

**A KORA GYERMEKKORI  
LELKI EGÉSZSÉG  
TÁMOGATÁSÁNAK  
ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

**MÓDSZEREK, IRÁNYZATOK, MODELLPROGRAMOK**

**II. kötet**

A második kötet „trükkösen” kezdődik, mert az első három fejezet végére érve ébredhetünk rá, hogy azok – a gyakorlatra koncentráló írások bevezetéseként – egyúttal egy izgalmas módszertani triót is alkotnak. Az első állomás a sokarcú – történetileg és a jelenben szemlélve is – nélkülözhetetlen megfigyelés eszközét helyezi a középpontba. Ezután esetrészletek bemutatásán keresztül ismerhetjük meg a pszichodinamikus alapokon nyugvó és a modern videotechnikát alkalmazó szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápia gyakorlatát. Majd a nemzetközileg elismert és elérhető kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók világát fedezhetjük fel. Mivel rálátás kínálkozik arra is, milyen mércével és milyen kutatások révén fejleszt és értékelt önálló intervenciókat a nagyvilág, ez nagyban hozzájárulhat a hazai gyakorlat megújításához is.

A második rész az aktuális hazai képzések és a nagy tradíciókkal rendelkező pszichoterápiás ellátások területére vezet el. Az első fejezetben a konzultációs képzés hazai alapítói mutatják be a 0–3 éves korosztállyal foglalkozó szakemberek részére kialakított első magyarországi interdiszciplináris kurzus eddigi 15 éves történetét. Ezen az időutazáson a legfrissebb információkat és az egykori hallgatók elismerő szavait is egy csomagban olvashatjuk az integrált szülő-csecsemő konzulens képzésről, amely egységes konzulensi tevékenységre kíván felkészíteni, de az előzetes szakképzettségek alapján eltérő kompetenciaszinteket határoz meg. Ezt követően egy nagy látószögű és részletgazdag panorámaképet tanulmányozhatunk a csecsemő-szülő kapcsolat-diagnosztika és konzultáció szakirányú továbbképzésről, amely a kapcsolati folyamatokra való érzékenyítés és az interdiszciplináris szemlélet fejlesztésének hangsúlyával alakította ki saját elméleti és módszertani hátterét, illetve videóalapú résztvevő csecsemő/kisgyermek megfigyelésre épülő gyakorlatát. Majd az Esther Bick által kidolgozott, családban történő résztvevő megfigyelésre vetül a reflektorfény, amely meghatározó az EGO Klinikán 30 éves múltra visszatekintő dinamikus szemléletű gyermekpszichoterápia és oktatási tevékenység módszertana szempontjából is. Végül a Vadaskert Kórház szakambulancia anya-csecsemő terápiájának világában merülhetünk el. A perinatális időszakban folyó terápiás munkájukat – 20 éve foglalkoznak az anyák perinatális időszakban jelentkező pszichiátriai zavaraival és a csecsemők önszabályozási nehézségeivel – az anyaság állapotának törvényszerűségei határozzák meg.

A harmadik rész három olyan ellátó helyre visz el, ahol a nemzetközi tapasztalatokra építve alakították ki saját, interdiszciplináris teamet működtető gyakorlatot. Az EGYÜTT program (Szent János Kórház) Magyarországon az első és egyetlen, amelyik felvállalja és biztosítja pszichiátriai beteg szülők és gyermekeik együttkezelését egy kórházi egységben. Az itthon példa nélküli JóLenni program (Budapesti Korai Fejlesztő Központ) olyan családok számára kínál egy részletes evésvizsgálatból kiinduló egyéni vagy csoportos evésterápiát, akiknek eltérő fejlődésű gyermeke táplálkozási nehézségekkel küzd. Az utolsó állomás egy Magyarországon egyedülálló, kora gyermekkori alvás- és evészavarokkal foglalkozó ambulancia (Heim Pál Országos Gyermekgyógyintézet), amelynek diagnosztikai tevékenységéről és intervenciósi lehetőségeiről, illetve interdiszciplináris teamjének módszeresen kialakított vizsgálati és ellátási protokolljáról kapunk átfogó képet.

A második út végére érve, kis pihenő után újabb intellektuális kalandok következhetnek, immár saját szervezésben: élménybeszámolók, beszélgetések és szakmai viták formájában útitársakkal és leendő utazókkal.

*Egyed Katalin, PhD*

A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK  
ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

MÓDSZEREK, IRÁNYZATOK, MODELLPROGRAMOK

II. kötet



# A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁNAK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

MÓDSZEREK, IRÁNYZATOK, MODELLPROGRAMOK

## II. kötet

Szerkesztők

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

Semmelweis Egyetem  
Egészségügyi Közszolgálati Kar  
Mentálhigiéné Intézet  
Budapest, 2020

Copyright © Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar  
Mentálhigiéné Intézet, 2020

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

Szakmai lektor: Egyed Katalin

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

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

Felelős szerkesztő: Zsolnai Margit

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

ISBN 978-615-5722-19-6

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



**Európai Unió**  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**



# TARTALOM

---

	A könyv szerzői, szerkesztői, szakmai lektora .....	7
	A szerkesztők előszava .....	15
<b>I. RÉSZ</b>		
	<b>MÓDSZERTANI ALAPOK .....</b>	<b>19</b>
<i>Góczán-Szabó Ildikó</i> <i>Németh Tünde</i> <i>Hédervári-Heller Éva</i>	Csecsemőmegfigyelés a szülő-csecsemő konzultációban és terápiában .....	20
<i>Hédervári-Heller Éva</i>	A szülő-csecsemő-terapeuta/konzulens kapcsolat pszichodinamikus megközelítése .....	50
<i>Danis Ildikó</i>	A kora gyermekkori szülő-gyermek kapcsolatot és lelki egészséget támogató nemzetközi programokról, módszerekről – Fókuszban: a kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók a kora gyermekkorban .....	70
<b>II. RÉSZ</b>		
	<b>HAZAI MÓDSZEREK, IRÁNYZATOK ÉS KÉPZÉSEK .....</b>	<b>105</b>
<i>Németh Tünde</i> <i>Hédervári-Heller Éva</i>	Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelés kezdete és fejlődése Magyarországon .....	106
<i>Hámori Eszter</i>	Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció .....	120

<i>Halász Anna</i> <i>Jakab Katalin</i>	Az EGO Klinika szemlélete, módszertana a kora gyermekkori lelki egészség támogatásában .....	140
<i>Frigyes Júlia</i> <i>Molnár Judit Eszter</i>	Anya-csecsemő terápia a Vadaskert Kórház szakambulanciáján – Szemléleti és módszertani bemutatkozás .....	148

### III. RÉSZ

#### HAZAI MODELLPROGRAMOK .....

<i>Németh Tünde</i> <i>Kurimay Tamás</i>	Az első magyarországi modell pszichiátriai beteg szülők és gyermekeik együttkezelésére .....	162
<i>Lengyel Anna</i> <i>Siba Mónika</i>	A Jólenni évésterápiás munka a Budapesti Korai Fejlesztő Központban .....	178
<i>Scheuring Noémi</i> <i>Szabó László</i>	Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben .....	190

#### AJÁNLOTT SZAKMAI FORRÁSOK .....

Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak, szakfolyóiratok, szakmai információs weboldalak .....	204
--	-----

*A részletes tartalomjegyzék a kötet végén található.*



# A KÖNYV SZERZŐI, SZERKESZTŐI, SZAKMAI LEKTORA

---

## A könyvet szerkesztő szerzők

### **Danis Ildikó, PhD**

tudományos főmunkatárs; fejlődépszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, pár- és családterapeuta, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek terapeuta, relaxációs terapeuta

Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; pszichológiai magántevékenység; az SE Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója  
danis.ildiko@public.semmelweis-univ.hu; ildiko.danis@gmail.com

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

### **Németh Tünde, Dr.**

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

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

Koragyermekkor<sup>1</sup> Prevenációs Osztály (2003–2010) létrehozása és vezetése, az Integrált szülő-csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller és Németh) szakirányú továbbképzés, valamint alapító tagként az „EGYÜTT” Baba-Mama-Papa program elindítása.

### **Prónay Beáta**

főiskolai docens; gyógypedagógus, pszichológus, rehabilitációs specialista a látássérülés területén, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens

ELTE BGGYK Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézete; az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán és a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója  
pronay.beata@barczy.elte.hu

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

### **Góczán-Szabó Ildikó**

gyógypedagógus, klinikai szakpszichológus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek terapeuta, pszichodráma- és bibliodráma-vezető

terápiás magánpraxis; civil szervezetek (Gólyahír Egyesület, Budapesti Korai Fejlesztő Központ) munkatársa; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója; egyetemi óraadó oktató a Sapientia Főiskolán  
ildigosza@gmail.com

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

---

<sup>1</sup> Az intézmény neve adott, de a jelen szakkönyv szövegében – a mai helyesírásnak megfelelően – két szóban (kora gyermekkor) alkalmazzuk a kifejezést – a Szerk.

**Hédervári-Heller Éva, Prof. Dr. phil.**

volt egyetemi és főiskolai professzor; pedagógus, pszichológus, analitikus gyermek- és ifjúsági pszichoterapeuta, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens és pszichoterapeuta; pszichoanalitikus szupervizor

International Psychoanalytic University Berlin; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója  
e.hedervari@gmx.de

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

## A könyv további szerzői

**Cs. Ferenczi Szilvia, PhD**

főiskolai docens; közgazdász, fejlődéspszichológus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens

Apor Vilmos Katolikus Főiskola; a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés oktatója  
szilvia@ferenczi.me

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

**Frigyes Júlia, Dr.**

pszichiáter szakorvos  
Vadaskert Kórház és Szakambulancia  
frigyesj@gmail.com

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

**Halász Anna**

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

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

**Hámori Eszter, PhD, habil.**

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

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

**Hortobágyi Ágnes**

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

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

**Jakab Katalin**

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

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

**Kalmár Magda, Prof. Dr.**

professzor emeritus; pszichológus  
ELTE PPK Fejlődés-és Klinikai Gyermekpszichológiai Tanszék  
kalmar.magdolna@ppk.elte.hu

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

**Koller Éva**

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

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

**Kurimay Tamás, Prof. Dr.**

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

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

**Lengyel Anna**

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

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

**Lénárd Kata, PhD**

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

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

**Molnár Judit Eszter**

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

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

**Scheuring Noémi, Dr.**

osztályvezető helyettes főorvos, ambulanciavezető főorvos; csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus, gyermeknőgyógyász, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet  
scheuringn@heimpalkorhaz.hu

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

**Siba Mónika**

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

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

**Szabó László, Prof. Dr.**

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

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

**Tóth Ildikó, PhD**

tudományos munkatárs; biológus M.Sc., pszichológia PhD

Természettudományi Kutatóintézet, Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet,  
Budapest

toth.ildiko@ttk.hu

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

**Szakmai lektor****Egyed Katalin, PhD**

habilitált egyetemi docens; pszichológus, csecsemő-szülő kapcsolati konzulens

ELTE PPK Pszichológia Intézet Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék

egyedkatalinagnes@gmail.com

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



## A SZERKESZTŐK ELŐSZAVA

---

Kedves Olvasók!

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Budapest, 2020.

A szerkesztők:

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

I. RÉSZ

# MÓDSZERTANI ALAPOK

*Góczán-Szabó Ildikó  
Németh Tünde  
Hédervári-Heller Éva*


Csecsemőmegfigyelés  
a szülő-csecsemő konzultációban  
és terápiában

*Hédervári-Heller Éva*

A szülő-csecsemő-terapeuta/konzulens  
kapcsolat pszichodinamikus  
megközelítése

*Danis Ildikó*

A kora gyermekkori szülő-gyermek  
kapcsolatot és lelki egészséget  
támogató nemzetközi programokról,  
módszerekről – Fókuszban:  
a kapcsolat- és kötődésalapú  
intervenciók



**Hivatkozás:** Góczán-Szabó, I., Németh, T., Hédervári-Heller, É. (2020). Csecsemőmegfigyelés a szülő-csecsemő konzultációban és terápiában. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 20–48.

A közvetlen résztvevő csecsemőmegfigyelés a szülő-csecsemő konzultáció és terápia módszertanának legfontosabb bázisa. Része a diagnosztikai folyamatnak és alapja az intervenciónak. Célunk, hogy módszertanát, eszköztárát megvilágítsuk a kora gyermekkor különböző szakterületein tevékenykedő szakemberek (védőnők, gyermekorvosok, pszichológusok, gyógypedagógusok, gyógytornászok, konduktorok, kisgyerekeknevelők, szociális munkások stb.) számára. Röviden áttekintést nyújtunk a megfigyeléssel kapcsolatos elméleti és gyakorlati témákról. A fogalommeghatározástól elindulva, a strukturált megfigyelést érintve, az analitikus gondolkodók közvetett, majd közvetlen megfigyelésén át eljutunk a konzulensi/terápiás munka során előnyben részesített közvetlen résztvevő megfigyeléshez. Külön figyelmet szentelünk a leendő integrált szülő-csecsemő konzulensek képzése során alkalmazott ismeretanyag tematikájának áttekintésére.

# CSECSEMŐMEGFIGYELÉS A SZÜLŐ-CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓBAN ÉS TERÁPIÁBAN

---

*Góczán-Szabó Ildikó  
Németh Tünde  
Hédervári-Heller Éva*

---

## Bevezetés

### A megfigyelés sokszínűsége

A megfigyelés típusai és jellemzői  
Megfigyelési technikák, módszertanok a kora gyermekkori  
kutatásokban és a klinikumban

### Csecsemőmegfigyelés – források, fogalmak, folyamatok

A csecsemőmegfigyelés története  
A csecsemő kompetenciája, az anya ráhangolódása,  
mentalizáció – a kapcsolódás felületei, sajátosságai  
Az interakció  
A szülői szenzitivitás  
Általános szempontok a megfigyelés elemeiről  
A videotechnika alkalmazása  
Csecsemőmegfigyelés a Hédervári-Heller és Németh  
által kidolgozott integrált szülő-csecsemő/kisgyermek  
konzultációban és terápiában (ISZCSK-ban)

## Zárógondolatok

---

## Bevezetés

Környezetünket egész életünkön át megfigyeljük, és ez tapasztalataink alapjait teremti meg. *A megfigyelés lehet tudatos vagy tudattalanul zajló folyamat*, de figyelmi irányultságot, észlelési befogadókésztséget feltételez, és mind egyéni fejlődésünk, mind társas kapcsolataink alakulásában jelen van. Mindennemű megismerés alapja a hétköznapi életben és a tudományos ismeretszerzésben.

*A megfigyelés mint módszeres ismeretszerzési folyamat* lehet a természetes mindennapi élet része, ahogy évszázadokon, ezredekken át megfigyelték a mezőgazdasággal foglalkozó emberek az időjárást, és bizonyos együttjárások ismétlődő megtapasztalása hozzásegítette őket ahhoz, hogy megjósoljanak később bekövetkező eseményeket. Ma már a meteorológia tudománya a megfigyelési helyzetek mikéntjét is meghatározhatja, és a megfigyelési eredmények sokrétű feldolgozása annak érdekében történik, hogy az időjárást és általában a légköri eseményeket tudományos alapokra fektetett összefüggéseikben tárja elénk. Tanulmányunkban *a megfigyelés módszerét az orvostudomány és a pedagógia pilléreirein – és azokkal szoros összefüggésben – álló pszichológiatudomány felől közelítjük, és a kora gyermekkorban alkalmazható eljárásokat elemezzük*. Történeti alakulását elsősorban a pszichoanalitikus, pszichodinamikus szemléletű, valamint a pedagógiai elméletalkotók gondolatainak segítségével tekintjük át. Röviden érintünk olyan fogalmakat, mint pl. interakció, interszubsjektivitás, anyai szenzitivitás, melyek alapvető horgonypontjai a kora gyermekkor, valamint az anyaság (szülőség) kérdéskörének, és szorosan kapcsolódnak a csecsemőmegfigyelés módszeréhez.

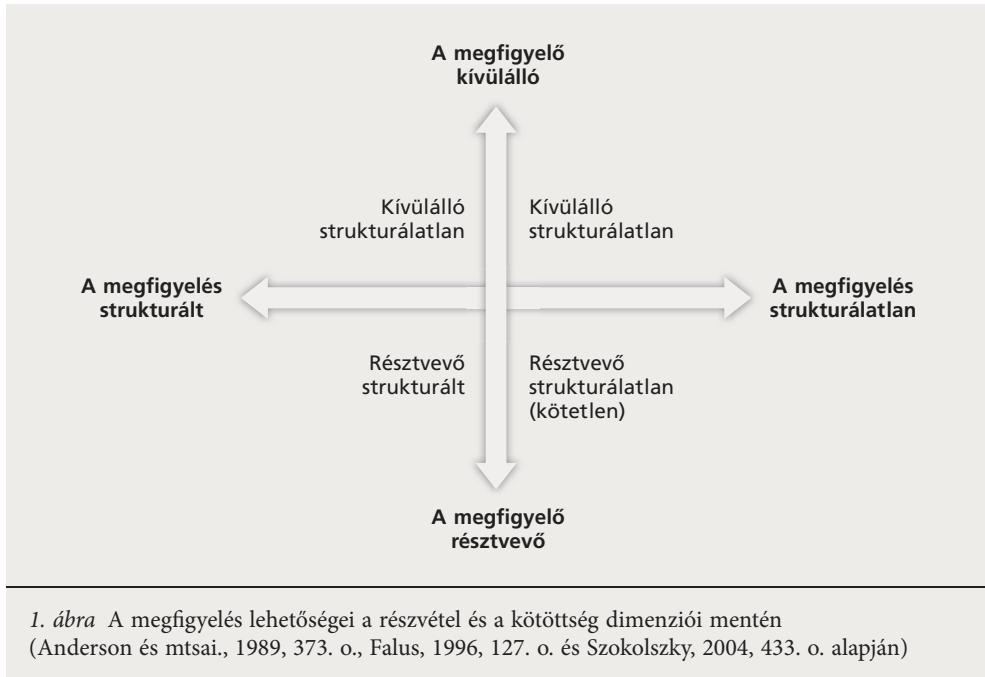
## A megfigyelés sokszínűsége

Amennyiben Golse (2000) nyomán „figyelmet szentelünk” a megfigyelés szó tartalmi, jelentéstani háttérének, feltárulhatnak előttünk olyan szemléleti elemek, melyeket fontosnak tartunk a szülő-csecsemő konzultációkhoz/terápiákhoz is kapcsolódó (közvetlen, résztvevő, lásd alább) csecsemőmegfigyelés során. *Az elméletalkotás és a megfigyelés fogalmát etimológiai kapocs köti össze*. A görög *theorein* szó elméletet, a későbbiekben ebből származó latin *theoria* kifejezés pedig megfigyelést, szemlélődést jelent. „A szemlélődéshez vezető út első lépcsője a figyelmes vizsgálódás (*consideration*). (...) alapja a beleézés és az egyetértés (*con-sensus*), amely lehetővé teszi az igazság biztos és fájdalommentes meglátását.” (Golse, 2000, 1. o.) *Minél inkább szemlélődően, befogadóan és elfogadóan vagyunk jelen egy (megfigyelési) helyzetben, annál valószínűbb, hogy saját belső érzés- és gondolatvilágunk is érintődik*, így a látottak értékelése, feldolgozása két-komponensű folyamattá válik: (a.) amit érzékelünk, észlelünk, megfigyelünk a külvilágból, és (b.) ami ennek következményeként bennünk zajlik. Ez a *megfigyelésben rejlő kettősség* a segítő szakember számára fontos lehetőséget rejt a csecsemők és személyes környezetük közötti érzelmi folyamatok megértéséhez.



## A megfigyelés típusai és jellemzői

Tekintsük át az alábbi modell segítségével (Anderson és mtsai., 1989, 373. o. és Falus, 1996, 127. o. alapján Szokolszky, 2004, 433. o.) a megfigyelés tervezésének és kivitelezésének lehetőségeit a megfigyelő személy részvételi pozíciójának és a megfigyelési helyzet strukturáltsági mértékének vonatkozásában (1. ábra).



Minden megfigyelési helyzet a fenti két dimenzió egy közös pontjának metszetében megjeleníthető, így az ábrán kirajzolódó négy kvadrát valamelyikében elhelyezhető. Ezen túl beszélhetünk *rejtett vagy nyílt megfigyelésről*, amennyiben a személy számára tudatossá válik, hogy megfigyelik, vagy ez a tény rejtve marad számára. Ez utóbbi etikai szempontból kérdéseket vethet fel, ami túlmutat a jelen tanulmány keretein (Szokolszky, 2004).

Minél strukturáltabb egy megfigyelési helyzet, annál inkább lehetőséget biztosít az objektív, ellenőrizhető adatszerzésre, alapja lehet az időben eltérő összehasonlításnak, így megbízható eszköze, módszere lehet a kutatásoknak. A strukturált megfigyelés olyan tervezett objektív folyamat, amely történhet laboratóriumi keretek között vagy természetes közegben, és számszerűsített eredményekben nyilvánul meg. A tapasztalatok kódolása alapvetően két szempont köré szerveződhet (Szokolszky, 2004): a megfigyelés lehet *eseményegység* alapú (pl. egy vagy néhány előre kijelölt viselkedésforma, vagy viselkedésegység megjelenésének rögzítése), vagy *időegység* alapú, ami a megfigyelt viselkedés

előfordulását időegységekre bontva jelzi. Az időintervallumokban kódolást, rálátást engedhet a megfigyelő számára pl. a *különböző viselkedésformák megjelenésének gyakoriságára, egymáshoz viszonyított arányaira*. Mikroanalitikus kódolás esetén akár egy-egy másodperc jelentheti az időegységet, ami lehetővé teszi *cselekvésfolyamatok* egészen pontos rögzítését, valamint egyértelműsítheti az *interakciók sorrendiségét*. Amennyiben nemcsak a viselkedésforma megjelenésének idejét, hanem a végét is rögzítjük, a fennállásának időtartamát is megismerjük (Bakeman és mtsai., 2005; megfigyelési és kódolási módszerekről lásd további magyar kutatók tanulmányait: Tóth és Gervai, 2005; Ney és mtsai., 2005; Novák és Lakatos, 2005).

A *strukturálatlan megfigyelés* nem a szervezetlenséget takarja, hanem arra irányul, hogy a megfigyelést az előre meghatározott részletes szempontok helyett „csak” körülírt célok vezetik. A folyamat során nem kategóriák, előre rögzített szabályok mentén zajlik a megfigyelés, így előfordulhat, hogy lényegessé váló viselkedésváltozók emelkednek ki a megfigyelési folyamat során, melyek akár egy későbbi, célzottabb megfigyelés tárgyává is válhatnak. A *részleteiben kevésbé strukturált megfigyelés fontos eszköze a klinikumnak a kora gyermekkor tekintetében is*. A kötetlen helyzet lehetőséget teremthet többek között a *spontán viselkedés, alkalmazkodás, önszabályozás, vagy akár a társas helyzetekben való megnyilvánulás szabad megfigyelésére*.

A *szülő-csecsemő konzultációk/terápiák többségében*, így az integrált szülő-csecsemő konzultáció/terápia során is alkalmazott csecsemőmegfigyelés információgyűjtésében nem strukturált, leggyakrabban *közvetlen, természetes résztvevő megfigyelést* jelent (Hédervári-Heller, 2008/2020). A *konzulens/terapeuta egy térben van a gondozóval és a gyermekkel, úgy figyeli meg őket, interakcióikat, valamint a konzultációs/terápiás együttlétek során közvetlenül elérhető a gyermek számára (is)*. A konzultáció/terápia során a résztvevő megfigyelés *aktív* formája mellett a konzulens esetenként a közös térben, de *passzívan* van jelen, amikor *videotechnikát* alkalmaz. A megfigyelés tárgya ilyenkor valamely természetes viselkedés (közös játék helyzet vagy gondozási szituáció), a folyamatba való szándékos beavatkozás nélkül.

Minden megfigyelési helyzet kapcsán felmerül az *információ rögzítésének* kérdése. Két általánosan alkalmazott módját említjük, az *írásban történet* (jegyzőkönyvezést, naplóírást) és a megfigyelt események *technikai alapú rögzítését*. A csecsemőmegfigyelés történetében és jelen gyakorlatában mind a kutatás tekintetében, mind a klinikumban gyakori a videotechnika alkalmazása (Falus, 2004; Szokoloszy, 2004). Ennek lehetőségeit és jelentőségét később tárgyaljuk.

## **Megfigyelési technikák, módszertanok a kora gyermekkori kutatásokban és a klinikumban**

Az utóbbi évtizedekben a kora gyermekkorral kapcsolatos kutatások egyre szélesebb körűvé válása, valamint az egyre sürgetőbbé váló igény arra, hogy a klinikum értően reagáljon mind a diagnosztika, mind az intervenció szintjén a csecsemők és kisgyermek megkésett vagy eltérő fejlődésére, lelki zavaraira, számos kutatást szolgáló teszt, diagnosztikai vizsgáló eljárás létrejöttét segítette elő.

Miron és mtsai. (2009) hangsúlyozzák, hogy *mivel a csecsemők/kisgyermekes elsődleges spontán tevékenysége a játék, ezt tekinthetjük a legnyitottabb ablaknak, amin keresztül rátekinthetünk érzelmi életükre.* Ennek a korai életszakasznak másik megkerülhetetlen aspektusa az *elsődleges gondozóval (az esetek túlnyomó többségében az anyával) való interakció és kapcsolat minősége és annak vizsgálata is.* „A kora gyermekkorral foglalkozó szakember elsődleges feladata a vizsgálat során a szülő-gyermek kapcsolat feltárása érvényes, megbízható, fejlődési szempontból is megfelelő eljárások alkalmazásával. Többen azt hangsúlyozzák, hogy a vizsgálat különböző helyzetekben, minél szélesebb kontextusban történjen, míg mások szerint rengeteg hasznos információhoz juthatunk akkor is, ha egyszerűen csak megfigyeljük a gyermeket gondozójával a rendelő várójában.” (Miron és mtsai., 2009, 252. o.)

Miron és mtsai. (2009) nyomán az alábbiakban a teljesség igénye nélkül olyan strukturált megfigyelési eljárásokat tekintünk át, melyeket fejlődéskutatásokban már korábban alkalmaztak kisgyermekes és gondozóik megfigyelésére, ugyanakkor a klinikum területén is informatívak lehetnek. Ezek a megfigyelési eljárások egyrészt jól bevált módszertanok, melyeket évtizedeken keresztül alkalmaztak, másrészt olyanok, melyek frissebb innovatív módszerek. Nem mutatjuk be részletesen az eljárásokat, inkább csak abból a szempontból tekintünk rájuk, amiben hozzájárulhatnak egy-egy konkrét esetben a klinikai (folyamat)diagnosztikához, vagy a konzultációhoz/terápiához (lásd még bővebben konzultációkról/terápiákról Koller, valamint Hédervári-Heller tanulmányait e könyv I. kötetében, a módszertani műhely beszámolókat a jelen kötetben, illetve a diagnosztikai kérdésekről Danis tanulmányát az I. kötetben).

### **Face-to-Face Still-Face Procedure (FFSF)**

*A Szemtől Szembe Fapofa eljárást* Tronick és mtsai. 1978-ban dolgozták ki a *gondozó-csecsemő interakciók szinkronicitásának* vizsgálatára (Tronick és Cohn, 1989). Azzal, hogy az instrukció alapján az anya rövid időre visszavonja csecsemőjétől a kifejező mimikát, megsérti csecsemője szociális kapcsolatra vonatkozó elvárását. Ez a hirtelen váltás rálátást enged a klinikus számára arra, hogyan birkózik meg a csecsemő a váratlan reakcióhiánnyal. Az eljárásnak több változata ismert. Összességében klinikai szempontból a Fapofa helyzetben megfigyelhető, hogyan veszi észre, fogadja be a változást a csecsemő (mennyire aktív és kreatív a visszarendeződés érdekében), és a helyzet rendeződését követően hogyan képes visszatérni az anya által helyreállított interakciós térbe. Szintén informatív lehet annak megfigyelése, hogyan tudja az anya támogatni ebben a visszatérésben, hogyan próbálja megnyugtatni gyermekét. Tágabban értelmezve *a diádnak milyen készségei, erőforrásai vannak egy megzavart helyzetből a természetes interakció visszaállítására.*

### **Crowel Procedure (Crowell és Feldman, 1988)**

A Crowel Procedure egy *klinikai problémamegoldó eljárás* 24–54 hónapos kisgyermekes és gondozóik vizsgálatára. A Crowell eljárásban a gondozó és a gyermek különböző ideig tartó, különböző szituációkban lépnek interakciókba. Az *egyik helyzetből a másikra való áttérés* különösen fontos, mert ekkor mutatkozik meg, hogy *a gyermek ho-*

gyan használja a gondozó támogatását. A következő helyzetek adják a megfigyelés lehetőségét:

1. *Szabad játék.* Ez a helyzet kb. 10 percig tart. Azon kívül, hogy a szülő-gyermek pár játsszon szabadon, nincs további instrukció. Sokféle megfigyelésre ad lehetőséget: a szabad játékra, a szülő és a gyermek együttlétének minőségére, a megjelenő érzelmekre, amit megosztanak egymással. Megfigyelhető továbbá a megszokottság az együtt játszásban és a bolondozásban, az, hogy mennyi időt töltenek azzal, hogy jól érezzék magukat és mennyit feladatmegoldással. Látványossá válhat a partnerség és a magányos játékidő.
2. *Rendrakás.* Ez a helyzet arról informál minket, hogy a diád hogyan tud együttműködni egy olyan feladat elvégzésében, amiben a legtöbb kisgyermek ellenáll. Tágabban értelmezve azt tudjuk megfigyelni, hogy egy stresszteli helyzetet hogyan képes megoldani a diád.
3. *Labdafürdő.* Ez a helyzet azt a célt szolgálja, hogy a gyermek és a gondozó közötti pozitív érzelmeket, a tevékenységbe ágyazott kölcsönös örömet engedje felszínre. A köztük zajló interakció ütemezése és a szerepcserék a visszahúzódásban és az előtérbe kerülésben mind láthatók ebben a helyzetben, mely kb. 3 percig tart.
4. *Tanítási helyzet.* A megoldandó feladatok egyre nehezedőek, így a gyermek stresszszintje, szükséglete arra, hogy a gondozója segítségét igényelje, fokozatosan növekszik. A vizsgáló telefonhívásokkal kontrollálja az egyes helyzetek befejezését és az áttérést egy újabbra. A megfigyelés nem annyira a sikeres feladatmegoldásra fókuszál, hanem arra, hogy mennyire képes a gyermek a gondozóját segítségül hívni stresszteli és strukturált helyzetben, hogy milyen módon kezeli mindkét résztvevő az átmeneteket. A gondozó képessége arra, hogy korlátozzon, strukturát nyújtson, hatékonyan tanítson, támogatást biztosítson, fenntartsa a rendelkezésre állását és támogassa a gyermeket – mind egyaránt fontos megfigyelési szempontok. A gyermek önszabályozási képessége, együttműködése, érzelmeinek kifejezése és tanulási stílusa mind feljegyzésre kerül.
5. *Szeparáció.* A gondozó kinyitja a játékszekrényt, és kimegy a szobából. Nem kap arra specifikus utasítást, hogy felkészítse a gyermeket a különválásra és arra, hogyan oldják ezt meg, a gyermek distresszre való hajlamát mutathatja, de utalhat kötődési módjára is.
6. Az „*újratalálkozás*” alatt megfigyelhetővé válhatnak a kötődési viselkedés megnyilvánulásai, pl. a közelségkeresés, az elkerülés, a kontrollált viselkedés és a csüngés (Main és Solomon, 1990; a szeparáció-újratalálkozás szekvenciák az Idegen Helyzet eljárás kulcsfontosságú részei is, további részleteket lásd Tóth tanulmányában e könyv I. kötetében). Az elsődleges fókusz azonban azon van, hogyan állítja helyre a diád a kapcsolatot egy rövid szeparáció után, és hogyan áll kapcsolatban a gyermek viselkedésének szervezetsége és kongruenciája a szeparációt megelőző helyzettel, valamint a szeparáció alatt és az újratalálkozáskor a gondozójával. A helyzeteket videón rögzítik annak érdekében, hogy az értelmezés céljából újra megnézhető legyen. Bár a megfigyelési szempontsornak van formális kódolási eljárása, mégis használható klinikai helyzetben a kutatási kódolás nélkül is (Larrieu és Bellow, 2004).

## Parent-Child Early Relational Assessment (ERA, Clark, 1985; Thomas és Clark, 1998)

Az eljárás tág életkori intervallumot ölel fel (2–60 hó). Fő alkalmazási területe a veszélyeztetett családok köre. A gondozó rövid ráhangolódást követően egy-egy *tipikus interakciós helyzetben* (először evéshelyzet) van együtt gyermekével, amiről négyszer öt percben videófelvétel készül. A gondozó *nevelésre, társas interakcióra való képessége és a gyermek jelzéseire mutatott szenzitivitása, a gyermeki oldalról a jelzések egyértelműsége, az érzelemszabályozás, a gondozó irányába mutatott társas kezdeményezés és válaszkészség áll a figyelem fókuszában*. Az eljárás továbbá tartalmaz *strukturált feladathelyzetben, játékhelyzetben* történő megfigyeléseket is, melyek lehetőséget nyújtanak a gyermek figyelmének, kitartásának, érdeklődésének megfigyelésére és arra, hogy mindezek hogyan állnak kapcsolatban a szülői elvárásokkal. Végül a *szeperáció, újratalálkozás* helyzete megmutatja, hogyan tudja a szülő a gyermekét felkészíteni egy rövid elválásra, és hogyan alakul a szeperációban a gyermek önszabályozása, hangulata, játékanak minősége, majd az újratalálkozás milyen érzelmi változásokat idéz elő benne. *Az elkészült videófelvételekből a vizsgáló által kiválasztott részleteket együtt tekinti meg a szülővel, miközben arra inspirálja őt, hogy fogalmazza meg érzéseit, gondolatait a helyzettel kapcsolatban*. Az ERA klinikai szempontból sok lehetőséget rejt. A gondozó-gyermek kapcsolat vizsgálata és az interakció támogatására egyaránt alkalmas. A videófelvétel közös elemzésével a gondozót involváltabbá, aktívabbá teszi intervenciós célok közös kialakítására (lásd bővebben a szintén videó-visszajelzést alkalmazó kötődésalapú intervenciókról Danis tanulmányát a jelen kötetben). Tanulmányunk szempontjából azért is érdekes, mert lehetőséget teremt a strukturált megfigyelés mellett a közvetlen résztvevő megfigyelésre és a videotechnika alkalmazására is.

A fenti, elsősorban kutatásokban megjelenő strukturált megfigyelési eljárások rövid bemutatásával az volt a célunk, hogy érzékeltessük a lehetőséget ezen eljárások megfigyelést érintő hozadékainak a preventív intervenciókban és klinikumban is történő alkalmazhatóságára. Az utolsó eljárás hangsúlyozottan hidat teremt a strukturált, kontrollált megfigyelés és a kötetlen résztvevő megfigyelés között egy találkozáson belül. További strukturált megfigyelési eljárásokról és azok alkalmazásával végzett magyarországi kutatásokról bővebben olvashatunk pl. Hámori és mtsai. (Hámori, 2005) vagy Gervai és mtsai. által végzett kutatások kapcsán (lásd Tóth és Gervai, 2005; Ney és mtsai., 2005; Novák és Lakatos, 2005).

A mindennapi gyakorlatban, képzési programon való részvétel nélkül is nagyon hatékony a kötődéselméleten alapuló „megfigyelni, várni és csodálkozni” módszer (Watch, Wait and Wonder, Cohen és mtsai., 1999). A csecsemő negyedik-hatodik hónapjától alkalmazható, és a gondozó személy megfigyelési képességét és a csecsemővel való interakció minőségét támogatja.

A szülőt megkérjük, hogy 20–30 percig az alábbiak szerint figyelje meg a csecsemőt: a gyermek mellett a földön helyezkedjen el, csak a csecsemő jelzéseire reagáljon, különben hagyja a csecsemőt szabadon mozogni, manipulálni, játszani. A megfigyelés alatt a konzulens/terapeuta passzív megfigyelő szerepben marad, nem avatkozik be a folyamatba. A megbeszélés során a konzulens/terapeuta a szülőt arra kéri, hogy beszéljen a megfigyelés alatti érzéseiről, gondolatairól. A szakember mindvégig semleges, de érdeklődő módon kíséri a szülő beszámolóját.

A Care Index és a STEEP program megfelelő képzés elvégzése után integrálható a gyakorlati munkába. Mindezekről részletesebben olvashatunk Hédervári-Heller (2008/2020) kötetében. (A STEEP programról és egyéb kötődésméleten alapuló intervenciókról lásd még Danis tanulmányát a jelen kötetben.)

A továbbiakban általában a kora gyermekkori klinikumban és a szülő-csecsemő konzultációk/terápiák során is alkalmazott közvetlen, természetes résztvevő megfigyelés módszerének szemszögéből tekintjük át a csecsemőmegfigyelés történeti alakulását, alkalmazásának sajátosságait.

## Csecsemőmegfigyelés – források, fogalmak, folyamatok

### A csecsemőmegfigyelés története

#### Pedagógiai források

A gyermekkorról szóló első megfigyelési leírások elsősorban pedagógiai célzatúak. *Közvetlen megfigyelést követő naplók*, melyek a gyermeki fejlődés és a nevelés összefüggéseit, mindezek filozófiai kereteit igyekeznek megvilágítani.

Több tudós vezetett feljegyzéseket saját gyermeke fejlődéséről. Az elsők közül a legismertebb *Charles Darwin csecsemőnaplója*, melyet legidősebb fiáról írt 1877-ben. A gyermeki fejlődésről alkotott naplók körébe tartozik többek között *Piaget* jóval későbbi napló keretben íródott *megfigyelés-gyűjteménye* is, melyben saját gyermekei fejlődésének tapasztalatait örököltette meg, és ezek a feljegyzések több koncepciójának megfogalmazásában segítettek (1936/1952, 1937/1954).

Magyarországon a méltán nemzetközi hírvű gyógypedagógiai<sup>1</sup> módszertannak kezdetektől fontos ismeretanyaga a gyermek megfigyelése. Ez a gyógypedagógiai pszichodiagnosztika legfontosabb eszköze. Már a hatvanas években részletesen kidolgozott módszertan alapján történt a gyógypedagógiai megfigyelés. Hangsúlyt kapott a biopszichoszociális szemlélet talaján a gyermek környezetének, egész személyiségének, fejlődésbe ágyazott megfigyelése (Illyés Gy-né és mtsai., 1968). Már az 1960-as években gyakorlat volt az a komplex megfigyelői beállítódás, ami egyrészt feltételezte az általánosan befogadó megfigyelői attitűdöt, másrészt szem előtt tartotta a különböző funkciófejlődési területek nagyon részletes szempontok szerinti megfigyelését. Mindez már akkor részét képezte egy gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai vizsgálati protokollnak (Illyés Gy-né és mtsai., 1968). E szemléleti elemek mind megtalálhatók abban, ahogy ma a pszichológia gondolkodik a gyermek és környezete megfigyeléséről.

---

<sup>1</sup> Magyarországon a gyógypedagógus-képzés soha nem általános pedagógiai végzettségre ráépített képzésként működött. A mai napig teljesen önálló BA és MA szintű, 8 vagy 10 féléves oktatást követően válik valaki okleveles gyógypedagógussá.

## Pszichoanalitikus gondolkodók

Sigmund Freud munkásságában közvetett gyermekmegfigyelés leírásával találkozunk a kis Hans esetleírásában, ahol a terapeuta az ötéves, fóbiás kisfiú édesapját kérte a gyermek megfigyelésére, amit ezt követően a terápia folyamatában használtak (Freud, 1909/2011). Ez volt Freud egyetlen olyan esete, ahol közvetetten gyermekkel dolgozott. Más esetekben a felnőtt páciensei saját gyermekkorukról szóló beszámolóit alapján következtetett a csecsemő- és gyermekkori fejlődés sajátosságaira („rekonstruált csecsemőkép”).

A 20. század fordulóját követően a korai klasszikus pszichoanalízis elméletében a „rekonstruált csecsemő” egyedülálló, önmagában szemlélendő, ösztöneinek kiszolgáltatott lényként jelent meg (Dornes, 1993/2002). A korai pszichoanalízis képviselői közül többen fordultak a gyermekterápia irányába, akikről a továbbiakban e helyen röviden említést teszünk. (Az alább felsorolt elméletalkotók munkásságáról részletesen lásd Koller tanulmányát e könyv I. kötetében.)

Anna Freud egyike azoknak, akik a múlt század elején megteremtették az analitikus gyermekpszichoterápia alapjait. *Gyermekmegfigyelési alapját képezték a gyermek lelki működéséről, fejlődéséről alkotott modelljeinek.* Megfigyeléseire annak a meggyőződésnek szemüvegén át tekintett egész munkássága során, miszerint a gyermek igénye a gondozói környezettől ösztöneinek kielégítése, így a gondozóval való kapcsolat is ennek rendelődik alá (A. Freud, 1965/2008).

A tárgykapcsolat-elméletek képviselői közül a csecsemőmegfigyelés szemszögéből tekintve Margaret Mahler munkássága több szempontból is korszakalkotó. *Felismerte az anya-csecsemő interakciók jelentőségét a gyermeki fejlődésben* (Nemes, 1996). Életműve során a rekonstruált csecsemőkép helyére fokozatosan a „reális csecsemő” került: elsősorban strukturált környezetben, de közvetlenül is megfigyelt csecsemőket, valamint anya-csecsemő párokat. „A gyermekmegfigyelés, mint az analitikus ismeretek elmélyítését is szolgáló tudományos módszer kétségtelenül M. Mahler munkásságához kötődik. Mahler a lehető leggondosabban tervezte meg a megfigyelés téri elrendezését. Ügyelt mind a kapcsolat, mind az elválás lehetőségének megfigyelésére.” (Halász, 2014, 35. o.) Először igyekezett a fejlődési rekonstrukciókat ötvözni az anya-gyermek kapcsolat megfigyelésével. Mahler az anya-csecsemő diádban gondolkodásának csíráit, megfigyelési szemléletének alapjait a *pszichoanalízis Budapesti Iskolájának* – elsősorban *Ferenczinek és Hermannak* – köszönhetően nagyon korán magába szívhatta.

Mielőtt továbblépnénk a csecsemőmegfigyelés fejlődési útjának nyomon követésében, Harrach (1998) nyomán vessünk egy pillantást az 1910-es évek Magyarországra. A Budapesti Iskola legnagyobb elméletalkotóinak rendszeres találkozásaira kiváló teret ad Kovács Vilma pszichoanalitikus otthona. E találkozásoknak – gimnáziumi barátnője révén – rendszeresen részese Schönberger (később férje után Mahler) Margit is, aki 16 évesen kerül nagynénjéhez Budapestre, hogy gimnáziumi tanulmányait megkezdhesse, mert szülővárosában, Sopronban, 1913-ban még zárva vannak a gimnáziumok a lányok előtt. Parázs viták, hihetetlen kreativitás és korszakalkotó megállapítások helyszínén köteleződik el a pszichoanalízis iránt a Bálint Mihály nevű fiatalemberrel együtt, aki később összeköti életét a család egyik lánygyermekével, Alice-szal, akivel évek múlva együtt emigrálnak az Egyesült Királyságba. Mindhárman a Budapesti Iskola e korszakalkotó szakmai műhelyéből indulnak el.

Bálint Mihály később pszichoanalitikus orvosként kidolgozta annak módszerét, hogy az orvos hogyan tud a betege mellett állni úgy, hogy annak testi és lelki valóját megfigyelve és befogadva komplexitásában ragadja meg állapotát és hiányait. Ferenczi nyomán megteremtette a kapcsolati diagnosztika fogalmát, pszichoszomatikus szemléletével megreformálta az orvos-beteg kapcsolatot (Trenkel, 1984), és kidolgozta a ma is reneszánszát élő Bálint-csoport technikát és módszert orvosok és más segítő szakemberek számára. Ez a megfigyelési mód közös gyökeret mutathat azzal, ahogy M. Mahler a megfigyelési folyamatban szükségesnek tartotta a zsigeri szintű tapasztalatszerzést. Mindkettőjük szemlélete része annak, amit ma a résztvevő csecsemőmegfigyelés kapcsán a megfigyelő megéléséről gondolunk.

A felnőtt páciensnek visszaemlékezéseiből felépülő rekonstruált csecsemőkép helyett a „valódi” csecsemő megfigyelésével tehát egy „normatív csecsemőkép” jött létre, ami az optimális fejlődést és működést tekintette kiindulásnak (Dornes, 1993/2002). Ezt a megfigyelési szemléletet segítették elő a kötődésselmélettel és a csecsemő kutatással kapcsolatos széles körű korai vizsgálatok is (Bowlby, 1953; Robertson, 1953; Spitz, 1945 megfigyelései). Halász (2014) nyomán említjük, hogy a szintén magyar származású gyermekorvos, René Spitz már az 1930-as évek közepétől különféle helyszíneken (akár családok otthonában) szintén közvetlen csecsemőmegfigyeléseket folytatott. A háború után intézetben nevelkedett gyermekek viselkedésének megfigyelését követően írta le a *hospitalizmus*<sup>2</sup> és az *anaklitikus depresszió*<sup>3</sup> tünetegyüttesét. Megfigyeléseit filmre is vette, és az anyákkal interjút készített. Módszere már előrevetítette a csecsemő kutatásokban ma is alkalmazott strukturált és természetes megfigyelés dichotómiáját, valamint a klinikumban alkalmazható teszt-eljárások és a strukturálatlan, természetes, résztvevő, spontán megfigyelés alkalmazását.

Meg kell említenünk Donald Winnicott (1965) pszichoanalitikus tevékenységét is, aki alapvetően terápiás környezetben figyelt meg anya-csecsemő párokat. A csecsemő egészséges lelki fejlődéséhez szükségesnek tartotta azt a megtartó anyai működésmódot („holding” funkciót), amely során az anya csecsemőjét annak belső állapotaival együtt „tartalmazni” képes.

Amellett, hogy a csecsemő állapotáról valódi információt csak a kapcsolati térben nyerhetünk és az intervenció is csak abban képzelhető el, Selma Fraiberg a szülői oldalról még egy betekintési ablakot nyitott a szülői múlt árnyaira. Olyan magas kockázatú családokkal dolgozott, akik maguktól nem jelentek volna meg a rendelésen, így klinikai tevékenységét többnyire a családok otthonában végezte, amit maga tréfásan úgy nevezett el, hogy „pszichoanalízis a konyhaasztalnál” (Fraiberg és mtsai., 1975). Ezek a családok különösen komplex rátekintést igényelnek az őket támogató szakembertől. Az edukatív és szociális gondozás éppúgy szükségletük, mint a terápiás vagy a konzulensi ellátás. S. Fraiberg felhívta a figyelmet a szülői szorongások jelenlétére a terápiás térben és a

<sup>2</sup> *Hospitalizmus*: testi, lelki károsodással együtt járó magatartászavar, melyet hosszabb kórházi és intézeti körülmények között tartózkodó gyerekeknél írt le R. Spitz. Minden életkorban előfordulhat, és a gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy családban élő csecsemőknél, gyerekeknél is találkozhatunk a tünetegyüttesrel.

<sup>3</sup> *Anaklitikus depresszió*: a csecsemő alig vagy nem reagál a külvilág ingereire, önmagába fordul, nem ad jelzést, mert az a tapasztalata, hogy nem reagálnak rá. Tünetei az organikus ok nélkül jelentkező növekedési és súlyfejlődési elmaradás, alvás-, táplálási zavar, apátia, ingerlékenység.



gyermekkel megélt mindennapokban, amelyek hatással vannak a szülői fantáziákra. Ezek általában olyan tudattalan intrapszichés folyamatok, amik a jelen vagy a múlt feldolgozatlan konfliktusaiból származnak. Fraiberg ezeket a fantáziákat a *gyerekszobában jelenlévő szellemeként aposztrofálta* („*Ghosts in the Nursery*”). Ezzel ráirányította a figyelmet a transzgenerációs hatások komplexitására, amelyben a pszichésen fel nem dolgozott traumás tapasztalatok a szülői szorongás köntöskében megjelenhetnek a megfigyelési térben (Fraiberg és mtsai., 1975).

Mindez a résztvevő megfigyelési helyzetben ugyanúgy, mint az egész intervenció folyamán, két síkon érheti el a segítőt. A megfigyelhető viselkedésre koncentrálna az „itt és most” interakciós történései, a mozdulatok, a verbális, nonverbális közlések mentén, valamint tudattalan félelmek, fantáziák, emlékképek sodrában, a megfigyelőben érzéseket, testi megéledést generálva (Stern, 1995).

A továbbiakban egy klasszikus csecsemőmegfigyelési módszert (E. Bick), mutatunk be röviden. Jelentősége, hogy önmagában is hozzájárult – és jelenleg is hozzájárul – nagyon sok szülő-csecsemő terápiában képződő szakember ismereteihez, de módszertana inspirálta további komplexebb megfigyelési módszerek és technikák alkalmazását is.

## **A közvetlen résztvevő csecsemőmegfigyelés módszertana és technikája Esther Bick nyomán**

*Esther Bick* (1902–1983) Lengyelországban született. Kiemelkedő intelligenciája és tettrekészsége okán Bécsben tanult, majd Charlotte Bühler tanítványaként doktori fokozatot szerzett. A II. világháború előtt érkezett Angliába. Miután majdnem egész családját elvesztette a koncentrációs táborokban, Manchesterben telepedett le, óvodákban dolgozott, és Bálint Mihályhoz járt analízisbe, majd később Melanie Kleinnél képeződött tovább. John Bowlby 1948-ban felkérte oktatónak a Tavistock klinika gyerekpszichoterápiás képzésében, ahol a terapeutajelölteknek 1960-ig csecsemőmegfigyelést tanított (forrás: Institute of Psychoanalysis – British Psychoanalytical Society).

*Esther Bick módszerének lényege, hogy a terapeutajelöltnek két éven át, hetente egy alkalommal egy órán át meg kell figyelnie egy csecsemőt (és édesanyját, valamint az ő interakcióikat) a család otthonában. A látottakról jegyzőkönyvet vezet, majd a tapasztalatait csoportos szupervízió mellett részletesen megosztja tanuló társaival.* Ennek célja, hogy a benyomásait, élményeit megosztva jobban láthatóvá váljon, hogy a megfigyelő hogyan vesz részt a helyzetben, miként rezonál az anyára, a gyermekre, s ők hogyan fogadják a megfigyelő jelenlétét. A csoportos megbeszélés abban is támogatja a terapeutajelöltet, hogy a történések mögötti érzelmek megérthetővé váljanak a csoporttagok és a szupervizor reakciói és asszociációi nyomán (Bick, 1964; Rajnik, 2010, lásd még bővebben Halász és Jakab tanulmányát a jelen kötetben).

A megfigyelt anya-csecsemő pár kiválasztásának kritériumai, körülmények és teendők (Bick, 1964; Rajnik, 2010):

- *Egészséges anya- és tipikusan fejlődő egészséges csecsemőpárt* kell választani (cél, hogy a tanulási folyamatot ne zavarják meg speciális körülmények, amik bonyolultabbá tehetik az interakciók interperszonális, intrapszichés eredetének tisztázását (pl. organikus okok), vagy ne térjenek el annyira a megszokottól (pl. erőteljes kulturális különbségek), hogy a figyelem fókuszát elvinnék.

- Nem lehet ismerősi, rokoni környezetből választani.
- Az „itt és most” helyzet áll a megfigyelő rendelkezésére, csak a megfigyelési helyzetből érik benyomások, anamnézist sem vesz fel.
- A tanuló a megfigyelést követően *részletes jegyzőkönyvben* ír az
  - anyáról és a csecsemőről, a családtagok közti *interakciókról* és a csecsemő fejlődésmentéről.
  - rögzítésre kerülnek *a megfigyelő által átélt érzések, a benne zajló történések, gondolatok, illetve szomatikus reakciók* is. Az önreflexió lényege, hogy a terapeutajelölt bele tudjon majd helyezkedni későbbi páciensei csecsemőkori élményvilágába, illetve azt is megtapasztalja és megértse, hogy a saját belső folyamatai befolyásolják a látottak észlelését.
- A jegyzőkönyveket a hallgatók elolvassák, a *csoporthelyzetben reflektálnak*, érzéseiket kifejezik. Gyakran az egyik jelölt hordozza a csecsemő érzéseit (pl. haragját), a másik az anya érzésvilágával azonosul. Így az érzések a csoportban tudatosulhatnak.
- A megfigyelési folyamat lezártaival a jelöltek *dolgozatot* készítenek, melyben reflektálnak a csoportban megélt élményeikre, a csecsemő fejlődésére, az anya-gyermek kapcsolat alakulására.

A résztvevő megfigyelés sajátos beállítódást kíván a segítő szakembertől, hiszen olyan helyzetek részesévé válhat, a családtagoknak olyan mély érzései, gondolatai jutnak el hozzá, melyek a család működésének belső köreit érintik, és érzelmi bevonódásra készítetik, ugyanakkor a megfigyelői pozíció fenntartása érdekében távolságot kell tartania a családtagoktól. Ezt nehezítheti, amikor a családtagok (elsősorban az anya) valamilyen ráosztott szerep mentén integrálni próbálják a megfigyelőt a családba, amit a megfigyelőnek hagynia kell, hiszen az anya ezt saját szükségletei mentén teszi. Ugyanakkor az erős indulatáttételi<sup>4</sup> töltetű szerepre hívásnak, pl. a tipikusan felmerülő tanácsadó, szakember, vagy bármely családtag szerepének ellent kell állnia (Rajnik, 2010; Halász, 2018; Tóth-Varga 2019).

