte semmit nem nyel le, az ételt rágja egy darabig, majd visszaköpi. A szülők azzal hátrítják el a szakértői vizsgálatra irányuló javaslatot, hogy otthon ezt nem csinálja.*

### Helyzet (3)

Előfordulhat az intézményi megfigyelésre vonatkozó szülői kérdés is, ha a gondozónők olyan viselkedésről számolnak be, amelyet otthoni környezetben a szülők nem tapasztalnak, vagy nem értenek egyet a kisgyermeknevelő véleményével.

A pszichológusnak akkor érdemes az intézményi megfigyelés mellett dönteni, ha ez a gyermekkel kapcsolatos probléma megértését és a diagnózisalkotást segíti, és olyan információkat adhat, melyek egyébként más megfigyelési helyzetből vagy az interjú során nem derülnének ki. Például:

- Ha fontos látnunk, hogy a szülőktől való szeparáció jelentősen és minőségileg megváltoztatja-e a gyermek viselkedését.
- Ha a szülők által elmondott probléma csak intézményi környezetben jelentkezik, vagy ott egyáltalán nem jelentkezik.
- Ha látni szeretnénk, hogy más felnőttekkel vagy a többi gyermekkel hogyan tud kapcsolatot kialakítani a gyermek, hogyan tud kommunikálni, változik-e a játéka.

Az intézmények felől érkező nyomást a legtöbbször nem lehet elhárítani, ezért ezekben a helyzetekben fontos szem előtt tartanunk, hogy a megfigyelésünk célja a gyermek problémájának megértése.

A pedagógiai szakszolgálat pszichológusának nem kell állást foglalnia vagy javaslatot tennie abban a kérdésben, hogy a gyermeknek a csoportban van-e a helye, s hogy integráltan nevelhető-e.

A szülőkkel való bizalmi helyzet fenntartása mindenképpen fontos, ezért a megfigyeléssel kapcsolatban elengedhetetlen megosztani velük a tapasztalatokat, elengedhetetlen a nyílt kommunikáció. Ha a gyermek szempontjából fogalmazzuk meg a tapasztalatainkat, az a szülőket is nyitottabbá teheti.

A titoktartás, az etikai szempontok betartása nagyon fontos a kisgyermeknevelőkkel folytatott kommunikáció vagy a megfigyelésről adott visszajelzés során.

## Az intézményi megfigyelés szempontjai

- Hogyan viselkedik a gyermek a szülőktől való elválást követően?
- Milyen kapcsolatban van a gondozónőkkel? Mindegyikükkel egyforma a kapcsolata, vagy van, akihez jobban kötődik?
- Hogyan játszik? (Lásd II.3.) Egyedül játszik? Igényli a felnőttet a játékhelyzetben? Játszik-e együtt a többi gyermekkel?
- Zavarja-e a többi gyermek?
- Milyen az étkezése?
- Hogyan alszik el? Átmeneti tárgy, cumi, felnőtt jelenléte?
- Mennyit sír? Hogyan lehet megnyugtatni?

## Mikor nem javasolt az intézményi megfigyelés?

Az intézményi megfigyelés nem javasolt, vagy kifejezetten szükségtelen, ha a szülők maguk fordulnak a pedagógiai szakszolgálathoz, és kifejezetten kérik vagy szeretnék, hogy a bölcsőde vagy az óvoda erről ne értesüljön. Akkor sem ajánlott, ha a családdal kialakult bizalmi helyzetet veszélyeztetné a pszichológus intézményi látogatása. Szintén nem ajánlott, ha a gyermek és család problémáját az elvégzett interjúk és megfigyelések alapján is meg lehetett érteni, és az nincs összefüggésben a bölcsődei vagy óvodai étellel, továbbá akkor sem, ha a szülők és az intézmény között kialakult rossz viszony indulati sodrása megzavarná, akadályozná a további konzultációs munkát.

## AZ INTERJÚK ÉS A MEGFIGYELÉSEK A DIAGNÓZIS ALKOTÁSÁBAN – GYAKORLAT

A következő gyakorlatban kapcsolatdiagnosztikai interjú során látott interakciókat emelünk ki.

*Kérjük, hogy a következő kérdéseken gondolkodjon el! Milyen kapcsolati nehézségre utalhatnak a leírt interakciók? Hogyan lehetnek ezek összefüggésben a megjelölt problémával? A probléma és a megfigyelt jelenség alapján milyen kérdésekkel várná a regulációs fókuszú interjút?*

### 1. eset

Dani 2,5 éves, és amióta tud járni (kb. 1 éves kora óta), gyakran rombol, ledobja a tárgyakat. Ez az utóbbi időben nagyon felerősödött. Előfordul, hogy a szüleit, különösen az édesapját ütögeti, vagy furcsa dolgokat mond, például hogy anya legyen szomorú.

A kapcsolatdiagnosztikai interjúra az anya jött el a 2,5 éves és a másik, 5 hónapos kisfiával. Az interjú közben a kicsi megéhezett, és sírni kezdett. Amikor az anya szoptatni kezdte, Dani az anyának és öccsének azonnal hátat fordított, egy darabig mereven állt, majd leült háttal; az anya kérdéseire nem reagált, mintha nem is hallotta volna. Ez mindaddig így ment, amíg a szoptatás be nem fejeződött.

Az óra második részében a kicsi elaludt a hordozóban. Az anya és Dani az autókkal játszottak, az autók beszélgettek egymással, jól bevált séma szerint zajlott a játék. A pszichológus úgy érezte, hogy annyira összehangolódva játszanak együtt, hogy legjobb, ha csak csendben figyel, de nem szólal meg.

### 2. eset

Domi 2 éves, akit amiatt hoztak el a szülei, mert az utóbbi időben a bölcsődében, ahova egy héten két délelőtt megy, többször megharapta a társait. A harapás otthon is megvan; leginkább az anyukáját szokta harapni. Van egy féléves kishúga.

Az apa, az anya és a kisfiú jöttek el az első találkozásra, a kislányt otthon hagyták. Az apa Domival játszott a szőnyegen ülve, ezalatt az anya egy fotelban foglalt helyet. Beszélgetés közben néha egészen váratlanul odafordult a kisfia felé, kezdeményezett, kérdezett, közben előre is hajolt, félig felemelkedett, mintha közeledett volna a gyermekhez, aki el is indult felé. Majd az anya hirtelen visszahúzódott, és megszakította az interakciót. Ez négyszer-ötször megisméltődött. A beszélgetés során az anya elmesélte, hogy a kisebbik gyermek születése után két héttel, minden előzmény nélkül szívinfarktust kapott, és heteken keresztül kórházban kezelték.

## Interakciós helyzetek megfigyelése a diagnózis alkotásában

Egy videórészletet mutatunk, amelyben vizsgálat közben figyelhetjük meg a családot, a 6 hónapos kisfiút és a szüleit. A kisfiú nyugtalansága, sírása miatt előbb az anya, majd az apa próbálja megnyugtatni.

*A látott jelenetek alapján mit gondol, milyen nehézségekkel küzdenek a szülők koraszülött gyermekükkel átélte kapcsolatukban?*

## A tematikus regulációs interjú adatai a diagnózis alkotásában

A következő gyakorlat során egy kapcsolatdiagnosztikai és regulációs fókuszú interjú (TRI), a „Család által jelzett probléma” 6. esetének (HÁMORI 2018, 152–154) összefoglalását használjuk fel.

### 2 éves 8 hónapos kislány

Az anya leírása a problémáról: „Kislányunk mostanában valami miatt nagyon feszült. Lefekvéskor a lábkörmét, nappal pedig a kézkörmét rágja, illetve kedvenc macijának a szőrét pödri. Előfordult, hogy másnap fáj a lába a cipőben, mert véresre rágta a lábán a körmöt. 1-1,5 éves korában pedig a fején a haját tépte úgy, hogy csomókban maradt a kis kezében a haj. Mostanában a székletét is néha visszatartja, de nem hiszem, hogy ez ezzel függne össze. Lehet, hogy a szobatisztasággal van kapcsolatban, bár én ehhez nem értek. A hajtépés elmaradt, amikor visszavágtuk a haját. A körömrágás kb. 3 hónapja kezdődött.”

### Kapcsolatdiagnosztikai interjú

„Háromtagú a család, mindhárman jelen vannak. Az apa és az anya a kanapén helyezkednek el, szemben a pszichológussal. A kislány a játékokhoz megy egyedül. Az anya beszél a problémákról, és kiderül, hogy a fent leírtak mellett a kislánynak az esti lefekvésnél komoly félelmei vannak. Azt mondja, hogy a csúnya nénitől fél, emiatt nem hajlandó a saját ágyában aludni, csak a szülővel, és az esti lefekvés leggyakrabban legalább másfél órát vesz igénybe. Ez az anya számára azért is megterhelő, mert otthon dolgozik, és sokszor éjszaka végezné a munkáját, a kislány azonban ragaszkodik hozzá, hogy ő altassa, pedig egyébként mindenben helyettesítheti az apa. Ezt az ottlétük során is tapasztalom. A kislány, amikor felfedez egy új játékot, odaviszi az anyának, aki kicsit megnézi, de a kipróbálást már nem vállalja, hanem megszólítja az apát, és ő veszi át a dolgokat. Amikor a kislány jelzi, hogy pisilnie kell, akkor is egymásra néznek a szülők, és az anya az apát kéri, hogy menjen a gyerekekkel.