A résztvevő, *de be nem avatkozó megfigyelői szerep* lényege és célja, hogy a megfigyelő amellett, hogy a lehető legszélesebb spektrumban érzékelje, észlelje a megfigyelési teret, a jelenlévőket, valamint a köztük zajló interakciót, mégis, a lehető legkevésbé váljon nyilvánvalóvá a jelenléte. Természetesen az, hogy a megfigyelő hogyan közelíti meg a családot, az habitusának a függvénye, de fontos, hogy meleg, szimpatikus érdeklődő hozzáállással forduljon a szülők és csecsemőjük felé. A megfigyelő legyen tudatában annak, hogy a szülőkből mindig erős, akár ambivalens érzelmek mobilizálódhatnak. Átélnak félelmet, szorongást, ambivalenciát, féltékenységet, kiábrándultságot, de mellette persze megjelenhet a boldogság, a szeretetet és a remény is. Általában a szülők a résztvevő vendég pozíciójába hívják meg a megfigyelőt, akivel megoszthatják a gyermekkel kapcsolatos megéleéseiket, érzéseiket, gondolataikat, és esetleg támogatáshoz juthat-

<sup>4</sup> Általában pszichoanalitikus keretek között megjelenő olyan lelki folyamat, mely révén a tudattalan vágyak bizonyos személyre, az analitikusra aktualizálódnak.

nak szülői szerepükben (Brafman, 1988, in Tóth-Varga, 2019). A Bick által 1964-ben kidolgozott résztvevő megfigyelés módszer arra inspirálja a megfigyelőt, hogy jobban értse az anyát és a csecsemőt, valamint a korai kapcsolat regresszív élményeinek világába enged betekintést. Emellett megtanítja a megfigyelőt a látottak és hallottak összekötésére, a befogadó attitűd, a szabadon lebegő figyelem alkalmazására, valamint a tartalmazásra, ugyanakkor a kerettartásra is, teret engedve és megtapasztalhatóvá téve az áttételi, viszontáttételi érzéseket<sup>5</sup>, melyek a pszichoterápiás munka alapvető meghatározói (Halász, 2014; Rajnik 2010, lásd bővebben Halász és Jakab, valamint Hédervári-Heller tanulmányait a jelen kötetben).

Magyarországon elsőként 1986–1988 között az I. számú Gyermekklinika adott ott-hont kísérleti jelleggel a csecsemőmegfigyelés kurzusnak, majd 1989-től az Ego Klinika megalakulásával, az ott folyó gyermekterápiás képzés szerves része lett a csecsemőmegfigyelés oktatása (Halász, 2018). A Bick metódus magyarországi alkalmazásáról, annak tapasztalatairól lásd bővebben Halász és Jakab tanulmányát a jelen kötetben.

## Gyermekorvosi tapasztalatok

Az orvoslás korai, hippokratészi idejében az orvos gyógyító munkájában kiemelt szerepe volt a megfigyelésnek. A természettudomány és a technika előrehaladásával, a különböző vizsgálati és laboratóriumi módszerek megjelenésével egyre inkább háttérbe szorult a megfigyelés jelentősége. Az *orvosi megfigyelés, obszerváció* előterébe azok a szempontok kerültek, melyek a diagnózis, differenciáldiagnózis felállításában segítették az orvosokat a vizsgálat során. Az obszerváció középpontjába került minden, ami látható (a bőr színe, elváltozásai stb.) és hallható (légzési hangok stb.), valamint a vizsgált személy reakciói, kontaktus képessége. A tudatos megfigyelés során Petrányi Gyula (1975) *Belgyógyászati diagnosztika* című könyvében hangsúlyozza a „nézni és látni” elv fontosságát, hogy a finom eltérések észlelése sok gyakorlati tapasztalatot és elméleti tudást igényel. A pszichoszomatikus orvoslás képviselői mindezek mellett rendszerszemléletben gondolkodnak, és külön hangsúlyt helyeznek a páciens/kliens magatartására, motivációjára, érdeklődésére.

Az orvosi megfigyelés során a fókusz az egészségestől való eltéréseken van, miközben az orvosi képzésnek minimális szegmense foglalkozik az egészséges testi működés bemutatásával.

*Pikler Emmi* (1978) munkájának fókuszában az egészséges gyermeki testi és lelki fejlődés megfigyelése és kísérése állt. Pikler Emmi pályája első szakaszában gyermekorvosként dolgozott családokkal, majd 1946-tól a Lóczy gyermekotthon vezetése során munkatársaival *kidolgozott megfigyelések alapján láthatóvá tette a természetes mozgásfejlődés dinamikáját* (Pikler, 1969; Mózes, 2004, in Csillag, 2017). *Szisztematikus megfigyelés*en alapuló kutatásaival bebizonyította, hogy a gyermek egészséges testi-lelki fejlődéséhez szüksége van a támogató, szeretetteljes gondoskodást és egyértelmű kereteket

---

<sup>5</sup> A szülő tudatlan vágyai, szükségletei rávetülhetnek a megfigyelőre (áttétel), amelyek a megfigyelőből is kiváltképp érzéseket, gondolatokat, reakciókat (viszontáttétel). Bővebben lásd Koller tanulmányát e könyv I. kötetében; Hédervári-Heller tanulmányát a jelen kötetben.

nyújtó gondozói környezetre. A gyermek ezt megélve képes a saját ritmusában fejlődni és a környező világot aktívan felfedezni (Falk, 1986). Segítette a szülőket abban, hogy hinni tudjanak gyermekük *spontán fejlődésében*. Azt vallotta, hogy a gyermek szükségleteinek megfelelő gondozási szituációk alkalmat teremtenek a vele való odafigyelő, meghitt (ma azt mondanánk, szenzitív) együttlétre. *Pedagógiája egy összefüggő alapelvekre épülő, részletesen kidolgozott bánásmód, ami a csecsemővel való interakcióban ragadható meg. Optimális esetben a gondozó egy folyamatos, de nem beavatkozó, érdeklődő figyelmet biztosít, aminek üzenete a gyermek felé: „érdekel, amit csinálsz, fontos vagy nekem”. A megfigyelő is ezzel az attitűddel van jelen.* Ez a szemlélet jellemzi a csecsemőkutatást, és egyre több szakmai törekvés van a szülők ilyen irányú felvilágosítására és bevonására gyerekük fejlődésének kísérésére, valamint a gyerekükkel kialakítandó kapcsolatuk támogatására. A Pikler-szemlélet autonóm, aktív, kereső csecsemőképével meghaladta a korát.

A pszichoanalitikus résztvevő csecsemőmegfigyelés és a Pikler-féle megfigyelés legfőbb párhuzama (Mózes, 2016, in Csillag, 2017), hogy a valódi gyermek megfigyeléséből indul ki, céljában viszont eltérő, mert míg a *pikleri megfigyelő az interakció megfigyelésén keresztül is a csecsemők/kisgyermekek spontán, autonóm, önindította tevékenységeire fókuszál*, addig az *analitikus szemléletű megfigyelő elsősorban a kapcsolati működés szempontjából tekint a gyermekre, a gondozójára és a köztük zajló interakcióra*. A csecsemőmegfigyelés során megjelenő érzelmi folyamatok – ezek hatása a megfigyelőre, az analitikus szemléletű megfigyelő számára a saját érzései, a szomatikus megélései, ezek értelmezése, áttételi, viszontáttételi folyamatok felismerése – a családdal való munka fontos adalékai.

## **A csecsemő kompetenciája, az anya ráhangolódása, mentalizáció – a kapcsolódás felületei, sajátosságai**

Az utóbbi negyven év empirikus eredményei igazolják, hogy *a csecsemő környezetének nem passzívan kiszolgáltatott lény* (Dornes, 1993/2002), *hanem aktív, inger- és kapcsolatkereső potenciállal rendelkezik* (Papoušek, 1967; Stern, 1985/2002; Dornes, 1993/2002).

A szemléletváltást hozó kutatások két paradigmáját említjük Dornes (1993/2002) nyomán. A *habituáció* lényege, hogy a csecsemő a figyelmét felkeltő ingerre megfigyelhető reakciót mutat (pl. a szopásaktivitás változása), majd amennyiben nem fenyegető az inger, hozzászokik, és az inger valamely paraméterének megváltoztatására, vagy egy új ingerre a figyelmi aktivitás ismét megemelkedik. Ez a paradigma nemcsak a pszichológiai kutatásokhoz járult hozzá, hanem az orvosi (elsősorban a neonatológiai, gyermekneurológiai) klinikumban is alkalmas csecsemők vizsgálatára (lásd agytörzsi kiváltott potenciálvizsgálat, Berényi és Katona, 2012). Tanulmányunk témáját közelebbről érintő példák az *érzékelési, észlelési és keresztmodalitások kapcsán végzett vizsgálatok*. A csecsemő három hónapos korától képes anyját vizuálisan megkülönböztetni idegenektől, és képes elkülöníteni a meglepődést, az örömet és a szomorúságot kifejező arcot, és születésétől képes a keresztmodalitásra (Barrera és Mauer, 1981; Kuchuk és mtsai., 1986, in Dornes, 1993/2002).

Stern (1985/2002) számos keresztmodalitást vizsgáló kísérlet után feltételezi, hogy a csecsemő minden modalításban felfogja a beérkező ingerek sajátosságait, és ezen keresztül összeáll az élmények szubjektív megélése, ami találkozik a gyermek aktivációs szintjével. Ezekből állnak össze azok az úgynevezett vitális affektusok, melyek az anya gondozói tevékenysége során leképeződnek a gyermekben, nem a konkrét tevékenység, hanem a benyomások szintjén. *Az anya gyermekére hangolódása a kölcsönösen megélt vitális affektusok mentén jön létre. Az anyai ráhangolódás segíti hozzá a gyermeket ahhoz a tapasztalathoz, hogy a belső érzelmi állapot megosztható másokkal.* Amennyiben az anyai ráhangolódást valami megzavarja, a gyermek ezt megérzi, ami a külső megfigyelő számára is nyilvánvalóvá válhat, de gyakran csak pillanatokban ragadható meg (pl. az anyára néz, felfüggeszti addigi tevékenységét stb.; Alpár és Ingusz, 1996). Stern (1985/2002) kétféle félrehangolást ír le. Az egyik az anyai ráhangolódás sikertelensége, a másik az anya részéről a gyermek szándékos (bár valószínűleg nem tudatos), érzelmi áthangolása, aktivitásának módosítása. Az anya és csecsemője közötti sokrétű kapcsolódásnak egy másik aspektusa, az anyai képzetek, fantáziák világa, melyeket Stern (1995) „együttlétséma hálózatban” jelenít meg, ami szintén a kapcsolati viselkedés elemzésekor válhat nyilvánvalóvá.

A Fonagy és munkatársai által kidolgozott *mentalizációs elmélet* a jelenkori pszichanalízis egyik legszélesebb körben alkalmazott elmélete (Allen és Mtsai, 2011). A fejlődépszichológia két kutatási területe, a kötődésemélet és a tudatelmélet ismereteit kapcsolja a pszichoanalízis szemléleti kereteihez (lásd bővebben Koller, valamint Lénárd tanulmányait e könyv I. kötetében, valamint Hédervári-Heller, 2008/2020). Kiemeljük, hogy a mentalizáció az első életévben a korai kötődési kapcsolatokban alakul ki, úgy, hogy a szülő rendszeresen érzelmi jelentést tulajdonít a csecsemő viselkedésének, és ennek megfelelően reagál rá. A mentalizáció kialakulásához szükséges, hogy a szülő képes legyen csecsemőjére hangolódni. A szülői érzelmtükrözés (Gergely és Watson, 1998) hozzásegíti a csecsemőt saját érzéseinek, belső állapotainak azonosításához, valamint ahhoz, hogy később nemcsak környezete konkrét viselkedésére tudjon reagálni, hanem önmagának a mások érzéseiről, vágyairól, vélekedéséről vagy terveiről alkotott elképzeléseire is. A szülő-csecsemő konzultációban/terápiában a mentalizációs folyamatok megfigyelése a szülő-csecsemő interakciók során segíti az érzelmi kapcsolat értékelését, a szülői reprezentáció és reflektív működés megértését (Hédervári-Heller 2008/2020).

## **Az interakció**

*A csecsemő és a gondozási környezete között zajló verbális és nonverbális interakció a csecsemőmegfigyelés legfontosabb információforrása.* A más személyekkel való interakció képessége az emberi szocializáció folyamatában alakul. Az interakció lényeges jellemzője a kölcsönös kapcsolat (Martin és Wawrinowski, 2014). Az interakciónak két vagy több személyt feltételező társas helyzet ad keretet. A csecsemő születésétől kezdve részese az interakciónak, hiszen *belső állapotairól, szükségleteiről folyamatosan jelzéseket ad környezetének, amire reakciót vár és kap.* A szemkontaktus felvétele, visszavonása, a kezdeményezés tartóssága az interakció rendező elemei. *Minden interaktív megnyilvánulás érzel-*

mi átélést is feltételez (Stern, 1995/2004). Az anya és gyermeke törekszik összehangolni érzelmi állapotait, az érzelmek kifejezését, és reagálnak egymás érzelmi állapotának változásaira (Tronick és Cohn, 1989). A megfigyelések azt mutatják, hogy érzelmi megnyilvánulásai illeszkedése az interakció idejének mindössze harminc százalékában jön létre (Stern, 1995/2004). Az érzelmi illeszkedésben való elcsúszást, optimális esetben a diád a következő pillanatokban reparálja. A korai kapcsolat alakulásában nem az illeszkedés időtartama, hanem az újrendeződésért tett erőfeszítések, az ebben való tanulási folyamat a mérvadó (Stern, 1995/2004). A köztük létrejövő alkalmazkodás az *interszubjektivitás*<sup>6</sup> mentén tud felépülni. Fél éves korára a csecsemő játékos interakciókban megéli a „közös átélt élmény” érzését (*elsődleges interszubjektivitás*), ami inspirálja arra, hogy megtanuljon „egyeztetni” az anyával. Kilenc hónapos korára képes figyelmi perspektíváját összehangolni máséval, kialakítani *közös figyelmi fókusz*t, így létrejöhet a külvilág közös interpretálása (*másodlagos interszubjektivitás* – Stern, 1985/2002). A csecsemőmegfigyelés során ezek a folyamatok jól nyomon követhetők.

Az interakcióban megjelenő kapcsolati élmények (akár optimálisak, akár esetleg klinikai szintű zavart okoznak) objektíven megfigyelhető viselkedésben testesülnek meg. Stern (1995/2004) nyomán tekintsünk rá ebből a szempontból az interakció jellemzőire, elemzésben fontos szempontjaira:

- *„Mikroesemények”*: objektív szinten megfigyelhető kicsi, összefüggő egységek az interakcióban. Lényegük a rövid együttállásban nyilvánul meg, pl. „miközben az anya ránézett, a csecsemő elfordult”. A *mikroesemény a gyermek valódi kapcsolati megélési formája* (pl. az anya depressziója makroeseménynek tekinthető, de a gyermek ennek megnyilvánulását a kapcsolatban mikroesemények formájában éli át). A kapcsolat nagyrészt nonverbális magatartásmódokból épül fel, ami szintén a mikrotörténekek szintjén ragadható meg. Ez a szint a megfigyelés, de összességében a konzultáció/terápia intervenciók információhalmaza.
- *„Makroesemények”*: hosszabb időintervallumot ölelnek fel, és legtöbbször áttételesen befolyásolják az interakciót (pl. testvér születése, anya érzelmi terhelhetősége stb.).
- *Rendszeresség*: a korai anya-csecsemő interakciók során az események mindennapiak (szokásosak), ismétlődőek.
- *Regulációs minták/regulációs zavarok*<sup>7</sup>: a rendszeres együttlétekben, az ismétlődő interakciók során jellemző szabályozási (regulációs) mintázatok állnak össze, amelyek rendszeres elcsúszások esetén regulációs zavarrá fejlődhetnek (lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát e könyv I. kötetében).
- *Kontextusok*: az anya-csecsemő interakciók számos szintéren, helyzetben, kontextusban zajlanak (pl. egy vagy ritkán megjelenő interakciós elcsúszás még nem jelent regulációs zavart).

<sup>6</sup> *Interszubjektivitás*: „szubjektumok kapcsolódása, akik a kölcsönhatás érdekében aktívan részt vesznek egymás megértésében”. (Trevarthen, 1979, 347. o.)

<sup>7</sup> A csecsemő és a kisgyerek nehézsége a közérzet, a viselkedés és a fiziológiai folyamatok szabályozására.

- *Interakciós területek:* a megfigyelhető regulációs probléma többnyire nem érint minden interakciós területet, pl. megjelenhet elalváskor, ugyanakkor nem képződik a közös játék során.

A szülő-gyermek kapcsolatban a biztonság és a védettség megtapasztalása döntő fontosságú a gyermek fejlődése szempontjából. A kiegyensúlyozott, nyugodt hangulatot a mindennapokban megvalósuló, kiszámítható – a szülők számára időnként monotonnak tűnő – *rítusokban* megnyilvánuló együttlétek során ragadhatók meg. *A csecsemő vezette, de a család igényeit is figyelembe vevő napirend támogatja az interakció alakulását.* Figyelmet kell fordítani arra, hogy az állandóság ne rutin cselekvéseket hozzon, hanem végig megmaradjon a gondozói szenzitivitás.

*Amit a felnőttek a gyermek vonatkozásában észlelnek, azt rendszerint szubjektíven értelmezik és értékelik a saját tapasztalatuk, értékrendjük és nevelési céljaik alapján* (Viernickel és Völkel, 2017). A *szülő válaszkészsége* azt mutatja, hogy mennyire elérhető gyermeke számára. Tudja-e fogadni jelzéseit, tudja-e helyesen értelmezni azokat, tud-e és milyen módon tud a cselekedeteire reagálni. A *szülői szenzitivitás* a szülői viselkedés egyik alapja, így egyik legfontosabb vizsgálható változója.

## A szülői szenzitivitás

A szülői és ezen belül is az anyai szenzitivitás a legtöbbet kutatott pszichológiai konstruktum a kötődéelmélet kereteiben. *Az anyai szenzitivitás szoros kapcsolatban van a gyermek kötődési biztonságával* (lásd bővebben Tóth tanulmányát könyvünk I. kötetében, valamint Danis tanulmányát a jelen kötetben). A szenzitív anya összhangban van gyermekével, nem keveri össze gyermeke szükségleteit a sajátjával, és gyermekének igényeit a sajátja elé helyezi (Sipos, 2017). A szenzitivitás alapvető elemei a következők (Grossmann, 1977; Ainsworth és mtsai., 1978):

- *A gyermek jelzéseinek észlelése, felismerése,* amelyhez szükséges az anya érzelmi elérhetősége.
- *A jelzések pontos értelmezése,* ami torzításmentes beleélő képességet (a gyermek perspektívájának átvételét, mentalizációs készséget) feltételez. A torzítást okozhatja, ha az anya a gyermeke jelzéseit személyes igényei, fantáziái vagy aktuális kedélyállapota szűrőjén át észleli (lásd félreértések, „vakfoltok”, félreecsúszás lehetőségei az interakcióban).
- *A helyzetnek és a gyermek állapotának, fejlettségi szintjének megfelelő – többnyire ösztönös – gondozói reakció* (az anya valóban arra és úgy válaszol, ami a gyermek igénye).
- *Időbeli, gyors reakció* (fiatal csecsemőknél a gyermek igényeinek azonnali kielégítése, vagy alkalmazkodását elősegítő azonnali reakció; a késleltetett igénykielégítés többek között a gyermek életkorának és aktuális állapotának is függvénye lehet).

Az anyai vagy más gondozói személy *szenzitivitásának minőségi meghatározására Ainsworth és munkatársai* (1978; Grossmann, 1977) *egy 9 fokú skálát állítottak fel,* részletes leírással. Ennek meghatározásához nem elegendő a fentiekben felsorolt 4 elem

megfigyelése a gyermek egy-egy jelzésére közvetlenül adott anyai válaszban, hanem *legalább három perces közös interakció, közös együttlét megfigyelése szükséges*. Minél alacsonyabb a skála értéke, annál kevésbé szenzitív az anya, minél magasabb, annál szenzitívebb. A tapasztalatokon alapuló megfigyelések arra utalnak, hogy a tökéletes szenzitivitás, vagyis a skála 9. foka nagyon ritkán fordul elő. *Az anyák és más gondozói személyek szenzitivitása leggyakrabban a skála középű, 5. vagy 6. fokán értékelhető*. Ez nem meglepő, hisz a mindennapokban lehetetlen a csecsemő vagy kisgyermek minden egyes jelzésére a fent említett 4 elem figyelembevételével szenzitíven reagálni. Ezt igazolják a legújabb kötődési vizsgálatok is, melyek kiemelik, hogy a gondozói szenzitivitás nem elegendő előrejelzője a korai kötődési mintázatnak, valamint hogy a biztonságos kötődés nem csak vagy nem kimondottan a magas fokú gondozói szenzitivitással magyarázható (összefoglalóan lásd Cassidy és Shaver, 2016; bővebben Danis tanulmányában a jelen kötetben).

Már Winnicott (1965) a pszichoanalitikus megközelítésével is rámutatott, hogy egy gondozói személynek nem kell tökéletesnek lennie ahhoz, hogy a csecsemő jól fejlődjön, ehhez csak „*elég jó anyának*” (good enough mother) kell lenni. Ez és más hasonló információ mentesítheti a gondozói személyeket az esetleges büntudattól, ha gyermekük jelzéseire nem minden helyzetben tudnak optimálisan, szenzitíven reagálni.

Az Ainsworth-féle 9 fokú szenzitivitást megfigyelő skálának nagy előnye, hogy a gyakorlatban való használata könnyen elsajátítható, és nem igényel több hetes vagy hónapos tréninget.

A szenzitív válaszkészség az anya olyan jellemzője, amely mentén a gyermek megtapasztalja, hogy igényei fontosak és válaszra lelnek. Számos tanulmány bizonyítja, hogy az anyai *szenzitivitás* különösen a korai időszakban nagy jelentőségű, mert optimális esetben (amikor a válasz a gyermek reakciójához hasonló formában vagy modalításban, időben szorosan megtapasztalható) *elősegíti a bizalom alakulását, és a társas, kognitív fejlődést is támogatja* (Ainsworth, 1974, 1978; Tamis-Lemonda és mtsai., 2001; Beekwith és mtsai., 1989, 1992; Goldberg és mtsai., 1989, in Sipos, 2017).

A csecsemőmegfigyelés lehetőséget nyújt az anyai válasz létrejöttének, tartalmi és időbeli megfelelésének mikrotörténekek szintjén való elemzésére. *Az anya-csecsemő interakciók fontos jellemzője, hogy az anya mennyire követi a gyermekét az interakcióban, csak néha átvéve az irányítást, mennyire tartja tiszteletben autonómiaszükségletét, a cselekvésben való önálló kibontakozását*. A csecsemő tevékenységével interferáló, rosszul időzítő anyai kezdeményezés (*intruzivitás*) nem egyenlő a nevelő célzatú beavatkozással. Célja, hogy igényeit figyelmen kívül hagyva, figyelmi irányultságát megakasztva meghatározza a gyermek tevékenységét (Sipos, 2017). *Az intruzív anyai attitűd elkerülést, dühöt, frusztráltságot válthat ki a gyermekből, ami az interakció további nehezítetttségéhez, regulációs zavarokhoz vezethet* (lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk I. kötetében).

Megfigyeléseink lehetnek bármely pontosak és részletesek, nem kapunk kellő objektív információt arról, hogy mi zajlik az anya és gyermeke gondolataiban és érzésvilágában. A megfigyelőt tehát két síkon éri el az, amit az interakció során tapasztal. Miközben objektivitásra törekszik, saját érzelmeivel, projekcióival, egész korábbi tapasztalatrendszerével, múltbeli megéléseivel van jelen a megfigyelési helyzetben és az események értelmezése során.



Az eddig leírt elméleteket, eljárásokat és egyes fogalmaikat azért állítottuk a figyelem fókuszába, mert ismeretük megalapozza a csecsemőmegfigyelés módszerének alkalmazását a szülő-csecsemő konzultációk/terápiák során. Szemléletük segíti a konzulens/terapeuta tájékozódását a megfigyelési helyzetben és a látottak feldolgozásában.

## Általános szempontok a megfigyelés elemeiről

A megfigyelés két fő módszerrel támogathatja a konzulens/terapeuta munkáját. Egyrészt alkalmazható a fentebb említett *videotechnika* mentén (lásd még bővebben alább), másrészt a *konzultációs/terápiás tér* ad lehetőséget a megfigyelésre. Mivel a gyermek és a szülő is jelen van a konzultációs/terápiás alkalmakon, a szakembernek külön-külön is benyomása születik a jelenlévőkről, és alkalma van a köztük létrejövő interakciót is figyelni. Maga is részesévé válik az interakciónak, ami egy további megfigyelési perspektívát jelent.

A továbbiakban didaktikus céllal tekintsünk úgy a megfigyelésre, ahogy egyébként a konzultációs/terápiás helyzetben tudatosan nem szoktunk. Mégis, néhány példával megvilágítva, ezek a háttérszempontok segíthetik a konzulens/terapeutát abban, hogy felfigyeljen a fontos informatív pillanatokra.

*A konzultációs/terápiás helyzet legátfogóbb struktúratereemtő komponensei a tér és az idő.* A konzultációs/terápiás találkozás helye meghatározott zárt tér, ami biztonságos kerettényező. Megfigyelhető, hogy a jelenlévők hogyan viszonyulnak a térhez. Hol helyezkednek el? Milyen távolságban vannak egymástól, milyen pozícióban egymáshoz viszonyítva. Milyen távolságot, közelséget igényel a gyermek, és erre milyen hatással van a konzultáción/terápián megjelenő aktuális tematika és dinamika. Ebben a viszonyrendszerben figyelhető meg pl., hogy a gyermek mennyire távolodik az anyától, hogyan fedezi fel a teret, aminek a konzulens/terapeuta is része. Az idő a másik struktúra- és keretteremtő tényező. Része lehet ennek a szempontrendszernek pl. az, hogyan tud élni az anya az idővel. Mennyi időre van szüksége a gyermeknek, hogy a konzulens felé forduljon az anya ölében? Szimbolikus értelemben is informatív, hogy a jelenlévők milyen módon és mértékben engednek teret és időt egymás számára.

*A szülő és a csecsemő között zajló interakció a fő fókusza* a megfigyelésnek, ugyanakkor a konzulensnek/terapeutának az általános befogadó, elfogadó, megtartó, figyelmes jelenlét háttérében lehetősége van a *részletekre* irányítani a figyelmét. Jeleket kaphat a gyermek és a szülő általános állapotáról, pszichofizikai hogylétéről is. Ilyen információt nyújthat akár már az érkezés pillanatában egy szorongó vagy bizonytalan anya kézfogása.

*A csecsemő fejlődési szintje* is megfigyelhető az együttlét során. Az értelmi fejlettség tekintetében jelzésértékű lehet a játék színvonala, a csecsemő játékválasztása, a kutató manipuláció sajátosságai, de nyilvánvalóvá válik a konzulens/terapeuta számára a mozgás- és a beszéd fejlettsége is. Jeleket tapasztalhat a konzulens/terapeuta a gyermek szenzoros érintettségéről, vagy akár érzékszervi problémákról, elsősorban a látás vagy hallás tekintetében. Mindezekben a konzulensnek szűrőfunkciója is van, mint ahogy az anya esetleges pszichopatológiai érintettségében is. Feladata, hogy az ez irányú jeleket felismerje.

A videotechnika alkalmazása a résztvevő csecsemőmegfigyelés egyik központi módszere.

## A videotechnika alkalmazása

Az 1950-es évektől kezdve mind a rövid, mind a hosszú csecsemőterápiák különböző irányzatai, akár pszichodinamikus szemléletűek, kötődésalapúak, kapcsolatfókuszúak, vagy integrált szemléletűek, gyakorlatukban egyre kiterjedtebben alkalmazzák a videotechnikát. A különböző hangsúlyú, szemléletű videós visszajelzéssel dolgozó (video-feedback) technikák alkalmazási lehetőségeiről lásd bővebben Danis tanulmányát a jelen kötetben, valamint Hédervári-Heller (2008/2020) könyvét. Ezen a helyen röviden érintjük, hogy a szülő-csecsemő konzultáció és terápia során hogyan támogathatja a videotechnika alkalmazása mind a diagnosztikai, mind az intervenciók folyamatot.

A videófelvétel történhet a család otthonában a szülők, vagy a konzulens/terapeuta által, vagy a konzultációs/terápiás térben. A konzulens nem minden esetben keresi fel a családot otthoni környezetében. A konzultáció/terápia sikerességének ez nem meghatározója, kivéve, ha többszörösen hátrányos helyzetű családokkal foglalkozunk, ahol a családlátogatás része az intervenciónak (pl. STEEP). A konzultációs/terápiás tér is lehetőséget adhat felvétel készítésére annak tudatában, hogy az nem a gyermek szokásos élete.

A videotechnika alkalmazásának legfőbb előnyei a következők:

- Időben megnyújtható a feldolgozása, így lehetőséget teremt a mikrotörténekek egészen pontos detektálására.
- Részleteiben és egészében is sokszor visszanezézhető.
- Több szinten elemezhető (kapcsolatra fókuszálunk, de külön is elemezhetjük az anya és a gyermek gesztusait, megnyilvánulásait).
- Alkalmat adhat a metrikus feldolgozásra (pl. melyikük hány alkalommal kezdeményezett interakciót, verbális instrukciók mennyisége stb.).
- A többszöri megtekintés segíthet annak felismerésében, hogy mi nem jelenik meg a felvételen és az interakcióban.
- Több felvétel a konzultáció folyamata során mutathatja a változás dinamikáját.
- Alkalmazható a *folyamatdiagnosztika* és az *intervenció* során, a szülőkkel való közös megtekintés által (a konzulens által tervezett – a szülő számára pozitív, megerősítő – kiemelt pillanatok együttes megtekintésével).
- Alkalmazható az intervízió és a szupervízió területén is.

Ma Magyarországon egyre szélesebb körben elérhető a családok számára a szülő-csecsemő konzultáció és terápia, amelynek alapja a videotechnikát is alkalmazó komplex résztvevő csecsemőmegfigyelés.

A továbbiakban példaként a Hédervári-Heller és Németh által kidolgozott integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia (ISZCSK) kereteiben alkalmazott komplex csecsemőmegfigyelési módszer sajátosságait mutatjuk be, ami az ISZCSK képzés szerves részét is képezi.

## Csecsemőmegfigyelés a Hédervári-Heller és Németh által kidolgozott integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációban és terápiában (ISZCSK-ban)<sup>8</sup>

Az ISZCSK módszertanával párhuzamosan az általunk alkalmazott csecsemőmegfigyelés központi elemeit a fentiekben vázolt elméleti alapvetések, fogalmak és források inspirálták. Megfigyelésünk módszertanát e kutatási és klinikai tapasztalatok integrálásával fejlesztettük ki.

- *Elméleti alapok:* a konzultációs/terápiás folyamatban elsődlegesen *pszichodinamikai, kötődélméleti, interakcionista, rendszerszemléleti és fejlődépszichológiai szemléleten* (lásd bővebben Németh és Hédervári-Heller tanulmányát a jelen kötetben) alapuló megfigyelés történik.
- *Gyakorlati alapok:* a fent leírtakkal összhangban *résztevéő megfigyelés* zajlik, a konzulens/terapeuta jelen van a térben, legtöbbször a szakember, de néha a család által biztosított *természetes környezetben* (lásd konzulensi szoba vagy a család otthona). Nem, vagy csak ritkán avatkozik be a szülő-csecsemő interakcióba, és igyekszik minél inkább a háttérben maradni, de érzelmileg és gondolatilag kíséri az eseményeket.

*A kapcsolatfókuszú megfigyelésnek három fő tárgya van:*

1. a jelenlevő személyek közötti interakció és kommunikáció áll a megfigyelés középpontjában, ehhez járul hozzá
2. a gyermek fejlődési szintjének és az azonnal észlelhető fejlődési sajátosságok, valamint
3. a konzultációban/terápiában megjelenő tünetek megfigyelése.

A konzulens rendszeresen *videotechnikát alkalmaz:* a családdal való együttműködési megállapodásokat figyelembe véve, valamint a tünettől függően készül egy vagy több alkalommal videófelvétel a család otthonában vagy a konzulensi/terápiás térben. A videófelvétel a szülőkkel való közös megtekintésre, a szülői megfigyelés ösztönzésére, valamint filmfelvételek közös elemzésére és egy közös reflexióra szolgál.

- *Dokumentáció:* a konzulens a megfigyeléseinek fontos központi témáit írásban is dokumentálja, amely mind az esetről való gondolkodást, mind pedig a konzulensi/terapeutai intervenciók tervezését is segíti. Ezt a dokumentációt csak a szakember látja és használja.

---

<sup>8</sup> E második gyakorlati résznek az anyaga a 2005-től elindult Integrált szülő-csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller és Németh) tanfolyami, később 2010-től szakirányú továbbképzés keretein belül került kidolgozásra. Köszönettel tartozunk Hámori Eszternek, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem docensének, akivel Németh Tünde és Hédervári-Heller Éva közösen fejlesztették tovább a megfigyelés módszerének oktatását.

Az integrált szülő-csecsemő konzultációt/terápiát a szakemberek alapképzettségüktől függően alkalmazhatják (lásd bővebben Németh és Hédervári-Heller tanulmányát a képzésről a jelen kötetben).

A csecsemőmegfigyelést képzésünk során két féléven keresztül tanulják a hallgatók. A kurzus felépítése és fókuszai a csecsemőmegfigyelés jelentőségének és lehetséges technikáinak elsajátítását, gyakorlását teszi lehetővé, ösztönözve ennek beépítését a konzultációs/terápiás munkába. Az ISZCSK képzés csecsemőmegfigyelés kurzusainak tematikája és tartalma az alábbi keretes szövegben olvasható.

### A csecsemőmegfigyelés mint tantárgy az Integrált szülő-csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller és Németh) szakirányú továbbképzésében

Célok:

- a megfigyelés mint módszer jelentőségének a bemutatása a szülő-csecsemő konzultációban,
- a résztvevő megfigyelés mint a helyzet gyakorlása,
- a videotechnika és video-feedback (videós visszajelzés) alkalmazásának készség szintűvé válása,
- a megfigyelés elemzésének elsajátítása (érzelmi és kognitív, tudatos és tudattalan, áttétel és viszontáttétel folyamatainak figyelembevétele az analízis-szintézis szintjén),
- a hallgató az egyéni és a csoportos feldolgozás kapcsán egyre inkább képessé válik az önreflexióra (a szakmai, önismereti fejlődése érdekében is),
- a hallgató egyre nyitottabbá válik a tudattalan folyamatok és szándékok észlelésére, a szülő-gyermek kapcsolatban megnyilvánuló pszichodinamikai folyamatokra,
- ismerje fel a tipikustól eltérő gyermeki fejlődés jeleit, valamint a szülői pszichopatológiai érintettséget.

I. félév Csecsemő- megfigyelés I.	II. félév Csecsemő- megfigyelés II.	III. félév Intervízió Szupervízió	IV. félév Esetvezetés Szupervízió
Technikai, módszertani elemek megismerése, alkalmazása	Technikai, módszertani elemek alkalmazása	Csoportos esetmegbeszélés, esetenként egyéni szupervízióval	
Videófelvétel: tipikusan fejlődő gyermek és gondozójának megfigyelése különböző helyzetekben	Videófelvétel: regulációs zavar panaszával, tünetével rendelkező gyermek és gondozójának figyelése	Önismereti vonatkozások	
Megfigyelés videotechnikával	Megfigyelés videotechnikával		
A felvétel csoportos elemzése	A felvétel csoportos elemzése		
Megfigyelési jegyzőkönyv	Megfigyelési jegyzőkönyv	Első interjú, anamnézis	

2. ábra A csecsemőmegfigyelés helye az ISZCSK képzés rendszerében

### *Kurzusok:*

A csecsemőmegfigyelés, majd az esetvezetés és a szupervízió tárgya a képzés gyakorlati tengelyét képezi.

- A Csecsemőmegfigyelés I. tantárgyban az első félévében a hallgatók a tipikus fejlődésű csecsemők otthonában készítenek felvételeket, amiket elsőként egyénileg elemeznek a megadott szempontok alapján. Ezt követően csoportos szupervízió történik. A hallgatók a megfigyelésről megadott szempontok szerint részletes írásos jegyzőkönyvet készítenek.
- A Csecsemőmegfigyelés II. tantárgyban a második félévben elméleti ismereteik és az első félévben szerzett megfigyelési gyakorlatuk már lehetővé teszik, hogy olyan családdal vegyék fel a kapcsolatot, ahol a szülők gyermeküknél problémát feltételeznek. A gyermek javasolt életkora a videófelvétel készítésekor 2–24 hónap közötti. A hallgatók harminc perces felvételi egységekből választják ki a csoportbeli közös feldolgozásra szánt két, számukra jelentős 1,5-2 perces videórészletet. Olyan felvételrészletet kell választaniuk, amiben a regulációs nehézségek mellett harmonikus, pozitívan megerősíthető interakció is látható. Az egyéni és a csoportos feldolgozást követően a szemeszter végén a hallgatók, integrálva tapasztalataikat, ismét jegyzőkönyvet készítenek a megfigyelési és feldolgozási folyamatról.

### *Feladatok a felvétel elkészítése előtt:*

- Kapcsolatfelvétel a családdal (a hallgató számára lehetőleg idegen család legyen).
- Kommunikáció az anyával/családdal.
- A megfigyelő szerep tisztázása a szülővel: a megfigyelő rövid kommunikációban, de nyitottan, figyelmesen van jelen a felvételt megelőző percekben: „a megfigyelő, mint semleges, nem beavatkozó” jelenlévő.
- Beleegyező nyilatkozat aláírása a szülővel.

### *Feladatok a felvétel elkészítése közben:*

- Megfigyelési helyzet előkészítése: a kamera beállításánál a személyek közösen legyenek láthatóak a mimika megfigyelésének lehetőségével együtt.
- A konzulens a kamera mögött tartózkodik.
- Lehetőleg nem kommunikál, nem avatkozik be a helyzetbe.

### *Feladatok a felvétel elkészítése után:*

- Kommunikáció a családdal: az anya hogyan élte meg a felvételt, mit gondol, a gyermek hogyan élte meg a felvételt.
- Saját megélés, érzések azonosítása, feljegyzése, miután kilépett a megfigyelési térből: a megfigyelő milyen érzésekkel, gondolatokkal érkezett a felvétel elkészítésére, hogyan élte meg a felvételt (introspekció, vizontáttétel).

*Az egyéni feldolgozás folyamata, az anyag előkészítése a csoportos szupervízióra (Hámori, Hédervári-Heller, Németh, 2010 alapján):*

A feldolgozás szempontjai, az alábbi elemzési szintek értelmezhetőek az interakciós térben felvételt készítő hallgató önálló munkája és a csoportos megtekintés során is.

### **Mit látok?**

- A részletes, objektív elemzés szintje: az interakció pillanatai nyomon követhetők, válasz a kérdésre: mi nem jelenik meg a felvételen?
- Mi történt pontosan a megfigyelhető viselkedés szintjén? Milyen verbális megnyilvánulások voltak?
- Ki kontrollálta az interakció kezdetét és lezárását? Az interakció szintjeinek áttekintése (verbális, nonverbális, testi kontaktus, szemkontaktus stb.).
- Az anya és a csecsemő érzelmi, hangulati megnyilvánulásai (mimika, hanglejtés, affektív tónus stb.).
- Az összefüggő interakciós szekvenciák, az anya és a gyermek megnyilvánulásainak szoros időbeli kötése („miközben ... ezzel egy időben ... ugyanabban a pillanatban...”), mint a kapcsolat megjelenítője (pl. miközben az anya a gyermek felé fordította az arcát, ő ezzel egy időben az ablak felé fordult).
- A tekintet irányának regisztrálása (közös fókusz, összefonódó tekintet, félretekintések, észre nem vevések) különösen fontosak: ki kezdeményezi, ki lép ki belőle, és éppen mi zajlik az egyéb cselekvés szintjén.

A megfigyelési jegyzőkönyv pontossága az objektív feldolgozás során azért is nagy jelentőségű, mert a kapcsolat az időbeli egybeesés pontos regisztrációjával jelenik meg.

### **Mit érzek?**

- *Az objektív viselkedés történéseinek a szubjektív átéléstől való elkülönítése különösen fontos.*
- Lehetnek szomatikus jelek a megfigyelő introspekciójában (összeszorult a gyomrom, erős nyomást éreztem, fullasztó volt, nagy levegőt vettem, amikor kijöttem). Nagyon fontos jelölni a jegyzőkönyvben azt, ahol az érzés megjelenik! A konzultációt igénybe vevő családoknál gyakori az ambivalencia, egyszerre több érzés megjelenése, vagy intenzitásának gyors változása.
- A videófelvétel visszanezésekor megjelenő érzések, intrapszichés állapotok észlelése, melyek az áttételi, viszontáttételi folyamatokhoz is kapcsolódnak.

### **Mit gondolok? A helyzet lehetséges értelmezése**

- Miről szólt az interakció?
- Mi lett az interakció eredménye?
- Mit jelenthetett mindez a gyermek és az anya kapcsolata szempontjából?
- Mi lehet a probléma oka?
- Hogy érzem, mit gondolok arról, hogy milyen mértékben értettem meg az interakciót.

A látottakkal kapcsolatos összefüggések, következtetések tekintetében fontosnak tartjuk a *kétkedő hozzáállást*. Ebben a folyamatban is támogató a csoporttagok nagyon különböző megélése és rálátása a videófelvételek közös megtekintése kapcsán.

Az egyéni és a közös feldolgozást követően a szemeszter végén a hallgatók integrálva tapasztalataikat, jegyzőkönyvet készítenek a megfigyelési és feldolgozási folyamatról.

A megfigyelés és a második félév végén elinduló esetvezetés és szupervíziós órák támogatják a hallgatók szakmai, önismereti és személyiségfejlődését.

## Zárógondolatok

Ezzel a tanulmánnyal két célunk volt, egyrészt szeretnénk volna felhívni a különböző, kora gyermekkor területén dolgozó szakemberek (védőnők, gyermekorvosok, ápolók, pszichológusok, [gyógy]pedagógusok, gyógytornászok, konduktorok, kisgyerekeknevelők, szociális munkások stb.) figyelmét a csecsemőmegfigyelés jelentőségére, másrészt rövid áttekintést nyújtani a megfigyeléssel kapcsolatos elméleti és gyakorlati témákról.<sup>9</sup> A természetes megfigyeléstől elindulva, az analitikus gondolkodók közvetett, majd közvetlen megfigyelésein át eljutottunk a kutatás és konzulensi/terápiás munka során is alkalmazott strukturált és strukturálatlan megfigyelés és a konzulensek/terapeuták képzéséhez is csatlakozó csecsemőmegfigyelés, mint komplex tapasztalat bemutatásához. Az elméleti témák érintése, a gyakorlati szempontok megjelenítése segítheti a szakembert a megfigyelési helyzetben, a megfigyelés feldolgozása és az intervenció kialakítása során. A tanulmány utolsó részében a gyakorlati szempontok további áttekintésére és a szülő-csecsemő konzultációk/terápiák a szakemberek képzésében történő egyik lehetséges megjelenésére az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (Hédervári-Heller és Németh) szakirányú továbbképzés tematikájának bemutatásán keresztül került sor.

---

<sup>9</sup> A videó/video szó helyesírása összetételben – a magyar helyesírás szabályai szerint (sajnos) – még különböző – a Szerk.

## AJÁNLOTT IRODALOM

- Halász, A. (1998). Csecsemőmegfigyelés-csecsemőkutatás. *Pszichoterápia*, 11, 420–428.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban.* (2. kiadás). Animula Kiadó, Budapest.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

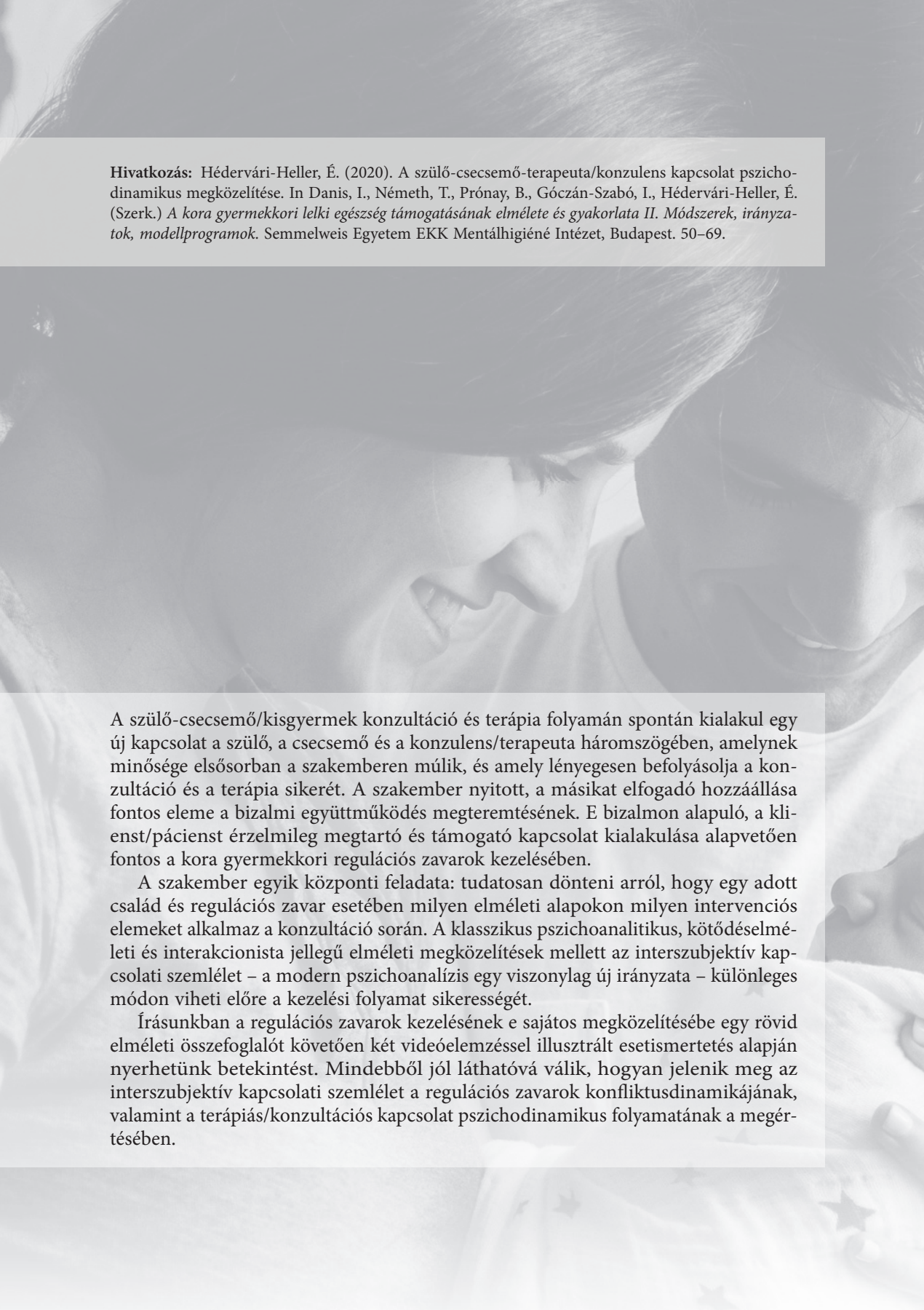
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Erlbaum, Hillsdale.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Alpár, Zs., Ingusz, I. (1996). Az anya-csecsemő konzultáció implicit csecsemőképe. In Lukács, D. (Szerk.) *Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat.* Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 1995. évi konferenciája. Animula Kiadó, Budapest.
- Anderson, L. W., Burns, R. B., Dunkin, M. J. (1989). *Research in Classrooms. The study of Teachers, Teaching and Instruction.* Pergamon, Oxford.
- Bakeman, R., Deckner, D. F., Quera, V. (2005). Analysis of behavioral streams. In Teti, D. M. (Ed.) *The Handbook of Research Methods in Developmental Science.* Wiley-Blackwell, New Jersey. 394–420.
- Berényi, M., Katona, F. (2012). *Fejlődésneurológia. Az öntudat, a kommunikáció és a mozgás kialakulása.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of psychoanalysis*, 45, 558–566.
- Bowlby, J. (1953). *Child Care and the Growth of Love.* Harmondsworth, Penguin.
- Cassidy, J., Shaver, P. (Eds.) (2016). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications.* (3<sup>rd</sup> Edition). Guilford, New York, London.
- Clark, R. (1985). *The Parent–Child Early Relational Assessment: Instrument and manual.* Madison: University of Wisconsin Medical School, Department of Psychiatry.
- Cohen, N. J., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., Barwick, M. (1999). Watch, Wait, and Wonder: Testing the Effectiveness of a New Approach to Mother–Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429–451.
- Crowell, J. A., Feldman, S. S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother–child interaction. *Child Development*, 59, 1273–1285.
- Csillag, E. (2017). Pikler pedagógia: kisgyermek-gondozás és nevelés kapcsolati szemléletben. In Hámori, E. (Szerk.) „*Team Around the Child*” *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről.* Humanitás Szociális Alapítvány, Budapest.
- Darwin, C. (1877). Biographical sketch of an infant. *Mind*, 2(7), 285–294.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen.* Frankfurt am Main, Fischer TaschenbuchVerlag GmbH. Magyar kiadás: (2002). *A kompetens csecsemő. Az ember preverbális fejlődése.* Pont Kiadó, Budapest.
- Falk, J. (1986). Negyven éves a Lóczy. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2, 115–130.
- Falus, I. (1996). A megfigyelés. In Falus, I. (Szerk.) *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe.* Keraban Kiadó, Budapest. 125–170.
- Falus, I. (2004). A megfigyelés. In Falus, I., Tóth, I-né, Környei, M., Bábosik, I., Réthy, E-né, Szabolcs, É., Nahalka, I., Csapó, B., Mayer, M., Nádas, M. *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe.*



- Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., TÁMOP 4.2.5. 6. Fejezet [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_531\\_pedagogia/ch06.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_531_pedagogia/ch06.html)
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghost in thenursery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 14, 387–422.
- Freud, A. (1965/2008). *Normalitás és patológia a gyermekkorban*. (2. kiadás). Animula Kiadó, Budapest.
- Freud, S. (1909/2011). *Egy ötéves fiú fóbiájának analízise*. Animula Kiadó, Budapest.
- Gergely, Gy., Watson, J. S. (1998). A szülői érzelemtükrözés szociális biofeedback modellje. A csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása. *Thalassa*, 9 (1), 56–105.
- Golse, B. (2000). A megfigyelés: az elmélettől a gyakorlatig és a gyakorlattól az elméletig. *Thalassa*, 11, 15–26.
- Grossmann, K. E. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D. S. Ainsworth: Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegen über den Signalendes Babys. In Grossmann, K. E. (Ed.) *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. Kindler, München. 98–107.
- Halász, A. (1998). Csecsemőmegfigyelés – csecsemő kutatás. *Pszichoterápia*, 11, 420–428.
- Halász, A. (2014). A csecsemőkor pszichológiája, pszichopatológiája és terápiás megközelítése. In Vikár, A., Vikár, Gy., Székács E. (Szerk.) *Dinamikus gyermekpszichiátria*. 3. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 25–55.
- Halász, A. (2018). Táguló perspektíva. A csecsemőmegfigyelés szerepe a gyermek-pszichoterápiában. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 11, 5–20.
- Hámori, E. (2005). *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete: Buktatók és korrekatív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Budapest.
- Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődésemélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Hámori, E., Hédervári-Heller, É., Németh, T. (2010). *Integrált Szülő-Csecsemő Konzultációs képzés előadásanyag*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK, Piliscsaba.
- Harrach, A. (1998). Margaret Mahler 100. születésnapjára. Személyes és szakmai gyökerek Magyarországon. *Thalassa*, 9, 151–159.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. (2. kiadás). Animula Kiadó, Budapest.
- Illyés, Gy-né, Illyés, S., Jankovich, L-né, Lányi, M-né (1968). *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Larrieu, J. A., Bellow, S. M. (2004). Relationship assessment for young traumatized children. In Osofsky, J. D. (Ed.) *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New York: Guilford Press. 155–172.
- Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants classified as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.) *Attachment in the preschool years*. University of Chicago Press, Chicago. 121–160.
- Martin, E., Wawrinowski, U. (2014). *Beobachtungslehre. Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung*. (Auflage 6). BeltzJuventa, Weinheim.
- Miron, D., Lewis M. L., Zeanah, C. H. Jr. (2009). Clinical Use of Observational Procedures in Early Childhood Relationship Assessment. In Zeanah, C. H. Jr. (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. (3<sup>rd</sup> Edition). The Guilford Press, New York, London. 252–265.
- Nemes, L. (1996). Fordulópontok a csecsemő lelki életének pszichoanalitikus felfogásában. In Lukács, D. (Szerk.) *Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 1995. évi konferenciája*. Animula Kiadó, Budapest. 28–35.
- Ney, K. Szöllösi, Á. N., Fenes, D., Gervai, J. (2005). A szülő-csecsemő interakciók jellemzői és kódolási lehetőségei. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 38–48.
- Novák, A., Lakatos, K. (2005). Atipikus anyai viselkedés elemzése: az AMBIANCE kódrendszer. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 49–58.