A szülőket legjobban az elalvás nehézsége zavarja a kislány viselkedésében, bár kiderül, hogy az étkezés is nehézkes, mert a kislányuk egyáltalán nem eszi meg azokat az ételeket, amihez szósz van, de nem eszi meg a főzelékeket és a leveseket sem. Amit szeret, azok darabos ételek általában; azokból rendszeresen eszik, ezért ez a szülőket egyáltalán nem zavarja.

A szobatisztaságra szoktatás sem megy könnyen. Nappalra már nem kell pelenka, kivéve, ha a gyermeknek kakilnia kell, mert ahhoz pelenkát adnak rá; ha ezt nem tennék, akkor napokig tartogatná a székletét. A bölcsődében nem hajlandó ezért kakilni. Alváshoz még délután is szükség van a pelenkára. A szülők látszólag mindenben egyetértenek. Az anya végig nem mozdult el arról a helyről, ahova leült; ha valamilyen aktivitásra volt szükség, akkor vagy a kislány ment oda az anyához, vagy az apa lépett közbe. A kislány azonban minden esetben az anyát hívta vagy kérte.

Az anya inkább hajlandó volt megfogalmazni problémákat, míg az apa kevésszer szólt bele a beszélgetésbe, inkább a pszichológus direkt kérdésére válaszolt, és a problémákat kicsit bagatellizálta.

A szülők a házasságukkal kapcsolatban semmilyen nehézséget nem fogalmaznak meg, azt viszont megemlíti, hogy egy házban, de külön lakásban laknak az anya bátyjával, akivel nagyon feszült a viszonyuk. A kislány az interjú alatt szinte végig a játékokkal volt elfoglalva. A játékokat fogta, nézegette, aztán letette. Szinte mindent előszedett: babákat, konyhai dolgokat, műanyag állatokat, katonákat, autókat, de semmivel nem töltött el hosszabb időt.

A vizsgálatvezetővel nem került kapcsolatba, inkább kikerülte, és lopva nézett rá.”

### A tematikus regulációs interjú összefoglalása

„Bár a kapcsolatfókuszú interjú végén elhangzott, hogy mi lesz a témája a következő találkozásnak, az anyát váratlanul éri a kérdés. »A férjemnek kellett volna eljönnie – mondja –, mert nekem olyan rossz a memóriám, hogy én nem emlékszem az ilyenekre.«

Az anya elmondja, hogy későn talákoztak a férjével, és egyértelmű volt, hogy szeretnének gyereket. A kislányuk hamar meg is fogant. Nagyon jól telt a várandósság, bár volt olyan vizsgálat, amikor a gyerek pocakját kicsinek találták, de ő nem aggódott, csak az orvosok próbálták kikökönteni. Nem rémült meg, mert érezte, hogy minden rendben van.

*Először úgy volt, hogy természetes úton fog megszületni, de 10 óra vajúdas után csökkent a szívhang, ezért a császár mellett döntöttek. Az anyát ez nem zavarta. A műtét után rázta a hideg, ezért nem tudta tartani a kislányt, amikor oda akarták adni neki, így az apukája tartotta.*

*Az anyának Streptococcus-fertőzése volt, meg egy köhögős vírusfertőzése közvetlenül a szülés után. Kiszakadt a sebe, ezért körülbelül 1 hónapig egyáltalán nem tudta tartani a gyermeket.*

*A kislány anyatejes volt, gyorsan evett, sok levegőt nyelt, ezért 1 éves koráig kellett büfiztetni és kézben tartani.*

*A hozzátáplálás könnyen ment, akkor még mindent evett, csak nemrégén kezdett válogatni.*

*A mozgásfejlődésben a sorrendet felcserélte. Nem fordult, hanem felült. Az időpontokra nem emlékszik. Jártak konduktorhoz 2 éves koráig, és feladatokat kaptak otthonra. Később állt fel. 1,5 éves koráig biztosan elindult.*

*Az alvással már akkor is gond volt, mert nappal alig aludt, csak 10 percre aludt el. Azóta is a szülőkkel alszik. Éjszaka vannak rémálmai.”*

#### Feladat

Kérem, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

a) Milyen fejlődési problémákat tud azonosítani?

- Milyen viselkedésbeli eltéréseket lát?
- Vannak-e regulációs problémák? Egy vagy több területen? Milyen súlyosságúak ezek?
- Hogyan látja a szülői oldalt? Jelentkeznek-e ezen az oldalon jelentős nehézségek?
- Hogyan jellemezné a gyermek és a szülő közötti kapcsolatot?
- A fennálló, a szülők által megnevezett problémákat hogyan magyarázhatja mindez?
- Szükségesnek tartana-e további vizsgálatokat, megfigyelést?
- Bevonna-e más szakembert?

b) Milyen kisgyermekkori zavart vagy zavarokat azonosítana a gyermeknél? A következő kérdésekre adott igen-nem válaszok segíthetik a döntését.

- Történt-e jelentős stresszhatás vagy traumatikus esemény a gyermek életében?
- Elvesztette-e az elsődleges gondozóját?
- Lát-e olyan jelet, amely szenzoros-integrációs nehézségre utalhat?
- Előfordul-e enyhébb, rövidebb ideig tartó alkalmazkodási nehézség?
- Tapasztalhatók-e nehézségek az érzelmi-hangulati szabályozásban?
- Mutatkozik-e zavar a kapcsolat és a kommunikáció terén?
- Tapasztalható-e nehézség a szülővel, gondozóval való kapcsolatban?
- A nehézség csak bizonyos helyzetekben, bizonyos személyekkel fordul elő, vagy minden helyzetben, mindenkivel szemben?
- Tapasztalható-e rossz fizikai, pszichikai vagy érzelmi bánásmód?
- Van-e étkezési vagy alvási probléma?

## A gyakorlat zárása: saját gyakorlatból vett példák

Kérem, válasszon ki a saját gyakorlatából két példát!

1. példa: A diagnózis megalkotásában a következő nehézségekkel szembesültem:
2. példa: A diagnózis megalkotásában könnyű dolgom volt, mert a következő információk álltak a rendelkezésemre:

## HIVATKOZÁSOK

HÁMORI E. (szerk.) (2018): *A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori intervenció tervezésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

## III.2. INTERVENCIÓ A KAPCSOLATI SZEMLÉLETBEN: A SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ

### III.2.1. Rajnik Mária | Az életkori sajátosságok szerepe az anya-csecsemő/kisgyermek konzultációban és terápiában

#### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

Dinamikus anya-csecsemő terápia

- Az együttes terápia sajátosságai
  - A korai életkor jellemzői
- A kapcsolathangsúlyú és a jelenre irányuló elméleti megközelítések sajátosságai
  - Keretek meghatározása, terápiás szövetség
  - Pszichodinamikai folyamatok
  - A terápiás kapcsolat formái
- A kisgyermekkel folytatott pszichoterápiák sajátosságai
  - A terapeuta szerepe
  - Pszichoterápia 2–3 éves gyermekekkel

Összefoglalás

Szakkifejezések magyarázata

Hivatkozások

Ajánlott szakirodalom

## DINAMIKUS ANYA-CSECSEMŐ TERÁPIA

A pszichoanalitikus, dinamikus elméleti háttéren kialakult anya-csecsemő terápia „együttes terápia”. A páciens az „anya és a csecsemő diád”, ezen belül is az anya-csecsemő kapcsolat (STERN 2004, 15). A szülő a diagnosztikus és terápiás folyamatban mindvégig jelen van. Az életkori határ az újszülött kortól 1,5–2 éves korig terjed. A gyakorlatban azonban idősebb, 3–4 éves gyermekkel is dolgoznak hasonló elvek alapján.

### Az együttes terápia sajátosságai

A fókusz a kapcsolati történésekben keressük. Kettejük találkozása specifikus patológiát indíthat el, melynek kialakulásában a szülő és a gyermek egyaránt részt vesz. Az együttes helyzetben tudjuk megragadni, hogyan járul hozzá a csecsemő a patológiás interakcióhoz. A mikrotörténések és az interakciós mintázatok megfigyelése így kiemelt fontosságú. Ugyanakkor jelentős szerepet tulajdonítunk a család fejlődést lehetővé tevő erőforrásainak, valamint azoknak az új, konstruktív képességeknek, amelyeket a szülővé válás és a csecsemő gondozása támaszt fel a szülőkből.

#### *A korai életkor jellemzői*

Az anya-csecsemő terápia az anyaság lélektani állapota és a korai fejlődés jellemzői miatt másfajta terápiás megközelítést igényel, mint a későbbi életkorokban folytatott terápia, legyen az akár a gyermek, akár az anya terápiája. A post partum sajátos jellegét az anya és a baba közti pszichés megosztatlanság adja, valamint a folyamatos, gyors változás a baba fejlődésében, a tünetekben és a kapcsolatban. A gyermek a szülők életének állandó résztvevőjévé válik, s képe beépül az anya és az apa pszichés struktúrájába.

A csecsemő gondozása szoros testközelséget igényel. Az anyai ráhangolódás és az anya-gyermek közt

zajló kommunikáció *implicit kapcsolati tudás* alapján, döntően nem verbális csatornákon zajlik. Mindez elősegíti az énhatárok feloldódását. Az anya fokozott érzékenysége normál lélektani folyamat, de kedvez annak, hogy pszichés tartalmai az *externalizáció* és a *projektív folyamatok* révén kivetüljenek a gyermekre. Ugyanakkor ennek köszönhető, hogy az anya-gyermek páros gyorsan reagál a pszichoterápiás beavatkozásra. A kapcsolat alakulásában fontosak a csecsemő egyedi vonásaiból adódó tényezők és ezek befolyása az interakciók alakulására, a kommunikációra.