- Papoušek, H. (1967). Experimental studies of appetitional behavior in human newborns and infants. In Stevenson, H. W., Hess, E. H., Rheingold, H. L. (Eds.) *Early behavior: Comparative and developmental approach*. John Wiley, New York. 249–277.
- Petrányi, Gy. (Szerk.) (1975). *Belgyógyászati diagnosztika*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Piaget, J. (1936/1952). *The origins of intelligence in children* (M. Cook, Trans.). W. W. Norton & Co.
- Piaget, J. (1937/1954). *The construction of reality in the child* (M. Cook, Trans.). Basic Books.
- Pikler, E. (1969). *Adatok a csecsemő mozgásfejlődéséhez*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikler, E. (1978). *Az egészséges csecsemő és gyermek fejlődése és gondozása. 1., 2., 3. kötet. (2. kiadás)*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Rajnik, M. (2010). A csecsemőmegfigyelés szerepe a baba-mama terápiákban. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyerekkorban. Regulációs zavarok*. XII. Családbarát Konferencia. Konferenciakötet. Országos Gyermekeségügyi Intézet, Budapest. 35–40.
- Robertson, J. (1953). *A two-year-old goes to hospital. A scientific film record (film)*. Nacton, UK: Concord Film Council.
- Sipos, L. (2017). *Anyag- gyermek interakciók játékhelyzetben: a perinatális rizikó jelentősége 12 hónapos korban*. Doktori (PhD) disszertáció, ELTE, Budapest.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study of the Child, (1)*, 53–74.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York. Magyar kiadás: (2002). *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books, New York. Magyar kiadás: (2004). *Az anyaság állapota. A szülő-csecsemő pszichoterápia egységes szemlélete*. Animula Kiadó, Budapest.
- Szokolszky, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Thomas, J. M., Clark, R. (1998). Disruptive behavior in the very young child: Diagnostic classification: 0–3 guides identification of risk factor and relational interventions. *Infant Mental Health Journal, 19*, 229–244.
- Tóth, I., Gervai, J. (2005). A szülő-gyermek kapcsolat és a kötődési minőség vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia, 7(4)*, 14–26.
- Tóth-Varga, V. (2019). *A pszichoanalitikus szemléletű csecsemőmegfigyelési jegyzőkönyvek környezet-pszichológiai aspektusai*. Doktori (PhD) disszertáció, ELTE, Budapest.
- Trenkel, A. (1984). A bálinti orvosi beszélgetés. Kísérlet a terápiás dialógus lényegmeghatározására. In Luban-Plozza, B., Dickhaut, H. H. (szerk.) *A Bálint csoportok gyakorlati kérdései. Kapcsolati diagnosztika. Kapcsolati terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a discription of primary intersubjectivity. In Bullowa, M. (Ed.) *Before speech*. University Press, Cambridge.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17*, 1–13.
- Tronick, E., Cohn, J. F. (1989). Infant-motherface-to-faceinteraction: Age and genderdifferences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development, 60*, 85–92.
- Viernickel, S., Völkel, P (2017). *Beobachten und dokumentieren im pädagogischen Alltag*. (9<sup>th</sup> Edition). Herder, Freiburg.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Hogarth, London.



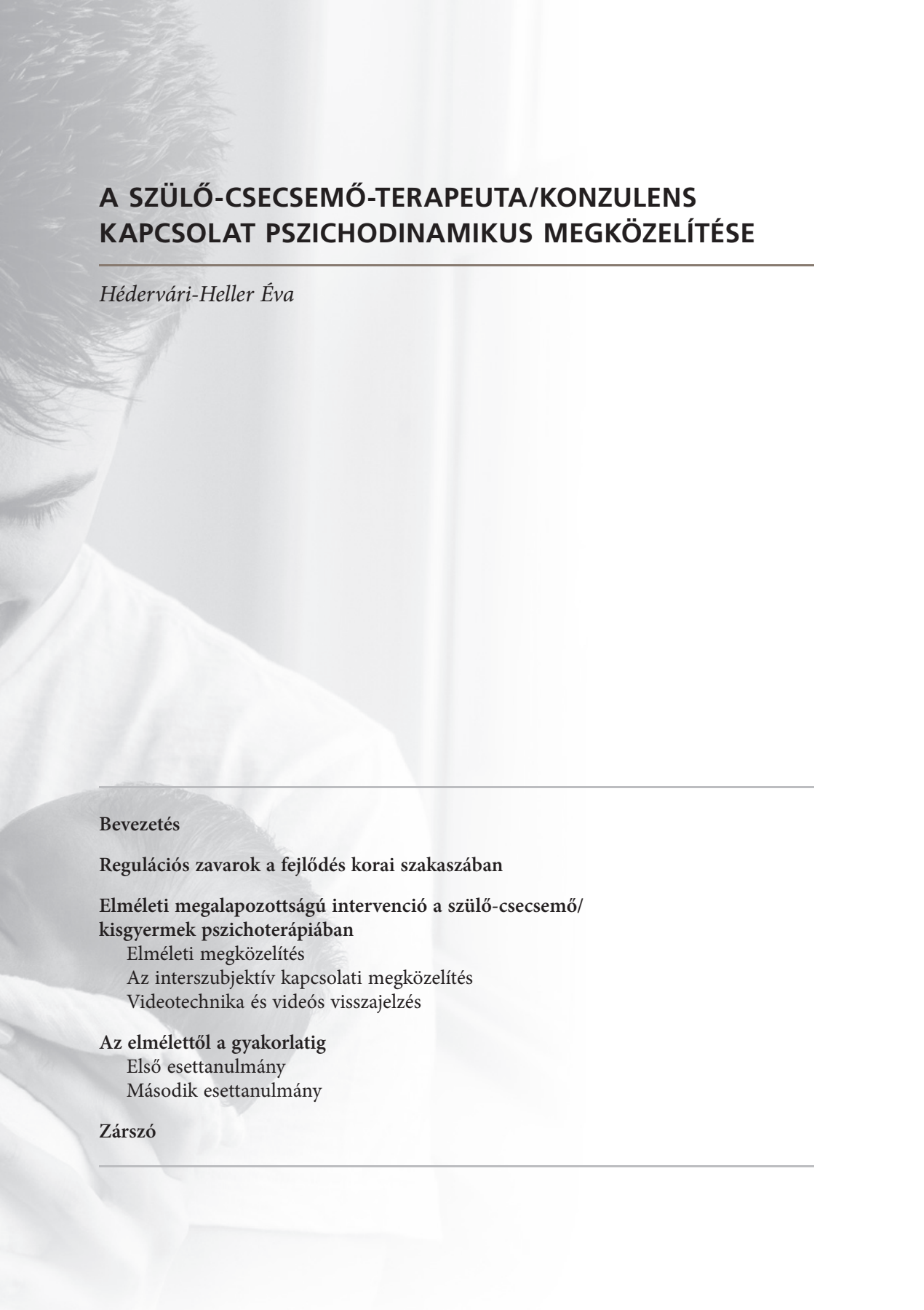


**Hivatkozás:** Hédervári-Heller, É. (2020). A szülő-csecsemő-terapeuta/konzulens kapcsolat pszichodinamikus megközelítése. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 50–69.

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia folyamán spontán kialakul egy új kapcsolat a szülő, a csecsemő és a konzulens/terapeuta háromszögében, amelynek minősége elsősorban a szakemberen múlik, és amely lényegesen befolyásolja a konzultáció és a terápia sikerét. A szakember nyitott, a másikat elfogadó hozzáállása fontos eleme a bizalmi együttműködés megteremtésének. E bizalmon alapuló, a kliens/páciens érzelmileg megtartó és támogató kapcsolat kialakulása alapvetően fontos a kora gyermekkori regulációs zavarok kezelésében.

A szakember egyik központi feladata: tudatosan dönteni arról, hogy egy adott család és regulációs zavar esetében milyen elméleti alapokon milyen intervenciók elemeket alkalmaz a konzultáció során. A klasszikus pszichoanalitikus, kötődéseméleti és interakcionista jellegű elméleti megközelítések mellett az interszubjektív kapcsolati szemlélet – a modern pszichoanalízis egy viszonylag új irányzata – különleges módon viheti előre a kezelési folyamat sikerességét.

Írásunkban a regulációs zavarok kezelésének e sajátos megközelítésébe egy rövid elméleti összefoglalót követően két videóelemzéssel illusztrált esetismertetés alapján nyerhetünk betekintést. Mindebből jól láthatóvá válik, hogyan jelenik meg az interszubjektív kapcsolati szemlélet a regulációs zavarok konfliktusdinamikájának, valamint a terápiás/konzultációs kapcsolat pszichodinamikus folyamatának a megértésében.



# A SZÜLŐ-CSECSEMŐ-TERAPEUTA/KONZULENS KAPCSOLAT PSZICHODINAMIKUS MEGKÖZELÍTÉSE

---

*Hédervári-Heller Éva*

---

**Bevezetés**

**Regulációs zavarok a fejlődés korai szakaszában**

**Elméleti megalapozottságú intervenció a szülő-csecsemő/  
kisgyermek pszichoterápiában**

Elméleti megközelítés

Az interszubjektív kapcsolati megközelítés

Videotechnika és videós visszajelzés

**Az elmélettől a gyakorlatig**

Első esettanulmány

Második esettanulmány

**Zárszó**

---

E szöveg egy eredetileg német nyelven megjelent publikáció módosított és kibővített változata: Hédervári-Heller, É. (2018). Eltern-Säuglings/Kleinkind-Psychotherapie in Theorie und Praxis. In Mall, V., Voigt, F., Jung, N. (Eds.) *Frühe Entwicklung und Kommunikation. Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie*, Band 3. Schmidt-Römhild, Lübeck, 165–177. Fordította: Major Judit. A kiadó engedélyt adott a kézirat felhasználására, e kötetben való átdolgozott megjelentetésére.

## Bevezetés<sup>1</sup>

*A terápiás kezeléshez hasonlóan a konzultáció sikere kezdettől fogva nagymértékben függ a szakember és a kliens/páciens között spontán kialakult szakmai kapcsolat minőségétől.* A konzulens/terapeuta többirányú elméleti felkészültsége, gyakorlati tapasztalata, rugalmassága, emberképe és szemlélete egyaránt erős meghatározói egy *érzelmileg támogató és a másikat elfogadó konzultációs/terápiás kapcsolat* létrejöttének. A konzultációs és terápiás tevékenységek között ugyan sok hasonlóság fedezhető fel, mégis az alapképzettség alapján feltétlenül szükséges e két tevékenység egymástól való elkülönítése (Stern, 1995/2004; Halász, 2003; Hédervári-Heller, 2008/2020). A (pszicho)terápiás<sup>2</sup> képzettséggel nem rendelkező szakember csakis a konzultáció keretein belül végezheti tevékenységét.

*A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs és (pszicho)terápiás munkában a szülőket és a gyermeket együttesen tekintjük kliensnek/páciensnek* (Stern, 1995/2004), *és kapcsolatukat helyezzük a középpontba* (Lieberman és mtsai., 2015; Hámori, 2016). A csecsemő vagy a kisgyermek tünetei a konzultáció és a terápiás kezelés során közvetlenül megfigyelhetők, és ezáltal nyílik lehetőség a szakember spontán, kritikáktól mentes intervencióira (Hédervári-Heller 2008/2020). Az, hogy egy adott intervenciót milyen alapelvek szerint alkalmazunk, a konzulens és terapeuta szakmai felkészültségétől, valamint attól függ, hogy a szakember milyen elméleti háttérrel rendelkezik, és milyen konzultációs/terápiás eljárást részesít előnyben. A terápiás és konzultációs ülések során többek között a kliens-terapeuta/konzulens kapcsolat jellemzőitől és a találkozásokon történtek „itt és most” értelmezésétől függ az, hogy a szakember elsősorban *interakcionista* (McDonough, 1993; Papoušek, 1998), *pszichoanalitikus* (Baradon és mtsai., 2005), vagy *pszichoanalitikus és a kötődésemélet összevonásán alapuló* (Hédervári-Heller, 2006; Lieberman és Van Horn, 2015) *intervenció lépéseket* alkalmaz-e. Mindez az aktuális tünet – kezdetben rejtett – konfliktusdinamikájának tisztázásakor is szerepet játszik.

*A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és (pszicho)terápia – megközelítéstől, irányzattól függetlenül – mint korai prevenció és intervenció elősegíti az egészséges lelki fejlődés, valamint a biztonságos kötődés kialakulását, és sikeres kezelés esetén megszünteti a kora*

<sup>1</sup> A tanulmány olvasása előtt ajánljuk Hédervári-Heller regulációs zavarokról írt elméleti tanulmányának feldolgozását könyvünk I. kötetében.

<sup>2</sup> Magyarországon egészségügyi pszichológus szakvizsgával terápiát, pszichoterápiás végzettséggel pszichoterápiát lehet folytatni. Minden más (pedagógiai, tanácsadói) területen képződött pszichológus és egyéb segítő tevékenységet folytató szakember konzulensi kompetenciákkal rendelkezik.

gyermekkorban fellépő érzelem- és viselkedésszabályozási (regulációs) kisiklásokat és zavarokat (a regulációs zavarokról lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk I. kötetében).

A legfontosabb kérdések egyike, hogy egy adott módszer mely zavarra és mely család számára a leginkább megfelelő. Tisztáznunk kell továbbá azt is, hogy mi segítheti elő legfőképpen a sikeres kezelést (Berlin és mtsai., 2016). A szülők és a csecsemő/kisgyermek közös konzultációs/terápiás kezelésének – a különböző módszerek figyelembevételével – alapvető céljai a következőképpen fogalmazhatók meg:

1. a *pszichodinamikus megközelítés* szerint a fő cél többek között a szülők támogatása abban, hogy (a) hozzáférjenek saját, legfőképpen a gyermekkorukból származó tapasztalataikhoz, valamint (b) hogy reflektáljanak a gyermekkel szembeni negatív érzéseikre,

2. az *interakcionista megközelítés* szerint a hangsúly a szülő-gyermek interakción van az „itt és most” helyzetekben,

3. míg a *kötődéseméleti fókuszú megközelítés* esetén a célunk a biztonságos szülő-gyermek kötődés kialakulásának a támogatása (Stern, 1995/2004; Hédervári-Heller, 2006; 2008/2020).

Írásunkban egy rövid elméleti bevezető után két esettanulmány kerül bemutatásra, melyek ambuláns pszichoterápiás kezeléseket keretében történt egy-egy ülést mutatnak be. Miután az ismertetésre kerülő eseteírások szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápiás kezeléssel szívnak, gyakrabban használjuk a pszichoterápia és kevésbé a konzultáció fogalmát. Célunk, hogy a terápiás/konzultációs kapcsolat pszichodinamikus megközelítésével betekintést nyújtsunk az integrált elméleti alapokon nyugvó szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápia gyakorlatába, mely során egyaránt alkalmazzuk a viselkedés megfigyelését, a pszichodinamikus alapokon nyugvó beszélgetést és a videófelvételek alapján zajló visszajelzést (Stern, 1995/2004; Papoušek és mtsai., 2004; Hédervári-Heller, 2008/2020; Németh, 2010, 2012).

Amikor rövid idő alatt, néha csupán egy kezelési ülésen belül, megváltoznak a tünetek, a gyakorlat nyilvánvalóan igazolja az alkalmazott elméleti koncepciókat. Ezek a gyakran hihetetlen gyors változások *bátorítják a szülőket arra, hogy a szakember támogatásával saját viselkedésükre, saját magukról és a gyermekükre kialakult reprezentációikra reflektálhassanak, és viselkedésüket belső motivációból kiindulva változtathassák meg.* A gyors változásoknak köszönhetően a szülők későbbnek mutatkoznak arra is, hogy *terápiás támogatással közelebb kerüljenek a saját és gyermekük belső világához.* E pozitív folyamatoknak jelentős feltétele az érzelmileg megtartó konzultációs vagy terápiás kapcsolat.

Ha a gyermek viselkedési állapotában gyors változás történik tüneti szinten, az önmagában még nem minden esetben garantálja automatikusan a hosszú távú stabilitást. A tünet megváltozása gyakran az első lépés abban az irányban, hogy intenzív terápiás keretek között, a gyermek jelenlétében kezelhessük az intrapszichés (egyéni belső) és interperszonális (egymás közötti) konfliktusokat (Molnár, 2019). Azáltal, hogy a gyermek problematikus viselkedéséről és a szülő-gyermek interakciókról *videófelvételeket* készítünk, lehetővé válik a felvételek aprólékos elemzése is. A központi kérdések egyike, hogy egy pszichoterápia hatékonysága mennyiben függ a módszertani eljárástól – az itt később bemutatásra kerülő példákhoz hasonlóan –, illetve hogy a gyors változások in-

kább a „véletlennek”, vagy az elméleti megalapozottságú terápiás intervencióknak köszönhetőek-e? Erre és más hasonló kérdésekre adott válaszaink gyakran nem kielégítőek. Az elméleti megfontolások több esetben a konzultációs vagy terápiás ülések után teszik lehetővé a kezelési folyamatok magyarázatát és értékelését.

## Regulációs zavarok a fejlődés korai szakaszában

A csecsemők és kisgyermekek átmeneti nehézségei abban, ahogy lelkiállapotukat, viselkedésüket és testi folyamataikat szabályozzák, a tipikus fejlődés velejárói, és önmagukban nem tekinthetők regulációs zavarnak. *A regulációs zavarok többek között excesszív sírásban/krónikus nyugtalanságban, alvászavarokban, továbbá táplálkozási-, evés- és gyarapodási zavarokban nyilvánulhatnak meg* (Papoušek és mtsai., 2004; Hédervári-Heller, 2008/2020; ZERO TO THREE, 2016/2019). Amennyiben a fenti jelenségek intenzitása és időtartama egy orvosi és pszichológiai szempontok alapján meghatározott tipikus határt átlép, akkor a kora gyermekkori viselkedésszabályozás zavarairól beszélünk. Tudományos becslések szerint minden negyedik vagy ötödik egészséges csecsemőnél fel léphet – legalábbis átmenetileg – sírással és alvással kapcsolatos probléma, vagy nehézségek az etetés és az evés terén. Németországi vizsgálatok eredményei szerint klinikai súlyosságú regulációs zavar csak a csecsemők és kisgyermekek körülbelül 4%-ánál fordul elő (Papoušek és mtsai., 2004). Nem reprezentatív kórházi adatfelvételek alapján kb. 5–15%-ban jelentkeznek regulációs problémák Magyarországon (Scheuring és mtsai., 2011). A nemzetközi szakirodalomban általánosan 5–20%-os előfordulási gyakoriságokról olvashatunk, a nagy különbségeket a vizsgálati feltételek változatossága magyarázhatja. Kultúrközi összehasonlítások céljából ugyanazon mérőeszközöket alkalmazó, azonos mintavételi és adatfelvételi eljárással zajló empirikus kutatásokra van szükség. Mivel a legtöbb kis mintán nyert statisztikai adatok nem reprezentatív mintákon alapulnak, ezért interpretációjuk óvatossággal igényel.

*A regulációs zavarok klinikai szempontból a csecsemő- és kisgyermekkori pszichés vagy pszichoszomatikus zavarok megjelenési formái. E korai zavarok, ha kezeletlenül maradnak, a későbbi pszichogén megbetegedések előfutárai is lehetnek.*

## Elméleti megalapozottságú intervenció a szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápiában

### Elméleti megközelítés

Ebben az alfejezetben a módszertani és kezeléstechnikai megfontolások kerülnek a középpontba. A szerző célja, hogy a terápiás intervenciókra vonatkozóan a szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápiában érvényesülő elméleti megfontolásait szemléltesse.



Azóta, hogy az Amerikai Egyesült Államokban *Selma Fraiberg*, pszichoanalitikus és szociális munkás úttörőmunkát végzett a kora gyermekkori regulációs zavarok szisztematikus kezelése terén (Fraiberg és mtsai., 1975; Fraiberg, 1980), világszerte – különböző elméleti irányvonalak alapján – számos terápiás megközelítés született (Stern, 1995/2004; Papoušek és mtsai., 2004; Baradon és mtsai., 2005; Hédervári-Heller, 2008/2020; Lieberman és van Horn, 2015).

Német nyelvterületen a Papoušek házaspár, *Mechthild és Hanuš Papoušek* foglalkozott elsőként e problémakörrel (Papoušek és Papoušek, 1987; Papoušek, 2018). A müncheni egyetemi klinika gyermekközpontjában az 1990-es évek elején megalapozták a kora gyermekkori regulációs zavarok kezelését, tudományos vizsgálatát, és beindítottak egy széleskörű interdiszciplináris szakemberképzést. A napjainkig működő „*Müncheni Sírásambulancia*” néven világszerte ismertté vált központ útmutatóvá vált a regulációs zavarok kutatása, az elméleti ismeretek elterjesztése és gyakorlatba való átültetése terén. A „*müncheni interakció-központú szülő-csecsemő/kisgyermek tanácsadás és pszichoterápia*” kezelési módszer évtizedek óta tartó tudományos munkán alapul, melynek során többek között az újszülöttek és csecsemők viselkedési állapotait, kommunikációs képességeit és az intuitív szülői magatartást kutatták (Papoušek, 1996, 1998, 2018; Papoušek és mtsai., 2004).

A különböző elméleti alapokra épülő szülő-csecsemő konzultáció és terápia hatékonyságára néhány nemzetközi kutatási eredmény is rámutat (Robert-Tissot és mtsai., 1996; Papoušek és mtsai., 2004; Lieberman és mtsai., 2015). Hosszú évek gyakorlati tapasztalata alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy *a gyakorlatban ritkán valósul meg egy adott módszer kizárólagos alkalmazása. A terápiás intervenció sikeresebbnek tűnik, ha a szakemberek nyitottabbak a különböző elméleti megközelítésekre, és ha a szülői reprezentáció és a szülő-gyermek interakció megváltoztatására nemcsak „egykapus” megoldásokat alkalmaznak* (pl. a pszichoanalitikus vagy az interakcionista szemléletet), hanem mindkét irányban nyitottak a terápia során (Stern, 1995/2004; Hédervári-Heller, 2008/2020).

Esetről esetre, intuitíven vagy tudatosan, de a terapeuták hol az egyik, hol a másik módszer elemeit vetik be a terápiás intervenció során. *A terapeuta feladata, hogy lehetőség szerint minél előbb felfedezze, milyen módon és milyen elméleti szemlélet alapján dolgozva érheti el az adott családot a legjobban. Célravezető, ha a kezelés során különböző megközelítésmódokat integrálunk. A terápiás kezelés sikeressége érdekében fontosabbnak tűnik az, hogy a terapeuta ráhangolódjon a páciensére, mint az, hogy ragaszkodjon egy adott módszer alkalmazásához* (Hédervári-Heller, 2008/2020). A legtöbb esetben nem indokolt az a kérdést övező bizonytalanság, hogy a különböző megközelítések ötvözésével elvész a terapeuta alapvető szakmai identitása. Inkább kívánatos, hogy a terapeuta nagyon rugalmas és nyitott legyen több terápiás szemléletre is. Ezeket pedig ne önkényes alapon, hanem egy elméletileg jól átgondolt integráció szellemében ötvözze munkájában.

Gyakran abból indulunk ki, hogy az egyes terápiás módszerek között nagy különbségek mutatkoznak. Ha azonban közelebbről megnézzük ezeket a különbségeket, korántsem annyira jelentősek, mint amennyire első ránézésre gondolnánk. Nem azon van a hangsúly, hogy egy adott módszert alkalmazzunk, hanem azon, hogy bizalommal teli terápiás kapcsolatot építsünk fel, és abból kiindulva *értsük meg a regulációs zavar pszichodinamikáját és a szülő-gyermek pár konfliktusdinamikáját*. A terápiás intervenciók

hatékonysága többek között abból adódik, hogy *a szülőkkal együtt dolgozunk ki panaszainknak megfelelő lehetséges megoldásokat, és vizsgáljuk meg, hogy azokat át lehet-e ültetni a mindennapi gyakorlatba.* Munkánk során figyelembe kell venni a családok egyedi sajátosságait, a családtagok pszichés állapotát, a változásra való hajlamosságát stb. Az intervenciók során nem „tanácsot” adunk, nem értékelünk, hogy mi a helyes és mi a helytelen, hanem *az adott gyermek és a családja szükségleteihez és a helyzet sajátosságaihoz igazodva keressük közösen az optimális utat az eddigi szokások, észlelések és interpretációk (értelmezések) újrastrukturálásához.*

A csecsemő vagy a kisgyermek kórképét, tüneteit nyilvánvalóan úgy lehet a legjobban megváltoztatni, ha a probléma anamnéziséből és más, az anamnézis során felvett, a regulációs zavar szempontjából releváns adatokból indulunk ki. A múlt tapasztalatainak a felidézése, ezek interpretációja, valamint az „itt és most” zajló szülő-gyermek interakció megfigyelése segítségével könnyebben megtaláljuk a regulációs zavar kezelésének a megfelelő módját. A gyermek és a szülők együttes jelenléte tartósan hozzájárul a szülő-gyermek kapcsolat intrapszichés és interperszonális sajátosságainak tisztázásához. A család aktuális élethelyzetét és szociális hálóját is figyelembe vesszük, ahogyan ez a „*müncheni modell*”-ből is ismert (Papoušek, 1998).

A szülő-csecsemő/kisgyermek terápia integrált szemlélete, melynek e tanulmány szerzője is követője, pszichoanalitikus, interakcionista és kötődéseméleti módszereket egyaránt figyelembe vesz. A szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápia keretén belül végzett tevékenységére a következő pszichoterápiás megközelítések voltak hatással:

1. a döntően interakcionista irányultságú „*müncheni modell*” (Papoušek, 1998, 2018; Papoušek és mtsai., 2004),

2. a *Lieberman és munkatársai* által San Franciscóban kifejlesztett kötődéseméleti és pszichoanalitikus szemléletű *gyermek-szülő pszichoterápia* („*Child-Parent Psychotherapy*”) (Lieberman és Pawl, 1993; Lieberman és mtsai., 2015; Lieberman és Van Horn. 2015; Berlin és mtsai., 2016), valamint

3. a londoni *Anna Freud Központ* pszichoanalitikus irányultságú *szülő-csecsemő pszichoterápiája* („*Parent-Infant Psychotherapy*”) (Baradon és mtsai., 2005).

A szerző a pszichoterápiás ülések során a szülők és a csecsemő/kisgyermek pszichés állapotának megfelelően, illetve a regulációs zavar tüneteitől függően választja ki az éppen előnyösebbnek tűnő módszert. Mindezek mellett a kezelést olyan szellemiség hatja át, melyben a szülők és a gyermek szuverenitása, autonómiája és individualitása a lehető legnagyobb mértékben elfogadásra talál.

A szülő-csecsemő/kisgyermek terápiák során az eddig ritkán említett új, pszichoanalitikus alapokon nyugvó „*interszubjektív kapcsolati*” szemlélet alkalmazása az intervenciók szélesebb skáláját teszi lehetővé (többek között Mitchell, 2003; Stern, 2005/2007; Altmeyer és Thomä, 2016; Brandchaft és mtsai., 2016). E nézőpont elsősorban a szülők és a gyermek, a szülők és a terapeuta, valamint a terapeuta és a gyermek közötti interakció és kapcsolat „itt és most” történéseinek értelmezésére vonatkozik. E szemléletmód, amely alább rövid bemutatásra kerül, új értelmezési keretet kínál, és a tapasztalatok szerint rendkívüli módon elősegíti a pszichoterápiás folyamatot.

## Az interszjektív kapcsolati megközelítés

Az „interszjektív kapcsolati szemlélet” központi kiindulási pontja, hogy a psziché szoros összeköttetésben áll a szociális környezettel. Létezik egy „interszjektív viszonyulás”, amelyben a szelf tudattalanul mindig viszonyul más emberekhez (Altmeyer és Thomä, 2016). Az interszjektív viszonyulás jelentését nagyon leegyszerűsítve így lehet összefoglalni:

1. két egyén között létrejövő emberi kapcsolat (pl. páciens és terapeuta),

2. ebben a kontextusban a kapcsolaton, avagy viszonyuláson közös mentális állapotot értünk, melyben az érintettek (pl. páciens és terapeuta) kölcsönösen befolyásolják egymást abban, hogy mit tapasztalnak, mit éreznek, és hogyan cselekednek,

3. az interszjektív viszonyulásban létrejön egy „interszjektív mező”, amelyben a terápiás folyamat kibontakozik (Ermann, 2016).

Az interszjektív perspektíva jellegzetesen pszichoanalitikus hozzáállással, illetve érzékenységgel kapcsolódik össze. A pszichoanalitikus intervenció ennek következtében nem valamely specifikus eljárás alkalmazásáról szól, hanem egyfajta „empátikus-introspektív” magatartásban, melyből kiindul a terápiás interakció (Orange és mtsai., 2001).

Az interszjektív kapcsolati fordulattal a „pszichopatológia” és a „tudattalan” egyaránt új értelmezést kapott (Beebe és Lachmann, 1986; Orange és mtsai., 2001). A pszichoterápiás folyamatban mindenekelőtt az aktuális, „itt és most” áttételi történések (áttétel, viszontáttétel és ko-áttétel) kölcsönhatásairól van szó (Orange és mtsai., 2001). A terapeuta nemcsak „részvevő megfigyelő”, hanem ő maga is a megfigyelés tárgya.

## Videotechnika és videós visszajelzés

Iskolától, sőt elméleti megközelítéstől is függetlenül alkalmazzuk a szülő-csecsemő/kisgyermek terápiában a videós visszajelzés (video-feedback) módszerét (lásd még bővebben Danis, valamint Góczán-Szabó és munkatársainak tanulmányát a jelen kötetben). A több mint 60 éve létező videotechnika a fejlődépszichológia és a pszichoterápia számára korábban nem is sejtett lehetőségeket rejt magában: lehetővé teszi, hogy az emberi viselkedés mélyebb rétegeibe is bepillantást nyerhessünk. Az olyan technikák, mint az állókép, a lassítás, vagy egy adott filmrészlet ismétlése, esélyt adnak arra, hogy valóságközeli módon tapasztalhassuk meg, elemezhesük és érthessük meg a gyakran összetett interakciós folyamatokat és pszichés jelenségeket (Papoušek, 2000).

A különböző hétköznapi helyzetekben videóra rögzített szülő-gyermek interakciók elemzése betekintést nyújt az anya/apa és a gyermek találkozásainak „jelen pillanataiba” (Stern, 2005/2007). A jelen pillanat maga „a szjektív tapasztalás pillanata, ahogyan az éppen megtörténik – és nem az, amit később szavakkal megfogalmazunk” (Stern, 2005/2007, 14. o.).

Akár egy mikroszkóp alatt, a videóelemzés során bontakozik ki az interakciós partnerek összjátékának legfinomabb struktúrája, valamint a kora gyermekkori regulációs zavar konfliktusdinamikája. Az interakciós történés szabad szemmel gyakran nem látható legkisebb részletei válnak így megfigyelhetővé és hozzáférhetővé a pszichés feldolgozás számára.

Így kerülhetnek tudattalan folyamatok felszínre és könnyíthetik meg a konfliktus feldolgozását (Hédervári-Heller, 2006, 2008/2020).

Sternnek azt az alapfeltevését, miszerint *a változás alapja a megélt tapasztalás* (Stern, 2005/2007), a szülő-csecsemő/kisgyermek terápiában közvetlen közletről tapasztalhatjuk meg. *A megértés, a szóbeli magyarázat, az értelmezés vagy az elmesélés önmagában nem elég ahhoz, hogy elinduljon a változás. A változások lényeges elemei azok a valódi élmények, amelyeknek az érzelmek és a valós világban végbemenő tettek egyaránt részei.*

## Az elmélettől a gyakorlatig

Az elmélettől kiindulva lényeges kérdések merülnek fel a szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápia gyakorlatára nézve: (a) Hogyan és mi által hat tulajdonképpen a terápiás intervenció? (b) Hogyan is kell elképzelni a pszichoterápiás kezelést az „új pácienssel” (a szülő és gyermek egységével)?

Két esettanulmányon keresztül nyújtunk betekintést a terápiás történebe és a terápiás intervenciókba. A két eset a poszttraumás etetési- és evési zavar<sup>3</sup> (Chatoor, 2012) tünetegyüttese tekintetében hasonlít egymásra. A tünetek a háttérben lévő, első életévben szerzett traumatikus tapasztalatok nyomán a terápiára kerülés idején – 16-tól 21 hónapos korú gyermekeknél – a DSM-5-ben leírt „poszttraumás stressz zavarként” (American Psychiatric Association, 2013) jelentkeznek. A gyermek tünetei és a diszfunkcionális szülő-gyermek interakciók tekintetében a terapeuta mindkét esetben a patológiás történe részese lesz.

## Első esettanulmány

### A kezelés oka

A 21 hónapos kislányt, Milát (a név kitalált) a szülei egy gyermek pszichoszomatikus klinika ajánlására hozzák el a rendelőmbe (lásd analitikus gyermek- és ifjúsági pszichoterápia, valamint szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és pszichoterápia). A jelentkezés oka, hogy több mint egy éve gondjaik vannak az elalvással és az éjszaka átválásával, valamint egy krónikus megbetegedés miatt nehézségei vannak a táplálékbevitellel. A kislány elutasítja a szilárd ételt, és naponta hány. Születése óta többször megoperálták, ezek, mint még nem feldolgozott traumatikus események kísérik a család életét.

A szülők nagyon gondoskodók, érzékenyen reagálnak a lányuk kívánságaira és szükségleteire, és sok mindent felvállalnak azért, hogy a nehéz orvosi kezeléseket ellensúlyoz-

<sup>3</sup> A poszttraumás etetési- és evési zavar egy korábbi (hetekre, hónapokra) visszanyúló traumás tapasztalatra épülő tünet. Gyakori példa, hogy ha egy kb. hat hónapos csecsemőt megpróbálnak fecskendővel vagy kanállal intruzív módon etetni, akkor ennek következtében a csecsemő vagy kisgyermek akár még egy év távlatában is visszautasítja az ételt, vagy azt, ha egy kanalat közelítenek a szájához. Egy korábbi erőszakos etetés, a száját, az arcot vagy garatot érintő műtétek, szondázás olyan traumás élmény lehet, amely következtében a gyermek az etetési helyzeteket és az ételt potenciális veszélyforrásként éli meg újra, és tiltakozik ellene, amikor visszautasítja az ételt.

zák Mila számára. A szülők jó intro- és retrospekciós képességekkel<sup>4</sup>, szülői kompetenciákkal rendelkeznek. Mila fejlettsége – eltekintve az előbb említett nehézségektől – korának megfelelő, sőt nagyon jó. A szüleihez fűződő kapcsolata bizalomteljes és biztonságosnak tűnik. A kötődési és az explorációs viselkedése egyensúlyban van.

A terápiás munkába az alábbiakban a hatodik terápiás ülés bemutatásán keresztül tekinthetünk be. Az étkezési helyzetről itt készült első alkalommal videófelvétel.

## Terápiás intervenció

A hatodik terápiás ülésen az anya és Mila vannak jelen. Kezdetben az anyával beszélgetünk Mila bevonásával, majd előzetes megbeszélésünknek megfelelően jelzem, hogy visszahúzódok a beszélgetésből. Elmondom, hogy a videokamera mögé megyek, csendben leszek, és filmre veszem, ami éppen történik.

1. *jelenet (110 másodperc)*: az anya és Mila mindketten nyugodtan ülnek egy kis gyerekasztalnál a rendelőben. Az anya kitesz egy kis tál feldarabolt gyümölcsöt az asztalra. Mila érte nyúl, és felszólítás nélkül elkezdi rágni. Az anya is eszik a gyümölcsből, egymásra mosolyognak, és barátságosan beszélgetnek. Kb. fél perc múlva Mila a kamera felé néz, mozdulatai lelassulnak, lefelé és oldalra pillant, nem rág tovább, és megmerevedik. Mila 80 másodpercig ül megfeszülve, mintha állóképet látnánk: elnémul, látszik a teljes testtartásán, mimikáján és tekintetén, hogy „lefagy”, megmerevedik. Mindezen viselkedésformák Mila disszociációs<sup>5</sup> állapotát tükrözik. Az anya kezdetben figyelmesen, barátságos arckifejezéssel nézi, majd egyre jobban ráhangolódik Mila nyilvánvalóan negatív érzelmi állapotára. Az ő mozgása, mimikája is megmerevedik kissé, nem szólítja meg Milát, és maga is disszociatív állapotba kerül. A viszontátvételben<sup>6</sup> a situációt a videokamera mögött állva egyre kellemetlenebbnek élem meg, és érzem, hogy érzelmi visszahúzódásom etikailag nem vállalható fel tovább.

2. *jelenet (115 másodperc)*: 80 másodperc múlva, ami nekem egy „örökkévalóságnak” tűnik, lágy hangon megszólítom Milát, és így oldom a helyzetet: „Nem megszokott számodra, hogy én egy szót sem szólok”. Mila nem reagál erre a barátságos, mégis tartalmazó negatív jelentésű kijelentésemre. A reakciójából arra következtetek, hogy a szavaim

---

<sup>4</sup> Az *intro- és retrospekciós képesség* az itt használt értelemben a pszichoanalízis elméletéhez kötődik. Az introspekció az önmegfigyelésre vonatkozik, a retrospekció a múltba való visszatekintési képességre utal.

<sup>5</sup> A *disszociációs állapot* egy érzelmileg túlterhelt helyzetre adott reakció, mely mögött a korábban átélt és lelkileg még nem feldolgozott traumás események rejlenek. Az egyén a disszociációval a még nem integrált, érzelmileg túlárasztó traumás élményt hárítja el magától „hasítással”, és így védi önmagát tudattalanul a lelki fájdalom újra átélésétől. Ebből a konfliktusdinamikából adódóan jön létre a nem integrált, *fragmentált (töredezett) lelki állapot*. Megszűnik a kapcsolat a külvilággal, és az egyén önvédelemből visszavonul a belső pszichés állapotába. Mindez egyfajta transzállapotra emlékeztet, és rendszerint a *poszttraumás stressz zavarhoz* (posttraumatic stress disorder, PTSD) kapcsolódik tünetként a csecsemőkortól kezdődően. A disszociációs állapotok és a disszociáció mint kórkép megértésére és kezelésére a pszichoanalitikus elmélet nyújtja a leghasznosabb magyarázatokat (Baradon és mtsai., 2005; Winkelmann, 2007; ZERO TO THREE, 2016/2019).

<sup>6</sup> A *viszontátvétel* egy pszichoanalitikus fogalom, mely a terapeuta, orvos, konzulens stb. érzelmeire, gondolataira utal, a páciens/kliens viselkedésére (*átvételére*) való tudattalan reakció. Erről és más pszichoanalitikus fogalmakról bővebben olvashatunk Koller tanulmányában, e könyv I. kötetében.

nem jutottak el hozzá, illetve nem a megfelelő szavakat használtam. Ezt azonnal követi a második verbális intervencióm, melyben tudatosan pozitív üzenetet szeretnék megfogalmazni, olyasmit szeretnék mondani, ami ismerősen cseng Mila számára, és „kirántja” a disszociációból. „De a kamerát ismered, ugye?” – mondom másodsorra. Mila elfogadja második verbális interakciós ajánlatomat, és felszabadultan fellélegzik. Mosolyog, és újra elkezd beszélni és enni, majd szavait felváltva intézi hozzám és az anyukájához. Mila mellett az anyukája is újra ellazul, és a megszokott érzékenységgel reagál Mila jelzéseire. Mila azon fáradozik, hogy kapcsolatba lépjen velem, és ültő helyéből gyümölcsössel kínál engem is. Azért, hogy ne vonjam el a figyelmet az anya-gyerek interakcióról, visszafogottan reagálok Mila kínálgatására: „Milyen sok gyümölcsöd van!” Mila egyre konkrétabb lesz, hogy jelezze, egy darab gyümölcsöt szeretne nekem adni. Ismét felém nyújtja a gyümölcsös edényt, és azt kérdezi: „Egyet? – Később!” – felelem. Úgy tűnik, Mila elégedett a válaszzal, hogy nagyvonalú ajánlatát később szándékomban áll elfogadni. Pár percig még az asztalnál ül, elégedetten falatozik, és anyukájával – ahogy a felvétel kezdetén is – boldogan cseverészik.

## Interpretáció

A fent leírt jelenetben, az interszubjektív kapcsolati szempontból nézve jól látszik, hogy a résztvevők (Mila, az anyukája, a terapeuta) hogyan befolyásolják egymást kölcsönösen tapasztalati, érzelmi szinten és tetteikben egyaránt, és ezáltal hogyan jön létre egy viszonyulás, vagyis egy közös mentális állapot (a hallgatástól és a megmerevedéstől az ellazulásig és az újbóli beszélgetésig). *A terapeuta is a történések részese, amikor szubjektív élményéből kiindulva cselekszik*, és megszólítja Milát, hogy a kislány disszociációját feloldja. *Nem marad a résztvevő megfigyelő szerepében, hanem aktívan hatást gyakorol a történésekre.* Ez a fajta terápiás intervenció ritka, és csak a fent vázoltakhoz hasonló, különleges helyzetekben javasolt alkalmazni. A Milára és az anyukájára gyakorolt pozitív hatás azonban nem magyarázható pusztán a terapeuta aktivitásával és a megváltozott interakcióval. Sokkal inkább azzal, hogy Mila és a terapeuta közötti kölcsönösségből létrejött egy közös „mentális állapot” (*interszubjektív viszonyulás*). Mila a maga részéről reagál a terapeutára, kommunikál vele és az anyával, folytatja az aktivitást, és pozitív érzelmi állapotra vált.

Mila *disszociációja* interszubjektív kapcsolati szempontból „patológiás alkalmazkodásként” (Brandchaft és mtsai., 2015) értelmezhető. A „*patológiás alkalmazkodás*” *fejlődésfüggő, ismételt és fel nem dolgozott traumatikus interakciós tapasztalatok következtében jön létre.* Mila esetében ezek a tapasztalatok a kórházi tartózkodások és az orvosi beavatkozások. A terapeuta visszahúzódása és a Mila által kontrollálhatatlan passzivitás újra előidézi a korábbi traumatizáló eseményeket, és érzelmileg túlterheli a kislányt. A terapeuta megváltozott viselkedéséből adódó helyzet – a terapeuta a kamera mögött, mint az események megfigyelője – feltehetően előidézi azokat a traumás kórházi eseményeket, amelyekben Mila nem cselekedhetett, melyek kontrollálhatatlanná váltak a számára. Ez a helyzet Milát a kórházi traumatikus eseményre emlékeztetheti, melyet jelentős distresszként újra átél, és ezáltal disszociatív állapotba kerül.

A traumatikus tapasztalatok Mila anyukáját is érintik. Érzékeny és gondoskodó anya, aki saját traumatizáltsága miatt, amit Mila megbetegedése okozott, nem tud reagálni a

kislánya disszociációjára. Végül *a terapeuta veszi át a reguláló harmadik fél szerepét*, és kötődéseméleti szempontból néhány percre a „biztos bázissá” (Ainsworth és mtsai., 1978; Bowlby, 1995) válik Mila és az anya számára. A rövid diszfunkcionális anya-gyermek interakció ezáltal megszűnik, és ismét „illeszkedés” áll be (Stern, 2016) az interakcióban.

A szülők a gyermek jelenlétében érdeklődően és elgondolkodva reagáltak a videófelvétel visszanezésekora és a megbeszélésén. Ezek feltétele a kritikáktól és a negatív interakcióktól mentes, bizalomra épülő terapeuta-szülő kapcsolat volt. A terápiás intervenció során nem került sor a „mi a jó és mi a nem megfelelő” jellegű értékelésre, vagy megszegyenülést előidézö kommunikációra, nem a diszfunkcionális interakció volt a fókuszban, hanem a történetek leírása, és ennek pszichodinamikus elemzése. A szülők ebben az öket elfogadó és nem értékelö, hanem érzelmileg megtartó és a közös megértésre koncentráló megbeszélésén elmondhatták aggodalmaikat. Mindezek mellett „aha”-élményként tudták közölni saját megfigyeléseiket, miszerint Mila odahaza is kerül disszociációs állapotokba. Ezekről a szülők mindeddig nem számoltak be, mivel nem tulajdonítottak neki jelentöséget. Mila ezen állapotait nem mint zavart, hanem mint álmódosztást interpretálták. Több esetben a szakemberek is hasonlóan értékelik a kora gyermekkori disszociációs állapotokat, ha nincs erröl megfeleöl elméleti ismeretük. A közös, pszichoanalitikus beszélgetésén alapuló videóelemzés nem csupán a megértés szintjén volt pozitív hatású, hanem a szülők Mila disszociációs állapotaira adott megváltozott reakcióiban is. A folyamatban jelentösnek bizonyult az integrált szülő csecsemö/kisgyermek konzultáció és terápia (ISZCSK) kezelési módszerének az alkalmazása, melyről bővebben betekintést nyerhetünk Hédervári-Heller (2008/2020) kötetében, illetve Hédervári-Heller és Németh e könyvben található tanulmányaiban.

A terápiás folyamat során, többek között a videó visszajelzés alkalmazásával szerzett ilyen és ehhez hasonló tapasztalatok elengedhetetlen motivációt jelentenek arra nézve, hogy a szülők ráhangolódhassanak a terápiás folyamatra. *A regulációs zavar megértése mellett a szülők gyermekkorra, különösen a kötödesi tapasztalataik, a szerelmespárként és szülopárként megélt kapcsolatuk, a gyermekhez füzöde kapcsolatuk, aktuális élethelyzetük, félelmeik, fantáziáik és a jövőre vonatkozó vágyaik a terápiás beszélgetések fontos témái.* Mila alvási problémái és étkezési nehézségei néhány ülés után javultak. Ezek a változások azonban még nem voltak elég stabilak, és számolni lehetett a visszaesés veszélyével. A szülők azon vágya, hogy folytassák a terápiát, összecsengett a terapeuta elképzelésével. A betegbiztosító jóváhagyta a terápiás kérelmet, és végül a terápiás folyamat kétévi és 80 órányi ülés után zárult le eredményesen.

## Második esettanulmány

### A kezelés kiinduló pontja és oka

Egy gyermekgyógyászati központ javaslatára hozzák pszichoterápiás rendelömbbe a 14 hónapos Jahnt (korát és nevét megváltoztattam) súlyos etetési, evési és gyarapodási zavarok miatt. A szülök politikai menekültekként élnek – állandó letelepedési joggal – több mint 20 éve Németországban. Az apa jól beszél németül, az anya keveset ért, de nem beszél a német nyelvet. Az apa és a családot kísérol szociális munkás fordítanak neki.

Jahn azonnal bukik, ha szilád étel kerül a szájába. Magától semmit nem vesz a szájába, teljes mértékben hiányzik nála az orális exploráció. Cumisüvegből csak tejet iszik, bár az utóbbi időben a szülők elmondása szerint azt is megtagadja. Az etetési zavar hathónapos korában kezdődött, amikor Jahn egy fertőzés miatt hányt, és ettől kezdve csak tejet fogadott el a cumisüvegből. Kétségbeesésükben a szülők kényszeretetéshez is folyamodtak. A többszöri orvosi vizsgálatok nem mutattak ki organikus okot Jahn regulációs zavarának hátterében.

Jahn koraszülöttként, 26 hetesen jött a világra, sürgősségi császármetszéssel, 920 gramm volt a születési súlya. Négy hónapig volt kórházban az iker lánytestvérével együtt, az első két hónapban mesterségesen táplálták.

A szülőkön látszik, hogy érzelmileg nagyon meg vannak terhelődve, az anya depresszívnek tűnik. Rögtön a kezelés kezdetén jelzik, hogy nem önszántukból jöttek. Aligha hiszik, hogy pszichológiai beszélgetések segítenének Jahn problematikus evési szokásain. Az elutasító hozzáállás dacára a szülőket könnyen meg lehet szólítani – olyannyira, hogy a kezdetben konzultációs ajánlatot követő terápiás kezelésre is jó esélyeket látok. Néhány ülés után beigazolódik előzetes feltevés.

Jahn félénknek tűnik, ugyanakkor, ha vonakodva is, de reagál, amikor kapcsolatba akarok lépni vele. Az első ülések során túlnyomórészt apukája, néha anyukája ölében ül, és figyelmesen követi a beszélgetést. Újra és újra bevonom őt is a beszélgetésbe, és közvetlenül is megszólítom. Nem felel, de barátságos és érdeklődő arckifejezéssel néz rám. Jahn nem nagyon mutat érdeklődést a rendelőben lévő játékok iránt. Testi- és mozgásfejlődésében korához képest fiatalabbnak és érzelmileg erősen megterhelteknek tűnik. Arckifejezése többnyire komoly.

Iker lánytestvére, akinél Jahnnal ellentétben nem mutatkoznak evési vagy más problémák, minden ülésen jelen van. Ő a korának megfelelően vidáman játszik, és aktívan válaszol, ha megszólítom. Autonóm viselkedésével mintha demonstratívan jelezné, hogy ő így járul hozzá a zavartalan beszélgetéshez, és örül annak, hogy ő is jelen lehet a történetekben.

## **Terápiás intervenció**

Az ötödik, összesen 90 perces terápiás ülésen rövid videófelvételek készülnek különböző étkezési helyzetekről. Az a különleges, hogy a szülőkkel, előzetes megbeszélés alapján, azonnal visszanezzük és elemezzük a rövid felvételeket. A videós visszajelzés célja, hogy együtt figyeljük meg, mi is történik, és ebből kiindulva megfontoljuk, hogy Jahn vajon mire reagálna pozitívan, és vajon mi az, amit a szülők is el tudnának fogadni. Először Jahn étkezési helyzet iránti érdeklődésének a felkeltésén van a hangsúly. A terápiás intervenciónak és az érzelmileg megtartó terápiás kapcsolatnak köszönhetően ez alatt az egyetlen ülés alatt korábban nem sejtett változások történnek Jahn viselkedésében. A cumisüveg immár 6 hónapig megszokott elutasításától a kanállal való játékon át végül is elfogadja az ételt (joghurt), lenyalogatja az anyukája ujjáról, elkezd vokalizálni, és komoly arc-mimikája vidámmá válik. Azért, hogy jobban el tudjuk képzelni ezt a nem sejtett gyors változást, a következőkben részletes ismertetésre kerülnek a kulcsfontosságú rövid videófelvételek és ezek interpretációja.



1. *jelenet (65 másodperc)*: Jahnt apukája tartja a karjában, anyukája előkét köt a nyakába, és minden szó nélkül állva nyújtja oda neki a cumisüveget. Az apa karján Jahn 20 másodpercig iszik belőle, aztán eltolja magától. Amikor az anya újból és újból megpróbálja a cumisüveget nyújtani felé, Jahn hevesen tiltakozik. Az anya kérdően és elbizonytalanodva néz rám, a videokamera irányába. Mintha arckifejezésével azt mondaná, „látja, ezt éljük át napról napra, és nem tudjuk, hogy mit tegyünk”.

2. *jelenet (50 másodperc)*: Jahn továbbra is apukája karjában van, az anyukája letargikusan, cumisüveggel a kezében áll előttük. Elveszettnek tűnik. Jahn a kamera felé fordul, amelyik mögött én állok, és kérdően néz rám, hasonlóan, mint az anya az első jelenetben. Az anya is újra felém pillant. Jahn és az anya pillantásait felszólításnak veszem arra, hogy tegyek valamit. Lágy hangon így szólok: „Anyának van valami finomsága a számodra”. Az anya arcán halvány mosoly suhan át. Ismét Jahn felé nyújtja a cumisüveget, amit a kislány megszokott módon ismét visszautasít, de közben a karját kinyújtva átkéredzkedik anyukájához. Az anya ölébe veszi fiát, és fekvő csecsemői helyzetben próbálja megkínálni a cumisüveggel. Jahn egész testével elfordul, és határozottan jelzi, hogy nem kíván az üvegből inni, és megint felém néz. A felém vetett pillantását ezúttal hang is kíséri. Ezt a jelzést is segítségkérésnek értelmezem. Megismétlem a korábbi mondatot, mintegy válaszként a Jahn által kiadott hangra, és nyugtató, lágy hangon így szólok: „Igen, anyánál van valami finomság a számodra. Hm. Valami nagyon fincsi”. Jahn ekkor anyukája mellkasához simul, és eltolja magától a cumisüveget. Mintha jelezné, hogy inkább érzelmi és testi közelségre vágyik.

3. *jelenet (80 másodperc)*: Jahn anyukája ölében ül, a videóelemzés közben megbeszéltek szerint kanalat tart a kezében, vizsgálgatja, és közben mosolyog. Az első találkozás óta most látok először ennyire ellazult, pozitív arckifejezést rajta. Az apa kiveszi Jahn kezéből a kanalat, és elkezdi etetni vele. A kislány halkán tiltakozik, és mutogatja, hogy szeretné visszakapni a kanalat. Az apa nem adja vissza a kanalat, mivel fél, hogy Jahn csak játszani akar vele és nem enni. Jahn ebben a helyzetben korának megfelelően reagál. Újra és újra a kanálért nyúl, érdeklődve nézi a joghurtot, ami közben a kezére kenődik. Az anya azonnal letörli az ujját. Jahn egy rövid időre abba hagyja a védekezést, a szülei meg tudják etetni pár falattal. Kitartó érdeklődése az iránt, hogy újra megkaparinthassa a kanalat, jele annak, hogy evés közben korának megfelelően örömet leli abban, ha ő maga is aktívan részese lehet. Ez a jelenet a videó visszajelzés során fontos lesz a tekintetben, hogy lássuk, Jahn étkezés közbeni viselkedése megváltozik, ha maga az étkezési helyzet is változik.