## A kapcsolathangsúlyú és a jelenre irányuló elméleti megközelítések sajátosságai

A *kapcsolati pszichoanalízisben* és az újabb elméleti megközelítésekben a hangsúly a múlt feltárásáról és az erre vonatkozó értelmezésekről az „itt és most” zajló történésekre, valamint a terapeuta szerepére tevődött át. A pszichoterápiák hatótényezői között említik a hangolódás, az anyai szenzitivitás, a kötődés, az *enactment* és az *interszubsztivitás* folyamatait, valamint a páciens és a terapeuta között megtörténő találkozást. A terapeuta bevonódásának, személyes érintettségének fontos szerepet tulajdonítanak a terápia folyamatában (BOKOR 2017; FLASKAY 2010). Mindezek az új megközelítések megváltoztatták gondolkodásunkat a gyermekterápiákban zajló folyamatokról is (HALÁSZ 2012; LEDNICZKI 2012).

### *Keretek meghatározása, terápiás szövetség*

A fent említett jellemzők meghatározzák a terápiás szerződés, a zajló pszichodinamika, a kapcsolati történések, az áttételi-viszontáttételi folyamatok, az intervenciók és az értelmezés sajátosságait (CRAMER 2012; STERN 1995).

A bejelentkező anyák általában a gyermek tünetét jelzik problémaként. A szülők szenvedésnyomása erős, részben a regulációs zavar okozta kimerültség és az ebből adódó konfliktusok, valamint amiatt, hogy a szülői szerepre vonatkozó ideáljuknak nem tudnak megfelelni.

### *Pszichodinamikai folyamatok*

Az úgynevezett „belépési kapu” (STERN 1995) a fókuszot jelenti, ahol a terapeuta belép az ülésen zajló dinamikába. A terápiás hatékonyság feltétele, hogy a terapeuta minél pontosabban megértse az adott szülő-gyermek pár működésének egyedi vonásait, és az intervenciókat ezekhez illessze.

Az együttes terápiák az anya/apa-gyermek kapcsolat és a szülővé válás nehézségeinek megváltoztatására irányulnak. E terápiák dinamikáját elsődlegesen a kötődés és interakció nehézségei határozzák meg. A fókuszot a terapeuták ezen a szinten keresik, és kapcsolatba hozzák a szülők gyermekkori, megoldatlan konfliktusaival, kötődési nehézségeivel. A gyermekre rávetülő szülői projekciók visszavonását az együttes terápiákban eredményesebbnek tartják.

Az anya/szülő-gyermek terápia a korai prevenció és intervenció hatékony módszere. A kívánt változások gyakran a kezdeti gyors javulás után, a terápiás szakaszok ismétlődésével következnek be, amíg az adott probléma a különböző fejlődési szinteken is átdolgozottá válik. Az önálló törekvésekkel kapcsolatos konfliktusok megjelenhetnek például a korai táplálás területén. A későbbi életkorban visszaköszönhetnek a szobatisztaság kialakításánál, az önálló öltözködés és az önérvényesítés vonatkozásában, valamint az életkornak megfelelően alakuló fejlődési feladatokban.

### *A terápiás kapcsolat formái*

A terapeuta az anyát támogató mátrix része. Segítő, támogató, énerősítő szerepe hangsúlyosabb (STERN 1995, 176).

Az áttétel-viszontáttétel dinamikája a csecsemő, az anya és a terapeuta közt zajlik. Az együttes terápiáknál jellegzetesnek tartják az áttétel hasadását, a kettős áttételi dinamikát. Az anyának a terapeutára irányuló pozitív áttételével egyidejűleg megfigyelhető a gyermekére irányuló, konfliktusos, ambivalens áttétele (CRAMER–PALACIO–ESPASA 2012).

A szülő a gyermekével való kapcsolatában újraélheti a saját élettörténetéből eredő, belső tárgyaival kapcsolatos régi konfliktusait. Ez megzavarhatja saját gyermeke egyéni vonásainak észlelését és a ráhangolódó

anyai magatartást (FRAIBERG 1975). Ugyanakkor – a terapeuta segítségével – a gyermekkel való kapcsolat új lehetőséget is kínál a szülőnek az egészségesebb megoldások kidolgozására.

A szülő részéről a terapeuta irányuló erős negatív áttétel az együttes terápia kontraindikációját jelenti.

## A kisgyermekkel folytatott pszichoterápiák sajátosságai

A kisgyermeknél az önreflexió képessége még kialakulatlan. A gyermeknek szüksége van a felnőtt reflektálására az élmények szervezéséhez. A gyermekterapeuták hagyományosan mindig is alkalmazták azokat a technikákat, amelyeket ma a mentalizálás fejlesztésének nevezünk: az érzések azonosítását, az impulzusok kontrollját, és az arra való belátás képességét, hogy a gyermek életének más szereplői is érzésekkel, szándékokkal bírnak. A gyermeket igyekszünk eljuttatni a játék „mintha” szintjére, a szimbolizációhoz, és a lélektani folyamatok megfigyelésére tanítjuk.

A fejlődésben elmaradt, erősen traumatizált kisgyermeknél a mentalizálás folyamatainak fejlesztése a terápiában is hangsúlyossá válik.

A korai életkorban gyors változások történnek magában a terápiás folyamatban is. A terápiás történések döntően a cselekvésben zajlanak. Az órai történésekben, a jelentésadás folyamatában a szülő is részt vesz. A terapeuta a kölcsönösen zajló projektív folyamat, a tudattalan kapcsolati mező egyik résztvevője, amire folyamatosan figyelnie kell.

### *A terapeuta szerepe*

A gyermekterapeuta szerepének megítélésében hagyományosan két aspektust veszünk figyelembe (NEMES 2000).

A terapeuta mint „új tárgy”:

- Mint felnőtt személy a gyermek életében nevelői, gondoskodó szereppel bír, az azonosulás modellje, korrektív emocionális élményt nyújt (minél kisebb a gyermek, annál inkább).

A terapeuta mint az áttétel tárgya:

- Minél idősebb a gyermek, annál hangsúlyosabb a gyermek áttételi viszonyulásával és a terapeuta viszontáttételével zajló terápiás munka.
- Van olyan megközelítés, amely feltételezi, hogy a terápiás kapcsolatban a csecsemő a saját jogán áttételi viszonyulást alakít ki a terapeutához (SALAMONSSON 2013). A hangsúly más-más vonatkozásra tevődhet a hozott problémának, a patológiás megnyilvánulások súlyosságának és a terápia előrehaladásának a függvényében.

### *Pszichoterápia 2–3 éves gyermekekkel*

A 2–3 éves gyermekek pszichoterápiája sok tekintetben átmenetet képez a baba-mama konzultáció és a klasszikusan vezetett gyermekterápia között. Az ilyen életkorú gyermekek még igénylik a szülő fizikai jelenlétét, de alakuló önállóságuk, beszéd- és rajzfejlettségi szintjük lehetővé teszi, hogy belső konfliktusaikat már szimbolikusan is megjelenítsék. A kapcsolatalakítás fontos eszköze lesz a szóbeliség.

A felnőtt-terápiáktól eltérően gyakran tapasztaljuk, hogy a kisgyermek a terápiás kereteket aktívan alakítja. Például kimegy a váróba, megnézi vagy behívja az anyát, esetenként az előteret is bevonja a játékba. Gyakran számolnunk kell a kistestvér jelenlétével is, akit a szülő kényszerűségéből hoz el.

Terápiás munkát folytathatunk a gyermekkel és a szülővel (szülőkkal) együtt; van, hogy egyedül a kisgyermekkel, és van, hogy a testvérrel is együtt dolgozunk. A családtagok jelenléte a terapeutából erős viszontáttételi érzéseket válthat ki. Az egyéni munkához elengedhetetlen a már kialakult bizalmi kapcsolat, s hogy a szülő a váróban közel, elérhető legyen.

A keretek módosulásánál fontos megértenünk a változások, változtatások áttételi dinamikában rejlő okait. Tudjuk, hogy egy csecsemő sírása – vagy éppen a mosolya – minden egészséges felnőttben ösztönös odafordulást vált ki. A kisgyermek szenvedésének megtapasztalása, életkorából adódó aktivitása sodró erejű lehet, és a terapeutát kizökkentheti foglalkozási szerepéből. A terápiás munka alapvető feltételeit, az analitikus

beállítódást, a jóindulattal kísért neutralitást és az absztinenciát azonban ezek között a körülmények között is fenn kell tartanunk. A terapeuta részéről szükséges a rugalmasság és a tudatosság a terápiás tér, a keretek, az alkalmazott terápiás technikák és az alakuló kapcsolat kezelésében (RAJNIK 2018).

## ÖSSZEFOGLALÁS

Dinamikus anya/szülő-csecsemő/kisgyerek terápia

- pszichoanalitikus elméleti háttér
- csecsemőmegfigyelés
- a korai életkor kutatása
- „együttes terápia”
- életkori határok

„Együttes terápia”

- kliens: anya és csecsemő együtt
- a szülő jelenléte a diagnosztikus és terápiás folyamatban
- fókusz: a kapcsolat
- patológias interakciós mintázatok
- erőforrások

Korai fejlődés

- az anyaság lélektani állapota
- a korai fejlődés sajátosságai
- az anyai ráhangolódás
- a csecsemő egyedi vonásai
- erőforrások

Kapcsolathangsúlyú és jelenre irányuló elméleti megközelítések

- fókuszban a kapcsolat: szülő-gyerek-terapeuta
- a jelenre irányul
- anyai szenzitivitás
- kötődés
- interszubszeptivitás

A keretek meghatározása

- szülői motiváció
- szülői énkép
- terápiás szerződés
- szülői ellenállás

Pszichodinamikai történések

- „belépési kapu”
- a kötődés nehézségei
- szülői projekciók
- az értelmezés szintjei
- prevenció, intervenció

A terápiás kapcsolat formái

- a terapeuta az anyát támogató mátrix része
- áttételi-viszontáttételi kapcsolat
- az áttétel hasadása



- a csecsemő áttétele
- kontraindikáció

Kisgyermekkel folytatott pszichoterápia

Intervenciók:

- mentalizáció
- impulzuskontroll
- szimbolizáció
- az önreflexió fejlesztése
- döntően cselekvésben zajlik

A terapeuta szerepe

- új tárgy
- azonosulási modell
- korrektív emocionális élményt, új kapcsolati mintát nyújt
- az áttétel tárgya
- a tudattalan kapcsolati mező része

## SZAKKIFEJEZÉSEK MAGYARÁZATA

*Absztinencia (abstinence)*

A pszichoanalitikus technika egyik szabálya az ún. *absztinencia szabálya*. Az analitikus technika megköveteli a terapeutától, hogy tartózkodjon a páciens vágyainak közvetlen kielégítésétől. Ilyen lehet például a páciens érzelmi hiánya, fokozott szeretetigénye, vagy törekvése a terápiával szükségszerűen együtt járó szorongás elkerülésére, a megnyugtatóra.

*Enactment, önmegmutatás*

A *kapcsolati pszichoanalízis* a pszichoanalitikus helyzetet olyanként írja le, amelynek megalkotásához mindkét fél hozzájárul. A terapeuta is hatást gyakorol a páciensre, a személyes bevonódást nem lehet elkerülni. Az analitikus tudatos, és főként nem tudatos megnyilvánulásaira a páciens érzékenyen reagál. Az egyik fél, legyen az akár a páciens, akár az analitikus, belső tendenciái (motívumai, érzelmi rezdülései stb.) hatással vannak a másikra, és megmutatkoznak annak viselkedéses vagy érzelmi reakcióiban. A pszichoanalitikus technikának magában kell foglalnia ennek tudatosítását, a terapeuta személyes részvételének a folyamatos monitorozását, reflektálását. Az analitikus „személyes jelenléte” a hitelességet is jelenti.

Az *enactment* tágabb értelemben valamilyen tudattalan szándék, érzés, tartalom megjelenése a cselekvésben. Szűkebb értelemben a kétszemélyes interakciós helyzethez tartozik, amelynek gyökerei mindkét fél tudattalanjában erednek. Lényegük, hogy az áttételi érzések cselekvésbe fordulnak, anélkül hogy a személyben ez tudatosulna.

A páciens bevonja az analitikust a saját interszubjektív világába, nyomást gyakorol rá, nem tudatos megnyilvánulásaival arra készíti, hogy olyan érzéseket éljen át, amelyek nem a saját érzései. Arra készíti, hogy reciprok szerepet vállaljon az interakcióban. Az analitikus ezt abból észleli, hogy valami olyasmit mond vagy tesz, ami tőle idegen, ami nem állt szándékában. Akkor történik meg, amikor valamilyen mentális tartalom vagy működésmód kívül esik az absztrakt gondolkodás tartományán és reflektálatlan marad. Oka az elhárítás, vagy az, hogy ez az élmény még soha nem volt verbalizálható, a tudatos gondolkodás számára elérhető (FLASKAY 2010, 183–190).

*Externalizálás, kihelyezés (externalization)*

Az a folyamat, amelyben az egyén egy lelki képet az Énen kívülinek képzel, azaz egy belső tárgy kivetítődik (projektálódik) a külső világ valamilyen alakjára. A 'belső' (internal) kifejezést a 'pszichikus', a 'lelki' szinonimájaként használják. A 'tárgy' (objekt) kifejezés a pszichoanalitikus terminológiában a másik személyre

vonatkozik. A belső tárgy tehát olyan fantáziakép a másik személyről, amelyhez az egyén úgy viszonyul, mint ahogy egy valódi személlyel tenné (RYCROFT 1988, 55, 91, 243).

#### *Implicit kapcsolati tudás (implicit relational knowing)*

Az az ismeret és reprezentációs terület a másikról, amely nem tudatos és nem verbális (tehát nincs megfogalmazva és nem beszélhető el). Motoros folyamatokból, affektus- és gondolkodási mintákból, elvárásokból stb. áll – lényegében tehát minden, amit arról ismerünk, hogyan legyünk másokkal (beleértve az áttételt is; STERN 2004, 205).

#### *Interszubjektivitás (intersubjectivity)*

A pszichoanalitikus elméletalkotók eltérő jelentést rendelnek a fogalomhoz (összefoglalva lásd BOKOR 2017). Jelentheti a kapcsolat szabályozására irányuló, kezdetektől működő, kölcsönös folyamatot. A páciens és a terapeuta pszichés valósága közti folyamatos egymásra hatásban két alaphelyzet ismétlődik: interszubjektív összekapcsolódás és interszubjektív szétválás. Ekkor a páciens és a terapeuta élményvilága hasonló vagy eltérő konfigurációba rendeződik egy kölcsönös szabályozással megvalósuló folyamatban (STOLOROW 1994).

Stern (1985) a csecsemő kutatások során tett megfigyelései alapján leírja a szelf fejlődésének a folyamatát. Az első életév végén megjelenő szubjektív szelféretet fázisának folyamataihoz kapcsolja az interszubjektív folyamatok meglétét, a közös figyelmi fókusz, a 'mi' érzésének kialakulását. A gyermek ekkor már képes felismerni, hogy a másik emberben más zajlik, mint őbenne, s hogy mindketten egymástól elkülönülő elmével bírnak.

#### *Neutralitás (neutrality), semlegesség*

Az analitikus magatartása a kezelés alatt. Semlegesnek kell maradnia vallási és társadalmi értékek vonatkozásában a páciensével való terápiás kapcsolatában. Elméleti megfontolások alapján nem részesítheti előnyben a páciens valamely megnyilvánulását. A jóindulattal kísért semlegesség nem az analitikus személyére, hanem analitikus munkamódjára vonatkozik: aki értelmez, aki elviseli az áttételt, annak szakmai szerepében semlegesnek kell maradnia. A neutralitás általánosan elfogadott elv az analitikus gyakorlatban, azonban erős gyermeki szorongások, pszichózisok és egyes perverziók esetén a teljes semlegességet nem tartják lehetségesnek vagy tarthatónak (LAPLANCHE–PONTALIS 1988, 425).

#### *Projekció (projection)*

Az a lelki művelet, amely során a személy a saját elutasított tulajdonságait, vágyait, érzéseit kizárja önmagából, és egy másik személyre vagy a külvilágba vetíti, annak tulajdonítja. Primitív elhárító mechanizmus, de a gondolkodás bizonyos formáiban is megfigyelhető, például a babonás gondolkodásnál.

#### *Projektív identifikáció (projective identification)*

Jelen felfogásunk szerint az azonosítás folyamata a bevetítés (introjekció) és a kivetítés (projekció) folyamatot egyaránt tartalmazza. A projektív identifikáció esetén a személy bizonyos tartalmakat egy külső tárgyba vetít, és a tárgyat a saját kivetített tartalmával azonosítja. Olyan pszichológiai mechanizmust jelöl, mely az élet korai szakaszán, az első negyedévben jelenik meg. Az egészséges fejlődés során később háttérbe szorul, de az egész élet során aktívan működő mechanizmus marad. Működésmódot jelent, ami jelenségszinten a gondolatokban, érzésekben és a viselkedésben egyaránt megnyilvánul. Célja legfőképpen a belső feszültség, a szorongás csökkentése (FLASKAY 2010, 83).

## HIVATKOZÁSOK

ADRIÁN E. et al. (2014): Küszöbperspektíva, I.–II. *Pszichoterápia*, 23(2), 74–87. p.

BOKOR L. (2017): Feszültség a pszichoanalízis elméletrendszerében. Az interszubjektivitás fogalmának eltérő jelentései az elméletben és a terápiás gyakorlatban. *Lélekelemzés*, 12(2), 135–152. p.

CRAMER, B. – PALACIO-ESPASA, F. (2012): *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata. Módszertani és esettanulmányok*. Budapest, Medicina.

- FLASKAY G. (2010): *Pszichoanalitikus terápia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina.
- HALÁSZ A. (2012): Kölcsönös egymásra hatásban. Legújabb elméletek a gyerekerápiában. *Lélekelemzés*, 7(2), 237–248. p.
- LAPLANCHE, J. – PONTALIS, J. B. (1988): *A pszichoanalízis szótára*. Budapest, Akadémiai.
- LEDNICZKI I. (2012): Cselekvéstől a szavakig. *Lélekelemzés*, 7(2), 249–261. p.
- NEMES L. (2000): A gyermekanalízis módszere – Anna Freud és Melanie Klein módszerének összehasonlítása. In uő: *A bennünk élő gyermek*. Budapest, Filum Kiadó, 264–287. p.
- RAJNIK M. (2018): „Búgócsiga mollban” – Pszichoterápiás tér és kapcsolat a kisgyermekkel folytatott pszichoterápiában. *Serdülő- és gyermek-pszichoterápia*, 11(1), 45–64. p.
- RYCROFT, Ch. (1994): *A pszichoanalízis kritikai szótára*. Budapest, Alapítvány az Örökbefogadó és Nevelőszülőkért.
- SALAMONSSON, B. (2013): Transferences in parent-infant psychoanalytic treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(4), 767–792. p.
- STERN, D. N. (1995): Az anyaság állapota. *A szülő-csecsemő pszichoterápia egységes szemlélete*. Budapest, Animula.
- STERN, D. N. (2004): *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Budapest, Animula.