Ez alatt a 80 másodperces 3. jelenet alatt láthatóvá válik, hogy a szülők képzeletvilágában még nincs feltételezés arról, hogy Jahn egyedül szeretne enni, és erre korának megfelelően képes is. Így a szülők még nem érhették el azt a pontot, hogy Jahn autonómiára irányuló törekvéseit jóváhagyják és támogassák. Ennek megfelelően a terápiás intervencióban ajánlatos különösen elővigyázatosnak lenni. Az a feladatom, hogy az „itt és most” történést leírjam, és a gyermek szempontjából értelmezem. A szülőket pedig bátorítani kell arra, hogy elmondják a saját megfigyeléseiket, hogyan élték meg belülről a helyzetet, és azt, hogy ők hogyan értelmezik a jelenetet. A közös eszmecsere során, a jelenet felvételét követően, olyan megoldást keresünk, amelyik minden érintett számára megfelelő. Ebben az esetben az volt a közösen átgondolt megoldás, hogy az anya megpróbálja az ujjával etetni Jahnt. Ugyanis a szülők számára még nem volt elfogadható,

hogy Jahn részben önállóan is ehessen, használva a kezét vagy egy kanalat. Ezt az értelmezést nem osztottam meg a szülőkkel, mivel ők ezt nagy valószínűséggel kritikaként élték volna meg, és az addig kialakult bizalmi kapcsolatot veszélyeztette volna. Nagyjából egy hét elteltével a szülők ezt a lépést is meg tudták tenni.

*A szülők túl korai konfrontációja a terapeuta vagy konzulens megítélése szerinti megfelelő vagy nem megfelelő szülői viselkedésről legtöbb esetben nem viszi előre a gyermek regulációs problémáinak a megoldását, hanem pont ellenkezőleg, gátlóan hathat. Ajánlatos megvárni azt a pillanatot, amikor a szülők a gyermek perspektívájából kiindulva és belső motivációjukra épülve jutnak el a saját viselkedésük megváltoztatásához szükséges belátásig. A szülők viselkedésének a megkérdőjelezése a szülői kompetenciát gyengítheti meg, ami csalódáshoz, ellenálláshoz és esetleg a kezelés megszakításához vezethet. Ezzel ellentétben a fókusz a szülői kompetencia erősítésére irányul.*

4. jelenet (90 másodperc): Jahn anyukája ölében ül, arccal a kamera felé. Az ülőhelyzetet a szülők határozzák meg. A videóelemzés alapján megbeszéltek szerint, az anya ujjával eteti a kislát. Az anya mosolya megkönnyebbültségre utal, de továbbra is szótlan. Jahn elfogadja az ételt az anya ujjáról, önként nyitja a száját, és közben rám néz. Az anya elképzelt hangján így kommentálom: „Oh, ez ízlik. Egész fincsi... Hm... egész fincsi”. Az anya röviden rám néz, és mosolyog közben. Az apa azzal segít, hogy odatartja az anyának a joghurtos kanalat, melyről az anya az ujjával leveszi a joghurtot. Ez a bizarrnak tűnő jelenet arra is utal, hogy a szülők mennyire törekednek az etetés kontrolljára, valamint kisfiuk étkezési problémájának közös megoldására. Az így spontán létrejött harmonikus triadikus interakció, mint egy közös pozitív tapasztalat épülhet be a hónapok óta megzavart szülő-kisgyermek kapcsolati élmények sorába.

Jahn hangot ad ki felém, és azt mondja: „hm?”. Miután a szülők nem reagálnak, én szólok Jahnhoz a kamera mögül: „Még többet? Szeretnél még többet? Anya és apa biztosan adnak még neked” – hangzik a válaszom. Eltart egy pár másodpercig, mire az apa újra az anya felé nyújtja a joghurttal teli kanalat. A várakozás közben az anya rám néz, és ellazulva újra rám mosolyog. Visszamosolygok, és így kommentálom a helyzetet: „Úgy tűnik, hogy ízlik neki (Jahnnak), adjon még neki”. Az anya tovább eteti ujjával Jahnt, és közben megkönnyebbülve mosolyog. Jahn magától értetődően elfogadja az ételt, és ő is elégedettnek tűnik. Tekintete újra és újra felém irányul. Ezeket a pillantásokat úgy értékelem, mintha meg akarna szólítani velük, és ismét az anya helyett szólalok meg: „Olyan jól csinálod! Annyira ízlik neked!”. Ebben az utolsó jelenetben minden résztvevő nyugodtnak és elégedettnek tűnik.

A jelenet végére Jahn ikertestvére, aki addig egyedül játszott gondtalanul, az anya mellé áll, és vidáman megszólal: „én is!”. A figyelem felé irányul, mindenki mosolyog, és én hozzászólok: „igen, te is kapsz mindjárt joghurtot”.

## Interpretáció

Ahogy e tanulmányban már említésre került, Stern (2005/2007) abból az alapfeltevésből indul ki, hogy *a változás alapja a megélt tapasztalás*. Jahn és szülei terápiája teljesen igazolja ezt a feltevést. *A terápiás intervenció védett, nyugodt térben megy végbe, ahol minden érintett úgy érzi, elfogadják és figyelnek rá*, és ahol nemcsak Jahn, hanem a szülei számára is lehetségessé válik, hogy az egyébként nagyon megterhelt evési helyzetben

*újfajta tapasztalatokat szerezzenek* (játék a kanállal, evés az anya ujjáról). A terapeuta verbálisan kíséri a történéseket, amikor Jahn szándékait és érzéseit – a mentalizáció és a tükrözés<sup>7</sup> értelmében – szavakba önti, és a szülőket felkérés nélkül arra bátorítja, hogy több autonómiát biztosítsanak Jahnnak, már amennyit a szülők maguk is szorongás nélkül meg tudnak engedni. Az a terapeutai szemlélet, amely elsősorban nem a helyes és helytelen kategóriákban gondolkodik, hanem nagyfokú toleranciával a másikat elfogadó egyenjogú partnerként kezeli, elengedhetetlen feltétele a szülők gyakran eltorzult észleléseinek és cselekvéseinek a megváltoztatására.

A terapeuta itt nem használ semmilyen specifikus terápiás technikát, hanem aktívan részt vesz a történésekben, a szülőkkal és a gyermekkel együtt irányítja a terápiás folyamatot, ahogyan a jelen írás első esettanulmányában is már bemutatásra került. A terapeuta ellazult és *empatikus-introspektív hozzáállása* segíti elő azt, hogy a gyermek tünete egyetlen 90 perces ülés alatt a pszichodinamikus beszélgetések és a videóelemzés használatával gyorsan megváltozzanak. A videós visszajelzés különleges segítség ahhoz, hogy megfigyeljük és értelmezzük Jahn reakcióit különböző evési helyzetekben.

A Jahn viselkedésében tapasztalt első változások és az érzelmileg megtartó terápiás kapcsolat elegendő motiváció a szülők számára ahhoz, hogy a kezdetben konzulensi együttműködést egy rövid időtartamú, 25 órás pszichoterápiás kezelés keretén belül sikeresen folytassák. Egy regulációs zavar egy kezelési ülésen történt megváltozása, mint az itt ismertetett esetleírásnál is tapasztalható, nem elegendően stabil ahhoz, hogy ez a pozitív változás a mindennapokban is működhessen. Ez indokolja a kezelés folytatását.

Hasonlóan a fent bemutatott két videós visszajelzést alkalmazó terápiáról szóló esettanulmányhoz, *számos terápiás kezelés vagy konzultációs találkozók során intuitív módon sor kerül a fentiekben említett terápiás intervenciók alkalmazására*. Ezzel könnyebben segíthetünk egy gyors pozitív változást abban a folyamatban, ahol a csecsemők/kisgyermek regulációs problémáinak, zavarainak a megszüntetése, vagy legalábbis enyhítése a cél. Érdemes kiemelni, hogy a „*terápiás beavatkozás*” a *szülő-gyermek interakcióba az „itt és most”-ban hordoz magában némi veszélyt*. Az itt ismertetett beavatkozásokat csak ritkán ajánlatos alkalmazni. Az ilyenfajta terápiás intervenciót a szülők úgy élhetik meg például, hogy a szülői kompetenciájuk kerül megkérdőjelezésre. Kritizálva, sértve vagy akár megalázva érezhetik magukat. A „beavatkozás” célja nem az, hogy megmutassuk, hogyan kell helyesen vagy helytelenül bánni a gyermekkel vagy a probléma megoldásával. A *cél legfőképpen arra irányul, hogy a gyermek reakciójából kiindulva a kisiklott szülő-gyermek interakciót hogyan tehetjük újra sínre közösen, és hogyan tudjuk a gyakran eltorzult szülői észlelést, valamint a megzavart szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolatot pozitív irányba megváltoztatni*. A terapeuta szándéka nem az, hogy másolandó példát mutasson, hanem kizárólag az, hogy ellensúlyozza a diszfunkcionális szülő-gyermek interakciót, és ha szükséges, segítsen az adott problémás helyzet megoldásában és a közös érzelemszabályozásban. A megfigyelés, a megértés, az interpretáció, az introspekcio és az önreflexió, mint néhány lényeges intervenció elem kísérik a terápiás és a konzultációs folyamatok sikeres menetét.

---

<sup>7</sup> E fogalmak magyarázata összefoglalóan megtalálhatóak Hédervári-Heller 2008/2020-as publikációjában.

## Zárszó

A csecsemő és kisgyermek lelki egészségének támogatására irányuló prevenció és intervenció – nemzetközi összehasonlításban – Magyarországon is központi szerepet játszik az egészséges pszichoszociális fejlődés megalapozásában. A már pedagógiai, pszichológiai és orvosi szakterületeken létrejött programok mellett szükség van további, országosan elterjedt szolgáltatási rendszerek bővítésére (Németh, 2010; Danis, 2015). A 2000-es évek kezdetén beindult szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs hálózat kiépítése, a szakemberképzés többirányú megvalósításával egyidejűleg egy példa a korai prevenció és intervenció programok országos elterjesztésére (Hédervári-Heller, 2008/2020; Németh, 2012, lásd bővebben Németh és Hédervári-Heller tanulmányát az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs képzésről a jelen kötetben).

E tanulmányban betekintést nyerhettünk a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs és pszichoterápiás tevékenységbe és ennek hatékonyságába. E speciális kora gyermekkori prevenció és intervenció keretén belül párhuzamosan megjelenő elméleti megközelítések sokfélesége lehetővé teszi, hogy a konzultációs és terápiás folyamatban rugalmasabb és közös megoldások érvényesülhessenek a konfliktusrendezés terén, bevonva a gyermeket és a szülőket egyaránt. A rugalmasság ebben a kontextusban magában foglalja a családok egyediségének, a változásra való képességeiknek és kapacitásaiknak a figyelembevételét, valamint a különböző elméleti és gyakorlati megközelítések alkalmazásának lehetőségeit.

Fontos kihangsúlyozni, hogy a különböző pszichoanalitikus, kötődéseméleti és interakcionista terápiás intervenciókat a modern pszichoanalízis „interszubjektív kapcsolati” szemléletmódja kibővítette az utóbbi egy-két évtizedben. Kiemelendő a terapeuta aktív szerepe és empatikus-introspektív hozzáállása, valamint a családokkal való jóindulatú és nagyrabecsülő szemléleten nyugvó bánásmódja.

*Jelentősége van annak is, hogy a terápiás folyamatban résztvevők (csecsemő, kisgyermek, szülők és terapeuta) milyen módon befolyásolják egymást a megélésben és a cselekvésben. Középpontban az újra és újra létrejövő „közös pszichés tér” áll, ahol az érintettek „szemmagasságban” (egyenrangú partnerekként) találkoznak és kölcsönösen hatnak egymásra. Így létrejön az interszubjektív viszonyulás „léggöre”, ahol a szülők készségesebbekké válnak arra, hogy intenzíven együttműködjenek, és ahol közvetlenül a terápiás ülésen is lehetővé válik a változás, hasonlóan a fent bemutatott esettanulmányokhoz. A szülői és gyermeki viselkedés azon változásai, melyeket a terápiás helyzetben élnek át, és amire a szülők reflektálnak, rendszerint változást idéznek elő a szülői és a gyermeki észlelésben, valamint a magukról, a másiktól és a világról alkotott reprezentációikban. Ez alapján bízni lehet abban, hogy a szülők az újonnan szerzett vagy megerősített szülői kompetenciákat a terápiás téren kívül is meg tudják élni és érvényre tudják juttatni.*

## AJÁNLOTT IRODALOM

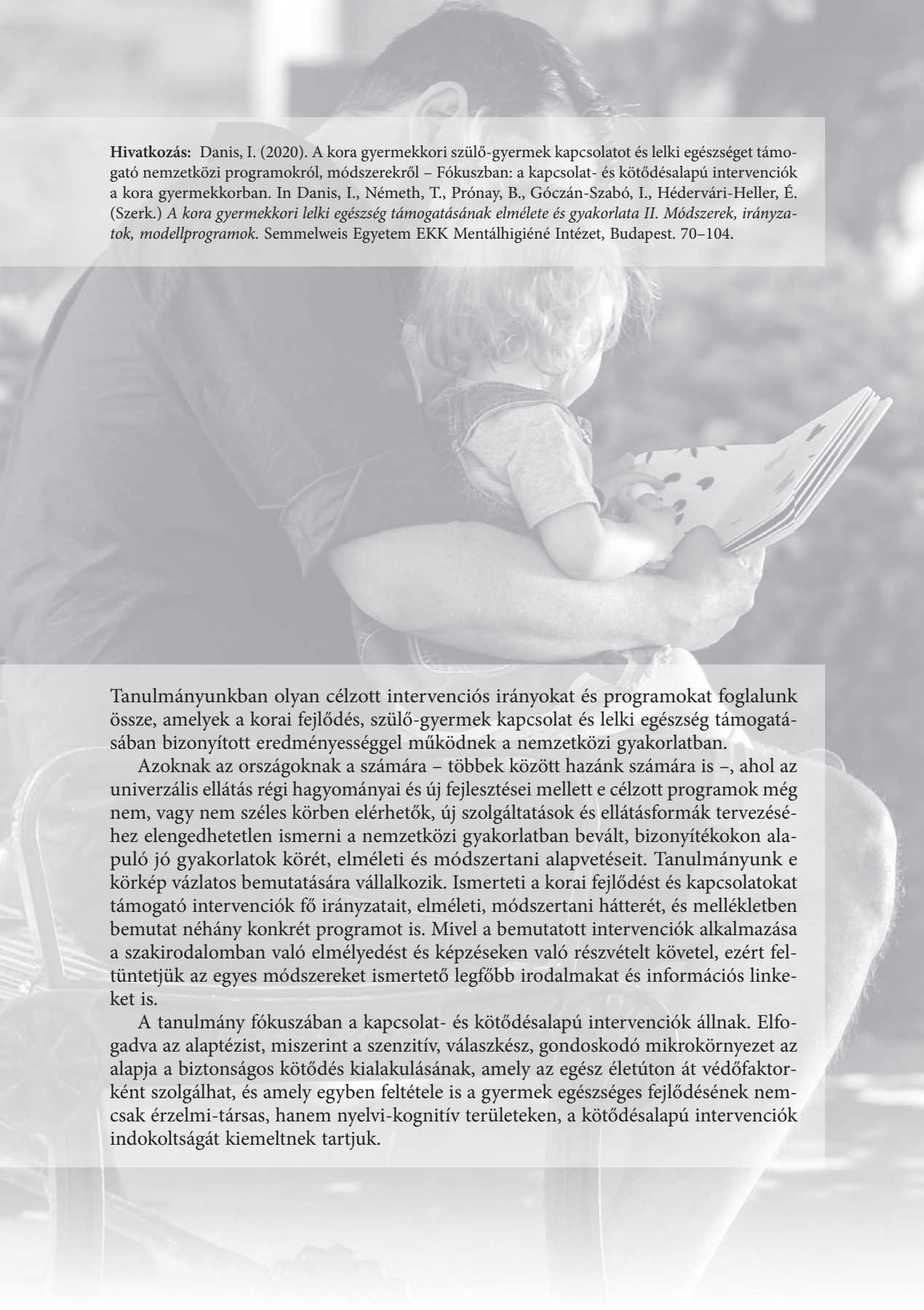
- Brandchaft, B., Doctors, S., Sorter, D. (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis. Brandchaft's Intersubjective Vision*. Routledge, London.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Mitchell, St. A. (2000). *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. The Analytic Press, Hillsdale.
- Stern, D. (2004). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stern, D. (2007). *A jelen pillanat a pszichoterápiában és a mindennapokban: mikroanalízis a pszichoterápiában*. Animula Kiadó, Budapest.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5<sup>th</sup> Edition) (DSM-5). APA, Washington, D.C.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Altmeyer, M., Thomä, H. (Eds.) (2016). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. (3<sup>rd</sup> Edition) Klett-Cotta, Stuttgart.
- Baradon, T., Broughton, C., Gibbs, I., James, J., Joyce, A., Woodhead, J. (2005). *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy*. Routledge, London.
- Beebe, B., Lachman, F. (1986). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structures. *Progress in Self Psychology*. 3. Hg. v. A. Goldberg. The Analytic Press, Hillsdale. 3–25.
- Berlin, L., Zeanah, C., Lieberman, A. (2016). Prevention and Intervention Programs to Support Early Attachment Security. In Cassidy, J. (Eds.) *Handbook of Attachment*. Guilford, New York. 739–758.
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Dexter, Heidelberg. (Angolul: *A Secure Base*. Routledge, London [1988].)
- Brandchaft, B., Doctors, S., Sorter, D. (2015). *Emanzipatorische Psychoanalyse: Systeme pathologischer Anpassung – Brandschafts Konzept der Intersubjektivität*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel. (Angolul: *Toward an Emancipatory Psychoanalysis. Brandchaft's Intersubjective Vision*. Routledge, London [2010].)
- Chatoor, I. (2012). *Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Klett-Cotta, Stuttgart. (Angolul: *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. ZERO TO THREE, Washington, D.C. [2009].)
- Danis, I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkorai intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(2), 100–116.
- Ermann, M. (2016). *Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende*. (2<sup>nd</sup> Edition). Kohlhammer, Stuttgart.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–422.
- Fraiberg, S. (Eds.) (1980). *Clinical Studies in infant mental health: The first year of life*. Basic Books, New York.
- Halász, A. (2003). Félelemben született. Egy csecsemő-konzultáció és szupervíziójának bemutatása. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.) *IX. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 112–118.

- Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2006). A kötődélmélet klinikai relevanciája. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 5, 87–101.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Lieberman, A. E., Pawl, J. H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In Zeanah, C. (Eds.) *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford, New York. 427–442.
- Lieberman, A., Van Horn, P. (2015). *Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern. Die Psychoanalytische Behandlung der Auswirkungen von Stress und Trauma auf die frühe Bindung*. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main. (Angolul: *Psychotherapy with Infants and Young Children. Repairing the Effects of stress and Trauma on Early Attachment*. The Guilford Press, New York [2008].)
- Lieberman, A., Ippen, C.G., Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy*. (2<sup>nd</sup> Edition). ZERO TO THREE, Washington, D.C.
- McDonough, S. C. (1993). Interaction Guidance: Understanding and Treating Early Infant-Caregiver Relationship Disturbances. In Zeanah, C. (Eds.). *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford, New York. 414–426.
- Mitchell, St. A. (2003). *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Psychosozial, Gießen. (Angolul: *Relationality. From Attachment to intersubjectivity*. The Analytic Press, Hillsdale [2000].)
- Molnár, J. E. (2019). Regulációs zavarok csecsemő- és kisgyermekkorban. Terápiás oldásuk lehetősége. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 432–448.
- Németh, T. (2010). Itt és most – A koragyermekkorai regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) *XII. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 7–12.
- Németh, T. (2012). A koragyermekkorai regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat*, 63, 320–325.
- Orange, D. M., Altwood, G. E., Stolorow, R. D. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main. (Angolul: *Working Intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. The Analytic Press, Hillsdale [1997].)
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In Osofsky, J. D. (Eds.) *Handbook of infant development*, (2<sup>nd</sup> Edition). Wiley, New York. 669–720.
- Papoušek, M. (1996). Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbale Kommunikations- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 140–146.
- Papoušek, M. (1998). Das Münchener Modell einer interaktionszentriert Säuglings-Eltern-Beratung und Psychotherapie. In Klitzing, K. v. (Eds.) *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. 88–119.
- Papoušek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611–628.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Hans Huber, Bern. (Angolul: *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. DC: ZERO TO THREE Press, Washington, D.C. [2007].)

- Papoušek, M. (2018). Zum 25. Jubiläum der „Münchener Sprechstunde für Schreibabys“. In Mall, V., Voigt, F., Jung, N. (Eds.) *Frühe Entwicklung und Kommunikation. Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie*, Band 3. Schmidt-Römhild, Lübeck. 7–24.
- Robert-Tissort, Ch., Cramer, B., Stern, D., Serpa, S., Bachmann, J.-P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., De Muralt, M., Berney, C., Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17, 97–114.
- Scheuring, N., Papp, E., Danis, I., Németh, T., Czinner, A. (2011). A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései. *Gyermekorvos Továbbképzés*, 10, 13–19.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation*. Basic Books, New York. (Magyarul: *Az anyaság állandapota*. Animula Kiadó, Budapest [2004].)
- Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag* (1<sup>st</sup> Edition). Brandes & Apsel, Frankfurt am Main. (Magyarul: *A jelen pillanat a pszichoterápiában és a mindennapokban: mikroanalízis a pszichoterápiában*. Animula Kiadó, Budapest [2007].)
- Stern, D. (2016). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. (11<sup>th</sup> Ed.) Klett-Cotta, Stuttgart. (Magyarul: *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó, Budapest [2002].)
- Winkelman, K. (2007). Posttraumatische und akute Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In Hopf, H., Windaus, E. (Eds.) *Lehrbuch der Psychotherapie. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Band 5. CIP-Medien, München. 443–459.
- ZERO TO THREE (2016). (DC: 0-5™) *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. ZERO TO THREE, Washington, D.C. (Magyarul: *A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina Könyvkiadó, Budapest [2019].)



**Hivatkozás:** Danis, I. (2020). A kora gyermekkori szülő-gyermek kapcsolatot és lelki egészséget támogató nemzetközi programokról, módszerekről – Fókuszban: a kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók a kora gyermekkori. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 70–104.

Tanulmányunkban olyan célzott intervenció irányokat és programokat foglalunk össze, amelyek a korai fejlődés, szülő-gyermek kapcsolat és lelki egészség támogatásában bizonyított eredményességgel működnek a nemzetközi gyakorlatban.

Azoknak az országoknak a számára – többek között hazánk számára is –, ahol az univerzális ellátás régi hagyományai és új fejlesztései mellett e célzott programok még nem, vagy nem széles körben elérhetők, új szolgáltatások és ellátásformák tervezéséhez elengedhetetlen ismerni a nemzetközi gyakorlatban bevált, bizonyítékokon alapuló jó gyakorlatok körét, elméleti és módszertani alapvetéseit. Tanulmányunk e körkép vázlatos bemutatására vállalkozik. Ismerteti a korai fejlődést és kapcsolatokat támogató intervenciók fő irányzatait, elméleti, módszertani hátterét, és mellékletben bemutat néhány konkrét programot is. Mivel a bemutatott intervenciók alkalmazása a szakirodalomban való elmélyedést és képzéseken való részvételt követel, ezért feltüntetjük az egyes módszereket ismertető legfőbb irodalmakat és információs linkeket is.

A tanulmány fókuszában a kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók állnak. Elfogadva az alaptézist, miszerint a szenitív, válaszkész, gondoskodó mikrokörnyezet az alapja a biztonságos kötődés kialakulásának, amely az egész életúton át védőfaktorként szolgálhat, és amely egyben feltétele is a gyermek egészséges fejlődésének nemcsak érzelmi-társas, hanem nyelvi-kognitív területeken, a kötődésalapú intervenciók indokoltságát kiemeltnek tartjuk.



# A KORA GYERMEKKORI SZÜLŐ-GYERMEK KAPCSOLATOT ÉS LELKI EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ NEMZETKÖZI PROGRAMOKRÓL, MÓDSZEREKRŐL – FÓKUSZBAN: A KAPCSOLAT- ÉS KÖTŐDÉSALAPÚ INTERVENCIÓK

---

*Danis Ildikó*

---

Bevezetés – erősségek és kihívások

A kora gyermekkori kapcsolatfókuszú intervenciók köre

Komplex intervenció programok

Szülőiséget, nevelést támogató programok

Kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók

Elméleti bevezetés: a kötődésalapú intervenciók

indokoltságához és megalapozottságához

Intervenció célkitűzések

Intervenciók hatékonysága: kinek mi működik?

Konzultációs és pszichoterápiás irányzatok

Kapcsolat- és kötődésalapú intervenció programok

Összefoglalás és zárszó

Melléklet

Szülőiséget, nevelést támogató programok

Kapcsolat- és kötődésalapú intervenció programok

---

A tanulmány részben épít a szerző 2015–2016 között a HU12-0001-PP3-2016 számon benyújtott, Norvég Finanszírozási Mechanizmus támogatásával megvalósult „*Módszertani, strukturális és kapacitásfejlesztés a lakosság mentális egészségfejlesztésére irányuló beavatkozások támogatására*” című projekt Ifjúsági és Családvédelmi Munkacsoportjában készített háttér tanulmányára, amelyben a nemzetközi intervenció programokat, mint jó gyakorlatokat ismertette. A háttér tanulmány felhasználására, átdolgozására engedélyt adott a Nemzeti Népegészségügyi Központ.

## Bevezetés – erősségek és kihívások

A korai fejlődést, szülő-gyermek kapcsolatot és lelki egészséget támogató, specifikus célcsoportokkal foglalkozó intervenció programok adaptálása és alkalmazása, ezek általános elérhetősége széles körben még nem adott hazánkban.

Magyarországon a kisgyermekes családok formális támogatásában az – európai és transzatlanti viszonylatban is régi hagyományokkal jellemezhető – *univerzális szolgáltatási rendszerek*<sup>1</sup> (lásd védőnői, gyermekorvosi hálózat, bölcsődék és óvodák, család- és gyermekjóléti, gyermekvédelmi szolgáltatások, pedagógiai szakszolgálatok stb.) szakemberei vesznek részt. E rendszerek a gyerekek és családjaik számára sok más országgal (pl. a tanulmányban sokat emlegetett Amerikai Egyesült Államokkal) szemben *kiemelkedő hozzáférisi arányt biztosítanak az ingyenes alapellátásokhoz*. Többségében azonban csak a korai kapcsolati és lelki egészség problémák megelőzésére és felismerésére felkészültek csak, a kezelésükre nem. *A szakellátásba (fejlesztésbe, konzultációba, terápiába) kerülésnek, illetve a speciális célzott intervenciók igénybe vételének korlátozott lehetőségei országos szinten még mindig nagy kihívást jelentenek*.

Több intervenció irány és módszer, amelyről értekezni fogunk a továbbiakban, már akár az alapellátásba beépíthető lenne, a szakellátás szakmai repertoárját pedig jótékonyan bővítené. Továbbképzési lehetőségekkel, a kompetenciák bővítésével és szakmaközi együttműködéssel a csecsemőkkel és kisgyermekkel foglalkozó szakemberek nagy része megszólítható lenne a szülőség, a szülő-gyermek kapcsolat és ezen keresztül mind a szülők, mind a gyerekek lelki egészségének célzott támogatásában is. Mindezek miatt a jövőbeli fejlesztési célkitűzések számára is hasznosak lehetnek azok a tanulmányban összefoglalt információk, amelyek a kapcsolatfókuszú intervenciók elméleti hátterét és indokoltságát világítják meg.

*A korai szülő-gyermek kapcsolatot támogató nemzetközi programok, módszerek köre igen kiterjedt, a nemzetközi gyakorlatban ezek története 50–60 évvel ezelőttre visszavehető. Az 1960–70-es évektől kezdődően több hullámban láttak napvilágot jelentős átfogó vagy célzott intervenció programok, terápiás irányzatok, amelyek fő vagy rész-célja az optimális szülő-gyermek kapcsolat támogatása.*

<sup>1</sup> Univerzális és célzott intervenciókról lásd bővebben Danis bevezető tanulmányát könyvünk I. kötetében.

A szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek iskola előtti felzárkóztatása és családjaik támogatása érdekében az 1960-as évektől indított méltán híres *komplex intervenciók programok* a gyermekek egészséges fejlődését, ennek révén pedig a későbbi iskolai, továbbtanulási, majd munkaerőpiaci bevalóságát célozzák. E programokon belül részfeladat az elsődleges gondozói kapcsolatok támogatása, tudva azt, hogy minden fejlődési terület, így az akadémiai készségek, kompetenciák és a formális tanulás kibontakozása is csak a törődő, biztonságot nyújtó kapcsolatokban lehetséges (lásd még Danis bevezető tanulmányát könyvünk I. kötetében, illetve alább a *Komplex intervenciók programok* fejezetet).

Az 1960-as évek végétől jelentek meg az első *gyermekneveléssel és szülői szereppel foglalkozó csoportos szülői nevelési programok* is (lásd majd alább), amelyek a 20. század végére terjedtek el világszerte (lásd a *Szülőséget, nevelést támogató programok* fejezetet).

A szülő-gyermek kapcsolatot támogató *klasszikus és újabb keletű konzultációs és pszichoterápiás irányzatok* történetének, kibontakozásának kezdete is az 1970-es évekre datálódik, amikor Selma Fraiberg és munkatársai kidolgozták a *pszichodinamikus alapon nyugvó csecsemő-szülő pszichoterápiák* alapjait. A fraibergi hagyomány később több irányzatot meghihletett, még akkor is, ha ezek egy részének ma már nem (csak) a pszichodinamikus gondolkodás jellemzi a módszertani hátterét. Az Egyesült Államok csecsemőkori lelki egészség hálózatának (Infant Mental Health Services) módszertanát is – természetesen ennél bővebb repertoárral – e klinikai hagyományokra építették (lásd Danis bevezető tanulmányát a könyv I. kötetében, illetve alább a *Konzultációs és pszichoterápiás irányzatok* fejezetet).

A *kötődésalapú*, vagyis kifejezetten a bizonytalan kötődési mintázatok megelőzését és megváltoztatását célzó *intervenciók* az elmúlt 30 évben nyertek teret. A legrégebbi és empirikus adatokkal leginkább alátámasztott hosszú intervenció a Selma Fraiberg tanítványa, Alicia F. Lieberman és munkatársai által kidolgozott *gyermek-szülő pszichoterápia*, amely bár a pszichoterápiák körébe tartozik, de protokollhoz kötött, kifejezetten kötődésalapú eljárás. Az *újabb keletű, hosszabb és rövidebb protokollok a kötődés kialakulására és a kötődés transzgenerációs átadására vonatkozó teóriákon és azok empirikus bizonyítékain alapulnak* (lásd Tóth tanulmányát a kötődésről a könyv I. kötetében, illetve alább a *Kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók* fejezetet<sup>2</sup>).

Tanulmányunkban áttekintjük e nemzetközi intervenciók irányvonalak elméleti és módszertani hátterét, a tanulmány mellékletében pedig röviden ismertetünk néhány programot is.

---

<sup>2</sup> A kötődésalapú intervenciókról írt fejezet feldolgozását segíti Tóth kötődésről írt tanulmányának előzetes megismerése könyvünk I. kötetében, valamint Tóth 2011-es fejezete a *Biztos Kezdet Kötetek*ben.

## A kora gyermekkori kapcsolatfókuszú intervenciók köre

„Az eredményes szülői gondoskodás alapvető feltétele, mondhatnánk kulcsa a következő nemzedék lelki egészségének. Tudnunk kell mindent, amit csak lehet, e szülő-szerep természetéről, egyszerűs mind azokról a sokrétű társas és lélektani körülményekről is, amelyek hatására annak fejlődése jobbra vagy rosszabbra fordul” – nyilatkozta John Bowlby az 1980-as évek végén egyik klinikai művében (1988, magyarul: 2009, 9. o.).

A fejlődépszichológusok, pedagógusok és szociális szakemberek évtizedek óta foglalkoznak a *szülő-gyermek kapcsolat, a szülői szerep és a szülői nevelés* kérdéskörével. Az egyes pszichológiai teóriák és a kutatásokból származó bizonyítékok rendszerint, de jellemzően időben megkésve, heves hullámokat vertek a hétköznapi nevelést és a pedagógiai munkát érintő dialógusokban, és mindenképpen keretet nyújtottak a szociális munka, a gyermekvédelem és a gyermekjog területén is. Az utóbbi évtizedek alkalmazott, interdiszciplináris kutatásai arra is rávilágítottak, hogy a *szülő-gyermek kapcsolat és az a nevelési folyamat, ami a családban zajlik, kivétel társadalmi-gazdasági mutatókra is*. Ma már a szülőség minőségének kérdése nemcsak önmagában a biológiai-lélektani alapállásban érdekes, hanem társadalmi-gazdasági jelentőségét is értjük (lásd még Danis bevezető tanulmányát könyvünk I. kötetében).

A *Child Trends* honlapján<sup>3</sup> több száz külföldi gyermek- és családprogram rövid leírása és értékelése történt meg a 2019-ig fenntartott „*What works?/Mi működik?*” sorozatban. Tanulmányunk a jó gyakorlatok legalább egy szeletét szeretné felvillantani, jelezve, hogy hazánk szakembereinek is vannak lehetőségei már bizonyítottan jól működő programok adaptációira<sup>4</sup>.

## Komplex intervenció programok

Annak felismerésével, hogy a *szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek fejlődését leginkább a gyerekekkel és a szülőkkel folytatott közvetlen munka kettőse révén lehet előremozdítani*, az utóbbi hat évtizedben számos komplex intervenció program látott napvilágot nemzetközi szinten (lásd magyarul pl. Bányai, 2008). E törekvések élharcosa egyértelműen az Egyesült Államok. Érdekes és ellentmondásos a helyzet, mivel míg az USA óriási problémákkal küzd az általánosan hozzáférhető (univerzális) egészségügyi és pedagógiai ellátások terén, addig a hátrányos helyzetű gyerekek és családjaik felzárkóztatásában,

<sup>3</sup> <https://www.childtrends.org/?s=what+works>

<sup>4</sup> Fontos azt is kiemelni, hogy egyre általánosabb az a törekvés a nemzetközi gyakorlatban, hogy az alkalmazott preventív és klinikai intervenciók empirikus bizonyítása teret nyerjen. Hazánkban is lehetőségünk lenne a már működő, ígéretesnek tűnő gyakorlatok, modellprogramok tudományos nyomon követésére, szisztematikus eredményesség- és hatékonyságvizsgálatára, amely a tapasztalati úton nyert hasznosság érzése mellett a bizonyítékokon alapuló (evidence-based) működésmód biztonságát is nyújtana.

valamint a célzott programok létrehozásában az 1960-as évek óta nagy erőfeszítéseket tesz, és inspirálja a világ szakembereit.

*A korai beavatkozási programok azokat a védőrendszereket erősítik, melyek megelőzik, hogy a meglévő kockázatok a gyermek fejlődését akadályozzák, hátráltassák. A gyerekek ellenálló képességére, rezilienciájára hatnak* (lásd a rezilienciáról Danis és Kalmár tanulmányát könyvünk I. kötetében). E *célzott programok*<sup>5</sup> a szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek magas szintű, korai felzárkóztató oktatása-nevelése mellett családjukat és a szülőiséget is támogatják. A szülőkkal való intenzív, rendszeres kapcsolat, az interaktivitás és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat ösztönzése egyaránt kedvezően hat az értelmi képességekre és a gyerekek érzelmi-társas készségeire, viselkedésük, társas kapcsolataik, motivációik fejlődésére és az iskolához való viszonyuk alakulására. *A beavatkozások hármas „célzása” (gyermekek, szülők és szülő-gyermek kapcsolat) hosszú távon az összeadódó védőfaktorok miatt kedvező eredményekhez vezet* (Shonkoff és Phillips, 2000; Leseman, 2002; Masten és Coatsworth, 1998).

*A célzott intervenciós programok egy részének hatékonyságát módszertanilag is megalapozott kutatások értékelték.* Az értékelő kutatások jelentős része az Egyesült Államokban elterjedt *Head Start* programban történt, de volt néhány egyetemi kutatóközpont együttműködésével végzett, longitudinális hatásokat vizsgáló modellkísérlet is (Leseman, 2002). Ilyen volt pl. a *High/Scope Perry Preschool* program, az a modellprogram, amely a részt vevő gyerekek felnőttkori követését is elvégezte, és emiatt – a *Carolina Abecedarian Program* mellett – a legmegbízhatóbban tanúsítja a korai beavatkozások hatékonyságát (lásd még Szilvási, 2011).

Összefoglalva a hosszú távú követések tanulságát, *a társadalmi hátránnyal élő, szociálisan kedvezőtlen helyzetű családok gyermekei számára érzékeny, a fejlődési ismeretekre és törvényszerűségekre támaszkodó célzott programok megvalósítása szükséges ahhoz, hogy a gyerekek – családi hátrányaik ellenére – sikeresen és jó eséllyel induljanak az iskolába (ami jelentős mértékben meghatározza a későbbi munkaerőpiaci esélyeiket), és egészséges, aktív társadalmi részvétellel képes felnőttekké váljanak.*

Alább olyan méltán híres átfogó kora gyermekkori intervenciós programokat (magyarul lásd bővebben: Bányai, 2008; Szilvási, 2011) sorolunk fel, amelyek széles körben ismertek a kora gyermekkori fejlődéssel foglalkozó szakmai közösség számára, és több szakkönyvben, szakfolyóiratban is található leírásokat, adatokat a programokról. Ezek az alábbiak (a programok részletes ismertetésétől eltekintünk a mellékletben, mivel részletes leírásokat olvashatunk magyarul Bányai [2008] összefoglalójában):

- *Head Start és Early Head Start* (USA; Zigler és Muenchow, 1992; Zigler és Styfco, 2010)<sup>6</sup>,
- *Carolina Abecedarian Program* (USA; Ramey és mtsai., 2012)<sup>7</sup>,

<sup>5</sup> *Célzott intervenciós programoknak* nevezzük azokat a komplex beavatkozásokat, amelyek a gyermekpopuláció egyes célcsoportjait, pl. jelen esetben a szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek csoportjait célozzák. Ezzel szemben ismerünk *univerzális programokat*, amelyek a teljes gyermekpopuláció, vagy egy adott születési kohorsz számára biztosítanak ellátást.

<sup>6</sup> <https://www.acf.hhs.gov/ohs>

<sup>7</sup> <https://abc.fpg.unc.edu/abecedarian-project>

- *HighScope Perry Preschool Program* (USA; Schweinhart, 2004; Schweinhart és mtsai., 1993)<sup>8</sup>,
- *Harlem Children's Zone* (USA; Taugh, 2009)<sup>9</sup>,
- *Sure Start* (UK; Department of Education [UK], 2015)<sup>10</sup>, mely adaptációjával indult el a magyarországi *Biztos Kezdet*<sup>11</sup> program.

*E komplex programokban a gyerekek oktatása, fejlesztése mellette a szülők és a szülő-gyermek kapcsolat támogatása elsődleges, nemcsak azért, mert a gyermek első tanítói a szülők, hanem azért is, mert a tanulás és a világ megismerése akkor teljesebbé válik igazán, ha az biztonságot nyújtó emberi kapcsolatokban zajlik (lásd alább a kötődésméleti résznél kifejtve).*

## Szülőséget, nevelést támogató programok

A szülőség, a pozitív és negatív nevelési szokások, a fegyelmezési gyakorlat a gyermekek számos fontos, mérhető fejlődési kimenetével (pl. társas viselkedés, önbecsülés, érzelmi és viselkedéses alkalmazkodás, kognitív fejlődés és iskolai teljesítmény) áll összefüggésben. A szülői viselkedést, nevelési szokásokat nagyban befolyásolják olyan környezeti tényezők, mint például a szociális-gazdasági helyzet vagy a szülők pszichés és pszichoszociális jólléte. E tényezők – a stressz és a terhelés mértékével összefüggésben – hatással lehetnek arra, hogy a szülők mennyiben képesek érzelmileg ráhangolódni gyermekeikre, és pozitív interakciókat kezdeményezni, fenntartani velük (lásd Barlow és Coren, 2018 összefoglalóját).

*A szülőséget, szülői nevelést támogató programok rendszerint fókuszált, rövid intervenciós programok, amelyek a szülőket gyermekeikkel való kapcsolatuk kiegyensúlyozásában, illetve érzelmi és viselkedéses problémák megelőzésében és kezelésében segítik. A szülői kompetenciák kialakítását és megszilárdítását támogatják: tudást, szemléletet és készségeket adnak át, a megértést és a belátást segítik a szülői gyakorlattal, felelőségekkel kapcsolatban, csökkentik a szülőséggel összefüggő stressz-szintet, a pozitív szülői szokásokat támogatják, és mindezen keresztül jótékonyan befolyásolják a gyerekek érzelmi és viselkedéses jóllétét. Általában 8–12 hetes csoportos találkozásokról van szó, 1–2 órában hetente, 2–20 alkalommal. A programok teoretikus háttére változó (többnyire viselkedéses, kognitív-viselkedéses alapokon működnek), és csoportos technikákat (pl. csoportos megbeszéléseket, szerepjátékokat, videórészletek közös megtekintését és megbeszélését, házi feladatokat) alkalmaznak a feldolgozásra. Általában a programok kidolgozott és ki-*

<sup>8</sup> <https://highscope.org>

<sup>9</sup> <http://hcz.org/>

<sup>10</sup> <https://www.education-ni.gov.uk/articles/sure-start>

<sup>11</sup> <http://www.gyerekesely.hu/index.php>

próbált kurrikulumok, kézikönyvek szerint, akár egyénileg, akár csoportos formában zajlanak (Barlow és mtsai., 2010; Barlow és Parsons, 2005; Barlow és Coren, 2018).

A viselkedésterápiás vagy kognitív-viselkedésterápiás alapokon nyugvó csoportos nevelési intervenciók hatékony módszerek lehetnek a gyerekek magatartási nehézségeinek, problémáinak csökkentésében, a szülők mentális egészségének növelésében és a nevelési kompetenciák emelésében a 3–12 éves gyerekek családjainak esetében (Furlong és mtsai., 2012), azonban a 0–3 éves korúaknál mindez kevésbé megalapozott, és a hosszú távú hatásokról nincs elegendő adat, ezért további elemzések szükségesek (Barlow és mtsai., 2010, 2012).

Számos nemzetközi kezdeményezés közül két ismertebb, világszerte elterjedt, bizonyítékokon alapuló gyermeknevelési programot ajánlunk mélyebb megismerésre, amelyek pozitív nevelési eszközökkel segítik a szülőket a magatartásproblémák kezelésében kisgyermekkorától serdülőkorig, ezek az alábbiak (lásd a rövid ismertetést a mellékletben):

- *The Incredible Years*<sup>12</sup> (USA; Webster-Stratton, 2019),
- *Triple P (Positive Parenting Program)*<sup>13</sup> (Ausztrália; Sanders és mtsai., 2003, 2017).

Barlow és Coren (2018) egy frissebb tanulmányukban, korábbi áttekintések összegzése után megállapítják, hogy a szülői nevelést támogató programok hatékonyak lehetnek a szülők pszichoszociális alkalmazkodásának (a depresszió, szorongás, stressz, harag, bűntudat csökkentésének), valamint magabiztosságuk és a partnerkapcsolattal /közös szülőséggel való elégedettségük növelésének elősegítésében, amelyek a fentiek ismeretében jelentős mértékben hozzájárulnak a gyermekek jóllétéhez.

## Kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók

### Elméleti bevezetés: a kötődésalapú intervenciók indokoltságához és megalapozottságához<sup>14</sup>

A bizonytalan és dezorganizált kötődés összefügg a későbbi életkorokban jelentkező pszichopatológiával. Metaanalízisek<sup>15</sup> bizonyítják, hogy a bizonytalan és dezorganizált kötődés előre jelez későbbi internalizáló<sup>16</sup> (Groh és mtsai., 2012) és externalizáló<sup>17</sup>

<sup>12</sup> <http://www.incredibleyears.com/>

<sup>13</sup> <http://www.triplep.net/glo-en/home/>

<sup>14</sup> Korai kötődésről részletesebben lásd Tóth tanulmányát könybünk I. kötetében, valamint Tóth, 2011; Hámori, 2015.

<sup>15</sup> Metaanalízis: korábban egy adott témában megjelent elemzések összegző utóelemzése, amely révén több tanulmány eredményeinek integrációja történik.

<sup>16</sup> Internalizáló problémák: az egyén jellemzően „befele” éli meg testi és pszichés feszültségeit, ilyenek pl. a szorongás, depresszió.

<sup>17</sup> Externalizáló problémák: az egyén jellemzően „kifelé”, a környezet felé éli ki testi és pszichés feszültségeit, ilyenek pl. a magatartási problémák, opposíció (dacos ellenállás), agresszió.

(Fearon és mtsai., 2010) problémákat. Ezért indokolt a korai kötődésalapú intervenciók alkalmazása, mivel a biztonságos kötődés védőfaktort jelent a későbbi pszichés és pszichoszociális problémák előfordulásával szemben.

## **Kötődés és belső munkamodell**

John Bowlby (1969/1982) véleménye szerint *az embercsecsemőre veleszületetten jellemző készítetés, evolúciósan megalapozott szükséglet, hogy közvetlen környezetében egy vagy néhány gondozóval kialakítson kötődési kapcsolatot.* A kötődési személyek száma nem korlátlan, és egyfajta hierarchia jellemzi őket, amelyben az lesz az *elsődleges gondozó*, aki a legtöbb rendszeres interakcióban van a csecsemővel.

Bowlby (1969/1982) a *kötődés komplex viselkedéses rendszereit* a következő mechanizmussal írja le. Mivel a gyermek folyamatosan egy bizonyos mértékű közelséget kíván fenntartani a gondozójával, amint a szeparáció túl nagyra válik térben vagy időben, a *kötődési rendszer* aktiválódik, és egészen addig aktív marad, amíg a kívánt közelséget el nem éri a gyermek, ekkor a kötődési viselkedés alább hagy. A folyamatot két környezeti komponens váltja ki leginkább: *a veszély és a stressz (betegség, fáradtság, éhség, fájdalom)*, amelyek bekapcsolják a *félelmi rendszert*, ennek aktivációja pedig beindítja a kötődési (közelség keresésért és fenntartásért felelős) rendszer működését is. Az *explorációs rendszer* (a világ megismerése iránti szintén evolúciós drive) csak akkor képes aktiválódni, ha a kötődési rendszer nyugalomban van, vagyis abban az esetben, amikor az anya adott, mint biztonságos bázis az explorációhoz (Ainsworth, 1963; Ainsworth és mtsai., 1978). *A kötődési és az explorációs rendszer tehát dinamikus egyensúlyban működik.* Az ún. *társaságkereső rendszer* azt szolgálja, hogy a csecsemő másokkal közösségben legyen, amelynek evolúciósan szintén adaptív funkciója van. Ez a rendszer is, hasonlóan az explorációhoz, csak akkor működik, amikor a kötődési rendszer inaktív, vagyis a gyermek biztonságban érzi magát. Az interakciók szülői oldalán a *gondozási rendszer* aktiválódik, amelynek biológiai célja a gondozó és a gyermek közelségének megteremtése, és funkciója a gyermek védelme. *A gondozási rendszer és a kötődési rendszer szintén dinamikus egyensúlyban működik egymással*, mivel ha a gondozási rendszer révén a szülő aktívan keresi a közelséget a gyermekkel, nem szükséges, hogy a csecsemő kötődési viselkedése beinduljon. A szülő azzal, hogy monitorozza a közelség mértékét és minőségét a gyermekkel, megadja az alapot ahhoz, hogy a gyermek szabadon explorálhasson, vagyis ezáltal válik biztonságos bázissá az explorációhoz.

Visszautalva a fentiekben már kimondott tézisekre, *a szülő-gyermek kapcsolat és a biztonságos kötődés tehát nemcsak a gyermek érzelmi jólléte szempontjából fontos, hanem elengedhetetlen alapot nyújt a megismeréshez is.*

A kötődési kapcsolat a megszületéstől kezdve az első év folyamán alakul ki a gondozókkal folytatott rendszeres interakciók során (Bowlby, 1969/1982). Ezeknek az interakcióknak – melyek kezdetben főleg a csecsemő szükségleteinek kielégítését szolgáló célvezérelt folyamatok –, valamint a rendszeresen megnyilvánuló gondozói viselkedésnek a sajátosságai a csecsemő első életévének végére egy *kognitív struktúra, mentális reprezentáció* kialakulását eredményezik. A gyermek ún. *belső munkamodell*t (internal working modell, IWM) alakít ki a *környezetéről, magáról, a gondozójáról és a kettejük kapcsolatáról*. E reprezentáció a későbbi társas tapasztalatok (kortárs- és párkapcsolatok,



valamint a későbbi gondozási kapcsolat) szerveződését és értékelését is nagyban befolyásolja (Ainsworth, 1985). Bowlby eredetileg feltételezte a belső munkamodell (mint nagyrészt tudattalan kognitív struktúra) stabilitását, és a változásoknak való ellenállását, azonban a longitudinális vizsgálatok később nem erősítették meg egyértelműen ezt a hipotézist. Empirikus eredmények alapján *feltételezhetünk olyan környezeti hatásokat (negatívakat és pozitívakat egyaránt), amelyek hatására a kötődési reprezentáció megváltozhat az életút során* (lásd a legjelentősebb longitudinális kutatási projektekről Grossmann és munkatársainak 2005-ös szerkesztett kiadványát).

*E longitudinális eredmények támasztották alá annak lehetőségét, hogy a gyermekkorban kialakult nem-biztonságos (bizonytalan, dezorganizált, lásd alább) kötődési reprezentációk később akár informális intim kapcsolatok, akár formális célzott beavatkozások (pszichoterápia, kötődésalapú intervenciók) hatására jótékonyan változhatnak.*

### **A kötődési minőség típusai csecsemőkorban**

A fentebb kifejtett komplex viselkedési rendszer optimális esetben kiegyensúlyozottan működik (lásd biztonságos kötődés), azonban ettől eltérő, különböző változatok alakulhatnak ki. Csecsemőkorban a belső munkamodell sajátosságai (tartalma és működése) csak a kötődési viselkedés megfigyelésével követhetők nyomon. A kötődési mintázatok azonosítására a mai napig legelterjedtebb módszer a 8 epizódból álló, szigorúan strukturált Idegen Helyzet eljárás (Ainsworth és mtstai., 1978; valamint magyarul: Tóth és Gervai, 2005). A kötődési típusok pontos leírását lásd Tóth tanulmányában, könyvünk I. kötetében.

Az Ainsworth és munkatársai (1978) által leírt viselkedéses egyensúly értelmében a *biztonságosan (B)* kötődő csecsemőknél a kötődési viselkedés és az exploráció rendszere dinamikus egyensúlyban van, a környezeti ingereknek, kihívásoknak megfelelően hol az egyik aktiválódik, hol a másik. A *bizonytalan-elkerülő (A)* kötődésű csecsemőknél a kötődés és az exploráció egyensúlya az utóbbi felé tolódik el, a kötődési viselkedés korlátozott mértékű a kísérlet során, a csecsemő hosszan és kitartóan a környezet tárgyi ingereire fókuszál, úgy tűnik a külső szemlélő számára, hogy stressz esetén sem aktiválódik a kötődési rendszer. A *bizonytalan-rezisztens/ambivalens (C)* csoportba sorolt csecsemők esetében pedig pont fordítva, a kötődési viselkedés az explorációs viselkedéshez mérten túlzott, a csecsemő leginkább a közelség keresésével és fenntartásával van elfoglalva, még a stressz elmúltával sem érdeklődik a környezete iránt. E három koherensen szervezett kötődési csoporttal ellentétben a *dezorganizált/dezorientált (D)* kötődési csoportba sorolt gyermekeknél nincs egyértelmű megküzdési stratégia, a stratégiák valamelyike részben vagy teljesen összeomlik, atipikus viselkedési minták rajzolódnak ki (Main és Solomon, 1990).

*Összefoglalóan, a két evolúciósan adaptív stratégia – kontextushoz és környezeti ingerekhez igazított – dinamikus egyensúlya, vagyis stressz esetén a közelség keresése, stresszmentes időszakokban pedig a környezet felfedezése, megismerése szolgálja a zökkenőmentes fejlődést, majd későbbi életkorokban a hatékony mindennapi működést, ezért a kötődésalapú intervenciók, amelyek a biztonságos kötődés kialakulását támogatják, hosszú távú jótékony hatásokkal bírnak.*

## Szenzitivitás és atipikus szülői magatartás a kötődési minőség háttérében

Legelőször Ainsworth és munkatársai (1978) feltételezték azt, hogy a kötődési viselkedésben megfigyelhető egyéni különbségek háttérében a korai szülő-csecsemő interakciók minőségében és a gondozói szenzitivitásban mutakozó különbségek állnak. Az általuk bevezetett szenzitivitás fogalom egy olyan több szekvenciás folyamatot ír le, amelyben a szülő figyelni gyermekét, észleli a viselkedéses jelzéseit, helyesen értelmezi az azok mögött húzódo szükségleteket és igényeket, majd időben és minőségben megfelelő választ nyújt a gyermek számára, optimális esetben pedig mindezt kiszámíthatóan és rendszeresen teszi. A folyamatban fontos a gyermek perspektívájának az átvétele, a mentalizáció (a másik elméjének olvasási) képessége. Korábban Ainsworth még nem alkalmazta a ma már evidens mentalizáció és reflektivitás terminusait, koncepcióit (lásd még bővebben Lénárd, valamint Koller tanulmányát könyvünk I. kötetében), de a szenzitivitásban alapvető folyamatnak írta le azt, hogy a szülő a gyermeket és az ő érzelmi-viselkedéses állapotait figyelni, helyesen feltételezi és értelmezi a mögöttes érzéseket, szándékokat, szükségleteket, és erre válaszol.