## AJÁNLOTT SZAKIRODALOM

- HALÁSZ A. (2007): A csecsemőkor pszichopatológiája és terápiája. In VIKÁR A. – VIKÁR Gy. – SZÉKÁCS E. (szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria*. Budapest, Medicina, 37–50. p.
- HÁMORI E. (2016): *A korai kapcsolat zavarai*. Budapest, Oriold és Társai.
- HÉDERVÁRI-HELLER É. (2008): *A szülő és csecsemő konzultáció és terápia*. Budapest, Animula.
- NORMAN, J. (2001): The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. *International Journal of Psycho-analysis*, 82(1), 83–100. p.
- NORMAN, J. (2004): Transformations of early infantile experiences: A 6-month-old in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-analysis*, 85(5), 1103–1122. p.
- PETŐ K. (2003): Az implicit kapcsolati tudás. Új szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusának megértéséhez. *Psychiatria Hungarica*, 18(4), 217–225. p.
- STERN, D. N. (2007): *Anyá születik. Arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Budapest, Animula.

## III.2.2. Csabai Krisztina | Szülőkonzultáció a dinamikus rendszer- szemléletben

### A FEJEZET ÁTTEKINTÉSE

A szülőkonzultáció alapjai a dinamikus rendszerszemléletben

- Videó használata és videóelemzés a szülőkonzultációban

A lausanne-i hármas játékmodell (LTP)

- Háromüléses konzultáció és az LTP

Összefoglalás

Hivatkozások

Ajánlott szakirodalom

## A SZÜLŐKONZULTÁCIÓ ALAPJAI A DINAMIKUS RENDSZERSZEMLÉLETBEN

A szülőkonzultáció célja a szülő bevonása a konzultációs folyamatba annak érdekében, hogy gyermeke problémái és nehézségei a családi interakciókon keresztül is láthatóvá váljanak. A módszer lehetővé teszi, hogy a terapeuta, amint rálátása lesz a gyermek családjának interakciós mintázataira, a szülők konzulensévé is váljon. A terapeuta számára lehetővé válik a szülők számára szóló visszajelzések megfogalmazása, ezáltal pedig egyfajta információcsere alakul ki a terapeuta és a szülők között, s így a gyermek érdekében mind a terapeuta, mind a szülők közös álláspontot alakítanak ki a problémáról. Novick és Novick (2014) hangsúlyozzák, hogy a gyermekterápiák sikeréhez a szülőkkel való konzultáció elengedhetetlen. Szerintük a szülők a szülővé válás normatív krízisein keresztül alakítják ki a saját működésüket jellemző interakciós mintákat a gyermekkel. A szerzők álláspontja szerint a szülőség önmagában egy fejlődési szakasz, amely túlmutat a gyermek világrahozatalán, és a gyermekérésének és fejlődésének függvényeként alakul, így újabb és újabb struktúra, mintázat és önszabályozó mechanizmusok kialakítását igényli a szülőktől.

A fejlődést támogató szülő ebben rugalmasságot mutat, és képes a gyermek fejlődési szükségleteihez megfelelő interakciós és kommunikációs minták kialakítására. Azok a szülők azonban, akik a gyermek életkori szükségleteinek megfelelően a szülői feladataikat nem képesek adaptív módon megoldani, a saját szülőségükben is elakadással találják szembe magukat. Ez a szülőségben való elakadás sajátos módon összekapcsolódik a gyermek fejlődési feladataival, s így nehézségeket okoz a gyermeknek. A szerzők ezért érvelnek úgy, hogy a szülőkkel való munka kulcsfontosságú a gyermek elakadásainak feloldásában, hiszen a szülők saját személyes története, feldolgozatlan konfliktusai és tudattalan fantáziái hozzájárulnak a gyermeki fejlődés elakadásaihoz.

E gondolatok mentén Novick és Novick kétféle szülői önszabályozási kommunikációs mintázatot azonosított, melyek megszabják a családok működésmódját: a nyílt és a zárt rendszerűt. A *nyílt kommunikációs rendszerben* működő családokban mind a gyermek(ek), mind a szülők képesek a fejlődési szakaszok sajátos kríziseinek adaptív és kompetens megoldására. Ezzel szemben a *zárt kommunikációs móddal* jellemezhető családok mindegyike nem képesek. A nyílt rendszerű önszabályozási mintákkal jellemezhető családok ráhangolódnak a külső és a belső realitásra, s ennek függvényében készek a változásra, képesek is változtatni, sőt ebben örömet lelnek, és egymást kölcsönösen erősítő kapcsolatok jellemzők rájuk. A zárt rendszerű családok ismétlődő mintákon keresztül próbálnak a gyermekhez kapcsolódni, segítség nélkül azonban nem tudnak változtatni ezeken a mintákon. Az ilyen családok statikus működésmódúak, általában a kontroll segítségével kapcsolódnak egymáshoz a családot alkotó tagok, és a megnyugtatót a másiktól várják. Így a zárt rendszerű családokra a kapcsolódás sajátos, egyedi nehézségeitől és egymástól is függő kapcsolati minták jellemzőek.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a kétféle önszabályozási móddal jellemezhető rendszer a fejlődési kihívásokra adott válaszaik tekintetében is különbözik. Mivel az interakciós mintázatok sokasága, így az önszabályozási rendszerek különféle módjai minden család rendelkezésére állnak, megfelelő segítséggel még a legnagyobb elakadások esetén is van lehetőség nyílt rendszerű reagálásra. Ennek értelmében a gyermekterápiákban a szülő-gyermek kapcsolat megváltoztatására irányuló intervenciók a zárt rendszerű önszabályozásból a nyílt rendszerűvé alakulás lehetőségeit rejtik magukban a családi kommunikációs minták módosításán keresztül. Ennek haszna, hogy a szülő valóban a gyermeke aktív segítőjévé és támogatójává válhat, megtapasztalva ezzel saját szülői kompetenciáját, amely visszahat szülői szerepére és az ebben megélt hatékonyságra (NOVICK–NOVICK 2014).

Így érthetővé válik, mennyire nem elhanyagolható, hogy valaki milyen szülőnek tartja magát, vagy épp mennyire elégedett a szülői szerepével – ezt nevezzük szülői énhatékonyságnak vagy szülői észlelt kompetenciának. Ez annak a mértékét tükrözi, hogy a szülők mennyire érzik magukat képesnek a szülői szereppel járó feladatok ellátására, illetve gyermekük magatartásának és fejlődésének pozitív irányba történő befolyásolására (COLEMAN–KARRAKER 1997; 2000; HORVÁTH–CSABAI, 2020).

A szülői észlelt kompetencia két komponensből áll: az énhatékonyságból és az elégedettségéből. Az énhatékonyság a szülőnek arra az érzésére utal, hogy képes pozitívan befolyásolni gyermeke viselkedését és fejlődését (Parental Self-Efficacy – PSE; lásd JONES–PRINZ, 2005). Az elégedettség mértéke a szülői szereppel kapcsolatban megélt élvezetre, motiváltságra, vagy ellenkező esetben az unalomra és a frusztrációra vonatkozik (FAVEZ et al. 2015). Az elégedettség és a szülői énhatékonyság-érzések kölcsönösen kapcsolatban állnak egymással, hiszen a nagyobb hatékonyság nagyobb elégedettséghez vezet, és azok a személyek, akik a szülői szerep kivitelezésében, végrehajtásában hatékonyabbnak ítélik magukat, meg is erősödnek ebben a szerepben. Másként fogalmazva, a hozzáértés érzése szükséges ahhoz, hogy a szülő elégedettséget éljen át a gyermekkel közös tevékenységekben, és az elégedettség érzése az, ami a gyermekkel való aktivitásokban való részvételt motiválja. Mindez pedig nagyobb gyakorlathoz, hozzáértéshez, és így a szülői kompetenciák növekedéséhez vezet (COLEMAN–KARRAKER 2000; HORVÁTH–CSABAI 2020).

A szülői kompetenciaérzés nem független a korábban ismertetett társadalmi elvárásoktól és az apák vagy az anyák szülői szerepről alkotott hiedelmeitől: abban, hogy valaki mennyire érzi magát kompetens szülőnek, szerepet játszik az is, hogy hogyan gondolkodik a családi feladatok ideális elosztásáról, hogy mennyire egyeznek az elvégzendő szülői teendők a szülői szerepről alkotott képével (BANDURA et al. 2001). Továbbá a szülői kompetenciaérzés a tényleges szülői gyakorlattal is összefüggésben áll. A gondozók hiedelmei arról, hogy mennyire sikeresek szülőként, fontos szerepet játszanak a szülő és gyermeke kapcsolatában (MÁRK-RIBICZEY–MIKLÓSI–SZABÓ 2016).

Jones és Prinz (2005) szerint a szülői énhatékonyság-érzés erősen összefügg a kompetens szülőiséggel:

- magas szülői énhatékonyság esetén a pozitív szülői stratégiák és viselkedések azonosíthatók, például az aktív részvétel a gyermek életében, a válaszkészség, a szenzitivitás és a melegség;
- alacsony szülői énhatékonyság esetén összefüggés tapasztalható a szülői depresszióval, a szülő által átélt szubjektív stresszel, ami a gyermekre való odafigyelés problémájához vezet.