A szenzitivitásban mind a közelségkeresési, mind az explorációs szükséglet felismerése megtörténik, és a kontextusnak, a gyermek igényeinek megfelelő válaszadás történik: ilyen esetben a szülő dinamikus egyensúlyban biztonságos bázist nyújt az explorációhoz és biztonságos menedéket, amikor stressz éri a gyermeket (Bowlby, 1969/1982). Ainsworth és mtsai. (1978) kimutatták, hogy e kiszámítható, szenzitív gondozói válaszadás vezet az optimális, biztonságos (B) kötődés kialakulásához. A bizonytalan-elkerülő (A) kötődési minőség háttérében a csecsemő jelzéseit (főként a distressz jelzéseit) figyelmen kívül hagyó, rendszeresen inszenzitív (akár elutasító vagy elhanyagoló) gondozói viselkedés, a bizonytalan-rezisztens (C) kötődés háttérében pedig a változó, a gyermek számára nem bejósolható, következetlen szenzitivitású gondozás állt.

Bár ezeket az eredményeket számos, különböző kultúrában, társadalmi helyzetben és családi struktúrában élő minta esetében, valamint a szenzitivitás dimenziójához közelálló konstruktumok vizsgálatakor is replikálták, többször alacsony volt az eredmények hatásnagysága. DeWolff és van IJzendoorn (1997) metaanalízisükben 66 korai kutatás eredményeit összegezve azt találták, hogy bár a szenzitivitás nagyon fontos dimenziója az anya-gyermek interakcióknak, nem tűnik kizárólagosan meghatározó faktornak.

Megfigyelések szerint a dezorganizált kötődés háttérében nem a szenzitivitás a fő magyarázó elv. Main és Hesse (1990) feltételezése szerint a dezorganizált kötődés kialakulásának háttérében a gondozó feldolgozatlan traumája és az ennek következtében időnként megnyilvánuló ijesztő és/vagy ijedt gondozói viselkedése (disszociatív állapotok: mozdulatok lefagyása, távolba meredő tekintet stb.) állhat. Ez a gyermek számára egyrészt értelmezhetetlen a kötődés kontextusában, másrészt ellentétes viselkedéses rendszereket aktivál. A szülőtől való félelem vagy ijedtség (a félelmi rendszer aktiválódásával) aktiválja a kötődési viselkedést, és a gyermek közelséget keres. Azonban a közelség növeli a gyermek félelmét is, ezért megszakítja a megközelítő viselkedést. A kötődési személy egy személyben a veszély forrása és megoldása, ami rendkívül kétségbeejtő és dezorientáló hatással van a gyermekre, és így összeomlik a viselkedéses és a figyelmi rendszere. Számos tanulmány eredményeit metaanalízisekben foglalták össze van IJzen-

doorn (1995), valamint Madigan és munkatársai (2006). A *Felnőtt Kötődési Interjúval*<sup>18</sup> (Adult Attachment Interview, AAI, George és mtsai., 1985) végzett felnőttkori kötődési reprezentációt vizsgáló kutatások összesített eredményei szerint *az ijesztő/ijedt viselkedés feltételezhetően összefügg a feldolgozatlan trauma nyomán kialakuló mentális reprezentációval*. Az anyai viselkedés fontos közvetítő a gyermeki dezorganizáció kialakulásában, azonban hasonlóan a szenzitív gondoskodáshoz a biztonságos kötődés esetében, nem működik egyedüli magyarázó elvként.

Lyons-Ruth és munkatársai (1999) tovább bővítették a dezorganizáltság kialakulásában feltételezhetően fontos viselkedések körét. Az általuk kidolgozott AMBIANCE kódrendszer (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification, Bronfman és mtsai., 1993) az *atipikus anyai viselkedés* 5 dimenzióját különíti el: (a.) az érzelmi kommunikáció hibáit, (b.) a szülői és gyermeki szerepkör közötti határok megsértését, a szerepek felcserélődését, (c.) az ijedt, dezorientált viselkedések dimenzióját, (d.) az intruzivitás, negativitás dimenziót, valamint (e.) a visszahúzódimenziót (bővebben magyarul lásd Novák és Lakatos, 2005). *Bántalmazó, illetve halmozottan veszélyeztetett családok esetében egyértelmű összefüggést találtak az anya „atipikus” viselkedésének és kommunikációjának magas gyakorisága és a csecsemő dezorganizált kötődése között* (Lyons-Ruth és mtsai., 1999). Azóta számos más tanulmány is közzölt támogató eredményeket. *Az atipikus szülői magatartásformák gyakrabban fordulnak elő feldolgozatlan traumák, posztnatális depresszió, személyiségzavarok, pszichotikus zavarok, szerhasználat és családon belüli erőszak eseteiben* (összefoglalást lásd Barlow és mtsai., 2016).

Összefoglalóan, *a kötődésalapú intervenciók mind az inszenzitív, mind az atipikus szülői viselkedés előfordulásának csökkentését és a szenzitív, válaszkész, biztonságot nyújtó szülői gondozás elősegítését tűzik ki célul*.

## **A kötődési belső munkamodellek átadási modellje – intervenciók indokltsága**

Kezdetektől fogva érdekelte a kutatókat, mi befolyásolja pontosan, hogy egy gyermek hogyan fog kötődni a szülőjéhez. Mint láttuk, a klasszikus hipotézis a szülői viselkedés jellemzőit tette felelőssé. A kérdés viszont felmerül: mi befolyásolja a szülői viselkedést?

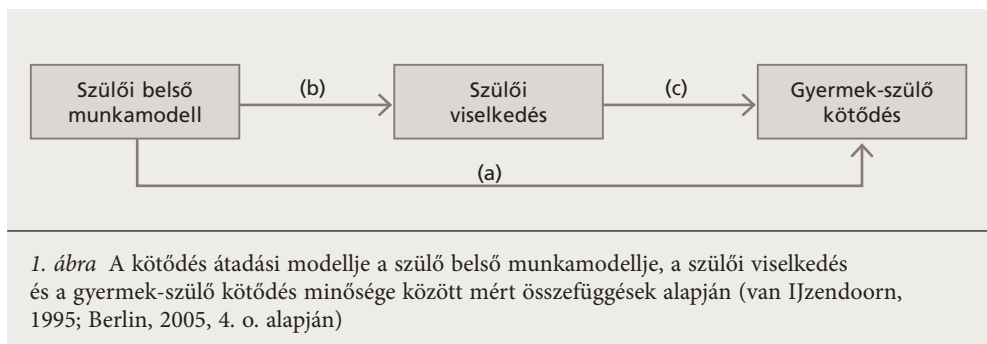
Van IJzendoorn 1995-ös metaanalízisében kb. 850 szülő-gyermek pár adatait dolgozta fel. *Szignifikáns és robusztus összefüggést (75%-os egyezést) talált a szülők belső munkamodellje (AAI klasszifikációja) és a gyerekek kötődési biztonsága (SSP) között*<sup>19</sup> (lásd 1. ábra [a] összefüggése). *Azoknak az anyáknak és apáknak, akiket a Felnőtt Kötődési Interjú alapján autonóm/biztonságos kategóriába sorolnak, nagyobb valószínűséggel van biztonságos kötődésű csecsemőjük, mint a bizonytalan kategóriákba sorolt szülőknek.*

<sup>18</sup> Míg csecsemőkorban viselkedéses eljárással, addig felnőttkorban egy speciális interjútechnikával (AAI) lehet feltérképezni egy személy mentális reprezentációját a korai kötődési kapcsolatairól.

<sup>19</sup> Main és Hesse (1990) 89%-os konkordanciát talált a szülő feldolgozatlan (unresolved, „U”); párhuzam: csecsemőkorban dezorganizált) reprezentációja és a gyermek dezorganizált kötődése között is.

Ugyanannak a tanulmánynak egy másik metaanalízisében (kb. 400 szülő-gyermek pár adatából) pedig erős összefüggést találtak az AAI-val mért szülői belső munkamodell és a szenzitivitás között (van IJzendoorn, 1995; lásd 1. ábra [b] összefüggése<sup>20</sup>). DeWolff és van IJzendoorn (1997) több mint 4000 szülő-csecsemő pár adatait vizsgálva közepesen erős összefüggést talált a szülők szenzitivitása és csecsemőik kötődési minősége között (lásd 1. ábra [c] összefüggése).

Van IJzendoorn az egész modellt (1. ábra) is tesztelte 1995-ös metaanalízisében, és nem kapott meggyőző eredményeket a közvetítésre vonatkozóan. Bár erőteljes direkt kapcsolatokat találtak a szülő kötődési reprezentációja (belső munkamodellje), szenzitív viselkedése és a gyermek kötődése között, azt, hogy a szülői viselkedés teljes mértékben közvetítené a szülői munkamodell hatását a gyermek kötődése felé, nem támasztották alá erőteljesen az adatok. Azóta az irodalomban ezzel az eredménnyel az ún. „átadási hézag” („transmission gap”) néven találkozunk.



Belsky *differenciális érzékenység hipotézise* (Belsky és Pluess, 2009; lásd bővebben Danis és Kalmár tanulmányát a fejlődési pszichopatológiáról könyvünk I. kötetében) alapján feltételezhető az is, hogy a környezeti hatások és az egyén genetikai, idegélettni működésének interakciója (lásd gén-környezet interakció) révén a kötődés átadási hézaga szólhat arról, hogy az átadási modell alkalmazhatóbb egyes párokra, mint másokra (Berlin és mtsai., 2016).

<sup>20</sup> Az AAI-ban a felnőttkori narratíva alapján az Idegen Helyzet eljárás alapján született csecsemőkorai mintázatokkal párhuzamos kategóriákat állapítanak meg. Az autonóm/biztonságos (autonomous; párhuzam: csecsemőkorai biztonságos) klasszifikációt mutató szülők viselkedése előrejelzi a szenzitív, válasz-kész gondozói viselkedést. Az AAI-ban *hárító* (dismissing; párhuzam: csecsemőkorai elkerülő) reprezentációt mutató szülők kevésbé szenzitívek, és hajlamosabbak érzelmileg kevésbé támogatni, hűvösebben kezelni és inkább kontrollálni gyermekeiket, mint az autonóm/biztonságos szülők. A *belegabalyodott* (preoccupied; párhuzam: csecsemőkorai rezisztens/ambivalens) szülők hajlamosak úgy viselkedni, hogy akadályozzák gyermekük autonóm és exploratív viselkedéseit, ezzel kiváltva némi függőséget. Nehezen válnak el gyermekeiktől, amivel akár szorongást is kiválthatnak bennük.

Összefoglalóan, a *kötődésalapú intervenciók indokoltóságára* vonatkozóan a következő három megállapítást tehetjük (Berlin, 2005; Berlin és mtsai., 2016):

- *Mind a szülők belső munkamodellje, mind pedig szülők viselkedése előrejelzi a gyermek kötődését, vagyis azt feltételezzük, hogy mindkettő hatással van a gyermek kötődési biztonságának alakulására.*
- *A szülők belső munkamodellje erőteljesebb összefüggést mutat a gyermek kötődésével, mint a szülők szenzitivitása.*
- *A szülői reprezentációk és a gyermek kötődése között mért összefüggésnek csak egy részét magyarázza statisztikailag a szülői viselkedés, ami gyakorlatban azt jelenti, hogy bár fontos a szülői viselkedés, nem csak ez közvetíti a szülői reprezentációk hatását, vagyis feltételezhetünk más hatásmechanizmusokat is.* Számos kutatás foglalkozik egyéb faktorok (pl. családi stressz, a szülők mentális egészsége, párkapcsolati minőség, társas támasz, a gyermek egészsége és ezek összefüggései) vizsgálatával és magyarázó erejével e kérdéskörben (lásd még Fearon és Belsky, 2016).

## Intervenciók célkitűzések

Már Bowlby is ajánlja klinikai relevanciájú kötetében (1988/2009), hogy a kötődési biztonság előmozdítását célzó terápiás intervenciók célpontja mind a szülők belső munkamodellje, mind pedig a szülői viselkedés lehet. Emellett, ami *lényeges cél, hogy a terapeuta vagy intervenció szakember maga is biztonságos bázist jelentsen a hozzáforduló szülők számára*, mivel ez az élmény tudja leginkább befolyásolni a szülők reprezentációinak jótékony alakulását.

Az eddigi érvelés ismeretében *három fontos intervenciók célkitűzésünk* lehet (Bowlby, 1988/2009 és Berlin, 2005 alapján, kiegészítve), amit a mellékletben röviden ismertetett programok is képviselnek:

- *Segítenünk kell a szülőket saját reprezentációik mélyebb megértésében, főleg, amikor ezek a szoros kapcsolatokban és az érzelmileg fokozott helyzetekben működésbe lépnek.* Fontos a múltbeli élmények, valamint a jelenben zajló kapcsolati történetek összekötése, annak megértése, hogyan hat a múlt a jelenre (vö. Selma Fraiberg „ghosts in the nursery”/„szellemek a gyerekszobában” koncepciójával, lásd lejjebb).
- *Támogatnunk kell a szenzitív szülői viselkedést: segíteni értelmezni a gyermek jelzéseit és az amögött húzóóó igényeket, szükségleteket, ezzel összhangban megfelelő módon és időben válaszolni, hogy a rendszeres, kiszámítható szenzitív válaszok megkezdésével a gyermek számára kialakuljon a biztonságos bázis.* Mindkét fontos szülői viselkedés dinamikus egyensúlyának megteremtése a cél: a stresszterhelés helyzetekben aktiválódó közelségkeresés esetén megadni a gyermek számára a vágyott közelséget és megnyugtatót, majd a megnyugtatót követően engedni, sőt bátorítani őt a világ felfedezésére (explorációra).
- *Az intervenciók hatékonysága nagyban függ a szakember és a szülő-gyermek pár viszonyán.* A szülő számára a szakember által nyújtott biztonságos bázis adja meg a lehetőséget, hogy „mentálisan explorálhassa” (Berlin, 2005, 8. o.) szelfét, reprezentációit, életének történetét (annak talán legfájdalmasabb pillanatait) és a

gyermekével való aktuális kapcsolatát. *A szakember szenzitivitása révén nyílik lehetőség a szülő biztonságos bázisának megteremtésére, és ezáltal a szenzitív szülői viselkedés megalapozására és tanulására is.*

Cassidy és mtsai. (2005) amellett érvelnek, hogy bár a *szülői viselkedésre fókuszáló szenzitivitás tréningek* többféleképpen, többféle kontextusban segíthetik a szülői viselkedést, ezek nem feltétlenül tudnak transzferálódni más kontextusokba is (pl. a játék közbeni szenzitivitás fejlesztése nem hat feltétlenül a gyermek sírásviselkedésének szenzitív kezelésére). Ezért érvelnek amellett, hogy *a szenzitivitás előtérbe helyezése helyett inkább a biztonságos bázis megteremtését érdemes célozni*, amelynek véleményük szerint három fő komponense lehet:

- *A szülőnek értenie szükséges, hogy pontosan mit jelent a biztonságos bázis, milyen összefüggés van a kötődés és az exploráció között, és hogy mik az ő gyermekének specifikus szükségletei, amelyek a temperamentumából és egyéb jellemzőiből adódnak. Fejleszteni szükséges a szülők megfigyelési készségeit is: cél, hogy a szülő ne csak azt vegye észre, hogy a gyermeke mikor és pontosan mit jelzett, hanem azt is, hogy vajon ő képes volt-e biztonságos bázist nyújtani a gyermek számára. Összegezve, mind a közelségkeresésre, mind az explorációra vonatkozó jelzések felismerését és helyes értelmezését el kell sajátítania a szülőnek.*
- *Segíteni kell a szülőnek megérteni azt is, hogyan tud válaszolni ezekre a jelzésekre, hogyan tudja a saját viselkedéses válaszait a gyermek sajátosságaihoz, igényeihez és az adott kontextushoz igazítani.*
- *És végül, de egyáltalán nem utolsó sorban azt is szükséges megértenie a szülőnek, mi minden akadályozhatja a fenti folyamatot, pl. veszteség, trauma, depresszió, egyéb mentális betegség esetén. Fel kell ismernie azokat a helyzeteket, amelyek szorongást és egyéb negatív érzéseket keltenek benne, és amelyek egyszerűen megakadályozzák, hogy a gyermek szükségletei szerint reagáljon. Tisztában kell lennie azzal, mikor nem érzi jól magát gyermeke társaságában, a gyermek milyen reakciói váltanak ki belőle érzelmi diszkomfortot.*

Összefoglalóan, Cassidy és mtsai. (2005) úgy érvelnek, hogy ha a biztonságos kötődést szeretnénk elősegíteni, akkor nem elég az egyes helyzetekben megfigyelhető és tanulható szenzitivitással foglalkoznunk, hanem egyértelműen a biztonságos bázis/menedék megteremtését és a kontextusokhoz, igényekhez alkalmazkodó dinamikus működését érdemes ösztönöznünk. Azt kell elérnünk, hogy a szülőnek bizonyos helyzetek érzelmileg „elegendően komfortosak” (52. o.) legyenek ahhoz, hogy a gyermeke szükségleteinek megfelelően képes legyen megteremteni hol a biztonságos bázist, hol a biztonságos menedéket. Ahhoz, hogy a szülőt ebben támogatni tudjuk, először fel kell ismernie, jól kell olvasnia (mentalizálnia kell), mik a gyermek igényei, tudnia kell, hogyan lehet szenzitivén válaszolni ezekre, és tisztában kell lennie azzal, őt mi akadályozhatja ebben a folyamatban. Érvelésükben *a múlt, vagyis a szülő múltbeli kötődési élményeinek feltérképezése annyiban fontos, amennyiben ez hozzájárul a jelen idejű helyzetek, érzések és viselkedéses válaszok megértéséhez.* A szerzők egy része (Powell, Hoffmann és Cooper) e tudásukra és állásfoglalásukra építenek, pl. a Circle of Security (A biztonság köre) elnevezésű intervenciónál (lásd mellékletben kifejtve).

## Intervenciók hatékonysága: kinek mi működik?

A 2000-es évek elején több metaanalízist publikáltak, amelyben az addig elérhető empirikus adatokat összegezték, feltéve a kérdést, hogy vajon az alkalmazott intervenciók bizonyíthatóan hatékonyak-e a biztonságos kötődés előmozdításában. Fontos tudni, hogy a legtöbb intervenció, amit korábban publikáltak, a magas kockázatú, sokproblémás családokat (lásd szociális-gazdasági hátránnyal élőket, egyedülálló serdülőkorú anyákat, koraszülött vagy intellektuális képességzavarral született gyerekek szüleit, nevelőszülő családokat stb.) támogatta (Bakermans-Kranenburg és mtsai., 2003).

*Egeland és munkatársai 2000-ben 15 intervenció program hatékonyságát tekintették át. Négy programtípust találtak: azokat, amelyek a (a.) szülői szenzitivitást vagy a (b.) szülői belső munkamodelleket célozták, amelyek a (c.) szülők számára társas támaszt nyújtottak, vagy amelyek az (d.) anya mentális állapotát és jóllétét támogatták. Összeségében az általuk talált intervenció programok – ha sikerrel is jártak a szenzitivitás növelésében – nem voltak jelentősen hatékonyak a biztonságos kötődés előmozdításában, és bár nem találtak szignifikáns különbségeket az egyes típusok között, azt feltételezték, hogy a szenzitivitás fokozása nem feltétlenül elegendő a biztonságos kötődés előmozdításához. Javaslatukban megfogalmazták, hogy mindehhez a szülői belső munkamoddell változtatása szükséges, amelyet hosszabb, rendszeres és intenzív folyamatokkal lehet elérni, ahol az intervenció program átfogó, már korán a várandósság szakaszában elindul, kifejezetten az adott szülők szükségleteire épül, és az ellátások között szektorális együttműködés zajlik. Az ajánlások főleg a halmozott kockázatokkal terhelt családi populációra vonatkoznak, amelyek megvalósításáért a hosszabb otthonlátogató programok – mint pl. az Egeland és mtsai. által kidolgozott STEEP program (lásd mellékletben röviden ismertetve) – lehetnek felelősek.*

Ezzel az érveléssel szembeni megállapításokat tett *Bakerman-Kranenburg és mtsainak 2003-as metaanalízise*. Tanulmányukban 29 intervenció eredményeit összegezték (ebben szerepelt 13 tanulmány az Egeland-féle kutatásból is). A több mint 1500 szülő-gyermek párt tartalmazó adatbázissal szintén négy programtípust vizsgáltak: az első három meg egyezett Egeland és mtsainak első három kategóriájával, a negyedik csoportba pedig e három típus kombinációi tartoztak. A metaanalízis csak enyhe hatást talált a kötődésre nézve ( $d = 0,19$ )<sup>21</sup>, viszont a csak szenzitivitást célzó programok kiemelkedtek hatékonyságukban ( $d = 0,39$ ). Statisztikai és teoretikus megfontolások után a holland kutató team az intervenciók következő jellemzőit tartották irányadónak, mivel az ilyen jellemzőkkel bíró beavatkozások voltak a leghatékonyabbak, még a nagyszámú sokproblémás családok körében is:

- rövidebb (max. 16 üléses) folyamat,
- szülői viselkedést (szenzitivitást) célzó intervenciók,
- video-feedback használata,
- *relatív később, 6 hónapos kor után kezdődő beavatkozások (mivel ekkor már elindul a személyspecifikus kötődés).*

<sup>21</sup> A Cohen-féle  $d$  egy hatásnagyság mutató. A 0,2-es mutató kicsi hatásnagyságot jelent, a 0,4 pedig közepes.

Kiemelték, hogy az intervenciók így sem közvetlenül a kötődési biztonságra hatnak, inkább az azzal kapcsolatban álló szenzitivitásra, azáltal, hogy szignifikánsan csökkentik a kötődési bizonytalanság háttérben lévő inszenzitív szülői magatartásformákat.

*Bakermans-Kranenburg és mtsai. (2005)* egy későbbi metaanalízisükben (1996 és 2005 között 15 tanulmány,  $n = 842$  diád), amely kifejezetten a dezorganizált kötődésre vonatkozott, azt az eredményt kapták, hogy a vizsgált *intervenciók nem tudták szignifikánsan változtatni a dezorganizált kötődési mintázatokat* ( $d = 0,05$ , n.s.). A kockázati csoportokban mutatkozott némileg nagyobb hatása ( $d = 0,29$ ) az intervencióknak, ahol kifejezetten a kockázatokra (pl. bántalmazás) fókuszáltak. Az intervenciók többsége ekkoriban még nem célozta kifejezetten a dezorganizált kötődési mintázat kialakulásának megelőzését vagy megváltoztatását, sokkal inkább a szenzitivitással nagyobb összefüggést mutató organizált, de bizonytalan kötődési minták enyhítésére szolgáltak.

*Facompré és mtsai. 2018-ban* publikáltak egy újabb metaanalízist a dezorganizált kötődés megelőzését vagy csökkentését célzó eljárások hatékonyságáról. Az új elemzés pozitív eredményt nyújtott, vagyis a szigorú kritériumok szerint kiválasztott 1989 és 2016 közötti 16 tanulmány ( $n = 1360$ ) összesített eredménye alapján *az intervencióknak volt szignifikáns összesített hatása* ( $d = 0,35$ ) *a dezorganizált kötődés megelőzésében vagy arányának csökkentésében*. Moderátor változóként itt is azokban a csoportokban mutatkozott nagyobb hatás, ahol a dezorganizáció előfordulására nézve magasabb rizikóval találkozhatunk, pl. ahol bántalmazás történt. A szerzők megerősítették *a szülő-gyermek kapcsolat plaszticitását (változásra irányába mutatott rugalmasságát) még a toxikus környezetben is*. Az idősebb csecsemők, kisgyermekes esetében voltak hatékonyabbak a beavatkozások: ha a prenatális időszakban vagy nagyon kis csecsemőként zajlottak az intervenciók, a szülők nem tudták gyakorolni azokat a készségeket, amelyek a későbbiek folyamán fontosak lettek volna, hogy reakcióik ne legyenek ijesztők a gyermek számára. Bár nem volt ez a különbség szignifikáns, de úgy tűnt, hogy a szenzitivitás fókuszú tréningek magasabb hatásnagyságot ( $d = 0,51$ ) mutattak, mint a reprezentációs fókuszú, a társas támasz fókuszú beavatkozások, vagy ezek kombinációja ( $d = 0,26$ ).

Összefoglalva, míg Egeland és mtsai. (2000) amellett érvelnek, hogy a „több az jobb”, vagyis hogy az átfogó, intenzív (gyakori találkozásokkal zajló) intervenció programok azok, amelyek igazán hatékonyak, addig Bakermans-Kranenburg és mtsai. (2003) amellett érvelnek, hogy a „kevesebb több” (írásuk gyakran emlegetett címe: „Less is More”), vagyis a jól fókuszált, rövid intervenciók hatékonyabbak a korai kötődési biztonság kialakulásának támogatásában. Ma az intervenció szcénában egyetértés mutatkozik abban, hogy *nem feltétlenül lehet egyértelműen kimondani, melyik típusú intervenciók a leghatékonyabbak, hiszen a családok jellemzői és szükségletei nagyon különbözőek*, így van, akik számára a „több jobb” és van, akiknek a „kevesebb több”. A vizsgálatok által mért eljárások, programok mind módszertanban, mind pedig a választott célcsoportokban heterogének, ezért a metaanalízisben kinyerhető összhatékonyság valószínűsíthetően és a fentiek szerint is enyhe-közepes. Mivel úgy tűnik, hogy működnek mind a hosszú, mind a rövid intervenciók, *az igazi kérdés inkább az kell, hogy legyen a további kutatásokban: „Kinek mi működik?”* (Berlin, 2005, 20. o.), melyik célcsoportban, mely specifikus problémát milyen programmal érdemes megközelíteni. Az egyes programok alkalmazásának indokoltságáról a programok közötti módszertani különbségek és az ajánlott célcsoportok ismeretét követően lehet döntést hozni, ehhez az intervenciókat behatób-



ban kell ismerni, ami meghaladja e tanulmány kereteit (a mellékletben illusztrációként felsorolunk néhány empirikusan is igazolt hatékonyságú programot).

Amiről újra említést kell még tennünk, hogy Belsky szerint (Belsky és Pluess, 2009) *a családok különbözőképpen érzékenyek (differential susceptibility) az egyes beavatkozásokra, így a szülő-gyermek kapcsolati/kötődési hatásokra is.* Kutatások bizonyítják, hogy *a kötődésalapú intervenciók nagyobb hatásfokúak azoknál a diádoknál, ahol az anya biztonságosabb belső munkamoddellel rendelkezik, illetve ahol a gyerekek magasabb kockázatú csoportba tartoznak, főleg genetikailag vagy temperamentumukban szenzitívebbek* (Berlin és mtsai., 2016), vagy, ahogy láttuk fentebb, *magasabb a környezeti kockázat (pl. bántalmazás történik).*

Az egyes programok (pl. a mellékletbe foglaltak), főleg, amelyeknek motivációja a bizonyítékokon alapuló eljárás címének megszerzése, hatékonyságukat folyamatosan mérik. *Ahhoz, hogy kimondhassuk egy intervencióról, hogy bizonyítékokon alapuló (evidence-based, lásd keretes szöveg), a programok hatékonyságának precíz, rigorózus és robusztus mérésére van szükség ezen a területen is.* E célra a *randomizált ellenőrzött kísérletek (Randomized Controlled Trials, RCT)* módszertana alkalmas, ahol egy a kezelésben résztvevő csoportot hasonlítanak össze egy kontrollcsoporttal, akik nem részesülnek a vizsgálni kívánt intervencióban. Fontos, hogy e területen bevett, *sztenderdizált eszközökkel* mérjék a már tárgyalt három változót: a szülők mentális reprezentációit (Felnőtt Kötődési Interjú, AAI), a szülői viselkedést (Ainsworth-féle szenzitivitás skála) és a gyermek kötődését (Idegen Helyzet eljárás, SSP). Az alkalmazott *intervenció, „hűséget” (fidelity)* is ellenőrizni szükséges, vagyis azt, hogy azonos módon zajlanak-e le az intervenciók különböző mintákban. Emellett *moderátor változóként* (lásd Danis és Kalmár második tanulmányát könyvünk I. kötetében) az intervenciók mennyiségét (dózisát) és minőségét (tartalmát) is mérni érdemes, hogy mindezek differenciálhassák az eredményeket (Berlin, 2005).

### **Mit jelent az, ha egy program bizonyítékokon alapuló (evidence-based)?**

*A bizonyítékokon alapuló gyakorlatok (evidence-based practices) az egészségügyi szakterületen váltak először jelentőssé, ahol a randomizált ellenőrzött kísérletek módszerével bizonyították adott eljárások, beavatkozások (treatment) hatékonyságát kísérleti csoportokban kontrollcsoportokhoz képest.*

Az elmúlt évtizedekben a pszichológia, a pedagógia és a szociális munka területén is egyre inkább elterjedt a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok preferálása.

*Evidence-based gyakorlatokon azokat a tágabban értelmezett készségeket, technikákat, stratégiákat értjük, amelyek a szakemberek munkáját vezetik, miközben a programban részt vevő személyekkel kapcsolatba lépnek. Ezek kulcselemei egy adott programnak, beavatkozásnak. Evidence-based programokon pedig olyan sokkomponensű, komplex beavatkozásokat értünk, amelyek konkrét megfogalmazott célokat szeretnének elérni egy meghatározott célcsoportban.*

Az Egyesült Államokban és más nyugat-európai országokban is léteznek olyan szakmai szervezetek, amelyek pontos kritériumrendszereket állítanak fel arra vonatkozóan, hogy milyen feltételeknek kell teljesülniük ahhoz, hogy egy programot bizonyítékokon alapulónak nyilvánítsanak.

Általánosságban az eredményesség/hatékonyság egy kontinuumon értelmezhető:

– *Bizonyítékokon alapuló (evidence-based) programok/beavatkozások*: olyan modell-programok, jó gyakorlatok, amelyek hatékonysága szisztematikus empirikus evidenciákon alapulnak.

– *Bizonyíték-informált (evidence-informed) programok/beavatkozások*: ígéretes gyakorlatok, amelyek teoretikusan megalapozottak, gyakorlati tapasztalatok alapján hatásosak, és ezt már néhány vizsgálat is alátámasztja.

– *Nem hatékony beavatkozások*: olyan programok, amelyek hatékonyságát nem sikerült empirikusan bizonyítani.

(Forrás: Lillas és mtsai., 2014; Metz és mtsai., 2007.)

Barlow és mtsai. (2016) egy frissebb metaanalízisében (ahol hat korábbi szisztematikus áttekintést, illetve 2008 óta publikált 11 randomizált ellenőrzött kísérletet elemeztek) megállapítják, hogy *mind a szülő-csecsemő pszichoterápiák, mind a videós visszajelzést alkalmazó programok, mind pedig a mentalizáció alapú intervenciók hatékonyak a kötődéssel összefüggő kimenetekkel kapcsolatban, és ezeket akár otthonlátogató, akár csoportos szülői programokkal közvetíthetjük*. A különböző teoretikus alapokon nyugvó módszerekben az a közös, hogy *szinte mindegyik alkalmazza a videós visszajelzés (video-feedback) eszközét*. Néhány módszert speciálisan képzett szakemberek (pszichológusok, pszichoterapeuták) alkalmazhatnak csak, de létezik több intervenció, amelyek más segítő foglalkozásúak számára is nyitottak, és kézikönyvek, protokollok alapján rövid tréningeken elsajátíthatók (lásd kifejtve a mellékletben az egyes intervencióknál).

*A kapcsolatfókuszú intervenciók első generációja a szülő-csecsemő pszichoterápiák voltak*. Később – részben e tapasztalatokra építve – bontakoztak ki az angolszász „csecsemőkori lelki egészség szakértők” (*infant mental health specialist*) kompetenciái, majd az elmúlt 20–30 évben született meg egy sor *rövid és hosszú intervenció program*, amelyek leginkább protokollhoz kötöttek. A következő fejezetekben e törekvéseket foglaljuk össze röviden.

## Konzultációs és pszichoterápiás irányzatok

*A szülő-csecsemő pszichoterápiák pszichodinamikus alapokon nyugvó eljárások. A terapeuták direkt módon a szülő-csecsemő párral, vagy optimális esetben a triáddal (anya-apa-csecsemő) dolgoznak. A legfőbb célok a szülők narratívájának, élettörténetének, korai élményeinek meghallgatása, ezeknek a jelenben zajló folyamatokkal való összefüggéseinek közös megkeresése, megértése, a diádikus és triádikus interakciók megfigyelése, a panaszok és szükségletek közös azonosítása, valamint a szülő segítése abban, hogy megfigyelje gyermekét, és különböző módokon kapcsolódni tudjon hozzá. Az interakció fontos, azonban a cél leginkább a szülők mentális reprezentációinak feltárása és megváltozása a biztonságos szülő-gyermek kötődés előmozdítása érdekében* (Barlow és mtsai., 2015).

A legkorábbi megközelítés az 1970-es évekre nyúlik vissza, *Selma Fraiberg* (1975, 1980) és kollégái Michigani, később a San Fanciscó-i Egyetemen kezdték el a *klinikai*

csecsemőkori beavatkozások elméleti kereteit megalapozni, elsősorban szegény családoknak nyújtott szolgáltatások tapasztalatai alapján. Fraiberg fő hipotézise az volt, hogy a szülő jelenben történő kapcsolódása, a gyermek jelzéseinek, viselkedésének értelmezése és az erre adott szülői reakciók kapcsolatban állnak a szülő múltbeli, gyermekkori élményeivel, akkori sérüléseivel, traumáival. E nem tudatos hatások leírására használta Fraiberg híres frázisát: „szellemek a gyerekszobában” („ghosts in the nursery”). A cél, hogy a szülő ezeket az élményeit felismerje, és összefüggésbe tudja hozni jelen viselkedésével, kapcsolódásával, a megfogalmazott panaszokkal.

Már a szociális munkás és pszichoterapeuta Fraiberg munkájában, de később a speciális csecsemőkori lelki egészség szakemberek (infant mental health – IMH – specialist) repertoárjában is a pszichoterápiás munka a családok szükségleteinek megfelelően kiegészült fejlődési tanácsadással, érzelmi támasznyújtással, a kapcsolat felmérésével és támogatásával, konkrét szociális segítségnyújtással és érdekképviselettel (Weatherston, 2002). Az intervenció egyszerre irányult a gyermek fejlődésére, a családi krízis kezelésére és a szülő-csecsemő kapcsolatra.

Fraiberg hagyományából kiindulva az IMH szakemberek nagy hangsúlyt fektetnek a nehezen elérhető családokkal való együttműködés kialakítására. A találkozások elsősorban a családok otthonában zajlanak („terápia a konyhaasztalnál”/therapy in the kitchen). A terápia célja nem a szülők személyiségében való változás, hanem a gondoskodás képességének kialakítása. Az alapgondolat szerint a nehéz helyzetben lévő szülők csak akkor tudnak megfelelően gondoskodni csecsemőjükéről, ha ők is megtapasztalják a megfelelő gondoskodást, a „biztonságos bázist” (Bowlby, Ainsworth) vagy „holding”-ot (Winnicott). Általánosságban a képzésekben és a munkakörökben is érvényesül a terület multi/interdiszciplináris jellege, a fejlődési szemlélet, a többgenerációs perspektíva és a prevenciókért folytatott munka (Weatherston, 2002).

A problémák súlyosságát és a családok bevonásának fokát tekintve megkülönböztetnek három szintet a kora gyermekkori lelki egészségvédelemben és az IMH szakemberek képzésében (Hinshaw-Fuselier és mtsai., 2009). A feladatok és a hozzájuk kapcsolódó készségszintek a következők:

- lelki egészség promóció, tudatosság és együttműködés – alapellátás szakemberei,
- preventív intervenciók – speciálisan képzett IMH szakemberek,
- klinikai intervenciók – speciálisan képzett IMH szakemberek klinikai pszichológiai, pszichiátriai alapképzettséggel, pszichoterápiás tapasztalattal.

A modellben mindegyik szinthez más célok, alapismeretek, szakmai készségek és szupervíziós követelmények tartoznak.

A klasszikus fraibergi hagyományból idő közben a pszichodinamikus szemléletmód mellett interakcionista, fejlődésközpontú és integrált szemléletű terápiai irányzatok is kialakultak. A beavatkozások leginkább a két év alatti gyerekekkel és szüleikkel történnek, jellemzően 5–20 hétig (de van, hogy egy évig is), általában heti egy alkalommal zajlanak. Az eljárások elsősorban a korai kapcsolati nehézségek, valamint az érzelem- és viselkedésszabályozás problémáinak megoldására vállalkoznak. Néhány fontos példát alább mutatunk be (a pszichoterápiás irányzatok bővebb ismertetésétől eltekintünk a mellékletben, mivel több irányzatról esik szó magyar nyelven: Hédervári-Heller, 2008/2020; Stern, 1995/2004; Cramer és Palacio-Espasa, 2012):

- *Child-Parent Psychotherapy*<sup>22</sup> (USA; Lieberman, 2004; Lieberman és Van Horn, 2008; Lieberman és mtsai., 2016),
- *Genfi rövid anya-csecsemő terápia* (Svájc; Cramer és Palacio-Espasa, 2012),
- *Interaction Guidance* (USA; McDonough, 2004, 2005),
- *Lausanne Trilogue Play* (Svájc; Fivaz-Depeursinge és mtsai., 2004),
- *Touchpoints*<sup>23</sup> (USA; Brazelton, 1992; Brazelton és mtsai., 1997; Hornstein, 2014),
- *Watch, Wait and Wonder*<sup>24</sup> (Kanada; Cohen és mtsai., 1999; Muir és mtsai., 1999)
- *Müncheni interakció központú szülő-csecsemő konzultáció és terápia*<sup>25</sup> (Németország; Papoušek és mtsai., 2008), és ezt továbbgondolva pl. az *integrált szülő-csecsemő konzultáció* (Németország; Hédervári-Heller, 2008/2020, lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányait a kötetekben).

A pszichoterápiák nagy részénél *kritika* tárgyát képezi, hogy *kevés az empirikus mérés a hatékonyságuk bizonyítására*. Többszörre a teoretikus megalapozottság és a klinikai tapasztalatok alapján nyilvánulnak hasznosnak. A jövőbeni fejlődés kulcsa a pszichoterápiás irányzatok általánossá váló tudományos hatékonyságvizsgálata.

Egy kifejezetten pszichoterápiák eredményességét vizsgáló, nyolc tanulmány eredményeit összegző metaanalízisben Barlow és mtsai. (2016) azt találták, hogy *kockázati csoportokba tartozó családok esetében a szülő-gyermek kötődés előmozdításában nem volt szignifikáns különbség e klasszikus, régi hagyományokra épülő terápiák és egyéb, alternatív (rövidebb, vagy nem-pszichodinamikus) módszerek között*. Az olyan nem-pszichodinamikus intervenciók, amelyekben szintén kapcsolatalapú megközelítést alkalmaznak, hasonlóan hatékonyak a szülői szenzitivitás és biztonságos kötődés előmozdításában (lásd alábbiakban részletesebben kifejtve).

## Kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók programok

Az elmúlt 30 évben számos új kezdeményezés indult, amelyek *a kötődéselmélet alaptézeit felhasználva* fogalmazták meg intervenciók célkitűzéseiket és módszertanukat. Ahogy már fentebb is olvashattuk Berlin (2005) összefoglalóját, ezek *a módszerek vagy a szülők mentális reprezentációinak átdolgozásán, vagy a szülői viselkedés érzékenyítésén, vagy akár mindkettőn dolgoznak*. A szakterület kihívása, hogy olyan intervenciókat alkalmazzunk, amelyek elméletileg megalapozottak és szigorú értékelés után bizonyítékon alapuló eljárásnak bizonyulnak.

<sup>22</sup> <https://childparentpsychotherapy.com/>

<sup>23</sup> <https://www.brazeltontouchpoints.org/>

<sup>24</sup> <https://watchwaitandwonder.com/>

<sup>25</sup> <https://akademie-muenchen.de/J2019/seminare/index.php?rubrik=6&seminar=1>

A 2000-es évek elején Egeland és mtsai. (2000), valamint Bakermans-Kranenburg és mtsai. (2003) között zajló „vitát” követően (lásd: *Vajon a hosszú, intenzív, vagy pedig a rövid, célzott beavatkozások az előrevivőbbek?*) ma már – a teoretikusok és klinikusok preferenciáit is figyelembe véve – azt gondoljuk, sokkal inkább az a fontos és eldöntendő kérdés, hogy melyik hatékony intervenciót pontosan mely családoknál alkalmazzuk. A jövő kutatásainak erre kell irányulniuk. A gyakorlatban a programok közüli választást segíti, ha ismerjük a különböző programok módszertanát, teoretikus hátterét, a támogatni kívánt célcsoportok sajátosságait és szükségleteit. Nyilvánvalóan vannak szakmai preferenciák is arra vonatkozóan, hogy egy adott szakember milyen teoretikus alapvetésekkel és milyen típusú eljárásokkal (inkább hosszú átfogó vagy rövid fókuszált módszertanokkal) tud szakmailag azonosulni. Az eredményekből úgy tűnik, hogy több irányzat programjai működőképesek.

A beavatkozások lehetnek még a klinikai szint előtti *preventív intervenciók*, amelyeket széles körben alkalmaznak megelőzési szándékkal, és lehetnek *klinikai intervenciók*, amelyek olyan családokkal zajlanak, ahol a gyermek vagy a szülő problémái már diagnosztikus értékűek, vagy a diád már valamilyen klinikai ellátórendszerbe került, illetve ahol rossz bánásmód, bántalmazás vagy elhanyagolás történik (Berlin, 2005).

Egy nem régiben megjelent tanulmánykötet összefoglalja a legismertebb kötődés-alapú intervenciókat (Steele és Steele, 2018). A kötődésalapú intervenciók három nagy csoportjában beszélhetünk a *hosszabb (akár 1-2 éves) otthonlátogató programokról*, amelyek rendszerint ötvözik az egyéni és a csoportos technikákat (pl. Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting; STEEP), a *rövidebb (4-20 alkalmas), a családok otthonában zajló intervenciókról*, amelyek főleg a szülői viselkedés érzékenyítését célozzák a videotechnika segítségével (pl. Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline, VIPP-SD), de *csoportos szettingben* akár mindegyik elem felhasználása is megvalósulhat (pl. Circle of Security; COS) (lásd részleteket a mellékletben).

Az alábbiakban néhány olyan nemzetközi kötődési kapcsolatot támogató programot sorolunk fel (lásd rövid leírásukat a mellékletben), amelyek protokoll szerint működnek, a módszerben kiképeződhetnek az érdeklődő szakemberek, és amelyek eredményességi vizsgálatok alapján bizonyítékon alapuló kezdeményezéseknek, vagy már ígéretes gyakorlatoknak tekinthetők.

- Hosszú, otthonlátogató programok
  - *Minding the Baby Program*<sup>26</sup> (USA; Slade és mtsai., 2007, 2018)
  - *The Nurse-Family Partnership*<sup>27</sup> (USA; Olds, 2007; Donelan-McCall és Olds, 2018)
  - *Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting (STEEP) & Seeing is Believing (SIB)* (USA; Egeland és Erickson, 2004; Suess és mtsai., 2018)
- Rövid, otthon zajló programok
  - *Attachment and Biobehavioral Catch-Up*<sup>28</sup> (USA; Dozier és mtsai., 2007, 2018)

<sup>26</sup> <http://medicine.yale.edu/childstudy/mtb/>

<sup>27</sup> <https://www.nursefamilypartnership.org/>

<sup>28</sup> [http://www.infantcaregiverproject.com/about\\_us](http://www.infantcaregiverproject.com/about_us)

- *Video-feedback intervention to promote positive parenting (VIPP)*<sup>29</sup> (Hollandia; Juffer és mtsai., 2008, 2018; Bakermans-Kranenburg és mtsai., 2016)
- *Video Interaction Guidance*<sup>30</sup> (VIG)(UK; Kennedy és mtsai., 2011)
- Csoportos programok
  - *Circle of Security (COS)* (USA; Powell és mtsai., 2014; Coyne és mtsai., 2016; Woodhouse és mtsai., 2018)
  - *Secure Attachment Family Education (SAFE)*<sup>31</sup> (Németország; Brisch, 2012)

Néhány frissebb tanulmány több programot bemutat röviden, illetve ezek eredményességét, hatásait összegzi (Gregory és mtsai., 2019; Berlin és mtsai., 2016; Alto és Petrenko, 2016). A felsorolt és a mellékletben bemutatásra kerülő intervencióknak egy központi céljuk van: elősegíteni a csecsemők és szülei kapcsolatának harmonikus fejlődését, a kötődési biztonság kialakulását, mivel ez bizonyítottan védőfaktor a későbbi pszichopatológiákkal szemben. Az intervenciók viszont különböznek abban, hogy hová helyezik a fő fókuszot, és hol érzik az igazán hatékony belépési kaput (Stern, 1955/2004) e folyamat elősegítésében: a szülői élményvilág és reprezentációk oldaláról közelítenek, vagy kifejezetten a szülői viselkedést hangolják, vagy akár integráltan, mindkét belépési kaput egyszerre használják a nagyobb eredményesség elérése érdekében.

## Összefoglalás és zárszó

Összefoglalásként újra kiemelhetjük, hogy *a korai szülő-gyermek kapcsolati, kötődési nehézségek, valamint a csecsemőkori érzelm- és viselkedésszabályozási zavarok megértése és kezelése csakis kapcsolati kontextusban történhet.*

*A szülő szenzitivitása, érzelmi elérhetősége, ráhangolódása a gyermekre, mentalizációs kapacitása és reflektív funkciója* (lásd Lénárd tanulmányában könyvünk I. kötetében) mind olyan folyamatok, amelyek *a biztonságos kötődést és a harmonikus közös szabályozást alapozzák meg.* Ezzel ellentétben *az inszenzitivitás, az érzelmi elérhetetlenség* (pl. krónikusan: depresszió, időszakosan: disszociatív állapotok feldolgozatlan veszteség vagy trauma miatt), *az intruzív és* (pl. bántalmazás vagy indulatkezelési problémák miatt) *ijesztő, illetve egyéb atipikus szülői gondozási viselkedésformák a kötődési bizonytalanság és a dezorganizáció felé tolják a kapcsolatot* (Barlow és mtsai., 2016).

A kockázati csoportokba tartozó családok esetében, illetve azoknál a családoknál, akik saját maguk jelentkeznek preventív segítségért, indokolt a teoretikus alapokon és empirikus bizonyítékokon nyugvó eljárások alkalmazása a kötődési biztonság megteremtése érdekében. Néhány a mellékletünkben szereplő bizonyítottan eredményes célzott intervenció hazai adaptálása az elérhető ellátási repertoár (lásd további tanulmányok e kötetben) bővítését eredményezheti, mely nemcsak a nemzetközi gyakorlathoz való felzárkózást, hanem a specifikus igényű családok leghatékonyabb segítségét is biztosíthatná.

<sup>29</sup> <http://www.vippleiden.com/>

<sup>30</sup> <http://www.videointeractionguidance.net/>

<sup>31</sup> <http://www.safe-programm.de/english/Home.html>

## Melléklet

### Szülőséget, nevelést támogató programok

#### **Triple P (Positive Parenting Program) (Ausztrália)**

A Triple P programot Ausztráliában alakították ki. Olyan szülőséget és családi életet támogató program, amely a komolyabb viselkedési, érzelmi és fejlődési problémák kialakulását szeretné megelőzni. A preventív módszertanban tudásátadás, készségfejlesztés és a szülők kompetenciáinak megerősítése történik. A program 5 szinten, születéstől 16 éves korig foglalkozik nevelési kérdésekkel. A program alkalmazkodik a szülők és gyermekeik szükségleteihez, csak a „minimálisan elégséges” intervenciót nyújtja. Csökkenti a gyermekbántalmazás és elhanyagolás valószínűségét, csökkenti az érzelmi és viselkedési problémák előfordulását, megerősíti a szülő-gyermek kapcsolatot, támogatja a szülők mentális egészségét. Az evidence-based módszert ma már 30 országban alkalmazzák. (Forrás: a program hivatalos honlapja.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G. (2017). *The Power of Positive Parenting: Transforming the Lives of Children, Parents, and Communities Using the Triple P System*. Oxford University Press.  
Hivatalos honlap: <http://www.triplep.net/glo-en/home/>

#### **The Incredible Years (USA)**

Az USA-ban, Seattle-ben fejlesztették ki, de azóta már Walesben és Angliában is mérték az eredményességét. Több eredményesség vizsgálatot követően bizonyítottan hatékonyan nyilvánított szülői program, amelyben az a cél, hogy támogassák a pozitív szülői gondoskodást, szülői és nevelői, tanító készségeket fejlesszenek, megerősítsék a gyerekek problémamegoldó képességeit, szociális kompetenciáját és csökkentsék az agressziót. Vidófelvételek közös elemzése révén nem-bántalmazó stratégiákat tanulnak a szülők a mindennapi viselkedési nehézségek megoldására. (Forrás: a program hivatalos honlapja.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Webster-Stratton, C. (2019) *The Incredible Years (R): Trouble Shooting Guide for Parents of Children Aged 3-8 Years* (3rd Edition). The Incredible Years.  
Hivatalos honlap: <http://www.incredibleyears.com/>  
Képződési lehetőségek: <http://www.incredibleyears.com/for-group-leaders/>

### Kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók programok

#### **Hosszú, otthonlátogató programok**

##### **Minding the Baby Program (USA)**

A program 2002-től indult New Havenben, Connecticutban (USA). Több eredményesség vizsgálatot követően 2014-től megkapta a bizonyítottan hatékony otthonlátogató program címet. A nemzeti irodájuk a Yale Egyetemen működik. A programban védőnők és

klinikai szociális munkások végzik a munkát. Bevándorló, eltérő kultúrájú, szociálisan hátrányos helyzetű családokkal működő program, ahol a team tagjai szoros kapcsolatban állnak más társszakmák képviselőivel, akik szintén a családokkal dolgoznak. A rendszerint fiatal (14–25 éves) anyák már várandósan csoportos felkészítő kurzuson vesznek részt. 28 hetes terhesen már elkezdődnek az otthonlátogatások is. A védőnő és a szociális munkás felváltva találkozik a családdal a gyermek első életévében hetente, második évében minden második héten. Krízisszituációkban gyakrabban és hosszabban tartanak a találkozások. A módszertan sokszínű: konzultációk, fejlődési tanácsadás, szülő-csecsemő konzultáció, egyéni konzultáció, krízisintervenció, családtámogatás. Fontosabb témák: a gyermek fejlődése, szükségletei, interakciók, a kapcsolat alakulása, egyéni és családi problémák, a csecsemő jelzéseinek és állapotainak felismerése, szenzitív reagálás, reflektív kapacitások erősítése. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Slade és mtsai., 2007, 2018.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

- Slade, A., Sadler, L. S., Mayes, L. C. (2007). Minding the Baby. Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments*. The Guilford Press. 152–177.
- Slade, A., Simpson, A. E., Webb, D., Albertson, J. G. Close, N., Sadler, L. (2018). Minding the Baby: Complex Trauma and Attachment-Based Home Intervention. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Press. 151–173.
- Hivatalos honlap: <http://medicine.yale.edu/childstudy/mtb/>  
Képződési lehetőségek: <https://medicine.yale.edu/childstudy/education/practitioner/mtb/>

#### **The Nurse-Family Partnership (USA)**

A programot 1977-ben az USA-ban fejlesztették ki. A várandósság alatt és a szülést követően az első évben védőnők látogatják az első gyermekes, szociálisan hátrányos helyzetű családokat otthonaikban. Három fő célja van a programnak: az átfogó várandósgondozás hatására jó szülési-születési kimenet elérése, a gyermek egészséges szomatikus és lelki fejlődésének elősegítése a szülők szenzitívebb és kompetensebb gondozásának támogatása révén, valamint a szülők életfeladatainak támogatása azáltal, hogy segítenek a jövőbeni tervezésben (újabb várandósság, tanulmányok befejezése, munka találása). Több eredményességvizsgálat zajlott a programmal kapcsolatban, amelyben mind a szülők, mind a gyermek számára pozitív hatásokat tudtak felmutatni, a vizsgált populációban jelentékeny gazdasági visszatérüléssel együtt. Ennek kapcsán a programot bizonyítottan hatékony otthonlátogató programnak nyilvánították. A programot már több országban (Anglia, Hollandia, Németország, Ausztrália és Kanada) adaptálták. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Olds, 2007; Donelan-McCall és Olds, 2018.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

- Olds, D. L. (2007). The Nurse-Family Partnership. Foundation in attachment. Theory and Epidemiology. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments*. The Guilford Press. 217–249.
- Donelan-McCall, N., Olds, D. (2018). The Nurse-Family Partnership: Theoretical and Empirical Foundations. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Press. 79–103.
- Hivatalos honlap: <https://www.nursefamilypartnership.org/>



## **Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting (STEEP) & Seeing is Believing (SIB) (USA)**

A programot 1986-ban a Minnesota Egyetemen fejlesztette ki Byron Egeland és Martha Farrell Erickson. A programban képzett védőnők kéthetente látogatják az első gyermeküket váró anyákat várandósságuk alatt, majd a szülést követően az első két évben. Főleg olyan szülőkkel dolgoznak, akiknek saját élettörténetük vagy jelenlegi nehezített helyzetük kockázatot jelent a pozitív szülő-gyermek kapcsolat kialakítása szempontjából. Krízishelyzetben a találkozások lehetnek gyakoribbak is. A facilitátor szakember feladata, hogy a szülőket segítse gyermekük fejlődésének és szükségleteinek megértésében, a szenzitív szülői viselkedés elsajátításában, a gyermek szükségleteire való válaszkész gondozás megalapozásában és olyan döntések meghozatalában, amely hosszú távon az egész család jóllétét biztosíthatja. A szülő-csecsemő interakciókat rendszeresen videóra rögzítik, és közösen a szülővel tekintik meg és elemzik. A cél a szülők szenzitivitásának erősítése, vagyis a gyermek jelzéseinek megfelelő észlelése és helyes értelmezése, a szempontátvétel, empátia elősegítése (Seeing Is Believing™). A szülést követően az anyák és csecsemőik kéthetente csoportosan is találkoznak egymással, ahol ugyanaz a személy vezeti az üléseket, aki egyéniben is látogatja a családokat. A csoporton közös étkezés is történik, majd a szülők beszélgetnek a szakemberrel, míg a gyermekeikkel egy kisgyermeknevelő foglalkozik. A programhoz tartozik a néha megrendezett családok éjszakája, amikor az anyák meghívják az apákat és más családtagjaikat egy közös találkozóra. Fő cél mindkét modulnál a szülők megerősítése és a nehézségekkel való megküzdés segítése. A stáb rendszeres reflektív szupervízióban vesz részt, egyénileg és teamben is. A módszer több országban több hatásvizsgálat nyomán evidence-based minősítést kapott. Először Minnesotában fejlesztették és alkalmazták a programot, azóta számos amerikai államban, Ausztráliában, Németországban is végeztek eredményességvizsgálatokat, és több országban használják a módszert. (Forrás: a program hivatalos honlapja, valamint Egeland és Erikson, 2004; Suess és mtsai., 2018.)

### **TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM**

Egeland, B., Erickson, M. F. (2004). Lessons from STEEP. Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In Sameroff, A. J., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. The Guilford Press. 213–242.

Suess, G., Erickson, M. F., Egeland, B., Scheuerer-Englisch, H., Hartmann, H-P. (2018). Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting. Lessons from 30 years of implementation, adaptation, and evaluation. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of Attachment-based Interventions*. New York, NY: Guilford Publications. 104–128.

Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting (STEEP™) Manual  
Seeing Is Believing® (SIB) Training Manual and Practice DVD

Hivatalos honlap: <http://ceed.umn.edu/steep-sib/>

Képződési lehetőségek: <http://www.cehd.umn.edu/ceed/inpersontrainings/steepsibtraining.html>

### **Rövid, otthon zajló programok**

#### **Attachment and Biobehavioral Catch-Up (USA)**

A programot University of Delaware kutatóintézetében fejlesztették ki, ami mára már több eredményesség vizsgálat után Kaliforniában elnyerte az evidence-based minősítést.

Az intervenció 10 alkalomból áll, és nevelőszülők/örökbefogadó szülők lakásában zajlik. Szociális munkások végzik az intervenciót. A szülő és nevelésbe fogadott gyermeke interakcióit filmre rögzítik. A szülőkkel együtt elemzik azokat a viselkedésformákat, amelyek kezelése problémát jelenthet a kapcsolatban. Az első ülések témája az, hogy mit hozott a gyermek magával a kapcsolatba, ezek után térnek át a gondozók oldalára. A fókusz ezután a gondozó saját nehézségeire terelődik a gyermek szükségleteinek kielégítése szempontjából. A programot biológiai szülők számára is adaptálták. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Dozier és mtsai., 2007, 2018.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Dozier, M., Lindheim, O., Ackerman, J. P. (2007). Attachment and biobehavioral catch-up. An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M.T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments*. The Guilford Press. 178–194.

Dozier, M., Bernard, K., Roben, C. K. P. (2018). Attachment and Biobehavioral Catch-Up. In Steele, H., Steele, M. (Eds.), *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Press. 27–49.

Hivatalos honlap: <http://www.abcintervention.org/>

Képződési lehetőségek: <http://www.abcintervention.org/training-as-an-abc-parent-coach/>

#### **Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) (Hollandia)**

A VIPP-SD program a Leideni Egyetem (Hollandia) Gyermekek és Család Központjában működő híres kötődés-kutatócsoport (Femmie Juffer, Marian Bakermans-Kranenburg és Marinus van IJzendoorn) fejlesztése. Az eredeti VIPP módszert 0–5 éves gyerekek szülei, eredetileg örökbefogadó és nevelőszülői családok számára alakították ki. Később a módszert preventíven minden családi konstellációra alkalmasnak és hatásosnak vélték. A módszer alapja a kötődésemélet és a szenzitív szülői gondozás ismérvei. A hat alkalmas otthonlátogató intervenció során minden alkalommal rövid (10–30 perces) videófelvetelek készülnek szabad játék, tanító játék, feladat- és gondozási helyzetek alatt. Két találkozás között a szakember elemzi a videókat, és felkészül egy részletes visszajelzéssel a szülő számára. Együtt nézik meg a következő alkalommal a videókat, és egy protokoll szerint a szakember a lényeges pontoknál visszajelzéseket ad a szülőnek a gyermek viselkedéséről és a szülő erre adott reakcióiról. A szakember főleg a sikeres és hatékony pillanatokra koncentrálnak, ezzel is erősítve a szülők kompetenciáit és kapacitásait a szenzitív gondozásra, valamint a közelségkeresés és az exploráció (környezet felderítésére) egyensúlyának támogatására. Emellett négy nagyobb téma kerül átbeszélésre: kötődés és exploráció, a gyermek jelzéseinek olvasása, szenzitivitás, érzelmek megosztása.

Az eredeti protokollt (VIPP) – ami először csak a kötődési viselkedésről, explorációról és szenzitivitásról szólt – kiegészítették a Sensitive Discipline (szenzitív fegyelmezés) modullal (Alink és mtsai., 2006), azóta már csak a VIPP-SD-t használják. Lezajlott már számos sikeres eredményességvizsgálat, ami alapján a módszert evidence-based programként kezelhetjük. Jelenleg több mint 15 országban használják a módszert. A módszer továbbfejlesztése az autista gyermeket nevelő szülők VIPP-AUTI és a kisgyermeknevelők VIPP-CC (Child Care) programja. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Juffer és mtsai., 2018.)

## TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (Eds.) (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Taylor & Francis.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2018). Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline: Development and meta-analytic evidence for its effectiveness. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Press. 1–26.

Hivatalos honlap: <http://www.vippleiden.com/>

Képződési lehetőségek: <https://www.universiteitleiden.nl/vipp/trainingen#inhoud-van-de-training>

### **Video Interaction Guidance (VIG)(UK)**

A bizonyítottan hatékony VIG program során a kliens reflektál a szakember által készített videófelvetelekre. A sikeres interakciós pillanatok kiemelésével a szülői kompetenciák támogatása a cél. Az elemzés célja, hogy a kliens megfogalmazza, mi az, amit az adott pillanatokban másképp, jobban csinál, mint amit máskor esetleg szokott. A kliens az ülések végén megfogalmazza a megfigyelt új eredményeket, erősségeket, amit saját magában és az interakciókban fedezett fel. Majd arról beszélgetnek, mi az, amiben változtatni szeretne a következő találkozásra. Ez a ritmus ismétlődik találkozásra. Sokan már 3-4 alkalom után jelentős előrehaladást mutatnak, de a találkozások száma a probléma komolyságától és a kliens kéréseitől függ. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Kennedy és mtsai., 2011.)

## TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Kennedy, H., Landor, M., Todd, L. (2011). *Video Interaction Guidance. A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

Hivatalos honlap: <http://www.videointeractionguidance.net/>

Képződési lehetőségek: <https://www.videointeractionguidance.net/training>

## **Csoportos programok**

### **Circle of Security (COS) (USA)**

A Circle of Security Intervenciós Program a biztonságos szülő-csecsemő kötődés kialakítást és támogatását célozza meg. Fejlesztői és a Circle of Security International létrehozói: Kent Hoffmann, Bert Powell és Glen Cooper. Az eredeti 20 hetes klinikai protokoll szerint a szülő-gyermek párokról Idegen Helyzet teszt felvétel készül, megállapítják a kötődési minőséget. A felvételeket felhasználják az intervenciós folyamatban, ezek segítségével a szülők számára reprezentálni tudják az interakciós félresiklásokat, nehézségeket. 2007-től kezdték el kifejleszteni a 8 alkalmas szülői protokollt (Circle of Security Parenting [COS-P]). A protokollhoz egy 8 részből álló DVD sorozat készült, amely a program során ugyanazokat a célokat szolgálja, mint korábban az IHT tesztek felvételei. A videóklippek segítségével a szülők képet kapnak a kötődésemélet alapjairól. A megfigyelési és a reflektív funkciók erősítésével a szülők beszámolnak nehézségeikről, elakadásokról. A 8 alkalom során a fókusz a biztonságos kötődésen és a gyermekek szükségletein van. A módszer számos hatékony eredményesség vizsgálat után evidence-based minősítést kapott. A program nemcsak az USA-ban, hanem Ausztráliában, Kanadában,

Japánban, Olaszországban, Norvégiában, Romániában is adaptálásra került A DVD-ket már számos más európai nyelvre lefordították, és több országban elindultak a COS-P szülőcsoportok. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Woodhouse és mtsai., 2018.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Powell, B., Cooper, G., Hoffmann, K., Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention*. The Guilford Press.

Hoffmann, K., Cooper, G., Powell, B., Benton, C. M. (2017). *Raising a Secure Child: How Circle of Security Parenting Can Help You Nurture Your Child's Attachment, Emotional Resilience, and Freedom to Explore*. The Guilford Press, New York/London.

Woodhouse, S. S., Powell, B., Cooper, G., Hoffmann, K., Cassidy, J. (2018). The Circle of Security Intervention: Design, Research, and Implementation. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Press. 50–78.

Hivatalos honlapok: <http://circleofsecuritynetwork.org/evidence-based.html>

<https://www.circleofsecurityinternational.com/>

Képződési lehetőségek: <https://www.circleofsecurityinternational.com/trainings/about-trainings/>

#### **Secure Attachment Family Education (SAFE)(Németország)**

A németországi (Müncheni Egyetem) program célja a biztonságos kötődés elősegítése szülők és gyermekük között, a kötődési zavarok kialakulásának és a traumatikus élmények transzgenerációs átadásának megelőzése. A SAFE programnak négy modulja van: (1) prenatális és posztnatális szülőcsoportok, (2) videó segítségével prenatális szenzitivitás tréning és egyéni posztnatális video-feedback, (3) egyéni forródrót konzultációk krízishelyzetekben, (4) szülők egyéni, traumaorientált konzultációja, pszichoterápiája. A prenatális időszakban információátadás, az elvárások, félelmek és fantáziák megbeszélése, a szülői készségek felderítése és a magzattal való interakciók ösztönzése történik. A szülők relaxációs technikákat tanulnak. A szülés után hat egész napos hétvégi szeminárium következik az 1., 2., 3., 6., 9. és 12. hónapnál. A csoport a vezetőjével együtt segíti egymást a legnehezebb átmeneti periódusokon való átlendülésben, a kihívások megoldásában, a szülőségben, a családdá alakulásban és a partnerkapcsolat változásainak elfogadásában. Az eredményesség vizsgálatai jelenleg is folynak. (Forrás: a program hivatalos honlapja és Brisch, 2012.)

#### TOVÁBBVEZETŐ IRODALOM

Brisch, K.H. (2012). *Treating Attachment Disorders From Theory to Therapy*. 2nd Ed. The Guilford Press, New York/London. 285–300.

Hivatalos honlap: <http://www.safe-programm.de/english/Home.html>

Képződési lehetőségek: <http://www.safe-programm.de/english/Home.html>

## AJÁNLOTT IRODALOM

Steele, H., Steele, M. (2018). *Handbook of Attachment-Based Interventions*. The Guilford Press, New York/London.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In Foss, M. B. (Ed.) *Determinants of infant behavior*. Vol. 2., New York: Wiley. 67–112.
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792–812.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
- Alink, L., Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Juffer, F., Stolk, M., Koot, H. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mother of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994–1005.
- Alto, M. E., Petrenko, C. L. M. (2016). Fostering secure attachment in low- and middle-income countries: Suggestions for evidence-based interventions. *Evaluation and Program Planning*, 60, 151–165.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191–216.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H. (2016). Reflections on the Mirror. On Video Feedback to Promote Positive Parenting and Infant Mental Health. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd Ed. The Guilford Press, New York/London. 512–527.
- Bányai, E. (2008). *Koragyerekkori programok a fejlett országokban*. Kézirat. Biztos Kezdet program, SZMI, Budapest.
- Barlow, J., Parsons, J. (2005). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Campbell Systematic Reviews*, 2005/2, 1–59.
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K., Wei, Y. (2015). Parent–infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(5), 464–482.
- Barlow, J., Coren, E. (2018). The Effectiveness of Parenting Programs: A Review of Campbell Reviews. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 99–102.
- Barlow, J., Schrader-McMillan, A., Axford, N., Wrigley, Z., Sonthalia, S., Wilkinson, T., ... Coad, J. (2016). Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children – a review of recent evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21 (1), 11–20.
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 17(3), CD003680.

- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Systematic Review*, 13(6), CD002020.
- Belsky, J., Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135, 885–908.
- Berlin, L. J. (2005). Interventions to Enhance Early Attachments. The State of the Field Today. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*. The Guilford Press, New York/London. 3–33.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H., Lieberman, A. F. (2016). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 3rd Ed.* The Guilford Press, New York/London. 739–758.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment.* (1982, 2nd edition). Hogarth Press, London.
- Bowlby, J. (1988). *The secure base.* Basic Books, New York. Magyar fordítás: Bowlby, J. (2009). *A biztos bázis.* Animula Kiadó, Budapest.
- Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints: The Essential Reference-Your Child's Emotional and Behavioral Development.* Addison-Wesley, Boston.
- Brazelton, T. B., O'Brien, M., Brandt, K. A. (1997). Combining Relationships and Development: Applying Touchpoints to Individual and Community Practices. *Infants and Young Children*, 10, 74–84.
- Brisch, K. H. (2012). *Treating Attachment Disorders From Theory to Therapy. 2nd Ed.* The Guilford Press, New York/London. 285–300.
- Bronfman, E., Parsons, E., Lyons-Ruth, K. (1993). *Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE). Manual for coding disrupted affective communication.* Unpublished manuscript.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Cooper, G., Hoffmann, K., Powell, B., Rodenberg, M. (2005). Examination of the Precursors of Infant Attachment Security. Implications for Early Intervention and Intervention Research. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy.* The Guilford Press, New York/London. 34–60.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Barwick, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429–451.
- Coyne, J., Powell, B., Hoffman, K., Cooper, G. (2016). The Circle of Security. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 3rd Ed.* The Guilford Press, New York/London. 486–498.
- Cramer, B. Palacio-Espasa, F. (2012). *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Department of Education (UK) (2015). *Independent Review of the Sure Start Programme. Final Report.* <https://www.education-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/de/final-report-review-of-sure-start.pdf>
- DeWolff, M., van IJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.
- Donelan-McCall, N., Olds, D. (2018). The Nurse-Family Partnership: Theoretical and Empirical Foundations. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions.* The Guilford Press, New York/London. 79–103.
- Dozier, M., Bernard, K., Roben, C. K. P. (2018). Attachment and Biobehavioral Catch-Up. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions.* The Guilford Press, New York/London. 27–49.

- Dozier, M., Lindheim, O., Ackerman, J. P. (2007). Attachment and biobehavioral catch-up. An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments*. The Guilford Press, New York/London. 178–194.
- Dozier, M., Bernard, K. (2016). Attachment and Biobehavioral Catch-Up. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd Ed. The Guilford Press, New York/London. 499–511.
- Dozier, M., Bernard, K., Roben, C. K. P. (2018). Attachment and Biobehavioral Catch-Up. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. The Guilford Press, New York/London. 27–49.
- Egeland, B., Erickson, M. F. (2004). Lessons from STEEP. Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In Sameroff, A. J., McDonough, S.C., Rosenblum, K. L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. The Guilford Press, New York/London. 213–242.
- Egeland, B., Weinfield, N., Bosquet, M., Cheng, V. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In Osofsky, J. (Ed.) *WAIMH Handbook of Infant Mental Health (Vol. 4)*. New York: Wiley. 35–89.
- Facompré, C. R., Bernard, K., Waters, T. E. A. (2018). Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 30(1), 1–11.
- Fearon, R. M. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M., Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456.
- Fearon, R. M. P., Belsky, J. (2016). Precursors of Attachment Security. In Cassidy, J. Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd Ed. The Guilford Press, New York/London. 291–313.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., Keren, M. (2004). The primary triangle: Treating infants in their families. In Sameroff, A. J., McDonough, S.C., Rosenblum, K.L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. The Guilford Press, New York/London. 123–151.
- Fraiberg, S. (Eds.) (1980). *Clinical Studies in infant mental health: the first year of life*. Basic Books, New York.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–422.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive behavioural parenting programmes for early onset conduct disorder in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Systematic Review*, 12, 22336837.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. University of California at Berkeley.
- Gregory, M., Kannis-Dymand, L., Sharman, R. (2019). A review of attachment-based parenting interventions: Recent advances and future considerations. *Australian Journal of Psychology*, 1–14.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591–610.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Waters, E. (Eds.) (2005). *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies*. The Guilford Press, New York.
- Hámori, E. (2015). *A kötődélmélet perspektívái. A klasszikusoktól napjainkig*. Animula Kiadó, Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. Animula Kiadó, Budapest.

- Hinshaw-Fuselier, S., Zeanah, P. D., Larrieu, J. (2009). Training in infant mental health. In Zeanah, Ch. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health*. 3rd. Ed. The Guilford Press, New York/London. 533–548.
- Hornstein, J. (2014). Brazelton's Neurodevelopmental and Relational Touchpoints and Infant Mental Health. In Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S., Tronick, E. (Eds.) *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington/London. 71–84.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (eds.) (2008). *Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention*. Taylor and Francis, New York/London.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. (2018). Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline: Development and meta-analytic evidence for its effectiveness. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. The Guilford Press, New York/London. 1–26.
- Kennedy, H., Landor, M., Todd, L. (2011). *Video Interaction Guidance. A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Leseman, P. (2002). *Early Childhood Education and Care for Children from Low-income or Minority Backgrounds*. OECD.
- Lieberman, A. E. (2004). Child-parent psychotherapy: a relationship-based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. In Sameroff, A. J., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. The Guilford Press, New York/London. 97–122.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with Infants and Young Children. Repairing the Effects of Stress and Trauma on early Attachment*. The Guilford Press, New York/London.
- Lieberman, A. F., Dimmler, M. H., Ippen, C. M. G. (2016). Child-Parent Psychotherapy. A Trauma-Informed Treatment for Young Children and Their Caregivers. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd Ed. The Guilford Press, New York/London. 471–485.
- Lillas, C., Feder, J., Diel, J., Brandt, K. (2014). Evidence-based treatments and evidence-based practices in the infant-parent mental health field. In Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S., Tronick, E. (Eds.) *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington/London. 281–292.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Maternal disrupted affective communication, maternal frightening or frightened behavior, and disorganized attachment strategies. In Vondra, J. I., Barnett, D. (Eds.) *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 67–96.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G. and Pederson, D. R., Benoit, D. (2006). Unresolved States of Mind, Anomalous Parental Behavior, and Disorganized Attachment: A Review and Meta-Analysis. *Attachment and Human Development*, 8, 89–111.
- Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago University Press, Chicago. 161–182.
- Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago University Press, Chicago. 121–160.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons from Research on Successful Children. *American Psychologist*, 53(2), 205–220.



- McDonough, S. C. (2005). Interaction Guidance: An approach for difficult-to-engage families. In Zeanah, Ch. R. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health. 2nd Ed.* The Guilford Press, New York/London. 485–493.
- McDonough, S. C. (2004). Interaction Guidance: Promoting and Nurturing the Caregiving relationship. In Sameroff, A. J., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems.* The Guilford Press, New York/London. 79–96.
- Metz, A. J. R., Espiritu, R., Moore, K. A. (2007). *What is evidence-based practice? Research-to-Results Brief.* Child Trends, Washington, D.C.  
<https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2007/06/2007-14WhatIsEBP.pdf>
- Muir, E., Lojkasek, M., Cohen, N. (1999). *Watch, Wait and Wonder: A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood.* Hincks-Dellcrest Institute.
- Novák, A., Lakatos, K. (2005). Az atipikus anyai viselkedés elemzése csecsemőkorban: az AMBI-ANCE-kódrendszer bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia, 7,* 49–58.
- Olds, D. L. (2007). The Nurse-Family Partnership. Foundation in attachment. Theory and Epidemiology. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M.T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments.* The Guilford Press, New York/London. 217–249.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship.* ZERO TO THREE Press, Washington, D.C.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffmann, K., Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention.* The Guilford Press, New York/London.
- Ramey, C. T., Sparling, J. J., Ramey, S. L. (2012). *Abecedarian: the ideas, the approach, and the findings.* Sociometrics Corporation, Los Altos.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Turner, K. M. T. (2003). *Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence.* Parenting Research and Practice Monograph No. 1. Brisbane, Parenting and Family Support Centre, University of Queensland.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G. (2017). *The Power of Positive Parenting: Transforming the Lives of Children, Parents, and Communities Using the Triple P System.* Oxford University Press.
- Schweinhart, L. J. (2004). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40.* High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart, L. J., Barnes, H., Weikart, D. P. (1993). *Significant Benefits: The High-Scope Perry Preschool Study through Age 27.* High-Scope Press, Ypsilanti, Michigan.
- Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (Eds.) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.* National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Academies Press, Washington, D.C.
- Slade, A., Sadler, L. S., Mayes, L. C. (2007). Minding the Baby. Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) *Enhancing Early Attachments.* The Guilford Press, New York/London. 152–177.
- Slade, A., Simpson, A. E., Webb, D., Albertson, J. G. Close, N., Sadler, L. (2018). Minding the Baby: Complex Trauma and Attachment-Based Home Intervention. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions.* The Guilford Press, New York/London. 151–173.
- Steele, H., Steele, M. (2018). *Handbook of Attachment-Based Interventions.* The Guilford Press, New York/London.
- Stern, D. (1995/2004). *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest.
- Suess, G., Erickson, M. F., Egeland, B., Scheuerer-Engelisch, H., Hartmann, H-P. (2018). Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting. Lessons from 30 years of implementation, adaptation, and

- evaluation. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. The Guilford Press, New York/London. 104–128.
- Szilvási, L. (2011). Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – a Magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási L. (szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 28–75.
- Taugh, P. (2009). *Whatever It Takes: Geoffrey Canada's Quest to Change Harlem and America*. Mariner Books.
- Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (Szerk.) *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–372.
- Tóth, I., Gervai, J. (2005). A kötődés minőségének mérése csecsemő- és óvodáskorban. *Alkalmazott Pszichológia*, 7, 14–26.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387–403.
- Weatherston, D. J. (2002). Introduction to the infant mental health program. In Shirilla, J. J., Weatherston, D. J. (Eds.) *Case studies in infant mental health*. ZERO TO THREE, Washington. 1–13.
- Webster-Stratton, C. (2019). *The Incredible Years (R): Trouble Shooting Guide for Parents of Children Aged 3-8 Years (3rd Edition)*. The Incredible Years.
- Woodhouse, S. S., Powell, B., Cooper, G., Hoffmann, K., Cassidy, J. (2018). The Circle of Security Intervention: Design, Research, and Implementation. In Steele, H., Steele, M. (Eds.) *Handbook of attachment-based interventions*. The Guilford Press, New York/London. 50–78.
- Zigler, E., Muenchow, S. (1992). *Head Start: The Inside Story of America's Most Successful Educational Experiment*. Basic Books.
- Zigler, E., Styfco, S. J. (2010). *The Hidden History of Head Start (Development at Risk Series)*. Oxford University Press.

## II. RÉSZ

# HAZAI MÓDSZEREK, IRÁNYZATOK ÉS KÉPZÉSEK

*Németh Tünde  
Hédervári-Heller Éva*

Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelés kezdete és fejlődése Magyarországon

*Hámori Eszter*

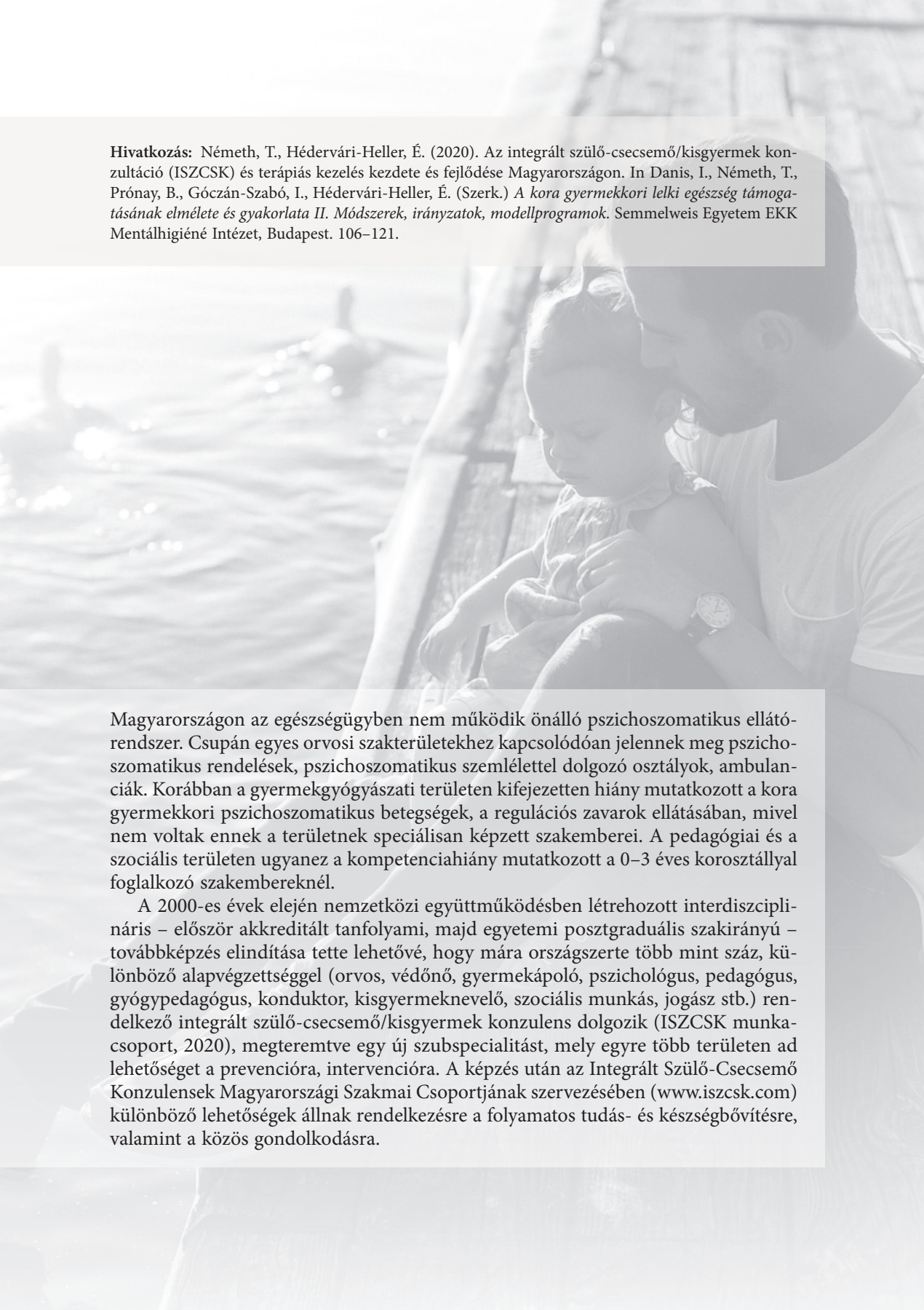
Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció

*Halász Anna  
Jakab Katalin*

Az Ego Klinika szemlélete, módszertana a kora gyermekkori lelki egészség támogatásában

*Frigyes Júlia  
Molnár Judit Eszter*

Anya-csecsemő terápia a Vadaskert Kórház szakambulanciáján – Szemléleti és módszertani bemutatkozás



**Hivatkozás:** Németh, T., Hédervári-Heller, É. (2020). Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelése kezdete és fejlődése Magyarországon. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 106–121.

Magyarországon az egészségügyben nem működik önálló pszichoszomatikus ellátórendszer. Csupán egyes orvosi szakterületekhez kapcsolódóan jelennek meg pszichoszomatikus rendelések, pszichoszomatikus szemlélettel dolgozó osztályok, ambulanciák. Korábban a gyermekgyógyászati területen kifejezetten hiány mutatkozott a kora gyermekkori pszichoszomatikus betegségek, a regulációs zavarok ellátásában, mivel nem voltak ennek a területnek speciálisan képzett szakemberei. A pedagógiai és a szociális területen ugyanez a kompetenciahiány mutatkozott a 0–3 éves korosztállyal foglalkozó szakembereknél.

A 2000-es évek elején nemzetközi együttműködésben létrehozott interdiszciplináris – először akkreditált tanfolyami, majd egyetemi posztgraduális szakirányú – továbbképzés elindítása tette lehetővé, hogy mára országszerte több mint száz, különböző alapvégzettséggel (orvos, védőnő, gyermekápoló, pszichológus, pedagógus, gyógypedagógus, konduktor, kisgyermeknevelő, szociális munkás, jogász stb.) rendelkező integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens dolgozik (ISZCSK munkacsoport, 2020), megteremtve egy új szubspecialitást, mely egyre több területen ad lehetőséget a prevencióra, intervencióra. A képzés után az Integrált Szülő-Csecsemő Konzulensek Magyarországi Szakmai Csoportjának szervezésében ([www.iszcsk.com](http://www.iszcsk.com)) különböző lehetőségek állnak rendelkezésre a folyamatos tudás- és készségbővítésre, valamint a közös gondolkodásra.

# AZ INTEGRÁLT SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ (ISZCSK) ÉS TERÁPIÁS KEZELÉS KEZDETE ÉS FEJLŐDÉSE MAGYARORSZÁGON

---

*Németh Tünde*

*Hédervári-Heller Éva*

---

## **Bevezetés**

**Történeti gyökerek a kora gyermekkori pszichoszomatikus problémák hazai kezelésében**

## **Az Integrált Szülő-Csecsemő Konzultáció (ISZCSK) Magyarországon**

Az ISZCSK képzés – A kezdetek

Az oktatói team

Szakmai konferenciák

A képzés célja és tartalma röviden

A képzést követő szakmai munka – Az Integrált Szülő-Csecsemő Konzulensek Magyarországi Csoportjának tevékenysége

Az ISZCSK által ösztönzött egyéb képzések

A konzultációs munka a mindennapokban – eredmények és megoldásra váró feladatok

## **Összefoglalás és kitekintés**

---

Ez a tanulmány az OH-FHF/1106-4/2009 szám alatt nyilvántartásba vett ISZCSK szakirányú továbbképzéshez benyújtott szakmai anyag, valamint az ezt megelőző 2000-es évek elejétől kifejlesztett továbbképzési program (Hédervári-Heller, 2000, 2003, 2008/2020; Németh, 2002, 2003) alapján készült. Az OH által elfogadott képzés hivatalos elnevezése: *Integrált szülő-csecsemő konzultáció* szakirányú továbbképzés, a kimeneti végzettség elnevezése: *szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens*, a tanulmányban a tevékenységet következetesen *integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációnak* hívjuk.

## Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben a társadalomnak és a családnak a gyermeki fejlődésben és nevelésben betöltött szerepe újraértékelődött, és ez sok bizonytalansághoz vezetett mind családi, mind pedig szakmai körökben. A *kora gyermekkori viselkedési problémák és zavarok* tünetei már korábban is ismert jelenségek voltak a köztudatban anélkül, hogy mindezek regulációs zavaroként kerültek volna megnevezésre. Elsődlegesen nevelési problémának számítottak, melynek megoldásával a család többé-kevésbé magára maradt. Így *a kora gyermekkori regulációs zavarok kezelése és gyógyítása a 2000-es évek kezdetéig elvéve történt csak hazánkban*. Mindez az érintett gyermekek további egészséges pszichoszociális fejlődését nagymértékben hátráltatta, valamint negatívan hatott a családok életére is (Németh, 2010, 2012).

A szoptatási- és gyermekrendeléseken egyre több család jelentkezik *sírós, hasfájós, evés- és alvászavarban szenvedő csecsemővel és kisgyermekkel*, akiknél az orvosi vizsgálatok során gyakran organikus rendellenesség nem mutatható ki, és egyértelműen különböző okokra visszavezethető regulációs zavarokkal, kora gyermekkori pszichoszomatikus megbetegedésekkel állunk szemben. Hasonló panaszokról számolnak be a szülők a védőnőknek, a bölcsődei játszócsoportokban és a bölcsődékben dolgozó szakembereknek, valamint a pszichológusoknak. A szakemberek a szülők kérdéseire és a gyerekek problémáira gyakran nem találnak kielégítő választ, mivel szakmai képzettségük erre a részterületre nem terjed ki. A gyámügy alkalmazottai, valamint a jogi szakemberek is találkoznak a csecsemő- és kisgyermekkor regulációs zavarainak problémakörével, melyre ők sincsenek felkészülve.

Gyakorlati tapasztalatok és nemzetközi becslések szerint *a kora gyermekkori regulációs zavarok előfordulása jelentősen emelkedő tendenciát mutat, nemzetközi és hazai közlések alapján 5–20%-ra tehető* (Papoušek és mtsai., 2008; Scheuring és mtsai., 2011; Zeanah, 2018; részletes bemutatásaként lásd Hédervári-Heller tanulmányát jelen könyv I. kötetében).

Mindezek felvetették a hazai lehetőségek áttekintésének a szükségességét. Az 1990-es évek közepén *magánkezdemenyvezések (kórház, magánklinika)* keretében, majd az *Országos Gyermekegészségügyi Intézetben* indultak el az első csecsemő- és csecsemő-szülő konzultációk, melyek azonban nem tudták biztosítani megfelelő számban a családok ellátását. Annak ellenére, hogy egyre több egészségügyi intézményben jelent meg e speciális problémakör kezelésére irányuló program, a kora gyermekkori regulációs zavarok nagy része olyan környezetben vált nyilvánvalóvá (pl. bölcsőde, védőnői gondozás, gyer-

mekorvosi ellátó hálózat stb.), amely nem volt felkészülve a probléma felismerésére és kezelésére. Az orvosi, védőnői képzések jelenleg is csak részlegesen tartalmazzák a szükséges ismeretanyagot, így csak részben valósul meg a szakemberek elméleti és gyakorlati felkészítése. A fenti tapasztalatok alapján fogalmazódott meg az az igény, hogy *a hatékony beavatkozásokhoz, a családok megfelelő támogatásának és ellátásának eléréséhez a 0–3 éves korosztállyal foglalkozó szakemberek részére egy interdiszciplináris, egységes elméleti és gyakorlati tananyag alapuló képzés létrehozása szükséges.* A családok komplex ellátása érdekében a képzés során kialakuló közös szakmai nyelv és gondolkodás elősegítheti a különböző szakterületeken tevékenykedők együttműködését.

## Történeti gyökerek a kora gyermekkori pszichoszomatikus problémák hazai kezelésében

A Szent Rókus Kórházban 1990-ben elindított *pszichoszomatikus szakrendelés* tapasztalatai<sup>1</sup> két külön fókuszú – *a szoptatást támogató és a veszteségfeldolgozást segítő* – szakmai rendelés elindítását indokolták. Ugyanakkor a gyermekkori pszichoszomatikus betegségek mellett egyre gyakrabban jelentkeztek a családok *csecsemőkori alvász- és evésproblémákkal, kifejezett nyugtalansággal és sírási zavarokkal.* Ezek háttérben az *organikus okok kizárhatóak voltak, viszont előtérbe kerültek a szülő-csecsemő interakció nehézségei, illetve a szülő saját individuális, párkapcsolati vagy transzgenerációs problémái.*

Az MTA Szociológiai Intézet 1987-es – Losonczi Ágnes által vezetett – *Terhesség-Szülés-Születés* című tudományos kutatásának (Hanák, 1988) hatására 1993-ban a Szent Rókus Kórházból indult útjára a *Családbarát Program*, mely az egészséget, a megelőzést, az interdiszciplináris együttműködést, a kliensek informálását, valamint a média segítségével az ismeretterjesztést helyezte középpontba. A program lehetőséget teremtett több új, az egészséges életkezdet és kora gyermekkori fejlődés, valamint a családok komplex pszichoszociális támogatását jelentő kezdeményezés elindítására (lásd Szülői hivatásra felkészítő kurzus, Csecsemős- és kisgyermekes klub; részleteket lásd Németh és mtsai., 2015). A rendszeres, évente megtartott szakmaközi konferenciák témái elsősorban az egészségügy határterületeit érintették.

Ezzel a szakmai háttérrel keresett Németh Tünde, a *Családbarát Program* vezetője a kora gyermekkori pszichoszomatikus problémák kezeléséhez szakmai képzést. Egy kolléga javaslatára kereste meg a Németországban élő és dolgozó, magyar származású professzorasszonyt, *Hédervári-Heller Évát.* E szakmai találkozás először tanulási lehetőséget, majd közös munkát, a magyarországi képzések elindítását és később már nemcsak munkát, hanem családi barátságot is jelentett. Az elkötelezett munka ma már a *Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet* és az *Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar* interdiszciplináris teamjeinek együttműködésében, valamint a végzett szakemberek közös gondolkodásában és gyakorlati alkalmazásában is megvalósul.

---

<sup>1</sup> Lásd: Németh Tünde személyes tapasztalatai.

# Az Integrált Szülő-Csecsemő Konzultáció (ISZCSK) Magyarországon

## Az ISZCSK képzés – A kezdetek

A nyugati országok (többek között Anglia, USA, Ausztrália, Kanada, Ausztria, Németország, Svájc, Franciaország, Svédország) trendjét figyelembe véve, a csecsemőket és kisgyermeket nevelő szülők számára rendelkezésre álló konzultációs és terápiás lehetőségek hosszú évek óta részei a pszichoszociális ellátásnak és az egészségügynek (Barlow és mtsai., 2015; Fonagy és mtsai., 2015; a nemzetközi helyzetről bővebb információk találhatóak Hédervári-Heller tanulmányában könyvünk I. kötetében, valamint Danis tanulmányában, a jelen kötetben). Ezekre a fellelhető nemzetközi ismeretekre és tapasztalatokra alapozva kezdeményeztük a hazai munka elindítását.

Az Országos Gyermkegészségügyi Intézet (OGYEI) keretében működő *Családbarát Program* már a 2002-ben és 2003-ban megrendezett *interdiszciplináris konferenciáin* foglalkozott a kora gyermekkori regulációs zavarok elméleti alapjaival és magyarországi kezelési lehetőségeivel. A 2000-es évek elején nemzetközi együttműködéssel, németországi szakemberek és intézmények támogatásával, Hédervári-Heller Éva szakmai segítségével jött létre egy *akkreditált tanfolyami képzés*, mely a kora gyermekkori regulációs zavarok kezelési lehetőségeit mutatta be elméleti és gyakorlati szinten. Hédervári-Heller Éva (akkor a Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft elnökhelyettesi vezetőségi tagja) és Németh Tünde (akkor az Országos Gyermkegészségügyi Intézet osztályvezető főorvosa) közös együttműködésével 2005-ben jött létre az első 100 óras – Semmelweis Egyetemen akkreditált – továbbképzés a szülő-csecsemő konzultáció és terápia alapjainak az elsajátítására. A továbbképzést az OGYEI szervezte meg 2005-ben és 2006-ban. Ennek az egyik nagy jelentősége az volt, hogy a különböző (egészségügyi, szociális, pedagógiai és pszichológiai) szakterületeken dolgozó résztvevők a legújabb kutatási eredményekre támaszkodva, a kötődélmélet és a pszichoanalízis vetületében, interaktív előadások formájában ismerkedtek meg a szülő-csecsemő konzultáció elméleti és gyakorlati alapkérdéseivel. A képzésnek külön értékévé vált, hogy az egyes szakterületek képviselői megoszthatták gyakorlati tapasztalataikat, így kölcsönösen profitálhattak más kora gyermekkorral foglalkozó szakterületeken megjelenő ismeretekből (Hédervári-Heller, 2008/2020; Németh, 2010).

A továbbképzésen elsajátított ismeretanyag gyakorlatban való hasznosítását a résztvevők egyhangúan pozitívan értékelték. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy az új szakterületre való felkészülés egy 100 óras továbbképzés keretein túlmutat. A jelentős terjedelmű új ismeretanyag elsajátítása, a gyakorlati tapasztalatok szupervíziós feldolgozása, a pedagógiai, a konzulensi/terapeutai és az egészségügyi témákkal kapcsolatos kompetenciák megszerzése egy hosszabb folyamat eredményeként jöhetett csak létre. *Egy új, 4 féléves posztgraduális szak bevezetésének szükségszerűségét* a résztvevők is támogatták, inspirálták.

Az oktatási szintér kiválasztása hosszadalmas egyeztető és előkészítő munkát igényelt, mivel több, a témában preferált intézet a tervezett képzés interdiszciplináris jellegét, a több szakterületről érkező szakember együttes képzését akarata ellenére, a meglévő ok-



tatási szabályok miatt nem tudta felvállalni. A sikeres akkreditáció után a kétéves képzés először 2010-ben a *Pázmány Péter Katolikus Egyetemen*<sup>2</sup> indult, később 2014-től a *Semmelweis Egyetem*<sup>3</sup>, majd 2015-től pedig az *Eötvös Loránd Tudományegyetem*<sup>4</sup> is otthont adott a képzésnek.

A 100 órás tanfolyami, valamint a később akkreditált egyetemi szakirányú továbbképzés elméleti és gyakorlati anyagát a hazai tapasztalatokkal kiegészítve (Németh, 2003) az először 2008-ban megjelent, majd bővített formában 2020-ban újra kiadott *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban* című szakkönyv foglalja össze (Hédervári-Heller, 2008/2020; – lásd még Hédervári-Heller és Németh egyéb írásait, valamint számos elméleti és gyakorlati tanulmányt könyvünkben).

## Az oktatói team

A szakmai program kidolgozása után határozott elképzelés volt, hogy ne csupán jó szakmai tudással rendelkező óraadó tanárokat keressünk a képzés megvalósításához. Fontos kritérium volt az *elköteleződés egy humánus szellemiség, a közös gondolkodás, a paritásos (partneri) szemlélet, a folyamatos tervező és értékelő teammunka, valamint az interaktív képzési módszerek mellett*. 2010 óta két oktatói váltás, majd egy oktató csatlakozása történt az új egyetemi képzőhelyek belépése során. A tervek közt szerepel az oktatói team bővítése a már végzett szakemberek bevonásával.

## Szakmai konferenciák

2010 óta évente, a képzések indulása előtt pár hónappal, a tapasztalatok szerint széles érdeklődésre számot tartó, úgynevezett *Hívogató, beharangozó konferenciákat* szerveztünk az érdeklődő szakemberek számára.

Ezekon a konferenciákon a meghívott előadókon kívül az ISZCSK szakirányú továbbképzésben oktató, valamint a képzésben már végzett és/vagy végzős szakemberek számoltak be szülőikkel és gyerekekkel végzett tevékenységükről. Az előadások betekintést nyújtottak az egészségügyi, pszichoszociális és társadalomtudományi területen dolgozó szakemberek számára a külföldön már széles körben elterjedt módszer alkalmazásáról és a hazai ellátórendszerbe való beillesztésének lehetőségeiről.

---

<sup>2</sup> Később 2014-ben a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Fejlődés és Klinikai Gyermeklélektan Tanszékén került kidolgozásra és akkreditálásra Hámori Eszter vezetésével a *Csecsemő-szülő kapcsolat-diagnosztika és konzultáció szakirányú továbbképzési szak* (lásd Hámori tanulmányát a jelen kötetben). Az első szakmai továbbképzés 2015-ben indult.

<sup>3</sup> <http://mental.semmelweis.hu/hu/a-kepzes-bemutatasa-szulo-csecsemo>

<sup>4</sup> <https://barczi.elte.hu/content/integral-szulo-csecsemo-konzultacio.t.848>

Az eddig megtartott konferenciákon megvitásra került témák az alábbiak voltak:

- 2012 – Ízelítő és tapasztalatok az Integrált szülő-csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller és Németh) képzésről és gyakorlatáról
- 2014 – Az ISZCSK helye a magyar gyermek- és családelállításban
- 2015 – Az integrált szülő-csecsemő konzultáció és a gyógypedagógia találkozási pontjai
- 2016 – Egészség és betegség a kapcsolatok tükrében
- 2017 – Helyünk a rendszerben!? – Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció szerepe a kisgyermekes családok körüli szolgáltatások hálójában
- 2018 – Az ISZCSK klinikákon, kórházakban – szakmaközi együttműködés a családokért
- 2019 – Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció a kapcsolatok tükrében. Szülő-gyermek, test és lélek.

## A képzés célja és tartalma röviden<sup>5</sup>

A szakirányú továbbképzés célja tehát az egészségügyi és a pszichoszociális területeken dolgozó szakemberek speciális képzése a szülő-csecsemő konzultáció, valamint terápia alkalmazására (lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányait e könyvben; 2008/2020). E célt a kora gyermekkori egészséges és atipikus fejlődéssel, illetve a klasszikus regulációs problémákkal kapcsolatos ismeretek átadásával, megszilárdításával, valamint a kezelési lehetőségek szupervízióval történő gyakorlásával éri el. *A képzés egységes, „konzulensi” tevékenységre készít fel, azonban az előzetes szakképzettség meghatározza az alkalmazható kompetenciák szintjét (az egészségügyi pszichológus szakvizsgákkal és pszichoterapeuta végzettséggel rendelkezők szülő-csecsemő/kisgyermek terápiát is végezhetnek).*

A program elvégzésével a hallgatók a következő kompetenciákkal rendelkeznek:

- Rendelkeznek a csecsemő- és kisgyermekkora vonatkozó komplex egészségügyi, pszichológiai, pedagógiai, valamint aktuális családszociológiai kérdések ismeretével.
- Korszerű ismeretek birtokába kerülnek többek között a csecsemő- és kisgyermekkor testi és lelki fejlődésének sajátosságairól, a kötődési kapcsolatok minőségéről kisgyermek- és felnőttkorban, a szülővé válás folyamatáról, a családi működés és a párkapcsolat problematikájáról stb. (1. táblázat).
- Képesek lesznek a kora gyermekkori regulációs zavarok időbeni felismerésére, erre a területre kidolgozott interjúk és intervenciók speciális alkalmazására, dokumentáció készítésére.
- Az interdiszciplináris képzés az elméleti ismeretátadás mellett új minőséget hoz létre a gyakorlati tapasztalatok megosztása által, így a hallgatók képessé válnak az interdiszciplináris megoldások alkalmazására.

---

<sup>5</sup> A képzést a szerzők által megírt, akkreditált tanterv alapján a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének engedélyével mutatjuk be.

1. táblázat Az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzési szak ismeretkörei

1. FEJLŐDÉSELMÉLET		órátípus	óraszám
1.1.	A koragyermekkorai fejlődés pszichológiai modelljei	elmélet	10
1.2.	A szülővé válás társadalmi és pszichológiai aspektusai	elmélet	5
1.3.	A korai fejlődés elméletei, modern fejlődéslélektan	elmélet	15
1.4.	Pszichoanalitikus fejlődépszichológia	elmélet	10
2. KÖTÖDÉSELMÉLETI ISMERETEK			
2.1.	Alkalmazott kötődésemélet	elmélet	10
2.2.	A kötődésemélet alkalmazása a gyakorlatban	elmélet	10
3. FEJLŐDÉSI PSZICHOPATOLÓGIA ÉS KORAI REGULÁCIÓS ZAVAROK			
3.1.	A korai fejlődés zavarai I.	elmélet	10
3.2.	A korai fejlődés zavarai II.	elmélet	10
3.3.	Regulációs zavarok a csecsemő- és kisgyermekkorban	elmélet	20
4. CSECSEMŐMEGFIGYELÉS			
4.1.	Csecsemőmegfigyelés I.	gyakorlat	20
4.2.	Csecsemőmegfigyelés II.	gyakorlat	30
5. A SZÜLŐ-CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓ ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA			
5.1.	Bevezetés a szülő-csecsemő konzultációba és terápiás kezelésbe EA	elmélet	15
5.2.	Bevezetés a szülő-csecsemő konzultációba és terápiás kezelésbe GY	gyakorlat	5
5.3.	Szülő-csecsemő konzultáció a gyakorlatban I.	gyakorlat	20
5.4.	Szülő-csecsemő konzultáció a gyakorlatban II.	gyakorlat	25
5.5.	A szülő-csecsemő konzultáció speciális esetei	elmélet	10
5.6.	A szülő-csecsemő konzultáció gyakorlati alkalmazási területei	elmélet	10
5.7.	Esetbemutatás, esetelemzés	gyakorlat	15
6. SPECIÁLIS KURZUSOK			
6.1.	Elhanyagolás, bántalmazás, trauma	elmélet	10
6.2.	Prevenációs és intervenciós programok itthon és külföldön	elmélet	10
7. SZAKDOLGOZAT			
7.1.	Szakedolgozati szakszeminárium	gyakorlat	10

Az eredeti 2010-es tantervhez képest néhány változásra szükség volt a képzés története során<sup>6</sup>, azonban a szak elméleti és gyakorlati szakmai programjának fő célkitűzései és tartalma, valamint a képzési és kimeneteli követelményei (KKK) változatlanok maradtak.

A képzés tartalmáról, célokról, szakmai kompetenciákról bővebben olvashatnak a képzés tantervében<sup>7</sup>, a képzés honlapján<sup>8</sup> és Hédervári-Heller tanulmányában, könyvünk I. kötetében.

A képzés hosszabb távú célja az is, hogy a hallgatók ismereteinek és kompetenciáinak megfelelően egy új szakma alakulhasson ki és terjedhessen el Magyarországon. Ezzel párhuzamosan pedig megtörténhet a szülő-csecsemő konzultációs/terápiás tevékenységet folytató prevenció és intervenció munkakörök társadalmi elismertetése és finanszírozásának támogatása, a lakosság számára megbízható és preferált segítő hálózat kialakítása is. E célok elérése érdekében tevékenykedik a képzés után a végzett szakemberek közössége (lásd alább). (Néhány végzett szakember személyes beszámolóját a képzésről és a képzés utáni szakmai munkáról lásd a keretes szövegben.)

## A képzést követő szakmai munka – Az Integrált Szülő-Csecsemő Konzulensek Magyarországi Csoportjának tevékenysége

Jelentős célkitűzésünk volt, hogy a végzett szakemberek részére a képzést követően is szakmai találkozási lehetőségeket teremtsünk, így először *esetmegbeszélő és szupervíziós csoportokat* hirdettünk meg, amelyeket egy idő után rendszeres, a végzett szakemberek által önállóan szervezett *intervíziós csoporttalálkozások* is kiegészítettek. Egy információs levelezőlista is született. Az ISZCSK szakemberek ma már az ún. „Műhely” keretében is találkoznak és gondolkodnak közösen a konzultációs munkáról és annak szerepéről, helyéről a magyar ellátó rendszerben. Mindezek eredményeként 2015-ben alakult meg az *Integrált Szülő-Csecsemő Konzulensek Magyarországi Szakmai Csoportja*, és aktív munkájuk eredményeként működik a [www.iszcsk.com](http://www.iszcsk.com) honlap. A végzett szakemberek részére évente szervezünk *belső képzést, szakmai napot* is: 2017-ben *A kora gyermekkori táplálási és táplálkozási viselkedés zavarai – diagnosztika és kezelés a nemzetközi gyakorlatban*, majd 2018-ban *A mozgásterápiák margójára – Hazai mozgásterápiás gyakorlatok*

---

<sup>6</sup> Hallgatói igény mutatkozott például a gyakorlati és szupervíziós órák számának emelésére. Ezzel párhuzamosan a Semmelweis Egyetemen jelezték, hogy az új akkreditációs törvény (87/2015. [IV.9.] Korm. rendelet a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról) értelmében a megfelelő szorzó eléréséhez 40 kontaktóra emelésére van szükség a 4 félév alatt. Így az oktatói és hallgatói tapasztalatok alapján „A kötődésemélet alkalmazása a gyakorlatban” elméleti kurzus óraszámát csökkentettük, és a gyakorlati órák számát 25 órával emeltük. „A korai fejlődés zavarai” elméleti kurzus óraszámát szintén megemeltük, és két félévre osztottuk el. Továbbá beépítettük képzési rendszerünkbe a szakdolgozat megírását támogató Szakdolgozati szakszemináriumot.

<sup>7</sup> <https://semmelweis.hu/mental/szakiranyu-kepzesek/integralt-szulo-csecsemo-konzultacio/tanulmanyi-program-szulo-csecsemo/>

<sup>8</sup> <https://semmelweis.hu/mental/szakiranyu-kepzesek/integralt-szulo-csecsemo-konzultacio/a-kepzes-bemutatasa/>

és neurológiai háttérük címmel zajlott képzési nap. Jelenleg folyamatban van a *szakmai etikai kódex* és a *szakmai protokoll* elkészítése (ISZCSK munkacsoport, 2020). Terveink közt szerepel médiaeszközök segítségével, prevenciós céllal az új kutatási eredmények ismeretterjesztő szinten történő átadása a családok számára, illetve a szülő-csecsemő konzultáció széles körű megismertetése is. Jelentős eredménynek tartjuk, hogy az oktatói team és a végzett szakemberek közösen gondolkodnak, és aktív, tenni akaró szakmai közösséget alkotnak a képzést követően is.