A kompetens szülőiségen túl azonban összefüggés mutatkozik a gyermeki működéssel is:

- magas szülői énhatékonyság esetében kevesebb a magatartási probléma a kisgyermeknél, és alacsonyabb a szerhasználat előfordulása a serdülőknél;
- magas szülői énhatékonyság esetén eredményesebb a gyermek szocio-emocionális működése (szelfreguláció, az önértékelés magasabb, a szorongás alacsony);
- magas szülői énhatékonyság esetén a gyermek tanulmányi teljesítménye eredményesebb (JONES–PRINZ 2005).

Belsky 1984-ben publikálta a kompetens szülői működés modelljét. Eszerint az, hogy milyen szülő válik valakiből, függ

1. a szülő egyéni jellemzőitől és erőforrásaitól;
2. a gyermek egyéni jellemzőitől;
3. a tágabb szociális kontextustól, amelybe a szülő-gyermek kapcsolat beágyazódik, és amelyben a stressz és a támogatás forrásai fellelhetők.

A modell alapján a kompetens szülőséget nem lehet egyetlen faktorról magyarázni, hanem számos determináns interakciója, feedback-mechanizmusa által formálódik. Szülői szinten az apa vagy az anya személyiségjellemzőiről, mentális tartalmairól beszélhetünk, a gyermek szintjén például a csecsemő temperamentumáról, míg kontextuális szinten a párkapcsolatot, a munkahelyet, a szociális hálót említhetjük. Belsky a szociális kontextus szerepét annak támogató funkciójában látja, és a támogatás elsődleges forrásának a házastársi kapcsolatot nevezi meg, amely a szülői kompetenciaérzésben is kiemelt szerepet játszik. A szülői szintet Belsky szerint a szülő saját gyermekkori tapasztalatainak történetével összhangban kell vizsgálni, olyan élmények tükrében, amelyeket a szülő felnövekedése során átélt, például a saját szülők észlelt törődése és nevelési attitűdjei. A szülő fejlődésének története, a házastársi kapcsolat, valamint a szociális háló és a munkahelyi helyzet egyaránt befolyásolják a szülő személyiségét és pszichológiai jóllétét, ezen keresztül a szülői működés módját, ezáltal pedig a gyermek fejlődését (BELSKY 1984).

A szülői kompetenciaérzést Belsky modelljébe integrálva úgy képzelhetjük el, mint egyfajta hidat a konstruktív, kompetens szülői viselkedések, gyakorlatok és a családi rendszer tagjainak jellemzői, állapotai között. Ezek az eredmények fontos gyakorlati haszonnal is bírnak: azáltal, hogy a szülői kompetenciaérzés direkt kapcsolatot mutat a szülői működés egyes dimenzióival, viszont sokkal könnyebben megváltoztatható (kevésbé stabil), mint a személyiség, jó célpontja lehet különböző intervenciós programoknak (GIALLO et. al. 2013). Mindezek alátámasztják és megerősítik Novick és Novick (2014) állításait.

## Videó használata és videóelemzés a szülőkonzultációban

A szülőkonzultáció segítségével a terapeuta a saját tudását és a rendelkezésre álló információkat arra használja, hogy megválaszolja a szülők kérdéseit a gyermekük problémájával kapcsolatban, és rámutasson arra, hogy a szülők mennyiben és milyen formában tartják fenn a problémahelyzetet. Ezek által segítséget nyújt a szülőknek a gyermekkel kapcsolatos döntések meghozatalában.

A szülőkonzultáció során a szülő-gyermek találkozásokot a terapeuta videóra veheti, ezek a felvételek ugyanis – mind a terapeuta, mind a család számára – segíteni fogják a családi verbális és nonverbális interakciók elemzését és megértését. Ehhez a terapeuta a rendszerszemléleti alapfogalmakat használja (lásd II.2.4.), és a videófelvétel segítségével kapott információkat a gyermek fejlődési feladataihoz viszonyítja, majd a látottakat értelmezhetővé teszi a szülők számára is, illetve értelmezésre kéri magukat a szülőket is (például: „Milyennek látták a helyzetet?, Hogyan élték meg a szituációt? Mit gondoltak, miközben...?”). A videófelvétel és a szülők bevonása segítségével óvodás és kisiskolás gyermekek problémáinak családi struktúráját lehet optimális módon feltérképezni, ezen túl pedig lehetőséget biztosít a gyermek játékszínvonalának felmérésére és a játék szimbolikájának megértésére, valamint a szülő játékban való részvételének és segítségnyújtásának elemzésére.

## A LAUSANNE-I HÁRMAS JÁTÉKMODELL (LTP)

A lausanne-i hármass játék (Lausanne Trilogue Play, LTP; FIVAZ-DEPEURSINGE–CORBOZ-WARNERY 1999) egy félig strukturált szituáció, melyen keresztül a terapeuta négy szakaszban pillanthat be a családi interakcióba:

1. anya és gyermek közös játéka, miközben az apa megfigyelői pozícióban van (2 + 1);
2. apa és gyermek közös játéka, miközben az anya van megfigyelői pozícióban (2 + 1);
3. anya, apa és gyermek közös játéka (3 + 0)
4. anya és apa kilépve a helyzetből egymással beszélgetnek, miközben a gyermek egyedül játszik (1 + 2).

A hármass játék helyzet betekintést ad az anya-gyermek, az apa-gyermek, valamint a gyermekek közti és a szülők közti kapcsolatokról; megmutatja, hogy a család milyen módon bonyolítja az átmeneteket, hogy milyen hatással vannak a gyermekek a szülők kapcsolatára, vagy a gyerek(ek) játékának milyen sajátosságai vannak. Az LTP a videó-visszacsatolás segítségével – a terapeutával közös és irányított filmnézés – lehetőséget nyújt a szülőknek, hogy javítsák stratégiai készségeiket és növeljék a szülői erőforrásaikat. Az LTP részét

képezheti a diagnosztikai és terápiás munkának, mivel képes a család diszfunkcionális és funkcionális jellemzőinek azonosítására, ezen keresztül pedig hatékony korai beavatkozási lehetőséget biztosít.

## Háromüléses konzultáció és az LTP

Harrison (2005) három lépést határoz meg, melyek révén a gyermek problémái a terapeuta számára megjelennek és lehetőséget biztosítanak a családi interakciós minták azonosításához, majd az intervenciókhoz. Az ülések 45-50 percesek, de a harmadik ülés – a szülőkkel való második találkozó –, ha szükséges, hosszabb ideig is tarthat.

Első lépésben a terapeuta a szülőpárral találkozik – a szülők bemutatják a gyermeküket, majd a terapeuta tájékozódik a gyermek fejlődéséről és a család helyzetéről. A találkozás végén a szülők konkrét kérdéseket fogalmaznak meg a terapeutának a gyermekükkel kapcsolatban.

Az ezt követő ülésre a teljes családot várja a terapeuta. A családtagok az LTP-modell által kialakított (és a fent ismertetett) hármasszituációkban vesznek részt a terapeuta irányításával. Ennek célja, hogy a terapeuta minél több információt szerezzen a családi struktúráról annak érdekében, hogy a korábban megfogalmazott szülői kérdésekre kielégítő választ tudjon adni. Az ülésről a terapeuta videófelvételt készít.

Az LTP első helyzete hozzávetőlegesen 5 percig zajlik, majd a terapeuta felszólítja a családtagokat arra, hogy cseréljenek szerepet: az anya maradjon megfigyelői pozícióban, míg az apa vonódjon be a gyermekkel való játékba. Ez a szakasz ismét 5 percig tart. Ezt követően a terapeuta arra ad instrukciót, hogy a család minden tagja együtt játsszon 10 percen keresztül. Az idő lejártával a szülők kilépnek a játékból, leülnek, beszélgetnek, miközben a gyermek folytatja a játékot. Amikor ez az utolsó 5 perc is letelt, a család elpakolja a játékokat, és az ülés véget ér. A szituációk lehetőséget biztosítanak az úgynevezett mini újratálkozások és elszakadások megfigyelésére. A játék helyzet forgatókönyvéből adódóan a terapeuta minden családi kapcsolatról, az egyes kapcsolatok, illetve az egész család együttes működéséről is képet kap. Az ülés teljes hossza 45-50 perc.

A második ülést követően a terapeuta végignézi a videófelvételeket, és részletesen elemzi a kialakított (és korábban bemutatott) szempontok szerint. A szülőpár számára ezen információk alapján alakítja ki a válaszait, melyeket a harmadik találkozón oszt meg velük. A terapeuta a válaszait és feltevéseit az általa kiválasztott videófelvétel-részletekkel illusztrálja. Ezt követően kerül sor a terápiás szerződés kialakítására.

## ÖSSZEFOGLALÁS

### A szülőség pszichológiai folyamata (Novick–Novick 2014)

NYÍLT RENDSZER	ZÁRT RENDSZER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• külső vagy belső realitásra való ráhangolódás</li> <li>• a szülők megtapasztalják saját kompetenciájukat</li> <li>• a gyermek autonóm személy</li> <li>• az egyének képesek önmegnyugtatóra</li> <li>→ egymást kölcsönösen erősítő kapcsolatok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• az egyén elzárkózik a realitástól: statikus működési mód</li> <li>• a kontroll meghatározó szerepű</li> <li>• megnyugtató a másik által</li> <li>→ a kapcsolódás sajátos és egyedi nehézségeitől és egymástól is függő kapcsolati minták</li> </ul>

Cél: a zárt rendszerű szabályozás irányából a nyílt rendszerű felé mozduljon el a rendszer.