### **Szülő-csecsemő konzulensek visszajelzései – Mit adott nekem az ISZCSK képzés?**

*Andóné Horváth Erzsébet, védőnő*

Az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció képzésre azért jelentkeztem, mert a védőnői munkámban, a mindennapokban egyre gyakrabban találkoztam az ún. regulációs zavarokkal. Ezeket a pszichés, illetve pszichoszomatikus eltéréseket védőnői kompetenciában nagyon nehéz, vagy egyáltalán nem lehet megoldani, mert az egészségügyi ellátás még ma is inkább az organikus eltérésekre fókuszál. A képzés során olyan korszerű elméleti és módszertani ismeretekre tettem szert, amelyek segítségével ma már egészen más szemlélettel fordulok a gondozott családjaim felé. Végzett konzulensként már nemcsak az aktuális problémát látom, hanem a tünetek mögött a pszichodinamikai folyamatok, a szocio-demográfiai adatok, a környezeti tényezők összefüggéseit is, így hatékonyan segíthetek a hozzám forduló családoknak. Számomra nagyon fontos volt a képzés gyakorlatorientáltsága, mert így az ismeretek könnyebben elsajátíthatók voltak. Külön kiemelném azt a számomra új szemléletet, amely interdiszciplináris gondolkodásra ösztönzi mind a hallgatókat, mind a már végzett szakembereket. A képzés elvégzése után a konzulensek intervíziós, szupervíziós csoportok keretein belül segítik egymás munkáját, melynek nagy jelentősége van abban, hogy egy-egy nehezebb esettel ne maradjunk magunkra. Összességében elmondhatom, hogy a képzés során pontosan azt kaptam, amiért oda jelentkeztem, így védőnőként felismerem a regulációs zavarokat, konzulensként pedig kompetenssé váltam a kora gyermekkori érzelem- és viselkedésszabályozási zavarok kezelésére.

*Dr. Szalkay Krisztina, gyermek-és ifjúságpszichiáter, csecsemő- és gyermekgyógyász, IBCLC*

Az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció képzést 2014 szeptemberében kezdtem el a Semmelweis Egyetemen, munkahelyem, a Bethesda Gyermekkorház támogatásával. Akkor már évek óta dolgoztam (szoptatási tanácsadó gyermekorvosként) a szoptatási és csecsemőtáplálási ambulancián, ahol pszichoszomatikus gondolkodásomnak és megelőző pszichoterápiás tanulmányaimnak köszönhetően egyre gyakrabban fordultak meg olyan táplálási, gyarapodási zavarral küzdő csecsemők, kisdedek és családjaik, ahol a széles körű orvosi kivizsgálás sem igazolt nehézségeik háttérében organikus eltérést. A velük való munka során szembesültem azzal, hogy a regulációs zavarral küzdő gyermekek, családok ellátása speciális tudást igényel. Emlékszem a felvételi beszélgetésre, ahol a motivációmmal kapcsolatban azt mondtam, hogy olyan módszert

szeretnék elsajátítani, ami alkalmassá tesz az e zavarokkal küzdő gyermekek ellátására. Aztán emlékszem az első órákra, amikor rájöttem, hogy nem egy módszert, hanem egy merőben új szemléletet és olyan átfogó és naprakész tudást kapok, amiről korábban fogalmam sem volt, hogy mennyire hiányzott. A képzés kezdete egybeesett „szakmai irányváltással”, ekkor kezdtem el a gyermek- és ifjúságpszichiátria területén dolgozni. Beiratkozásom másnapján került hozzánk életveszélyes állapotban egy infantilis anorexiában szenvedő kised, akit hónapokig kezeltünk az osztályunkon, így első pillanattól kezdve alkalmazhattam a gyakorlatban a megszerzett ismereteket. A kislány gyógyulását végigkísérve gyógyító közösségünk szemlélete, eszköztára is formálódott, osztályunk profilja fokozatosan bővült a kora gyermekkor problémáinak irányába is. Az osztályos háttérnek köszönhetően el tudjuk látni azokat a regulációs zavarral küzdő gyermeket, akiket belgyógyászati státuszuk vagy az édesanyjuk pszichés állapota miatt nem lehet biztonsággal ambuláns formában gyógyítani. Gyermekpszichiáterként számos olyan gyermekkel kerülök kapcsolatba, akiknél pszichiátriai betegség gyanúja is felvetődik. Az autizmus spektrum zavar, a hiperaktív figyelemzavar, a szenzoros integrációs nehézségek regulációs problémákkal való kapcsolata jelentős kihívásokat rejt, rendkívül izgalmas terület, nincs két egyforma eset. A gyermekkórház sajátosságaiból eredően a látókörömbé gyakran kerülnek olyan – néha kifejezetten súlyos állapotú – gyermekek, akiknél a regulációs zavarok belgyógyászati vagy neurológiai betegségekre épülnek, de étkezési, gyarapodási vagy alvási problémáikat a szomatikus háttér nem magyarázza. (...) Szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensként máshogyan vagyok gyermekorvos, gyermekpszichiáter, szoptatási tanácsadó vagy családterapeuta. Más attitűddel vagyok jelen a terápiás vagy diagnosztikus helyzetekben, máshogyan figyelek a szülő-gyermek kapcsolatra, a szülők és a gyermekek lelkére, nehézségeik hátterére és erősségeikre. Hálas vagyok ezért a „másságért”.

*Siteri Erika, logopédus-pszichopedagógus terapeuta, a Fejér Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Móri Tagintézményének igazgatója*

Az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció képzés az eddigi klienscentrikus szemléletmódot árnyaltabbá, inkluzívabbá tette, nem csupán a gyermekek és családok megközelítése szempontjából. A társszakmákkal való együttműködés viszonylatában is nyitottabb lettem, mivel sikerült elsajátítani azt a fajta látásmódot, amely figyelembe veszi a problémák jelentőségét más oldalról szemlélő szakemberek észrevételeit, elgondolásait. Az együttgondolkodás lehetősége – mind a kollégákkal, mind a szülőkkel – kiemelkedő; megerősít, felemel, kompetenssé teszi a rendszer valamennyi szereplőjét. A nehézségek bizalmi légkörben történő feltárása, a sokszínűséggel való szembesülés és elfogadás, a családok, szülők kompetenciájának erősítése jelenti azt az alapozó tevékenységet, amellyel közösen járulhatunk hozzá a gyermekek, „a jövő generáció” kiegyensúlyozott érzelmi fejlődésének elősegítéséhez.

*Magyar Edit, pszichológus*

A képzés elvégzésébe pszichológus alapvégzettséggel, néhány év szakmai gyakorlattal kezdtem bele. Pedagógiai Szakszolgálatnál dolgoztam akkor és most is, elsősorban a korai fejlesztés ellátási területén. Ahogy egyik nagyra becsült kollégám megfogalmazta, a „bánattengerben”. Nap mint nap találkozom a korai fejlesztésben résztvevő családokkal,

és így azzal is, mennyi és milyen nehézségekkel küzdenek. A tudásanyag, amit a képzés során kaptam, alapvetően meghatározza, hogy megfelelő szakmai felkészültséggel segítsen a kisgyermekes családokat életük egyik legnehezebb időszakában. A megértés és támogatás a specifikus elméleti ismeretek nélkül nem lenne lehetséges, ahogy anélkül a gyakorlati eszköztár nélkül sem, melyet a szülő-csecsemő konzulens végzettség megszerzése óta már magaménak tudhatok. Az értékes szakmai „együttgondolkodás”, ahogy a képzési hétvégéket leginkább jellemezni tudom, mindig feltöltöttek lelkesedéssel, tenni akarással, és ami talán a legfontosabb, újfajta szemléletet adtak, formáltak. A családokat kísérve ma már ez hatja át a munkámat, a gondolkodásomat, és úgy vélem, ez nyújt igazi támogatást, amit hosszú távon is magukkal visznek.

#### *Bánó Zsófia, kisgyermeknevelő*

A 2016 őszen megkezdett Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció képzésre munkaadóm, a szentendrei bölcsőde vezetője inspirált. Nehéz volt elképzelni, hogyan tudom majd a gyakorlatba átültetni mindazt az elméletet és megszerzett tudást, amit a képzés adott. Az elméleti tudás megszerzése közben többször beszélgettem a bölcsődei kisgyermeknevelő kollégáimmal arról, mit tanulok, ami megerősített abban, hogy nemcsak számomra ad biztonságot, de az ő számukra is fontos szakmailag, hogy valakihez fordulhatnak, ha elakadást, nehezebb beszoktatást, illetve alkalmazkodást tapasztalnak, akár viselkedés, akár étkezés, akár alvási szokások kapcsán. A képzés után az alapvetően adott empátiám a családok és kisgyermekek felé még inkább finomodott. Konzultációs eseteim tükrében a bizalmi kapcsolat kiépítése a legfontosabb számomra, a család biztonságos megtartása és a határok sikeres kialakítása. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció módszertanával olyan eszközt kaptam a kezembe, amelyek már a tanulmányaim során is jelentősen alakították szemléletemet a bölcsődei munkámban. Bár még sok tanulnivalóm van a konzultációs munka minél hatékonyabb elsajátításához, a továbbiakban fontos feladatomban marad a megszerzett ismeretek integrálása a mindennapi munkámba. A képzésen kapott interdiszciplináris team szakmai hozzáértése és támogatása elengedhetetlen volt számomra. A legtöbb esetben átformálta a bennem rejlő bizonytalanságot, segített az újraértelmezésben, ami szintén nagyot lendített szakmai kompetenciaérzésemem. Egyértelművé vált számomra, hogy milyen nagy jelentősége van annak, ha nemcsak a „felszínen” adok tanácsot, mint külső „észlelő”, hanem egy szakmai szemüvegen keresztül rávilágítok egy-egy nehézségre is. Tanulmányaim során a családokkal való közös munka segítséget adott az önreflexióban is a segítő beszélgetések módszerének elsajátítására. Izgalmas és szép feladatnak tartom, mely rengeteg munkát és örök tanulást rejt magában.

#### *Vörös Andrea, szociális munkás*

Sok egyéb lehetséges szempont mellett most csak kettővel szeretném érzékeltetni a kompetenciabővülést, melyet az ISZCSK-tól kaptam. (1) Szakmai készségfejlesztés és szemlélet formálódása: a képzésben oktatott ismeretek, valamint a résztvevő különböző szaktudással bíró szakemberek látásmódja az eddigiéknél is szélesebb spektrumú gondolkodásra készítet a családokkal végzett munkámban. Abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy a gyermekjóléti alapellátás keretében kizárólag szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt végezhetek. A családsegítők és esetmenedzserek tervezett esetmunkáját egy

olyan szemlélettel van lehetőségem bővíteni, amely könnyen illeszkedik a szociális munka által használt eszközökhöz. (2) Gyakorlati módszerek a családok működésében történő változások indukálásához: a konzultációban onnan kell és tudunk indulni, ahol az adott család tart. A gyermekek által mutatott viselkedési sajátosságok segítségemre vannak olyan gyakorlati eszközök alkalmazására, melyekre a családok a legnyitottabbak (pl. a gyermek és a szülő összehangolódásának támogatása érzékenyítéssel, visszajelzéssel, kihangosítással; szülő-edukáció a számukra fontos témában; megfigyelés, majd a helyzetek értelmezése, „átkeretezése” stb.).

## Az ISZCSK által ösztönzött egyéb képzések

A 2005-ös és 2006-os 100 órás tanfolyami képzések, valamint *Hédervári-Heller Éva* először 2008-ban megjelent, majd 2020-ban átdolgozott és újra kiadott *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban* című könyve bevezették a regulációs zavarok fogalmát a hazai szaknyelvbe a korábban kora gyermekkori pszichoszomatikus betegségeként, illetve funkcionális zavarokként definiált tünetcsoportra.

A *Semmelweis Egyetem ETK Családgondozási Módszertani tanszékén* először 2012-ben került bevezetésre – „Kora gyermekkori regulációs zavarok” címmel – a kötelezően választható speciális kollégiumi tárgy. 2017 óta a BA-szintű védőnői képzésben a Gyermekgyógyászat tantárgy keretében kapott helyet ez a téma, amit tartalmaz a kidolgozás alatt álló MA-szintű védőnői képzés tanterve is.

2015 óta az *Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar mesterképzésében* minden félévben nagy érdeklődés mellett tudjuk meghirdetni a „Regulációs zavar és integrált szülő-kisgyermek konzultáció – módszertani bevezetés” című tanegységet.

Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) 3.4.3. pályázatának *Semmelweis Egyetemen folyó alprojektjében*<sup>9</sup> lehetőség nyílt a „Szülői és kora gyermekkori lelki egészség támogatása a mindennapi gyakorlatban” (60 órás akkreditált szabadon választható továbbképzés) és a „Szupervíziós esetmegbeszélő csoport” (30 órás akkreditált szabadon választható továbbképzés) tananyagainak kidolgozására. A képzések a 2019/2020-as tanévben Balassagyarmaton valósultak meg. Budapesten is tervezzük a két akkreditált kurzus rendszeres meghirdetését.

<sup>9</sup> A jelen kötetek elkészítését is az EFOP-3.4.3-16-2016-00007 pályázat keretében megvalósuló („A Semmelweis Egyetem tanulói bázisának szélesítése, bekerülést és bennmaradást támogató programok indításán, valamint balassagyarmati telephelyén új szolgáltatások bevezetésén keresztül” című) alprojekt támogatta.



## A konzultációs munka a mindennapokban – eredmények és megoldásra váró feladatok

A 2005-ben indult 100 órás képzéseken 30 szakember vett részt, és közülük tízen végeztek a posztgraduális szakirányú egyetemi képzésben is. 2011-től a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen, a Semmelweis és az Eötvös Loránd Egyetemeken a szakirányú továbbképzésen 115 hallgató végzett. Jelenleg az ISZCSK szakirányú képzésben a két egyetemen 49 hallgató vesz részt.

Az elmúlt évek tapasztalatai igazolják, hogy a különböző szakterületen dolgozó konzulensek mindennapi munkájának szemléletét befolyásolta a képzés. A következő területeken kezdenek a konzultáció keretei tisztázódni:

- bölcsődékben, ahol már elérhető szolgáltatássá vált egy-egy képzett szakember konzultációs munkája;
- a Pedagógiai Szakszolgálatnál mind a pszichológusok, mind a gyógypedagógusok, mind a konduktorok munkájában fel-felbukkan az ISZCSK a korai intervenció tevékenységhez illesztve; valamint
- találkozhatnak családok konzulensekkel a védőnői és a gyermekorvosi praxis keretében;
- a konzultáció minden szakterületen megjelenik magánszolgáltatásként is.

A szolgáltatások ugyanakkor még szórványosan érhetők el az országban<sup>10</sup>. A szülő-csecsemő konzultációs tevékenység szakmakódjának és az állami szolgáltatási hálózatok működését szabályozó rendeletekben való szerepeltetésének elfogadtatása előttünk álló feladat. Folytatjuk a munkát az egészségügy területén is a konzultációs tevékenység befordására és a megfelelő finanszírozás létrehozására.

## Összefoglalás és kitekintés

Az utóbbi évtizedekben nehézséget jelentett a kora gyermekkorban kialakuló regulációs zavarok kezelése mind a családok, mind a szakemberek számára egyaránt. Ahhoz, hogy hatékony eredményeket érjünk el a kora gyermekkori pszichoszomatikus problémák, zavarok ellátásában, speciálisan képzett szakemberekre és megfelelően működő ellátási hálózatra van szükség. Továbbá fontos feladat az optimális finanszírozás megteremtése a különböző ágazatokban.

A nemzetközi együttműködésben elindított interdiszciplináris szakirányú továbbképzés ma már optimizmusra ad okot abban a tekintetben, hogy reményeink szerint a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek/terapeuták elsősorban a Pedagógiai Szakszolgálatokban, a védőnői és gyermekorvosi ellátásban, a család- és gyermekjóléti intézmé-

---

<sup>10</sup> Lásd: [www.iszcsk.com](http://www.iszcsk.com) oldalon a konzulensek felsorolását a működési hely szerint.

nyekben, valamint a bölcsődékben egyre inkább elérhetőek lesznek az ország egész területén, egyenlő esélyt biztosítva a segítséget igénylő családok számára (Danis, 2015; Németh és mtsai., 2015).

A 2015-től működő Integrált Szülő-Csecsemő Konzulensek Magyarországi Szakmai Csoportja valódi szakmai közösséget alkot (ISZCSK munkacsoport, 2020). A képzés kidolgozói és az oktató team tagjai fontos feladatuknak tekintik, hogy a végzett szakemberek a továbbiakban is tudjanak közösen gondolkodni, együttműködni (a szupervíziók, Bálint-csoportok, intervíziók, szakmai napok és szakmai műhelytalálkozók során).

A nemzetközi és ma már a hazai tapasztalatok is megerősítik, hogy egy új szakterület – a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia – jött létre a regulációs zavarok ellátására, és több mint 15 éve önálló és társszakmákkal együttműködő preventív és intervenciós módszerként terjed hazánkban.

A megkezdett munka folytatása mellett a jövő jelentős feladata, hogy a 0–3 éves korosztályt ellátó intézmények meglévő országos hálózatában a családok számára ingyenesen elérhető legyen ez a konzultáció, és a média minél szélesebb körben tudja eljuttatni az új kutatási eredmények gyakorlati hasznosításának lehetőségeit a szülők és a pedagógusok körében.

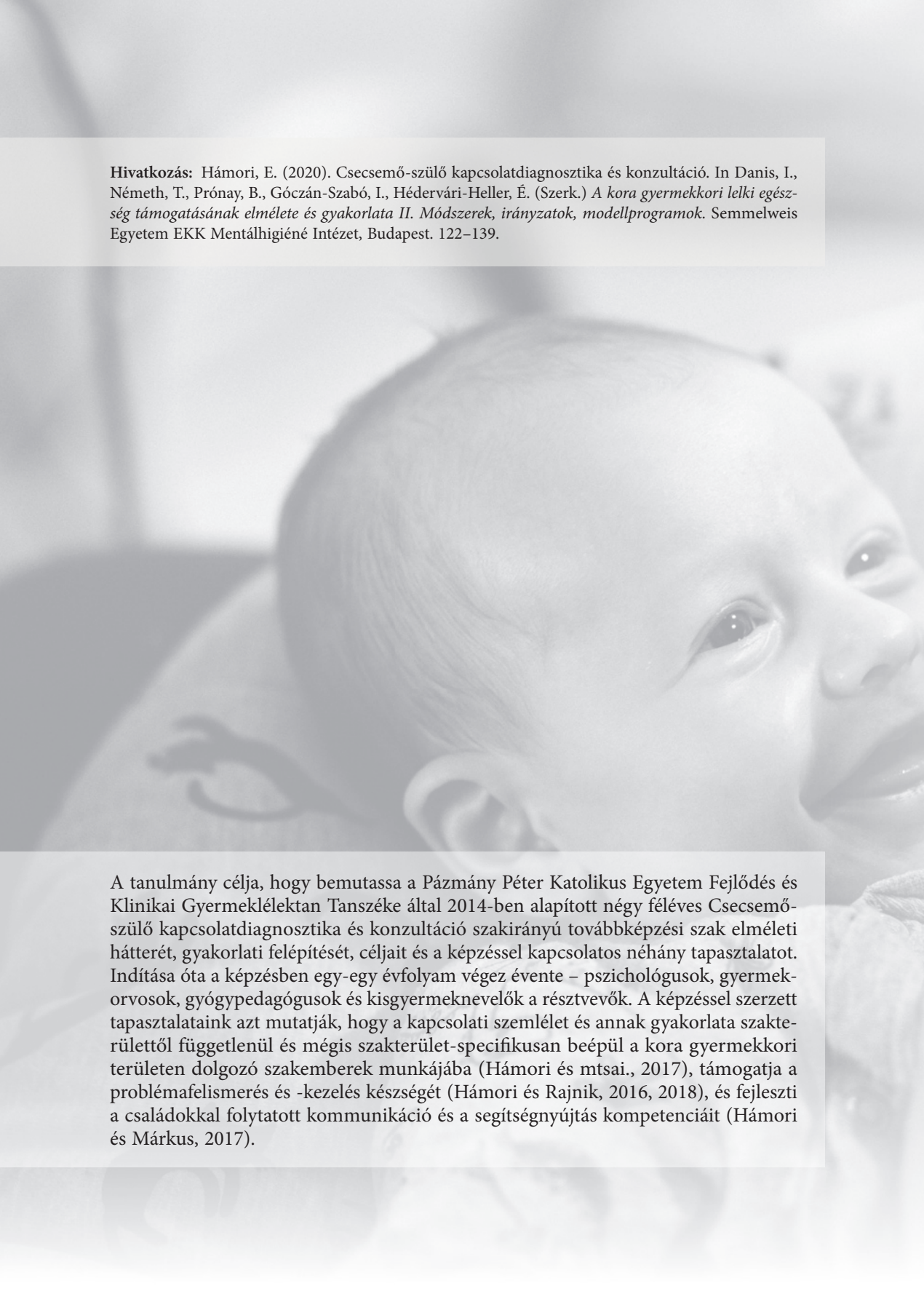
## AJÁNLOTT IRODALOM

- Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődéelmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. (2. kiadás). Animula Kiadó, Budapest.
- Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K. V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorbeli lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*, 25 (5), 16–26.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S., Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 6, 1–223.
- Danis, I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorbeli lelki egészség támogatásának helye a kora gyermekkorban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43 (2), 100–116.
- Fonagy, P., Sledz, M., Baradon, T. (2016). Randomized Controlled Trial of Parent-Infant Psychotherapy for Parents with Mental Health Problems and Young Infants. *Infant Mental Health Journal*, 37, 97–114.
- Hanák, K. (Szerk.) (1988). *Terhesség-Szülés-Születés I. Társadalmi változások-életfordulók sorozat*. MTA Szociológiai Kutató Intézete, Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2000). Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 4, 580–596. Magyarul: (2006). A kötődéelmélet klinikai relevanciája a kisgyermekkel és szüleikkel folytatott terápiás munkában. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 5, 87–101.

- Hédervári-Heller, É. (2003). Csecsemő/kisgyermek tanácsadás és terápia: Adatok és tapasztalatok a Frankfurt am Main-i egyetemi klinika tanácsadó részlegéből. In OGYEI és Németh (Szerk.) *A IX. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 73–87.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. (2. kiadás). Animula Kiadó, Budapest.
- ISZCSK munkacsoport (Szerk.) (2020). *Protokoll. A regulációs zavarok felismeréséről és ellátásáról az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció szemléletében*. Nem publikált kézirat. Budapest.
- Németh, T. (2002). A szülői hivatásra felkészítés tapasztalatai. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N., (Szerk.) *A család mint egység, mint érték. VIII. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 51–57.
- Németh, T. (2003). 10 éves a Családbarát Program. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.) *(Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit? IX. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 6–13.
- Németh, T. (2010). Itt és most. A kora gyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In OGYEI és Németh, T. (Szerk.) *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok. XII. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 7–12.
- Németh, T. (2012). A kora gyermekkori regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat*, 63, 320–325.
- Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K. V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*, 25 (5), 16–26.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. ZERO TO THREE Press, Washington, D.C.
- Scheuring, N., Papp, E., Danis, I., Németh, T., Czinner, A. (2011). A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései. *Gyermekorvos Továbbképzés*, 10(5), 13–19.
- Zeanah, Jr C. H. (Ed.) (2018). *Handbook of Infant Mental Health*, 4<sup>th</sup>ed. Guilford, New York, London.



**Hivatkozás:** Hámori, E. (2020). Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 122–139.

A tanulmány célja, hogy bemutassa a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Fejlődés és Klinikai Gyermeklélektan Tanszéke által 2014-ben alapított négy féléves Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció szakirányú továbbképzési szak elméleti hátterét, gyakorlati felépítését, céljait és a képzéssel kapcsolatos néhány tapasztalatot. Indítása óta a képzésben egy-egy évfolyam végez évente – pszichológusok, gyermekorvosok, gyógypedagógusok és kisgyermeknevelők a résztvevők. A képzéssel szerzett tapasztalataink azt mutatják, hogy a kapcsolati szemlélet és annak gyakorlata szakterülettől függetlenül és mégis szakterület-specifikusan beépül a kora gyermekkori területen dolgozó szakemberek munkájába (Hámori és mtsai., 2017), támogatja a problémafelismerés és -kezelés készségét (Hámori és Rajnik, 2016, 2018), és fejleszti a családokkal folytatott kommunikáció és a segítségnyújtás kompetenciáit (Hámori és Márkus, 2017).

# CSECSEMŐ-SZÜLŐ KAPCSOLATDIAGNOSZTIKA ÉS KONZULTÁCIÓ

---

*Hámori Eszter*

---

**A képzés szemlélete és célja**

**A képzés felépítéséről röviden**

**A képzés indításának elméleti hátttere: regulációs problémák és zavarok a kora gyermekkori ellátásban**

Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka a diagnózis alkotásában

**A kapcsolati szemlélet gyökerei és beemelése a képzésbe**

Pszichoanalitikus fejlődépszichológia és kötődésmélelet

Pszichoanalitikus baba-mama terápiák

A videotechnika szerepe: interakciós mintázatok és a szabályozás fejlődése az anya-csecsemő kapcsolatban

A passzív résztvevő csecsemőmegfigyelés a szakemberképzésben

**A videóalapú résztvevő megfigyelés gyakorlata a Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzésben**

A megfigyelések feldolgozása

A videóalapú résztvevő megfigyelés tapasztalatai: összefoglalás

A résztvevő megfigyelés intézményi színterei

**A kapcsolatdiagnosztika gyakorlata**

A probléma feltárása – a Kapcsolatdiagnosztikai első interjú (KDI)

A regulációs probléma/zavar mintázatainak feltérképezése: a Tematikus regulációs interjú (TRI)

A regulációs zavar mintázatainak megfigyelése: az interakciós vizsgálatok

Kapcsolatdiagnosztikai eszközök – strukturált helyzetek

A komplex kapcsolatdiagnosztikai profil és az intervenció tervezése

**Etikai szempontok és kompetencia lehetőségek**

**Zárszó**

**Köszönetnyilvánítás**

---

## A képzés szemlélete és célja

A csecsemő- és kisgyermekkor alvás, táplálás, fokozott nyugtalanság, valamint az érzelmi- és a viselkedésszabályozás egyre szaporodó problémái növekvő kihívás elé állítják a szülőket és a kora gyermekkor ellátásban dolgozó szakembereket. *A szabályozási problémák megterhelhetik a szülő-gyermek kapcsolatot, amely visszahathat a gyermek érzelmi, kognitív társas fejlődésére.* A problémák korai felismerése és a megfelelő intervenció tervezése éppen ezért kiemelt jelentőségű, sok esetben preventív jellegű. Az Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú képzés (lásd Németh és Hédervári-Heller tanulmányát ebben a kötetben), ami szintén a regulációs zavarok felismerésére és kezelésére készíti fel a szakembereket, személetében és céljában részben előzménye volt a jelen képzésnek. A Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzés többek között annyiban tér el az előbbitől, hogy a kapcsolati folyamatok dinamikájának, azaz a kapcsolati folyamatok sokszor „láthatatlannak tűnő” rétegeinek a megértését helyezi a fókuszba a gyakorlati készségfejlesztés során. A regulációs problémák ilyen szemléletű kapcsolati diagnosztikája és az erre alapozott tanácsadási gyakorlat érdekében speciális technikai, illetve etikai felkészítést is beépítettünk a képzésbe (Hámori, 2017).

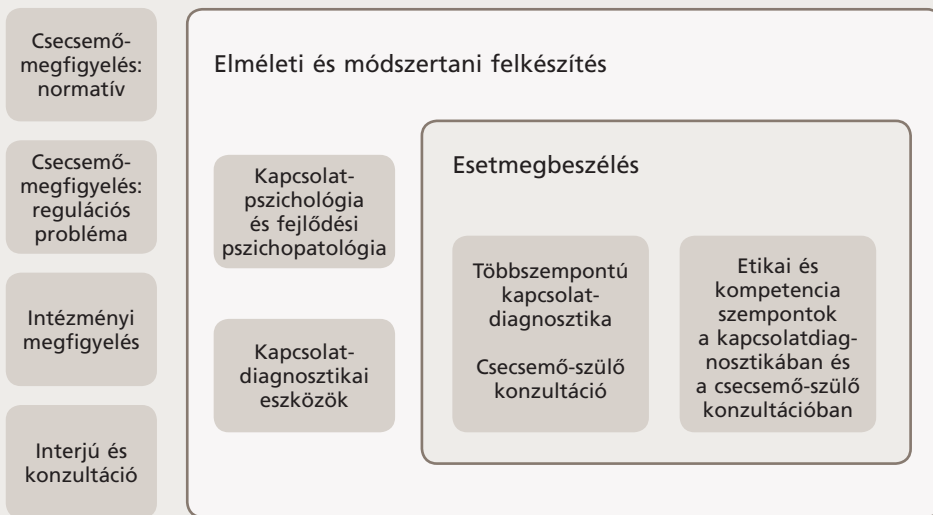
A *Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzés* a fenti szellemben született meg: a regulációs problémák és zavarok tüneti és kapcsolati jellemzőinek felismerésére, valamint az egyénre és családra szabott, kapcsolatfókuszú konzultáció végzésére készíti fel a kora gyermekkor ellátásban dolgozó szakembereket. Hangsúlyos a képzésben a kapcsolati folyamatokra való érzékenyítés és az interdiszciplináris szemlélet fejlesztése a résztvevők munkatapasztalatain keresztül. *A képzés a résztvevők számára új, közös gondolkodási, tapasztalati keretet és gyakorlati, módszertani készségfejlesztést nyújt: a kapcsolatban való gondolkodás addig „láthatatlan rétegeit” nyitja meg.* A képzés elméleti törzsét a pszichoanalitikus kapcsolati modellek, gyakorlati törzsét az általunk bevezetett videóalapú résztvevő csecsemő/kisgyermek megfigyelés jelenti (Hámori, 2016; Hámori és Rajnik, 2016, 2018).

## A képzés felépítéséről röviden<sup>1</sup>

A képzés moduláris felépítésű. Az elméleti ismeretek és a gyakorlati készségfejlesztés egymásra épülnek és egymásba ágyazódnak (lásd 1. ábra). Az elméleti és módszertani felkészítés célja az ismeretátadás mellett a közös terminológia és gondolkodási keret kialakítása a különféle szakterületeken dolgozó szakemberek számára. A képzés gyakorlati törzse a tapasztalati tanulás. A négy félév során rendszeres csecsemő- és kisgyermek megfigyelés, esetmegbeszélő és technikai szemináriumok kísérik a vezetett gyakorlatok és a szerzett tapasztalatok feldolgozását.

<sup>1</sup> A képzés részletes leírását, tantervi hálóját és képzési moduljainak összefoglalását, valamint a jelentkezés feltételeit lásd a Pázmány Péter Katolikus Egyetem honlapján: <https://btk.ppke.hu/oktatas/tovabbkepzesek/szakiranyu-tovabbkepzesek/csecsemo-szulo-kapcsolatdiagnosztika-es-konzultacio>

## Videóalapú résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés



1. ábra A képzés elméleti és gyakorlati moduljainak egymásra épülése

Az elméleti és módszertani felkészítés a következő témákat öleli fel:

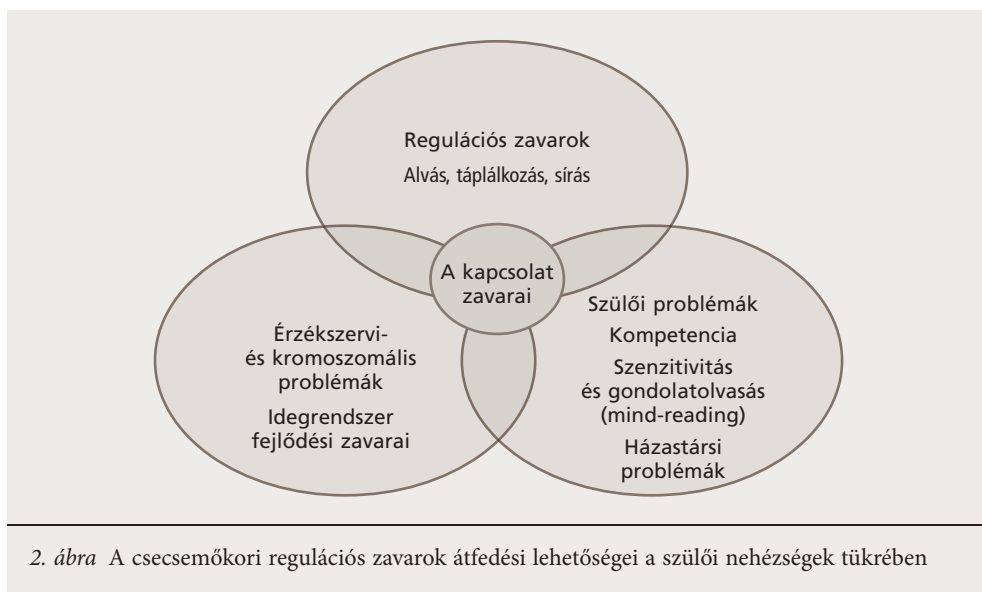
- Pszichoanalitikus kapcsolati pszichológia és kötődésselmélet
- Korai traumatizáció és fejlődés
- A családi rendszer pszichológiája és pszichopatológiája
- A korai táplálás pszichológiája
- Kapcsolati és regulációs zavarok csecsemő- és kisgyermekkorban
- Eltérő fejlődés és regulációs problémák/zavarok
- Kapcsolatdiagnosztikai módszerek és interjútechnikák
- Terápiás alapismeretek
- A szülő-csecsemő konzultáció módszerei

A gyakorlati készségfejlesztés kurzusai:

- Videóalapú résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés
- Intézményi résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés
- Kapcsolatdiagnosztikai eljárások és interjútechnikák
- Komplex kapcsolatdiagnosztika és az intervenció tervezése
- Csecsemő-szülő konzultáció
- Etikai kérdések és kompetenciahatárok a csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztikában és konzultációban

## A képzés indításának elméleti háttere: regulációs problémák és zavarok a kora gyermekkori ellátásban

A magyarországi kora gyermekkori egészségügyi ellátás különféle szűrőin megjelenő csecsemőkor alvásproblémák, a táplálás és táplálkozás nehézségei, a krónikus nyugtalanság és az excesszív sírás a szülő-gyermek kapcsolat nehézségeire irányították a figyelmet (Németh, 2010, 2012; Scheuring és mtsai., 2015; Hámori, 2017). *A csecsemőkor regulációs zavarok gyakran a kötődés, az érzelem-, a figyelem- és a viselkedésszabályozás kisgyermekkori zavaraihoz folytatódnak.* (A zavarok tüneti képeinek részletes leírását lásd: DC:0-5<sup>TM</sup>; ZERO TO THREE, 2016/2019 és Hédervári-Heller, 2008/2020). A regulációs zavarok korai diagnosztikáját nehezíti, hogy a veleszületett fejlődési zavarok vagy a biológiai éretlenségből fakadó fejlődési problémák sok esetben ugyanolyan vagy hasonló tüneteket mutathatnak. A tüneti képet emellett súlyosbíthatják a szülői szorongások és a gondoskodás nehézségei, amelyek ráépülhetnek a fejlődési zavarra (Hámori, 2016).



2. ábra A csecsemőkor regulációs zavarok átfedési lehetőségei a szülői nehézségek tükrében

A 2. ábra a *fejlődési rizikó* és az *eltérő fejlődés*, valamint a regulációs zavarok tüneti képeinek átfedési lehetőségeit szemlélteti a szülők nehézségeinek tükrében. Bármelyik terület is a tüneti kép kiindulópontja, a *szülő-gyermek kapcsolat* minden esetben érintett lehet. A *maladaptív (zavart/nehezített alkalmazkodást eredményező) kapcsolati mintázatok* szerepelhetnek oki tényezőkként, például a nem organikus eredetű alvási és táplálási zavarok kialakulásában (Hédervári-Heller, 2008/2020). Ugyanakkor következményként is megjelenhetnek: ráépülhetnek például veleszületett fejlődési vagy érzékszervi zavarokra, illetve a szenzoros feldolgozás szabályozási zavaraira (részletesen lásd: Hámori, 2016). A *korai felismerés* és a *komplex diagnoszizálás* éppen ezért rendkívül fontos,



hiszen ez alapozza meg a beavatkozás tervezését és a hatékony segítségnyújtást. A kapcsolati fókusz és a *differenciáldiagnosztika* kiemelt helyet kap az *intervenció tervezésében* (Hámori, 2017, 2018).

## Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka a diagnózis alkotásában

A regulációs zavarok kapcsolati kontextusának bevonása a diagnosztikába a szakembertől is új szemléletet kíván meg. A gyermek tüneteinek és adaptációs nehézségeinek felmérése mellett a *tüneti kép kapcsolatba ágyazottsága* kerül a diagnosztikai folyamat és az intervenció középpontjába (Hámori, 2017, 2018). A teammunkának nélkülözhetetlen szerepe van a regulációs zavarok felismerésében és differenciáldiagnosztikájában. Az érintett szakemberek közreműködésével végzett adatgyűjtés minden olyan protokoll szerint javasolt (lásd például DC:0-5<sup>TM</sup>), amely a kapcsolati kontextust központi elemként veszi figyelembe a diagnosztikában. Rendkívül fontos, hogy a *megfigyelések szempontjai és szemléleti kerete* azonosak legyenek az egy teamben dolgozó szakemberek számára (Fraiberg és mtsai., 1975). A kapcsolati szemlélet, mint keret adja meg a közös nyelvet a szabályozási problémák megértéséhez és értelmezéséhez, és mint ilyen, a Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzésében az elméleti felkészítés és gyakorlati készségfejlesztés központi koncepcióját képezi.

## A kapcsolati szemlélet gyökerei és beemelésük a képzésbe<sup>2</sup>

A regulációs és fejlődési zavarok kapcsolati háttere a korai fejlődés egyik legösszetettebb területe. A csecsemőkori fejlődés sokszínűsége, összetettsége és gyors változásai, a csecsemő viselkedésének helyzet- és kapcsolatfüggősége olyan dinamizmussal szembesíti a szakembert, amely rugalmas szemléletet kíván meg a diagnosztikai munkában. A korai kapcsolat tartós hiányából eredő fejlődési zavarokat először René Spitz (1951) osztályozta árva-házi megfigyelései alapján. Később Bowlby és a Robertson házaspár (1952), illetve Margaret Mahler (1975), valamint Selma Fraiberg (1975, 1982, 1987) klinikai célú megfigyelései a családban felnövekvő gyermekek tanulmányozásán keresztül mutattak rá a csecsemő- és kisgyermekkorai szabályozási zavarok kapcsolati gyökereinek fontosságára. Szemléletük eredete a klasszikus *pszichoanalitikus tárgykapcsolati iskola* úttörőihöz – Ferenczi Sándor, Melanie Klein és a Bálint házaspár munkásságához – vezethető visz-

---

<sup>2</sup> Pszichodinamikus szemléletű kapcsolati terápiákról lásd még könyvünk tanulmányait az I. kötetben (Hédervári-Heller, Koller) és a jelen kötetben (Danis, Frigyes és Molnár, Halász és Jakab, Hédervári-Heller).

szá, akik az *áttételi és viszontáttételi* folyamatokat, azaz a kapcsolat nem tudatos rétegeit és folyamatait emelték a megértés és a kezelés fókuszába. A *pszichoanalitikus baba-mama terápiák* (például Cramer és Palacio-Espasa, 1993/2012; Fraiberg és mtsai., 1975; Salomonsson, 2013) a preverbális időszak kapcsolati és érzelmi történéseit az itt és most helyzetek megfigyelésével egészítették ki és vonták be a terápiás megsegítésbe. A modern, videotechnikán alapuló interakciós kutatások pedig további lépést tettek a patológiás kapcsolati mintázatok felmérésének lehetőségeiben (Hámori, 2016).

A szakemberképzés szempontjából fordulópontot jelentett Esther Bick munkássága (1964), aki kollégái segítségével a baba-mama interakciók és kapcsolati mintázatok megfigyelésének és az ezekben rejlő áttételi és viszontáttételi folyamatok feldolgozásának készségi szintű fejlesztését beemelte a pszichoanalitikus képzésébe.

Képzésünkben az elméleti ismeretátadás és a gyakorlati készségfejlesztés a fenti négy alappilléren nyugszik, amit bővebben az alábbiakban fejtek ki.

## **Pszichoanalitikus fejlődépszichológia és kötődélmélet**

A *pszichoanalitikus fejlődépszichológia és a kötődélmélet* a kapcsolati szemlélet – és egyben képzésünk – fontos pillére. A klasszikus pszichoanalitikus modellek közül kiemelten foglalkozunk azokkal, amelyek a kisgyermekkel folytatott közvetlen terápiás tapasztalatokon alapulnak (Hámori, 2016). A pszichoanalitikus modelleket Bowlby (1969) kötődés koncepciójával egészítjük ki, aki az etológiai keret bevezetésével a kapcsolatban megfigyelhető érzelem- és viselkedésszabályozási mintázatok fejlődésére és a szeparációs szorongás kora gyermekkori jelentőségére irányította a figyelmet. Mary Ainsworth, Bowlby munkatársa Ugandában, majd Baltimore-ban gyűjtött longitudinális megfigyeléseivel a kötődési viselkedés egészséges fejlődését, a közeledés és a távolodás szabályozásának mintázatait és az anyai szenzitivitás jellemzőit tanulmányozta (összefoglalását lásd Hámori, 2015). Kutatásai jelentősen hozzájárultak a baba-mama terápiák, illetve konzultációk bizonyos modelljeinek fejlődéséhez (Hámori, 2016).

## **Pszichoanalitikus baba-mama terápiák**

A *pszichoanalitikus baba-mama terápiák* a kapcsolati szemlélet – és képzésünk – másik fontos pillérét jelentik. Két fő klasszikus irányzatuk – a Selma Fraiberg alapította *San Francisco csoport* (Fraiberg és mtsai., 1975) és a *genfi Cramer és Palacio-Espasa* (1993/2012) *féle iskola* – a csecsemőkori regulációs zavarok okát egyaránt a szülők tudattalan, konfliktusos múltbéli tapasztalataira és megzavart kapcsolati mintázataira vezette vissza (Hámori, 2016). Tapasztalataik szerint a szülők saját kapcsolati traumái során átélt érzelmei élednek újra a csecsemőjükkel való interakcióik során. A szülők számára nem tudatosuló érzelmek a csecsemőre vetülve megismélik a patológiás kapcsolati mintázatokat, és zavart okoznak a táplálás, alvás, megnyugtató szabályozásában. *A szülői traumák tehát a korai interakciók apró mozzanatain keresztül öröklődnek át generációról generációra.*

Fraiberg (1987) munkásságával a képzés során kiemelten foglalkozunk, mert ő Cramer gyakorlatával szemben a regulációs zavarok kialakulásának változatos környezeti spektrumával találkozott, és a családok lehetőségeihez alakította a pszichoanalitikus baba-mama terápiát. A hátrányos helyzetű családokkal sok esetben a családok otthonában végezték a konzultációt, amit Fraiberg találóan így nevezett el: „*pszichoanalízis a konyhaasztalnál*” (Fraiberg, 1982, 102. o.). A terápia fókuszában a crameri gyakorlathoz hasonlóan a kapcsolati folyamatok segítése állt. A kezelésében a fókuszot mindkét iskola a kapcsolat jelenben zajló, úgynevezett „itt és most” dimenziójára helyezte. Ezen belül is kiemelt jelentőséget tulajdonítottak a gyermek jelenlétének a terápiás üléseken, valamint az interakciók megfigyelésének és értelmezésének. Fraiberg emellett a kapcsolati zavarokra, az anyai szenzitivitás és empátia erősítésére és ezen keresztül a traumatikus szülői tapasztalatok patogén hatásának korrekciójára összpontosított (Hámori, 2016).

## **A videotechnika szerepe: interakciós mintázatok és a szabályozás fejlődése az anya-csecsemő kapcsolatban**

A *videotechnika* megjelenése jelentős előrelépést jelentett a korai kapcsolat interakciós kutatásaiban, és képzésünkben is kiemelt szerepet kap. A *mikroelemzések* (a szülő-gyermek interakciók apró mozzanatainak és szekvenciáinak megfigyelése és leírása) láthatóvá tették a korai kapcsolat finom rezdüléseinek életkori jellemzőit, egyéni sajátosságait és az érzelmi szabályozás, illetve egymásra hangolódás tipikus és attól eltérő fejlődését (lásd például Stern, 1977, 1985/2002, 1995/2004; Beebe és munkacsoportja, 2014).

### **Stern (1985/2002, 1995/2004) modelljének kapcsolatdiagnosztikai jelentősége képzésünkben**

A korai kapcsolati mintázatok fejlődésének egyik legátfogóbb modellje Daniel Stern (1985/2002) nevéhez fűződik, aminek gyakorlati alkalmazása képzésünk kapcsolatdiagnosztikai részében kiemelt fontosságú. Stern (1985/2002, 1995/2004) a *csecsemő énfejlődését az anya-gyermek kapcsolat kontextusában* helyezte el. A csecsemő minden egyes fejlődési szakaszban új társas, motoros, kognitív és affektív képességekkel vesz részt az interakciókban, míg az anya a ráhangolódás és szabályozás mintázataiban fejlődik, a csecsemő életkori feltételeihez alkalmazkodva. Az interakciók mintázata minden szakaszban újraszerveződik. A kölcsönös összehangolódás és a szabályozás egyéni jellegzetességei az *együttlét sémáiban* összpontosulnak, és a *bizalom, a függés és a függetlenedés, a kontroll és az autonómia* kialakítása témája köré épülnek.

Stern szemléletesen *interaktív csatának* nevezte azt a normatív 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.

Az együttlét sémáinak felmérése kiemelt jelentőségű a kapcsolatdiagnosztikában. Az egyes fejlődési szakaszokban egyfajta *klinikai ablakot* nyitnak, amelyen keresztül ráte-

kinthetünk az adott szakasz szabályozási mintázatainak, a *csatatérnek* az egyéni jellemzőire (Stern, 1995/2004). A mintázatok lehetnek adaptívak vagy maladaptívak az adott szabályozási terület szempontjából, így fontos kiindulópontot jelentenek a korai kapcsolat és reguláció zavarainak felismeréséhez. A *klinikailag fontos események* a kapcsolat mikrointerakcióira, valamint ezek szubjektív rétegeire irányítják a figyelmet és támpontokat adnak a probléma jellegének és súlyosságának felméréséhez (összefoglalását lásd Hámori, 2016, 2018).

Hangsúlyozzuk, hogy a klinikai ablak nem diagnosztikai rendszer, hanem támpontok gyűjteménye a megfigyeléshez, a feldolgozáshoz, és ezen keresztül a regulációs zavar dinamikájának azonosításához (Hámori, 2016, 2018). A megfigyelések gyűjtése és feldolgozása éppen ezért speciális módszertani készségeket és gyakorlati felkészülést igényel. E készségek elsajátítását a képzésünkben a videóalapú résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés, valamint az intézményi terepmegfigyelés gyakorlata biztosítja.

## A passzív résztvevő csecsemőmegfigyelés a szakemberképzésben

A kapcsolati szemlélet – és képzésünk – negyedik fontos pillére Esther Bick (1964) és Martha Harris (1987) gyakorlatán alapul, akik bevezették a *passzív résztvevő csecsemőmegfigyelést* a pszichoanalitikusok képzésébe. Felismerték, hogy egy egészséges csecsemő két éven át tartó heti gyakoriságú megfigyelése a család otthonában, valamint a megfigyelések részletes írásos rögzítése és csoportos feldolgozása több készség fejlődését is előmozdítja a szakembernél. Egyrészt tapasztalatot szerez az anya-csecsemő kapcsolat beszéd előtti világának sokféleségéről, a csecsemő fejlődésének és a kapcsolati mintázatoknak a változatosságáról, miközben egy sajátos szakmai attitűdöt gyakorol: érzelmileg jelen van, így részese lesz az átélt eseményeknek, de mégis bizonyos távolságtartással, a passzív, háttérben maradó megfigyelői pozíciót fenntartva figyel, anélkül hogy bármibe is beavatkozna (Rajnik, 2010, 2018a, lásd még a jelen kötetben Halász és Jakab tanulmányát).

A csecsemőmegfigyelés<sup>3</sup> e formája különbözik a *fejlődéslélektani megfigyeléstől* (Rajnik, 2018a) és a *Pikler Emmi által bevezetett megfigyeléstől* is (Csillag, 2017). Ez utóbbi a gyermek kompetenciáinak aprólékos leírására összpontosít. A pszichoanalitikus szemléletű résztvevő megfigyelés a gyermekre és kapcsolatra, illetve az abban keletkező érzelmekre egyaránt fókuszál, beleértve a megfigyelő saját gondolatait, érzelmeit, fantáziáit.

A résztvevő csecsemőmegfigyeléshez szükséges beállítódás elsajátítása egyben egy önismereti folyamat is: a megfigyelő tapasztalatot szerez a saját képességéről a keretek fenntartására, a feszültségek, diszkomfort érzések kezelésére és az érzelmi bevonódásra/távolmaradásra. Felismerheti személyes élettörténetéből adódó érintettségét, vakfoltjait, és megtapasztalhatja, hogy a beavatkozás visszatartása, a kivárással hozzászólhat ahhoz,

---

<sup>3</sup> Csecsemőmegfigyelésről bővebben lásd még Góczán-Szabó és mtsai., valamint Halász és Jakab tanulmányait ebben a kötetben.

hogy konzultációs munkája során a szülőket és a gyermeket a saját megoldásuk megtalálásában támogassa (Rajnik, 2010, 2018a). Annak ellenére, hogy a tapasztalati tanulásnak szükségszerűen önismereti vonatkozásai is vannak, mégsem a megfigyelő személyes élettörténete, vagy viszonyulásainak feldolgozása áll a középpontban. A cél az, hogy a megfigyelések során keletkezett szubjektív élményeire tudatosabb rálátása legyen, hiszen ezek segítik a megértését, és ezek vezérlik a helyzetről alkotott értelmezéseit, következésképpen a helyzet kezelését is. A megfigyelőben keletkező érzelmek, gondolatok és fantáziák így a megértés eszközeivé válnak (Bick, 1964; Harris, 1987). A megfigyelési készség ilyen jellegű fejlesztése különösen fontos, amikor a szakember a preverbális időszak megzavart kapcsolati mintáival dolgozik (Fraiberg, 1982, 1987).

## **A videóalapú résztvevő megfigyelés gyakorlata a Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzésben**

A résztvevő csecsemőmegfigyelés Bick (1964) által bevezetett módszerét annyiban módosítottuk, hogy a képzésben lévők nem egyetlen családnál végeznek két éven keresztül megfigyelést. Ehelyett minden félévben két-két családnál tesznek látogatást 2-4 alkalommal, és videófelvételeket készítenek a passzív résztvevő megfigyelés módszerével. Az első félévben egészséges csecsemőket, majd a második félévben valamilyen regulációs nehézséggel küzdő családokat keresnek fel otthonukban. A család nem lehet ismerős, illetve nem állhat semmiféle kapcsolatban a megfigyelővel. A megfigyelés céljáról és a megfigyelő szerepéről, valamint a felvételek kezeléséről a szülők részletes, írásos tájékoztatást kapnak – erre vonatkozóan szerződést kötünk, amelyben külön rögzítjük a titoktartás és a személyesség védelmének etikai szempontjait. A felvételek képezik az egyéni, majd a csoportos feldolgozás alapját (Hámori és Rajnik, 2016, 2018).

A videóalapú résztvevő csecsemőmegfigyelés gyakorlata – hasonlóan a Bick (1964) féle módszerhez – hármas struktúrájú: (1) Megfigyelés a családnál. Ennek során a szakembernek a háttérben kell maradnia, és gyakorolnia kell a „befogadó” attitűdöt, azaz érték- és ítéletmentesen kell figyelnie a legapróbbnak tűnő egyéni és kapcsolati megnyilvánulásokat is. Képzésünkben a megfigyelő a látogatás egészéről videófelvételt készít. (2) Közvetlenül a látogatás után részletes jegyzőkönyvet ír a megfigyeltekről, beleértve a saját benyomásait, érzéseit, gondolatait. (3) A megfigyelések feldolgozása csoportban történik.

### **A megfigyelések feldolgozása**

A 30-60 perces felvételt a megfigyelő otthon előkészíti a csoportos szupervízióra. A látogatás után részletesen leírja emlékezetből a megfigyelteket. Ezt követően visszanezi a videófelvételt, és arról is részletes jegyzőkönyvet készít. Majd kiválaszt egy nyugodtabb és egy feszültebb pár perces eseményrészletet, és egyoldalas elemzést készít a kiválasztott részletekről.

A csoporton a megfigyelő bemutatja a két részletet anélkül, hogy a saját elemzését és a teljes kontextust prezentálná. Ez lehetőséget ad a csoporttagoknak, hogy a kiválasztott részletekre a mikrointerakciós történések nagyítóján keresztül tekintsenek rá. A csoporttagok a feldolgozás során pontosan leírják a felvételen látottakat (*viselkedés szintje*), majd a szubjektív benyomásaikat (*érzelmelek szintje*), végül a helyzetről alkotott lehetséges értelmezésüket (*értelmezés szintje*).

Tapasztalataink szerint mind az egyéni, mind pedig a csoportos feldolgozásnak rendkívül fontos szerepe van a tanulási folyamatban. A megfigyelő mindkét helyzetben képet kap arról, hogy a visszaemlékezés és a videófelvételeken látottak mennyire eltérőek lehetnek. Az emlékezet szelektivitása pedig összefügghet a megfigyelt eseményekkel és a megfigyelő szubjektív tapasztalásával is. A csoport ezáltal segíti az apró mozzanatokra való odafigyelést, a benyomások megfogalmazását, valamint az objektív események és a szubjektív élmények elkülönítését. A csoporttagok felismerhetik, hogy egyetlen megfigyelésnek többféle olvasata lehet attól függően, hogy figyelmük mely részletre fókuszált, és miből indult ki a helyzetre vonatkozó értelmezésük. Emellett reprezentálhatják és kihangsúlyozhatják azokat az aspektusokat, amelyeket a megfigyelő nem észlelt. Az „aha élménye”, vagyis annak felismerése, hogy „amit látok, és ahogy azt érteni vélem, nem feltétlenül ugyanaz”, a tanulási folyamat első fontos lépcsőfoka. A következő lépcsőfok, amikor a megfigyelő elkezd befogadni a csoporttagok eltérő észleléseit, benyomásait, és így alternatív értelmezési szempontokhoz jut a saját megfigyelését illetően. A tagok szempontjai ezáltal árnyalják a megfigyelő észlelését és helyzetértelmezését is (Hámori és Rajnik, 2016, 2018).