#### Videóelemzés

- verbális és nonverbális információk
- kapcsolatok
- autonómia
- idői-téri szerveződés
- nyelv
- határok

A lausanne-i hármass játékmódel (LTP)

1. anya és gyermek közös játéka, miközben az apa megfigyelői pozícióban van (2 + 1);
2. apa és gyermek közös játéka, miközben az anya van megfigyelői pozícióban (2 + 1);
3. anya, apa és gyermek közös játéka (3 + 0)
4. anya és apa kilépve a helyzetből egymással beszélgetnek, miközben a gyermek egyedül játszik (1 + 2).

Háromüléses konzultáció

1. Első találkozás a szülőkkel
  - a gyermek problémáinak felvázolása
  - a kérdések megfogalmazása
2. LTP-szituáció videófelvevéttel
  - hármass játékszituációk
  - lehetőség a mini újratálkozás megfigyelésére
3. Második találkozás a szülőkkel
  - videóelemzési szempontok alapján történő elemzés
  - a szülői kérdések megválaszolása
  - terápiás szerződés

## HIVATKOZÁSOK

- BANDURA, A. et al. (2001): Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child Development*, 72(1), 187–206. p.
- BELSKY, J. – ROBINS, E. – GAMBLE, W. (1984): The Determinants of Parental Competence. Toward a Contextual Theory. In LEWIS, M. (szerk.): *Beyond The Dyad. Genesis of Behavior: Volume 4*. Boston, MA, Springer.
- COLEMAN, P. K. – KARRAKER, K. H. (1997): Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18, 47–85. p.
- COLEMAN, P. K. – KARRAKER, K. H. (2000): Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates. *Family Relations*, 49(1), 13–24. p.
- FAVEZ, N. et al. (2015): Sense of Competence and Beliefs About Parental Roles in Mothers and Fathers as Predictors of Coparenting and Child Engagement in Mother–Father–Infant Triadic Interactions. *Infant and Child Development*, 25(4), 283–301. p.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E. – CORBOZ-WARNERY, A. (1999): *The primary triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants*. New York, Basic Books.
- GATTA, M. et al. (2014): *Preliminary findings of the project: The Lausanne Trilogue Play as a psychodiagnostic and therapeutic tool – an innovative clinical experience with psychiatric children and adolescents*. Sevilla, Proceeding of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology, 14–16. p.
- GIALLO, R. et al. (2013): Mothers' and fathers' involvement in home activities with their children: psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Development and Care*, 183(3–4), 343–359. p.
- HARRISON, A. M. (2005): Herding the Animals into the Barn: A Parent Consultation Model. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60(1), 128–153. p.
- HORVÁTH B. – CSABAI K. (2020): *Édesapák szülői kompetencia érzése múltbeli és jelenbeli élményeikkel összefüggésben*. Szakdolgozat. Budapest, PPKE BTK.
- JONES, T. L. – PRINZ, R. J. (2005): Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. p.
- MÁRK-RIBICZEY N. – MIKLÓSI M. – SZABÓ M. (2016): Maternal Self-Efficacy and Role Satisfaction: The Mediating Effect of Cognitive Emotion Regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 189–197. p.
- NOVICK, K. K. – NOVICK, J. (2014): *Munka szülőkkel gyermekterápiában*. Budapest, Animula.



## AJÁNLOTT SZAKIRODALOM

SHERICK, I. (2009): A Proposal to Revive 'Parent Guidance': An Illustration of a Brief Intervention with the Mother of a Toddler. *Psychoanalytic Study of the Child*, 64, 229–246. p.

# MELLÉKLET: A KÉPZÉSBEN ALKALMAZOTT GYAKORLATOK TEMATIKÁJA (ÖSSZEÁLLÍTOTTA: HORVÁTH ÁGNES, HÁMORI ESZTER, RAJNIK MÁRIA, TAR JUDIT)

Az alábbiakban összefoglaljuk a képzésben alkalmazott gyakorlatok tematikájának fő vázát. A részletes gyakorlatok és az ezekhez felhasználható szempontrendszerek, valamint az esetpéldatár a tananyag részét képezik, ezért jelen kötetben, azaz a szakmai módszertani segédanyagban nem tüntetjük fel ezeket. A gyakorlatok tematikájának bemutatását azonban fontosnak tartjuk, mivel tájékoztatást nyújt mind a képzők, mind a képzésben részt vevők számára arról, hogy milyen képzési menetrendet tartunk kivitelezhetőnek a módszertani anyag elsajátítása során.

## Bevezetés a problémakörbe: Gyakorlat

A résztvevők kis csoportos formában dolgozzák fel a problémakörrel kapcsolatos tapasztalataikat, gondolataikat és a képzéssel kapcsolatos várakozásaikat, a következő témákban:

- Bevezetés a problémakörbe
- Saját esetek a szakszolgálatoknál
- Az eddig használt diagnosztikai eszközök
- A képzéssel kapcsolatos várakozások

## I.1. Gyakorlat: A kapcsolati szemlélet a gyakorlatban

### A GYAKORLAT CÉLJA

A gyakorlat célja a kapcsolati helyzetek sokféleségének bemutatása, filmrészletek és leírt megfigyelésrészletek segítségével: szülő-gyermek kapcsolat, gyermek-gyermek kapcsolat, pszichológus-szülő, illetve pszichológus-gyermek kapcsolat minél többféle kontextusban. A bemutatott részletek feldolgozása kis csoportos formában történik. A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a módszertani kézikönyvben).

### GYAKORLATI ANYAG

- Videópéldatár
- Megfigyelési jegyzőkönyvek
  - A megfigyelés a pszichodiagnosztikai folyamatban
  - Megfigyelés a konzultáció folyamatában: kapcsolati helyzetek

## I.2. Gyakorlat: Gyakorlati szempontok a regulációs problémák/zavarok felismeréséhez

### A GYAKORLAT CÉLJA

A gyakorlat célja, hogy a résztvevők esetpéldák elemzésén keresztül tudjanak véleményt alkotni a regulációs probléma jelenlétéről, tüneti képeről, valamint annak kapcsolati és interakciós sajátosságairól. A gyakorlat további célja, hogy a résztvevők tapasztalatot szerezzenek a regulációs problémák differenciáldiagnosztikai

támpontjainak megismerésében és a probléma tüneti hátterében rejlő szabályozási probléma sajátosságainak megfigyelésében. A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a módszertani kézikönyvben).

### **GYAKORLATI ANYAG**

- Az Esetpéldatár gyűjteményéből válogatott esetrészletek (módszertani kézikönyv)
- A résztvevők által hozott esetrészletek

## **II.1. Gyakorlat: A részt vevő csecsemő- és gyermekmegfigyelés gyakorlata**

A gyakorlat célja, hogy a résztvevők megismerkedjenek a „részt vevő csecsemőmegfigyelés” klasszikus technikájának alapelveivel, és tapasztalatot szerezzenek a részt vevő csecsemőmegfigyelés videotechnikán alapuló módszerében.

### **II.1.1. Gyakorlat: A videó- és jegyzőkönyvalapú részt vevő csecsemő- és gyermekmegfigyelés**

#### **A GYAKORLAT CÉLJA**

A gyakorlat célja, hogy a résztvevők (1) tapasztalatot szerezzenek az egészséges csecsemők, kisgyermekek különféle fejlődési területeinek sokféleségéről; (2) a szülő-csecsemő kapcsolat sajátosságairól különféle kontextusokban; (3) gyakorolják a részt vevő megfigyelői attitűdöt és (4) a megfigyelés, az önreflexió és a jegyzőkönyvkészítés készségeit. A résztvevők így tapasztalatot szereznek a videóra rögzített események feldolgozásában, az interakcióban zajló mikroesemények szintjének megfigyelésében és azok megértési, értelmezési technikájában. A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a módszertani kézikönyvben).

#### **GYAKORLATI ANYAG**

- Videópéldatár
- Megfigyelési jegyzőkönyvek (*Esetpéldatár gyűjteménye, módszertani kézikönyv*)

### **II.1.2. Gyakorlat: Alkalmazott részt vevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés**

#### **A GYAKORLAT CÉLJA**

A gyakorlat során különféle intézményekben (bölcsőde, óvoda, kórház), valamint speciális helyzetekben (folyosó, váró, utca stb.) készült videófelvételeket, illetve megfigyelési jegyzőkönyveket dolgozunk fel a részt vevő megfigyelői attitűd és ennek alapelvei segítségével. A gyakorlat célja, hogy a résztvevők a munkájuk során ismerős helyzetekben szerezzenek tapasztalatot a csecsemőkről, illetve a kisgyermekről (0–4 éves korig), és jellemző interakciókat elemezzenek különféle kapcsolati helyzetekben, ezzel is finomítva megfigyelői készségüket. A megfigyelések és elemzések célja, hogy a kapcsolati eseményeket egy-egy hosszabb interakciós történés keretében lássák és értsék.

A gyakorlat első részében a résztvevők a példatárból kiemelt anyagokat elemzik. A gyakorlat második részében az otthoni munkájuk részeként a gyakorlatra előkészített intézményi megfigyelést hozzák be a csoportos munkára és a közös elemzésre. Az otthoni munka részeként végzett megfigyelés lehet videó- vagy jegyzőkönyvalapú.

#### **GYAKORLATI ANYAG**

A résztvevők egy videó- vagy jegyzőkönyvalapú megfigyelést készítenek egy általuk kiválasztott intézményi

kontextusban (bölcsőde, óvoda, szakszolgálati környezet stb.). A megfigyelésről részletes jegyzőkönyvet készítenek, amelyet előkészítenek a csoportos megbeszélésre.

### **A „részvétel megfigyelői” attitűd gyakorlása**

A részt vevő megfigyelés célja, hogy a megfigyelő a háttérben maradva és az eseményekbe nem beavatkozva minél részletesebb megfigyeléseket tudjon készíteni. A tapasztalati tanulás elemei: részletes megfigyelés készítése az eseményekről; önmegfigyelés és a saját benyomások megfigyelése; forgatókönyvszerű jegyzőkönyvkészítés (a megfigyelés közben és utána). A megfigyelések feldolgozása a gyakorlati szemináriumokon csoportosan történik.

A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a módszertani kézikönyvben). Megfigyeléseikből a megadott szempontok alapján házi dolgozatot készítenek.

## **II.2.1. Gyakorlat: Kapcsolatdiagnosztikai szempontok az interjúzás speciális helyzeteiben**

### **A GYAKORLAT CÉLJA**

A gyakorlat célja, hogy a résztvevők tapasztalatot szerezzenek a kapcsolati szemléletű interjúk önálló felvételében és feldolgozásában. A gyakorlatok során részben az Esetpéldatár gyűjteményében található interjúk és interjúrészletek segítségével tekintenek rá a kapcsolati szemléletű interjúk (kapcsolatdiagnosztikai első interjú és tematikus regulációs interjú), valamint a fejlődési anamnézis technikai, vezetési és etikai kérdéseire. Másrészt a saját munkatapasztalataikba illesztett otthoni munka keretében választanak ki és dolgoznak fel saját esetpéldákat az interjúzás gyakorlatából. A csoportos munka a megadott szempontok alapján segíti a tapasztalati anyag feldolgozását.

A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a *módszertani kézikönyvben*). *Megfigyeléseikből* a megadott szempontok alapján házi dolgozatot készítenek.

## **II.2.2. Gyakorlat: Gyakorlati szempontok az interjúk tervezéséhez**

### **A GYAKORLAT CÉLJA**

A gyakorlat célja, hogy a résztvevők tapasztalatot szerezzenek abban, hogy a kapcsolati szemléletű interjúkat miképp tudják beilleszteni a pszichodiagnosztikai folyamatba. A résztvevők saját esetpéldáikon keresztül gyakorolják az interjúk tervezésének és kiválasztásának módját és az adott probléma jellegéhez való illesztését. A csoportos munka a megadott szempontok alapján segíti a tapasztalati anyag feldolgozását.

## **II.3. Gyakorlat: Megfigyelési szempontok a játékhoz a pszichodiagnosztikai folyamatban**

### **A GYAKORLAT CÉLJA**

A gyakorlat célja, hogy a vizsgáló a kisgyermek spontán, illetve irányított játéktevékenységét több szempont alapján tudja megfigyelni és értékelni. A főbb szempontok: életkori sajátosságok, a kognitív folyamatok érettsége, kapcsolódási és szabályozási képességek, valamint az egyéni jellemzők. A gyakorlat további célja, hogy a vizsgáló az így szerzett információkat be tudja építeni a pszichodiagnosztikai folyamatba.

A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a módszertani kézikönyvben).

## II.4. Gyakorlat: Gyakorlati szempontok a fejlődési vizsgálat kapcsolati szemléletű megfigyeléséhez

### A GYAKORLAT CÉLJA

A gyakorlat célja, hogy a hagyományos, standard tesztfelvételi eljárás során tapasztalt viselkedési, érzelmi és kapcsolati szempontokra hívja fel a figyelmet, melyek plusz diagnosztikai támpontként szolgálhatnak a vizsgáló számára a pszichodiagnosztikai folyamatban. Nem célja a gyakorlatnak, hogy az egyes fejlődési skálákat és teszteseteket bemutassa. Ezeket egyéb képzések, illetve módszertani anyagok tartalmazzák.<sup>3</sup>

A résztvevők megadott szempontok alapján dolgozzák fel a tapasztalati anyagot (a szempontokat lásd a képzéshez kapcsolódó tananyagban, azaz a módszertani kézikönyvben).

## III.1. Gyakorlat: Az ellátásba kerüléstől az intervenció javaslatáig: diagnózisalkotás a gyakorlatban

Célja, hogy a résztvevők a pszichodiagnosztikai folyamat első lépéseit gyakorlati példák segítségével vizsgálják meg, és csoportos munka keretében elemezzék. A gyakorlat során feldolgozzák az ellátásba kerülés változatos helyzetait, a család által jelzett problémák sajátosságait, valamint az intézményi megfigyelésre vonatkozó kéréseket és azok lehetőségeit a diagnosztikai folyamat elindításához.

### GYAKORLATI ANYAG

- Megfigyelési jegyzőkönyvek (*az Esetpéldatár gyűjteménye és terepen végzett saját munka*)
- Esettanulmányok
- A résztvevők saját gyakorlatából hozott esetei

### III.1.1. Gyakorlat: A komplex kapcsolatdiagnosztikától az intervenció javaslatáig

#### A GYAKORLAT CÉLJA

A gyakorlat célja, hogy a résztvevők a kapcsolati szemléleten alapuló pszichodiagnosztikai eljárásokat be tudják építeni a saját munkatapasztalatukba. A gyakorlat során konkrét példák elemzésével szereznek tapasztalatot a kora gyermekkori intervenció tervezésének lépéseiben: az ellátásba kerüléstől a pszichodiagnosztikai folyamaton át az intervenció tervezéséig és javaslatáig. A kora gyermekkori pszichológiai ellátásban felmerülő kérdések és problémák feldolgozása az Esetpéldatár gyűjteményében (lásd módszertani kézikönyv) összegyűjtött életszerű helyzetek, esetrészletek és teljes esettanulmányok segítségével, valamint a résztvevők által hozott saját esetek bemutatásával történik.

#### GYAKORLATI ANYAG

- Megfigyelési jegyzőkönyvek (*Esetpéldatár gyűjteménye*)
- Esettanulmányok
- A résztvevők saját gyakorlatából hozott esetei

<sup>3</sup> Lásd például MLINKÓ R. (2018): A fejlődési zavarok szűréséről és az állapotmegismerés folyamatáról általában. In ARADI M. et al. *Ajánlások a fejlődési zavarok és az érzékszervi fogyatékoságok korai szűréséhez, állapotmegismeréséhez*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

## OTTHONI MUNKA

Az otthoni munka egy teljes esettanulmány *előkészítése* a fenti eszközök segítségével a kapcsolati szemléletben. A résztvevő egy, a munkatevékenysége keretében vállalt eset *pszichodiagnosztikai folyamatát* mutatja be, és a megadott szempontok alapján elemzi.

### III.2. Gyakorlat: Az intervenció tervezése: gyakorlati szempontok a konzultáció megválasztásához és vezetéséhez

#### A GYAKORLAT CÉLJA

A gyakorlat célja, hogy a résztvevő a pszichodiagnosztikai folyamatban szerzett információk és a diagnosztikus térkép, valamint a diagnosztikus vélemény alapján javaslatot tudjon tenni az intervenció formájára és módjára, továbbá meg tudja határozni az intervenció fókuszát. A résztvevők a megadott szempontok szerint az elméleti anyag alapján és a példatárban leírt esetek elemzésével, valamint saját eseteik bemutatásával dolgozzák fel a gyakorlati tapasztalatokat.

#### GYAKORLATI ANYAG

- Esettanulmányok
- A résztvevők saját gyakorlatából hozott esetek

#### OTTHONI MUNKA: záródolgozat

Az otthoni munka az előző gyakorlaton megkezdett eset leírásának és elemzésének kiegészítése a diagnosztikai folyamat és a diagnosztikus vélemény alapján megfogalmazott *intervenció javaslatával* és *annak indoklásával*. A megkezdett konzultációs folyamat bemutatása opcionális.

*Az esettanulmány (és egyben a záródolgozat) megírásának szempontjait, valamint a záródolgozat formai követelményeit a módszertani kézikönyv tartalmazza.*

### III.3. Gyakorlat: A képzés befejezése: visszacsatolás és tapasztalatok

A képzés végén egy közös gondolkodás, beszélgetés során értékeljük, hogy a képzés célkitűzései mennyire valósultak meg, hogy a résztvevők előzetes elvárásai mennyire teljesültek. Az értékelés másik fontos része, hogy a résztvevők hogyan értékelik: a képzés mit adott hozzá a munkájukhoz, és hogyan alakította szemléletüket a korai intervenció területén végzett diagnosztikai munkában.



**CSALÁDBARÁT  
MAGYARORSZÁG  
KÖZPONT**

ISBN 978-615-5944-51-2

Családbarát Magyarország Központ  
Székhely: 1134 Budapest, Tüzér utca 33–35.  
E-mail: [ugyfelszolgalat@csalad.hu](mailto:ugyfelszolgalat@csalad.hu)  
Tel.: +36 70 500 1626  
[www.csalad.hu](http://www.csalad.hu)

A kiadásért *dr. Szuromi-Kovács Ágnes*, a Családbarát Magyarország Központ ügyvezetője felel.

---

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001  
A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE  
CSALÁDBARÁT MAGYARORSZÁG KÖZPONT  
SZÉKHELY: 1134 BUDAPEST, TÜZÉR UTCA 33–35.  
E-mail: [gyermekut@csalad.hu](mailto:gyermekut@csalad.hu)



[www.gyermekut.hu](http://www.gyermekut.hu)