## **A videóalapú résztvevő megfigyelés tapasztalatai: összefoglalás**

A videóalapú résztvevő csecsemőmegfigyelés kapcsolati mezőben, dinamikusan alakuló folyamat. Tapasztalataink azt mutatják, hogy a klasszikus, Bick (1964) és Harris (1987) féle résztvevő megfigyeléshez hasonlóan a *videóalapú megfigyelés is emocionális tapasztalat, ami feldolgozást igényel*. A látottak lehetséges jelentéseinek kibontása a csoportmunka keretében történik. A csoportban zajló folyamatok révén a megfigyelt család kapcsolati és érzelmi dinamikája is sok esetben megragadhatóvá válik. A videófelvételek újra megtekintése és a többfajta kontextusban felvett mintázatok elemzése segíti a megfigyelő reflektivitását, fejleszti a kapcsolati folyamatok észlelésének, értelmezésének készségét, valamint az érzelmi mozzanatok kezelésének és a csoportban való együttgondolkodásnak a képességét is (Hámori és Rajnik, 2016, 2018).

## **A résztvevő megfigyelés intézményi szinterei**

A csecsemőmegfigyelést követően a hallgatók gyermekintézményekben – bölcsőde, óvoda, orvosi rendelő, kórház, fejlesztő foglalkozás stb. – folytatják a gyermekmegfigyelést a passzív résztvevő módszerrel. Videófelvételt nem készítenek, viszont részletes jegyzőkönyvben rögzítik a megfigyeléseiket. A megfigyelt gyermek, a kortársak, a gyer-

mekkel foglalkozó szakember, a jelenlévő egyéb felnőttek és a megfigyelő kapcsolati történései kerülnek a középpontba. A tapasztalatok feldolgozása szintén csoportmunka keretében történik.

## A kapcsolatdiagnosztika gyakorlata

A fenti szemléletben a képzés céljaira összeállítottunk egy diagnosztikai támpontrendszert, az ún. *Komplex kapcsolatdiagnosztikai protokollt* (Hámori, 2016). Kidolgozásában három tapasztalati keretet ötvöztünk: (1) a Stern (1995/2004) féle „klinikai ablak” koncepcióját, (2) a videóalapú résztvevő csecsemő megfigyelés gyakorlatát és (3) a Fejlődési rizikó kutatási programunkban<sup>4</sup> (összefoglalót lásd Hámori, 2016) kidolgozott kapcsolatdiagnosztikai eszközök gyakorlati alkalmazását. A kapcsolatdiagnosztika javasolt folyamata ez alapján a következő lépésekben halad.

### A probléma feltárása – a Kapcsolatdiagnosztikai első interjú (KDI)

A *Kapcsolatdiagnosztikai első interjú (KDI)* (Hámori, 2016, 2018) egy félig strukturált problémafeltáró interjú, a szülők és a gyermek részvételével. Célja, hogy a gyermek regulációs problémájának jellegét és annak lehetséges okait a *szülők szemüvegén keresztül*, és az *interjú helyzetben megjelenő kapcsolati szcéná segítségével* ismerje meg a szakember.

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 hogyan befolyásolja mindez szerintük a gyermek és a család életét és fejlődését.

Emellett folyamatosan figyeli a kapcsolati történések szcénáját és a jelenlevők szubjektív megnyilvánulásait, beleértve saját benyomásait és észleléseit is a kapcsolati térben. Ebből a szempontból az interjú az Argelander (1970/2006) által bevezetett *pszichoanalitikus első interjú technikáját* használja fel, amennyiben beépíti a kapcsolati történések és a szubjektív megélés elemeit a probléma felmérésébe. Ennek során a kérdező külön figyelmet szentel a csecsemő és a szülők, valamint a család és öközötté zajló kapcsolati történések megfigyelésének. Ezek az információk a regulációs probléma kapcsolati teréről és jellemzőiről alkotott diagnosztikai feltevéseinek megfogalmazását segítik.

---

<sup>4</sup> „A csecsemő intencionális viselkedésének és az anyai attribúcióknak a szerepe a korai interakciós minták fejlődésében – koraszülött, Down szindrómás és atipikusan fejlődő csecsemők esetén.” A kutatási programot az OTKA F68374 sz. pályázata támogatta 2007–2011 között. Vezető kutató: Dr. Hámori Eszter.

A képzés során az interjúról az etikai szempontok betartásával felvétel készül, melynek feldolgozása szintén kiscsoportban és a videóalapú résztvevő megfigyelés módszerével történik.

## **A regulációs probléma/zavar mintázatainak feltérképezése: a Tematikus regulációs interjú (TRI)**

A következő lépés a regulációs probléma részletes feltárása a szülőkkel felvett félig strukturált *Tematikus regulációs interjúval* (TRI; Hámori, 2016, 2018), ami a regulációs probléma kialakulásának tényszerű adataira, valamint a szülői tapasztalat és megélt szubjektív élményeire kérdez rá. Feltérképezzük a regulációs területek sajátosságait, azok kereszt- és hosszszemzeti képét és kontextusfüggőségét, továbbá a kapcsolati mintázatok egyéb területeit is. Minden esetben három szempontra helyezük a hangsúlyt: (1) tényszerű adatokat kapjunk a regulációs területek fejlődésmenetéről (*objektív adatok*), (2) információkat kapjunk arról, hogy hogyan élik meg a szülők az egyes területek történéseit (*szubjektív információk*), valamint (3) hogyan tudnak gondolkodni az ott megjelenő nehézségek és pozitív fejlemények okairól (*szülői reflektivitás képessége*<sup>5</sup>). A TRI különbözik a fejlődési anamnézistól. A kérdezés és elemzés módszertanában hasonlít az argelanderi interjúhoz (Hámori, 2018).

## **A regulációs zavar mintázatainak megfigyelése: az interakciós vizsgálatok**

A kapcsolati történések és interakciós mintázatok felméréséhez több forrásból gyűjtünk adatokat. Az interjú megbeszélésén készített megfigyeléseket kiegészíthetik a szülők által hozott otthoni videófelvevételek, valamint a strukturált, vagy félig-strukturált szülő-csecsemő kapcsolati helyzetek (például együttjátszás, gondozási, vagy táplálási helyzetek, stb.) videóra rögzített megfigyelései.

*A közvetlen, illetve a videóra rögzített megfigyeléseknek kiemelt szerepe van a kapcsolatdiagnosztikában: a több kontextusban és kapcsolati szituációban készített felvételek, illetve megfigyelések elemzése segít a kapcsolati mintázatok rugalmasságának, illetve merevségének, valamint személy- és kontextusfüggőségének feltérképezésében. A megfigyeléseket a résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés gyakorlata során elsajátított módszerrel elemezzük.*

---

<sup>5</sup> A kapcsolatban keletkező tapasztalatokra, érzelmekre való reflektálás képessége a szülői mentalizáció fontos eleme. Szerepe kiemelten fontos, amikor a szülő értelmezni próbálja gyermeke viselkedését. Fonagy és munkatársai (1991) az érzelmekre való reflektálás képességén túl hangsúlyosnak találták azt is, hogy a szülő milyen stratégiákkal rendelkezik – saját kötődési emlékei nyomán – a mentális állapotok, azaz a gondolatok, a döntések és vélekedések megértése szempontjából. Az általuk kidolgozott Reflektív Funkció Skálája (Fonagy és mtsai., 1991) ennek az elméleti koncepciónak a talaján jött létre (Hámori, 2015).



## Kapcsolatdiagnosztikai eszközök – strukturált helyzetek

Bizonyos videófelvételek közös megtekintése és értelmezése a szülőkkel újabb lehetőséget kínál: a szülőket, mint „szakértőket” vonja be a folyamatba, és egyben a tapasztalás új ablakait nyitja meg számukra saját interaktív viselkedésükkel, vagy gyermekük eddig észre nem vett sajátosságaival kapcsolatban. A videotechnika hasonló célú, bár a miénktől eltérő technikájú felhasználása napjainkban egyre gyakoribb a korai intervenció programokban (lásd például Vik és Rohde, 2014; Juffer és Steele, 2014). (Példák bővebben a jelen kötetben, Danis tanulmányában találhatók.)

A strukturált helyzeteken alapuló megfigyelések során a gyermek készségeit *többféle kapcsolati helyzetben* (feladathelyzet, kötött és kötetlen játékhelyzetek vizsgálóval és szülővel) mérjük fel, a *szülő jelenlétében*, sokszor aktív közreműködésével. A vizsgálatok során a szülők megfigyelhetik, hogyan old meg gyermekük különböző feladatokat, hogyan viselkedik számára új helyzetekben, illetve milyen egyéni stratégiái és megoldásmódjai vannak különféle szituációkban. Ezeknek a szituációknak a megbeszélése és a *szülőkkel történő közös értelmezése* fontos része a vizsgálatoknak (összefoglalásukat lásd Hámori, 2016, 2017).

## A komplex kapcsolatdiagnosztikai profil és az intervenció tervezése

A fenti adatok elemzésével állítjuk össze a *komplex kapcsolatdiagnosztikai profilt*, melynek célja a normatív (életkornak megfelelő), illetve adaptív (az alkalmazkodást segítő) és az azoktól eltérő kapcsolati és szabályozási mintázatoknak a felrajzolása az egyéni és a kontextuális tényezők figyelembevételével. A komplex kapcsolatdiagnosztikai profil – a Stern-féle modell ((1985/2002; 1995/2004)) szellemében – összetett képet ad a szülő-gyermek párra jellemző regulációs mintázatokról, az abban keletkező zavarokról, valamint az adaptív mintázatokról is.

A komplex kapcsolatdiagnosztikai profil az *intervenció tervezésének* kiindulópontja. Így például pozitív jelzés a kapcsolatdiagnosztika szempontjából, ha a szabályozás zavarára nem minden helyzetben és nem minden területen mutat rögzült mintázatot. Sok esetben a zavar megelőzéséhez elegendő a pozitív pontok elemzésére és megláttatására támaszkodni, vagy azokra a megfigyelhető viselkedésekre felhívni a figyelmet, amelyek akadályozzák a szülőket az adott helyzet optimális szabályozásában. Hosszú távon rögzült mintázatok, vagy több területet is érintő regulációs problémák esetén azonban átfogóbb segítségnyújtásra lehet szükség. Ezekben az esetekben a szülő-csecsemő konzultáció, vagy a baba-mama terápia fókuszában a regulációs zavar háttérben húzódo kapcsolati problémák tudattalan mozgatóinak megértése és feloldása áll (Hámori, 2016; Rajnik, 2018b).

## Etikai szempontok és kompetencia lehetőségek

Az intervenció típusának és lehetséges fókuszának eldöntése a konzultációs esetmegbeszélő szemináriumokon történik. A családokkal folytatott munka *etikai szempontjainak*, valamint a *szakember kompetencia lehetőségeinek és határainak kezelése* kiemelt jelentőségű, éppen ezért külön szemináriumi gyakorlat kapcsolódik hozzá. A közös alapot a mindenki által gyakorolt résztvevő megfigyelői készségek és a kapcsolatdiagnosztikai felkészültség jelenti. Így a résztvevők szakterületüktől függetlenül képesek és kompetensek a kapcsolati mintázatok és az ezekben jelentkező szabályozási problémák felmérésére, és arra, hogy ennek alapján javaslatot tegyenek a családnak a tervezett intervenció jellegére. Annak eldöntése azonban, hogy szakterületi végzettségük egy-egy konkrét esetben milyen jellegű intervencióra jogosítja fel őket, szintén felkészítést igényel. A *tanácsadás, a konzultáció, illetve a terápia kompetencia határainak meghúzóása* különösen nehéz a baba-mama konzultációs gyakorlat esetén (vö. Fraiberg, 1987). Éppen ezért szükséges, hogy a szakember segítséget kapjon az intervenció választásának folyamatában és ezen belül a saját határainak definiálásában. Képzésünk utolsó félévében az általunk kidolgozott gyakorlati szempontrendszer és a gyakorlati példák elemzése célzottan segíti a résztvevőket az erre történő felkészülésben.

## Zárszó

A kora gyermekkori egészségügyi és pszichológiai ellátás egyre fokozódó kihívás elé állítja az ezen a területen dolgozó szakembereket: gyógypedagógusokat, pszichológusokat, gyermekorvosokat, kisgyermeknevelőket, konduktorokat és szociális munkásokat. A csecsemőkkel és kisgyermekkel foglalkozó szakemberek munkája különösen hangsúlyos a korai prevenció és intervenció szempontjából, hiszen ők egyfajta szűrőként is működnek a kisgyermek fejlődési, érzelmi és viselkedési problémáinak felismerésében és a megfelelő ellátáshoz juttatásban. Szerencsére napjainkban egyre több olyan továbbképzés érhető el, ami ezekre a feladatokra készíti fel a szakembereket<sup>6</sup>. Növekszik az egyetemeken akkreditált szakirányú továbbképzések száma is (lásd a kötet erre vonatkozó tanulmányait). E képzések egy jelentős részében megfigyelhető a családközpontú korai prevenciót fókuszba helyező szemléleti fejlődés, amelyben különféle módokon, de hasonlóan hangsúlyos a családon belüli kapcsolati folyamatokkal való munka. A *Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzés* is ebben a szemléletben született meg. Specialitása az intenzív gyakorlati készségfejlesztésben és az interdiszciplináris megközelítésben rejlik. A képzéssel szerzett eddigi oktatói tapasztalatok azt igazolják, hogy a kapcsolati folyamatokra történő érzékenyítés – kiegészítve a megfelelő szintű elméleti és módszertani ismeretekkel – minden olyan szakember számára hasznos és beépíthető tapasztalat, amit a csecsemőkkel és kisgyermekkel folytatott munkájában jól tud alkalmazni.

<sup>6</sup> Lásd például az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* című kiemelt, európai uniós projekt keretében létrejött továbbképzéseket.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton köszönöm Rajnik Mária kolléganőmnek a képzés továbbfejlesztésében és az oktatásban végzett munkáját, a sok inspiráló és tanulságos beszélgetést, valamint tapasztalatait és szakértelmét a résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés gyakorlatok vezetésében.

## AJÁNLOTT IRODALOM


- Borbély, S. (2012). *A szülők és mi. Szakmai és személyes összegzés a korai intervenció alapvető kérdéseiről és kommunikációs dilemmáiról*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.
- Dolto, F. (1977/2013). *Amikor a gyermek megjelenik*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Fraiberg, L. (1987). *Selected writings of Selma Fraiberg*. Ohio State University Press, Columbus.
- Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődéelmélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. (2008/2011). *Psychotherapy with Infants and Young Children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. The Guilford Press, New York.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffmann, K., Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Intervention*. The Guilford Press, New York.
- Salomonsson, B. (2014). *Psychoanalytic Therapies with Infants and Parents*. Routledge, New York.
- Stern, D. N. (2004). *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Animula Kiadó, Budapest.
- Sz. Makó, H., Veszprémi, B. (Szerk.) (2017). *A párkapcsolattól a gyermekágyig. A várandósság, a szülés és a gyermekágy időszakának pszichológiája és pszichoszomatikája*. Octoport Nonprofit Kft, Pécs.
- Thormann, I., Poulsen, I. (2016). *Therapy with Infants. Treating a Traumatized Child*. Karnac Books, London.
- Urwin, C., Sternberg, J. (Eds.) (2014). *Infant Observation and Research. Emotional Processes in Everyday Lives*. Routledge, New York.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Argelander, H. (1970/2006). *A pszichoterápiás első interjú*. Animula Kiadó, Budapest.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment*. Routledge, New York, London.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *The International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558–566.
- Bowlby, J., Robertson, J., Rosenbluth, D. (1952). A Two-Year-Old Goes to Hospital. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 82–94.
- Cramer, B., Palacio-Espasa, F. (1993/2012). *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Csillag, E. (2017). Pikler pedagógia: kisgyermek-gondozás és nevelés kapcsolati szemléletben. In Hámori, E. (Szerk.) „TEAM AROUND THE CHILD”, *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről*. Humanitás Szociális Alapítvány, Budapest. 142–156.

- Fonagy, P, Steele, M., Steele, H., Moran, G., Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200–217.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612–635.
- Fraiberg, L. (1987). *Selected writings of Selma Fraiberg*. Ohio State University Press, Columbus.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–422.
- Harris, M. (1987). *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*. Karnac, London.
- Hámori, E. (2015). *A kötődélmélet perspektívái. A klasszikusoktól napjainkig*. Animula Kiadó, Budapest.
- Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Hámori, E. (Szerk.) (2017). „TEAM AROUND THE CHILD”, *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről*. Humanitás Szociális Alapítvány, Budapest.
- 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*. Humanitás Szociális Alapítvány, Budapest. 57–80.
- Hámori, E. (2018). A kapcsolati szemlélet gyökerei és jelentősége a kora gyermekkori pszichodiagnosztikában és intervencióban. In Hámori, E. (Szerk.) *A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori intervenció tervezésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest. 27–36.
- Hámori, E., Rajnik, M. (2016). *Cseppben a tenger – A résztvevő csecsemő-megfigyelés videotechnika alkalmazásával*. Az MPE Őszi Konferenciája, „Járt és járatlan utak”. 2016. október 7–8. Budapest.
- Hámori, E., Rajnik, M. (2018). *The special contexts of participant infant observation: the use of video technique in understanding relational processes*. Pikler International Symposium, Budapest, 4–7. April 2018.
- Hámori, E., Rajnik, M., Tóth, F., Márkus, L. V. (2017). *Sorsfordító pillanatok a baba-mama konzultációban – A videotechnika és a résztvevő csecsemő-megfigyelés összefonódása a kapcsolati folyamatok megértésében*. Sorsok fordítása. A pszichoterápia és tanácsadás hatása. A Pszichoterápia folyóirat 13. konferenciája. Budapest, 2017. május 12–13.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Juffer, F., Steele, M. (2014). What words cannot say: The telling story of video in attachment-based interventions. *Attachment and Human Development*, 16(4), 307–314.
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. Basic Books, New York.
- Németh, T. (2010). Itt és most. A kora gyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. *XII. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 7–12.
- Németh, T. (2012). A koragyermekkori regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat*, 63, 320–325.
- Rajnik, M. (2010). A csecsemőmegfigyelés szerepe a pszichoterápiákban. In Hámori, E. (Szerk.) *Kutatás és terápia metszéspontjai*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Piliscsaba.
- Rajnik, M. (2018a). A résztvevő csecsemő- és kisgyermek-megfigyelés elmélete és gyakorlata. In Hámori, E. (Szerk.) *A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori intervenció tervezésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest. 77–88.
- Rajnik, M. (2018b). Az életkori sajátosságok szerepe az anya-csecsemő/kisgyermek konzultációban és terápiaiban. In Hámori, E. (Szerk.) *A pszichodiagnosztika eszköztára a kora gyermekkori inter-*

- venció tervezésében a szülő-gyermek kapcsolat támogatására. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest. 154–164.
- Salomonsson, B. (2013). Transferences in parent-infant psychoanalytic treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94, 767–792.
- Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015). Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat*, 66 (4), 208–214.
- Stern, D. (1977). *The first relationship: Mother and Infant*. Harvard University Press, Cambridge.
- Stern, D. N. (1985/2002). *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stern, D. (1995/2004). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Spitz, R. A. (1951). The Psychogenic Diseases in Infancy – An Attempt at their Etiologic Classification. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 255–275.
- Vik, K., Rohde, R. (2014). Tiny moments of great importance: The Marte Meo method applied in the context of early mother–infant interaction and postnatal depression. Utilizing Daniel Stern’s theory of ‘schemas of being with’ in understanding empirical findings and developing a stringent Marte Meo methodology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(1), 77–89.
- ZERO TO THREE (2016/2019)(Magyar kiadás). DC:0-5™. *A csecsemő- és a kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.



**Hivatkozás:** Halász, A., Jakab, K. (2020). Az EGO Klinika szemlélete, módszertana a kora gyermekkori lelki egészség támogatásában. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 140–147.

Az Ego Klinika analitikus szemléletű gyermekpszichoterápiát folytat csaknem 30 éve, emellett pedig gyermekterapeutákat képez. A Klinika tevékenysége nem korlátozódik a kora gyermekkori időszakra, pácienseink bármely életkorból érkezhetnek. De mivel az intézmény terápiás szemléletében a korai kapcsolatok dinamikája áll a középpontban, 1989 óta kutatja és oktatja a családban történő csecsemőmegfigyelést. Tanulmányunk ennek a történetét, tartalmát és felhasználhatóságát mutatja be.

# AZ EGO KLINIKA SZEMLÉLETE, MÓDSZERTANA A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁBAN

---

*Halász Anna  
Jakab Katalin*

---

Az Ego Klinika tevékenysége: terápiák, képzéseink  
és a csecsemőmegfigyelés

A csecsemőmegfigyelés módszertana és jelentősége

Összegzés

---

## Az Ego Klinika tevékenysége: terápiák, képzéseink és a csecsemőmegfigyelés

Az Ego Klinika csaknem 30 éve folytat analitikus szemléletű gyermekpszichoterápiát csecsemőkortól késő serdülőkorig. Terápiás szemléletünk tükrözi az analitikus fejlődéselméletek változását a *lineáris fejlődéstől az interszubjektív kapcsolatokban*<sup>1</sup> zajló új mintázatok létrejöttének tételezéséig. Nagyon mást gondolunk ma a terápiás munka céljáról, mint gondoltunk 30 éve, és ez a lelki egészség támogatását szemléletünkben inkább a kapcsolatok minőségéhez, mintsem életkori határokhoz köti.

Az anya-gyermek kapcsolat minősége és jelentősége számunkra nemcsak az elméletekből, hanem – mint gyermekpszichológusoknak – a mindennapi terápiás munka gyakorlatából is meghatározó volt, amihez a harmadikként csatlakozó apa szerepe fontos, újabb kérdéseket vetett fel (Alpár és mtsai., 2001).

Minthogy az Ego alapításától fogva az is célunk volt, hogy a gyermekklinikus szakemberek szemléletét, klinikai jártasságát formáljuk, ezért kidolgoztuk a Klinika azóta is folyamatosan zajló *gyermekpszichoterápiás módszertani képzését*. Az öt szemeszteren át zajló analitikus szemléletű képzésben a szakirodalom feldolgozó és a tematikus esetmegbeszélő blokk mellé illesztettük – a hazai terápiás képzés akkori palettáján – igazi újdonságként a *csecsemő- és gyermekmegfigyelést* is. Tettük ezt azért, mert nemzetközi kitekinvésben is azt láttuk, ami saját gyakorlatunkban is egyre inkább szemet szúrt, hogy a terápiában kibontakozó „*klinikai csecsemő*” közösen konstruált képe<sup>2</sup> sokszor jobban igazodik a terapeuta „saját elmélete” által előírt babához, mint amennyire igazolja a terápiás kapcsolatban felbukkanó érzéseket (Alpár és mtsai., 1995). A *tárgykapcsolati szemlélet*<sup>3</sup> térhódításával az *áttétel/viszont-áttétel*<sup>4</sup> megítélése és megértése kezdett átalá-

<sup>1</sup> Az interszubjektív kapcsolati nézőpontról lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát ebben a kötetben.

<sup>2</sup> A „*klinikai csecsemő*” fogalma a klasszikus pszichoanalízis folyamatának eredményére utal, amikor a felnőtt páciens és terapeutája közösen alkotják vagy konstruálják meg az egykori csecsemő képét. Emiatt alternatív fogalmakként „rekonstruált”, „retrospektív” vagy „szubjektív” csecsemőképéről is beszélhetünk, amely a jelenben felszínre hozott emlékek, áttételi és viszontáttételi folyamatok és a terapeuta értelmezései révén alakul. Ezzel szemben az 1970-es évektől indult *modern csecsemőkutatások és csecsemőmegfigyelések az „objektív”, „megfigyelt” vagy „konstruált” csecsemőképet tárják elének* (bővebben lásd Halász, 2014; illetve Koller tanulmányát könyvünk I. kötetében).

<sup>3</sup> A *tárgykapcsolat elmélet* a pszichoanalízis jelentős irányzata, amely a II. világháborút követően kezdte meg kibontakozását. Képviselői (pl. a Budapesti Iskola képviselői, mint Bálint Mihály és Bálint Alice, vagy Melanie Klein, Margaret Mahler, Donald Winnicott, Wilfred Bion stb.) „amellett szálltak síkra, hogy az emberi kapcsolat alapvetően pszichés természetű, a személyiség fejlődését a tárgykapcsolatok, valamint a belső reprezentációk alakítják” (Halász, 2014, 32. o.; bővebben lásd Halász, 2014; illetve Koller tanulmányát könyvünk I. kötetében).

<sup>4</sup> A pszichodinamikus pszichoterápiák folyamatában a páciens tudattalan vágyai, szükségletei (reakciók: kifejezett érzések, gondolatok, viselkedés képében) jelennek meg, vetülnek rá a terapeutára (*indulatáttétel*), amelyek a terapeutából is kiváltak érzéseket, gondolatokat, reakciókat (*viszontáttétel*). A terapeutának fel kell ismernie és dolgoznia kell saját viszontáttételi folyamataival a hatékony terápia érdekében. (Bővebben lásd Koller tanulmányát könyvünk I. kötetében; Hédervári-Heller tanulmányát ebben a kötetben.)



kulni. Szabadon lebegő figyelmű, anonim terapeutából kezdtünk *résztevő terapeutákká*<sup>5</sup> válni. Ezzel a változással szoros összefüggésben érdekelni kezdett bennünket a csecsemő személyes világa, anyjával folytatott interakciói. A *család otthonában zajló csecsemőmegfigyelés* lehetővé tette, hogy hallgatóink hetente részesei és megfigyelői lehessenek egy egészséges kisbaba bontakozó belső és kapcsolati világának, azaz ne pusztán a „klinikai”, hanem a „valódi” csecsemőről szerzett tapasztalat is segítse majd őket a terápiás munkájuk során. (A pszichodinamikus fejlődépszichológia alapfogalmairól bővebben lásd Koller tanulmányát könyvünk I. kötetében.)

Az Ego Klinika 1989 óta oktatja a *dinamikus szemléletű gyermekpszichoterápiát*, aminek kezdetétől szerves része a csecsemőmegfigyelés. Ez a módszer a terápia tanulásán belül a kilencvenes években még újdonságnak számított, idővel azonban bekerültek a módszer egyes elemei a gyermekklinikai szakpszichológus képzésbe is. Az Ego Klinika gyermekterápiás képzésének tapasztalatain felbuzdulva ugyanis az utóbbi 10 évben a pécsi klinikai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus képzés során – amiben akkreditált képzőhelyként szinte a kezdetektől részt veszünk –, szintén bevezettük a csecsemőmegfigyelés gyakorlatát. Itt a hallgatók heti rendszerességgel egy féléven keresztül követik nyomon a kisbaba testi és mentális fejlődését, a baba-mama kapcsolat alakulását a családban. A megfigyeléseket pedig a csatlakozó közös csoportmunkában dolgozzuk fel.

Másfelől a módszer alapját képezte a *szülő-csecsemő konzultációs módszereknek* is, amiknek oktatását egy ideig végeztük, majd kapacitás hiányában abbahagyni kényszerültünk. Örvendetes azonban, hogy a szülő-csecsemő konzultációs igények növekedésével, oktatása is széles körűen elterjedt, amit e tankönyv más fejezetei is tanúsítanak.

## A csecsemőmegfigyelés módszertana és jelentősége

A terapeuta és klinikai képzéseken belül a csecsemőmegfigyelés<sup>6</sup> közvetlen tapasztalatot kínál a korai élmények felismeréséhez, megértéséhez és átéléséhez. E tapasztalatok során a gyermekpszichológusok olyasmint élnek át, tapasztalnak meg és dolgoznak fel, amelyek a terápiás munkában kulcsfontosságúnak bizonyulnak. Mik is ezek? A figyelem állandó pásztázása a résztvevők között. A megfigyelő maga ugyanis *résztevő megfigyelő* (lásd később részletes leírását Esther Bick alapján). Azaz *nemcsak a babát és a mamát, egymással folytatott interakcióikat, hanem közben saját érzéseit, reakcióit is figyelemmel kíséri*. Ezen felül, mivel a terápiában a következtetések forrása maga a megfigyelés, a csecsemőmegfigyelés hozzásegít a megfigyelés tanulásához is. A megfigyelés ugyanis az egyik legfontosabb eszköz ahhoz, hogy a gyermek és a szülő világában tájékozódjunk, hogy a belőlünk kiváltott érzéseket megfelelően tudjuk az esetekhez kötni. Ehhez pedig

<sup>5</sup> A terápia során zajló szülő-gyermek-terapeuta háromszögben érvényesülő aktívabb, résztvevő terapeuta hozzáállásról lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát ebben a kötetben.

<sup>6</sup> A csecsemőmegfigyelésről lásd még Góczán-Szabó és mtsai., valamint Hámori tanulmányát ebben a kötetben.

– a személyes és a szupervíziós tapasztalatok alapján is – szinte a legnehezebben megvalósítható feladat a terapeuta számára a megfelelő távolság megtalálása a terápiás folyamatban. Ha akár az anya, akár a gyermek túlzott bevonódásra készlet, vagy ha az általuk keltett érzések félelemmel, haraggal töltik el a szakembert, túl közelre vagy éppen túl távolra kerül attól, hogy a megfigyelést *reflektív képességének*<sup>7</sup> sérülése nélkül tudja hasznosítani.

Ilyen és ehhez hasonló következtetésekre jutott *Esther Bick* (1964) angol gyermek pszichoanalitikus is, aki *először a gyermekterápia, majd a felnőtt pszichoanalízis oktató-szába vezette be a családban történő résztvevő csecsemőmegfigyelést*. Az általa javasolt oktatási formát követte a Tavistock Klinika, amin keresztül ez az oktatási forma terjedt el világszerte. Ezt a módszert adaptáltuk mi is a gyermekterápiás oktatásunkhoz.

*Esther Bick*, amikor a csecsemőmegfigyelés módszertanát kidolgozta, elsősorban azokat a szempontokat emelte ki, amelyek a tanulást segítik elő, és elkülönítik a kutatástól. Ezek közé tartozott a nagy jelentőségre szert tett résztvevő megfigyelés, a heti rendszeresség és a megfigyelések időtartama.

A résztvevő csecsemőmegfigyelés *Esther Bick* által lefektetett és mai napig érvényes lényege, hogy a hallgatók heti rendszerességgel, alkalmanként egy óra időtartammal, másfél-két éven keresztül megfigyelnek egy csecsemőt és környezetét. A kiválasztásánál fontos szempont, hogy a család semmilyen formában ne legyen ismerőse a megfigyelőnek, lehetőleg átlagos körülmények jellemezzék őket, illetve hogy vállalják a hosszú megfigyelési periódus alatt azt, hogy semmilyen ellenszolgáltatásra, tanácsra, segítségre nem számíthatnak. Tudomásul kell tehát venniük, hogy ők azok, akik segítenek a hallgatóknak, akik viszonzásul csak hálával szolgálhatnak. A megfigyelés sajátos körülményeihez tartozik, hogy a hallgatók igyekezzenek úgynevezett *tapéta-üzemmódot* felvenni, azaz lehetőleg úgy elhelyezkedni a család terében, hogy az a legkevésbé se módosítsa a megszokott tevékenységeket, de ugyanakkor minél több dolgot tudjanak megfigyelni. A helyszínen jegyzetelhetnek, de ha úgy érzik, hogy ez elvonja a figyelmüket, utólag kell leírniuk a látottakat. A jegyzetelés kiterjedhet a látottakon túl a benyomások, a kiváltott érzések és fantáziák leírására is. Sőt ezek tudatosítására külön felhívjuk a figyelmet.

A megfigyelés egyik legfontosabb kiemelt aspektusa a résztvevő megfigyelés. Ez azt jelenti, hogy a megfigyelő nem kezdeményezhet, de a felé irányuló akciókra reagálhat. A megfigyelők a legemlékezetesebb útravalónak azt tartják, hogy fel kell venniük a *tapéta-üzemmódot*, miközben nem szabad elzárkózniuk sem. Nincs gátolva tehát teljesen az aktivitás, részt vehetnek a baba és anyukája életében annyira, amennyire a kapcsolat fenntartása megkívánja. A *tapéta-üzemmód* és a résztvevő-attitűd finom váltakozása tehát végigkíséri a megfigyelést, adott esetben megpróbáltatás elé állítva a megfigyelőt. Megfoghatja tehát a csecsemőt pár percre, ha az anya erre kéri, vagy válaszolhat a baba játékekezdeményezéseire, de nem őrizheti például az anya helyett a babát, vagy nem csábulhat bele túl hosszán a játékba. Ezek határai azonban sokszor elmosódnak, ezért a megfigyelő feladata, hogy azokat meghúzza.

---

<sup>7</sup> A terapeuta *reflektív képessége* a klinikai gyakorlatban a saját és a másik viselkedésére és belső folyamataira való „rálátás” és helyes értelmezés képessége, a mentalizáció folyamatának egyik rész-képessége, amely fejleszthető készség.

Igyekszünk éppen ezért is tudatosítani, hogy mi a baba és a család életét csak követjük, tapasztalatokat gyűjtünk, az ő életük befolyásolására nincs jogosítványunk. Ezzel szemben átéljük és átélhetjük mindazt, amit terápiás helyzetben is, azaz azt, milyen mértékben és hogyan vonódunk be egy-egy helyzetbe, mennyire ragad el minket a szorongás és a büntudat. Átéljük és megtapasztaljuk, hogy érzelmileg megterhelő helyzetben mennyire vagyunk képesek megőrizni *reflektivitásunkat és megfigyelőképességünket*.

A megfigyelő szerepe tehát nem könnyű. Igyekeznie kell a lehető legkevesebb szelekcióval élni, eközben a kiváltott érzésekre is figyelni, valamint megosztani a figyelmet a baba és a többnyire jelen lévő anya közt. Viselnie kell, ha az anya túlbeszéli a helyzetet, vagy meg sem szólal, ha kiviharzik a helyszínről, és a megfigyelőre hagyja a csecsemőt.

A tanulás része az is, hogy a megfigyelési jegyzőkönyveket rendszeres időközönként a tanulócsoporthoz átbeszéli. A *csoporthreflexiók* ugyanis inherens részét képezik a tanulási folyamatnak, jegyzetelésre kerülnek, amelyeket a megfigyelők beépíthetnek az összefoglalójukba. A megfigyelésekről ugyanis – további tanulás céljából – félévente összefoglalók készülnek. A tanulás ebben az esetben azt a lényeges és a terápiás folyamatban majd jól hasznosítható aspektust jelenti, hogy egy valamennyi résztvevő érzelmeivel telített, hol turbulens, hol látszólag üres és unalmas folyamat értelmet és jelentést kap a többszöri átdolgozás által.

A megfigyelés tárgya tehát egyértelmű, célját tekintve azonban számtalan szempontot fogalmaztak meg a csecsemőmegfigyelés propagálói. Kérdés ugyanis, hogy *a megfigyelés miben is segítheti a gyermekterapeutákat*. Esther Bick (1964) például a *fejlődési ismeretek elmélyítését, a korai történések átélését, a non-verbális elemek jelentőségének felismerését*, valamint az ezekkel kapcsolatos *áttételi érzéseket* emelte ki. Legfontosabbnak pedig azt tekintette, hogy képessé váljunk az elmélettől való elszakadásra, mert az elmélet alapvetően befolyásolja a tapasztalást is. Martha Harris (1970) a *tartalmazás szempontjaira* hívta fel a figyelmet. Ahogyan a csecsemő kaotikus, nehezen emészthető benyomásaiból az anya emészthető tartalmakat alkot a tartalmazáson keresztül, úgy a megfigyelő a megfigyeléseken keresztül szerezhet benyomásokat arról, hogyan viselje el a nehéz érzéseket, az intimitást, a szorongást, a dühöt, a kétségbeesést anélkül, hogy bevonódna vagy elnyomná azokat. Lisa Miller (1999) pedig azt emeli ki, hogy még az átlagos családok is tele vannak feszültségekkel, ezért a megfigyelés abban segít, hogy *érzelmileg telített helyzetben is tanuljunk meg figyelni, képesek maradjunk a gondolkodásra anélkül, hogy ítélni kezdenénk*.

A mi meglátásunk szerint pedig a csecsemőmegfigyelés – a kiscsoportos megbeszélésekkel kiegészülve – *a megfigyelő elfogulatlanságait, illetve bevonódásait tudja követni és megérteni*. Fontos ugyanis, hogy ne csak a külső eseményekre, hanem a belső folyamatokra is figyeljünk, hogy *a megfigyelők folyamatosan monitorozzák a külső események rájuk gyakorolt hatását*, mert csak így lesznek képesek a projekciók hálójában kiismerni magukat. Ezek felismerésében segít a csoport a maga újabb perspektívájával.

Mindannyian tisztában vagyunk azzal, hogy nehéz elfogulatlan szemlélőnek maradni. Nem is kívánjuk meg, hogy a megfigyelők erre törekedjenek. Fontosnak tartjuk ezzel szemben, hogy a megfigyelés alatt állandóan monitorozzák saját érzéseiket is, hogy lásák: a megfigyelést mi minden befolyásolja. *A megfigyelést ugyanis számtalan tudattalan elképzelés befolyásolja*, mint például az, hogy mit gondolunk a szoptatásról, milyen elvárásaink vannak a helyes napirendről, mit tanultunk az egészséges fejlődésről, milyen

elméleti keretben gondolkodunk az anya-gyermek kapcsolatról, milyen személyes tapasztalataink vannak, amelyek azután kölcsönhatásba kerülnek a tanultakkal. A *magán-elméletek*<sup>8</sup> sajátja, hogy keresik igazolásukat a látottakban, és hogy emiatt sokszor figyelmen kívül hagyjuk azokat a részleteket, amelyek nem illeszkednek a prekoncepciókba.

A megfigyelést befolyásoló tényező azonban az is, hogy amit látunk heti egy órában, az vajon színjáték, alkalmi bemutató, vagy a mindennapi rutin része. Minden megfigyelőt foglalkoztat a kérdés, hogy az anyákat feszélyezi-e a jelenlétük, vagy valóban úgy viselkednek-e, ahogyan a tapéta előtt szokás. Szorongásforrás az is, ha a megfigyelő dühös, és attól fél, hogy olyan gesztust tesz, olyat mond, ami megbántja a családot, át-töri a tapéta-üzemmódot. A legnagyobb szorongásforrás azonban maga a baba. Akárhogy is, a megfigyelők sokszor gondolják úgy, hogy hamarabb észreveszik a gyermek diszkomfort érzéseit, mint az anyák. Ezt azonban sokszor nehezen viselik. Egyébként azt is tapasztaltuk, hogy azok a megfigyelők, akik az anya szorongáshárításával együtt mozogtak, hajlamosabbak voltak védeni a családot az „idegen” külső szemtől, azaz a csoportkritikától, mint azok, akik ebbe kevésbé vonódtak be.

Amint látjuk tehát, a megfigyeléseket igen heves érzések, együttérzés, szorongás, féltés, harag, esetleg düh és zavarodottság is kíséri. Miközben mikro-megfigyelésekkel vagyunk elfoglalva, finom kapcsolati mintázatokra fókuszálunk, meglepően heves érzések jelennek meg mind a megfigyelők, mind az őket kísérő csoporttagok körében.

Tanulságos tapasztalata a csoportok működésének, hogy a résztvevő kollégák gondolkodását a tanult pszichopatológiai ismeretek némelykor észrevétlen módon hatják át, és ezzel egy időben a csecsemőkor idilljének képzete a közös tudattalan elvárás értelmében minden ismeret dacára igazolásra vár. A baba-mama páros regresszív világa ugyanis a *primitív elhárítások*<sup>9</sup> világa is egyben, ami a megfigyelőt is gyakran beszippantja. Ennek felfedezése elsősre nem a tanultak „in statu nascendi”<sup>10</sup> megfigyelésének öröme hozza, hanem a szorongás és harag együttesét: ha primitív elhárítások működnek, patológiát kell sejtteni. Veszélyben az idilli elképzelés a babailatú világról. Fontos szerepe van a csoportmunkának abban, hogy a hallgatók felismerjék ezt a tudattalan ellenállást a megfigyelés csoportos megbeszélésével szemben. Megküzdnek a nem tudás képességéért, hogy a megfigyeléseket a reflektív és differenciált diagnózis alkotás rutinjához is adaptálni tudják terápiás munkájukban.

---

<sup>8</sup> A megfigyelő vagy a terapeuta saját ismereteiből, tapasztalataiból, történetéből és feltételezéseiből konstruált elméletei, hipotézisei az itt és most történések jelentéséről, amely torzítottak és prekoncepciókkal tele lehetnek.

<sup>9</sup> A szakirodalom megkülönböztet primitív (kezdetleges) és komplex tudattalan *elhárító/védekező mechanizmusokat*, amelyek az ént a stresszt és szorongást okozó felismerésektől védik. A primitív elhárító mechanizmusok még az én differenciálódását megelőző korai időszakban keletkeznek, ilyenek pl. a hasítás, a projekció, a tagadás, a disszociáció stb.

<sup>10</sup> Latinul: a születés pillanatában történő.

## Összegzés


A családban történő csecsemőmegfigyelés, Esther Bick csodálatos találmánya megtanít bennünket látni, megfigyelni, átélni és az átéléket értelmezni. Mindezt nehezített terepen, egy család intim terében, ahol a megfigyelők hatványozottan vannak kitéve impulzusoknak, interakcióknak, csábítóaknak és taszítóaknak egyaránt. Mivel a tapéta-üzem-mód miatt a reakciók le vannak tiltva, a paralizált („megbénított”) megfigyelőnek nem marad más hátra a baba, illetve az anya-gyermek interakciók megfigyelése mellett, mint-hogy saját magát is megfigyelje. Megfigyelje, ahogyan az érzelmek – indulat, sajnálat, szorongás, kiszolgáltatottság, tehetetlenség érzése, illetve öröm, elragadtatottság vagy eufória – keletkeznek benne, megfigyelje, hogy ezek milyen helyzethez köthetőek, mi csitítja vagy növeli a keletkezett feszültséget. Az így megtapasztaltak pedig nagyon gyümölcsözően hasznosíthatók élesben, a terápia élő közegében.

## AJÁNLOTT IRODALOM

- Alpár, Zs., Halász, A., Ingusz, I. (1995). A csecsemőmegfigyelés hatása a pszichoanalitikus gondolkodás kialakulására. In Lukács, D. (Szerk.) *Irányzatok és kutatások a mai magyar pszichoanalízisben*. Animula Kiadó, Budapest. 57–65.
- Halász, A. (1998) Csecsemő megfigyelés – csecsemőkutatás. *Pszichoterápia*, 7(6), 420–428.
- Halász A. (2014). A csecsemőkor pszichológiája, pszichopatológiája és terápiás megközelítése. In Vikár, Gy., Vikár, A., Székács, E. (Szerk.) *Dinamikus gyermek-pszichiátria*. 3. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 19–52.
- Hámori, E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődésselmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Alpár, Zs., Halász, A., Ingusz, I. (1995). A csecsemőmegfigyelés hatása a pszichoanalitikus gondolkodás kialakulására. In Lukács, D. (Szerk.) *Irányzatok és kutatások a mai magyar pszichoanalízisben*. Animula Kiadó, Budapest. 57–65.
- Alpár, Zs., Halász, A., Jakab, K. (2001). A meggyengült apai jelenlét. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 1(1), 13–21.
- Bick, E. (1964/1987). Notes on Infant Observation in Psycho-analytic Training. In Harris, M., Bick, E. (Eds.) *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*. The Clunie Press, Perthshire Scotland, London. 240–256.
- Halász, A. (2014). A csecsemőkor pszichológiája, pszichopatológiája és terápiás megközelítése. In Vikár, Gy., Vikár, A., Székács, E. (Szerk.) *Dinamikus gyermek-pszichiátria*. 3. Kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 19–52.
- Harris, M. (1970/1987). Some Notes on Maternal Containment in „Good-enough” Mothering. In Harris, M., Bick, E. (Eds.) *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*. The Clunie Press, Perthshire Scotland, London. 141–163.
- Miller, L. (1999). Infant Observation as a Precursor of Clinical Training. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(2), 142–145.



**Hivatkozás:** Frigyes, J., Molnár, J. E. (2020). Anya-csecsemő terápia a Vadaskert Kórház szakambulanciáján – Szemléleti és módszertani bemutatkozás. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 148–159.

Tanulmányunkban bemutatjuk a Vadaskert Kórházban immár húsz éve működő anya-csecsemő terápiás rendelésünk szemléleti alapelveit és gyakorlati munkánk egyes elemeit. Végigvesszük a patológia legfontosabb megnyilatkozásait és forrásait mind az anya, mind a csecsemő oldaláról – egyrészt a különféle pszichiátriai, érzelmi-hangulati zavarok, másrészt a regulációs zavarok elemzésével, és ismertetjük a terápiás segítségnyújtás lehetőségeit. Igyekszünk sok irányból ábrázolni, hogy a terápia szereplői: a csecsemő, az anya, vagy mindkét szülő és a terapeuta miként vesznek részt egyenrangú félként, teljes értékű szerepkörrel a munkában.

# ANYA-CSECSEMŐ TERÁPIA A VADASKERT KÓRHÁZ SZAKAMBULANCIÁJÁN – SZEMLÉLETI ÉS MÓDSZERTANI BEMUTATKOZÁS

---

*Frigyes Júlia*

*Molnár Judit Eszter*

---

**Bevezetés**

**A csecsemő jelenlétének szerepe a terápia folyamatában**

**Pszichiátriai problematikák gyógyítása a perinatális  
időszakban**

**Csecsemőkori önszabályozási zavarok gyógyítása**

---

## Bevezetés

A születés körüli időszak lélektanával foglalkozó közös munkánk az 1990-es években, a Saját Úton Alapítvány Korai Kötődés Munkacsoportjában kezdődött. Közreműködők: Molnár Judit klinikai szakpszichológus, kiképző pszichoterapeuta, jungi analitikus, szimbólum-relaxációs és hipnoterapeuta; Frigyes Júlia klasszikus analitikus irányultságú pszichiáter szakorvos, szülésznő, akinek szüléskísérésben, -felkészítésben, -feldolgozásban van tapasztalata. Hawa, majd Zsebibaba néven 2002-ben kezdtük ambuláns munkánkat a Vadaskert Kórházban, mely a termékenységi nehezítettségtől a puerperális (gyermekágyi) időszakhoz kapcsolódó, a szülői oldalon megjelenő valamennyi érzelmi, hangulati és viselkedéses zavar, valamint a gyermeki oldalon megjelenő tünetek (regulációs és kötődési zavarok) új szemléletű kezelését tűzte ki célul.

Terápiás munkánkat a tágabb értelemben vett perinatális (várandósság és szülés körüli) időszaknak, az anyaság állapotának törvényszerűségei határozzák meg. Daniel Stern (1995/2004, 171. o.) szavaival: *„ez az állapot, vagy konstelláció pszichés szervező erőként a cselekvési irányok, érzékelések, fantáziák, félelmek és vágyak új egységét határozza meg... ez idő alatt ez a domináns szervező tengely az anya lelki életében, félretolva az addig központi szerepet játszó korábbi szerveződések vagy komplexusokat.”* A puerperális időszak valamennyi szomatikus és neuroendokrin (idegrendszeri és hormonális) jelensége ezt a folyamatot hivatott segíteni. Terápiás szempontból egyedülálló a hordereje ennek az időszaknak, mert az anya addigi életének valamennyi szokását, védekezését, ellenállási lehetőségeit szétfeszíti és felülírja az életadás, gyermeke életben tartásának a feladata úgy, hogy ezerféle formában és hangsúlyokkal a problematikát át- meg átszövik az élet és a halál alapkérdései.

Mintha ilyenkor (a halál pillanatához hasonlóan) fellebbenne a fátyol, és a maga pőreségében találkozna az anya mindennel, amit számára az élet – és ezen belül is saját élettörténete, generációkon átívelő öröksége – jelent. Jung gondolata (1995, 29. o.): *„az én elkülönüléséig a gyerek az anyai tudattalanban lebeg”*. Ebből következően abból a feltételezésből indulunk ki, hogy a perinatális időszakban alig van szükség – mint a hagyományos terápiáknál – a tudattalan tartalmakhoz vezető feltáró folyamatra, mert az anyai tudattalan érzelmi/testérzetbeli szinten, mondhatni, egy az egyben elénk tárul. Ennek elengedhetetlen kulcsa a csecsemő jelenléte a terápiás térben. Winnicott (1960, 140. o.) sokat idézett mondata, hogy *„olyan, hogy baba, nincs (...) hisz ha nincs anyai gondoskodás, akkor baba sincs”*. Bízvást hozzátehetjük ehhez, hogy *anya sincsen a csecsemőjétől külön*, és Jung fent idézett gondolatából számunkra az is következhet, hogy a szeparáció gyakorta megfosztja a szakembert és magát az anya-csecsemő párt is lényegvalóságuk érzékelésének lehetőségétől. Ugyanakkor ebben rejlik annak a titka is, hogy az *anya-csecsemő terápia* hálás terület: rövid terápia, ahol 8-15, vagy akár még kevesebb ülészámmal egészen komoly gyógyító, az anya egész személyiségére ható változást lehet előidézni (igaz ez a csecsemő oldalán megjelenő problematika esetén is). Hónapokon át fennálló tünetek is hamar változhatnak, amint az *érzelmi elakadás* keltette zátony kimozdul. Ez a látható változás erőt adó, és motiválja a szülőt az átmenetileg nem ritkán erős érzelmi fájdalmat keltő munkára. A *baba életfeltétele* miatt is vállalhatóbb a lélektani munkába való befektetés a szülő számára. A gyakran fő tünetként megjelenő érzelmi elakadás nyomán erős törekvés keletkezik, amely „objektív” ok nélkül még jobban fel-



erősödik, és nem ritkán a környezettől jövő aggódó-hibáztató hangokban is visszhangzik, hogy derüljön ki végre valamilyen betegség, és azt gyógyítsa meg valaki. Innen lehet megérkezni az összekapcsolódás felszabadító élményéhez és ahhoz, hogy a mindennapokban van más lehetőség, s e gyógyító lehetőség kulcsa éppen az anya és az apa, akiknek egyszери, utánozhatatlan lehetőségük volt világra hozni a gyermeket. A baba pedig napvilágra hozta – úgy, mint korábban talán soha senki – azt, ami a szülőkből van. *A csecsemő iránti mély együttérzés megszüli a felnőtt önmagával való együttérzését is.* Jung (1995, 11. o.) szavaival élve: „A szülők számára kétségtelenül nagyon hasznos, ha gyermekük szimptomáit saját problémáik és konfliktusaik világánál vizsgálják. Ez szülői kötelesség.”

## A csecsemő jelenlétének szerepe a terápia folyamatában

*Az anyasági konstellációban való elakadásról a következőképpen gondolkodunk: az anya reprezentációs világának képzetei elfedik a valódi gyereket, tehát az anya nem vele, hanem egy hamis képzetekkel telített „konstruált gyerekekkel” van kapcsolatban. A baba viselkedése és tünetei alkalmazkodást fejeznek ki ehhez a valósághoz.* A terápia egyik kulcsa, hogy az anya a terapeutával való kapcsolatban igazán szembesülhet önmaga múltból eredő fájdalmas, haragvó érzéseivel, és a terápiás kapcsolat tükrében összekapcsolódhat valódi önmagával. Innen rátekintve a csecsemőre, immár módja van őt is a rávetülő *projekciók*-tól mentesen látni.

*A baba „egységvalóságban” (Neumann, 1990/2018, 19. o.) van az anyával, ám „önálló” kliens is a munkában.* Bemutatkozunk neki, terápiás egyezséget kötünk vele. A részvétel innentől kölcsönös, a csecsemőt érintő témához tartozó verbális tartalmakra a baba ébren, de még alvás közben is reagál – a terapeuta nem ritkán a szülővel közösen igyekszik megérteni, a terápia szolgálatába állítani a gyermek jelzéseit. *A kisgyermek a reakcióival mintegy „értelmezi” a terápiás folyamatot* – pontosabban a reakciói, viselkedése sokszor támpontja, vezérfonala az értelmező munkának. Ennek eszközei a hang, a sírás, a mozdulat, a ledermedés, az aktív elkerülés, a tapadó kapaszkodás, a szimbolikus és konkrét játékok – a gyermek kezdeményező, valamint bevonható is ezeken az utakon.

A kommunikáció egyik eszköze az anya-csecsemő terápiában is a *beszéd*. A csecsemő (sőt a magzat is) éppoly egészelesen, mint ahogy az érzéseket és érzeteket érzékeli, a kezdetektől reagál a beszéd tartalmára is. Pl. mély álmából hirtelen felébred, vagy játék-tárgyválasztása megfeleltethető az adott tartalomnak stb.

Nem túlzás, hogy a *gyermek elkötelezett szövetséges az anya-csecsemő terápiában*. Természetesen ez nem összekeverendő azzal a zavarral, mikor a felnőtt támogatást, döntést, strukturálást vár az erre minden szempontból éretlen és alkalmatlan gyermektől, felcserélve ezzel a szerepeket. Itt arról van szó, hogy *a terápia célkitűzése mindenestül megegyezik a gyermek elemi érdekével – azaz, hogy az anya/szülő kapcsolatba kerüljön saját tudatosan át nem élt érzéseivel.* Amint ez megtörténik, a gyermek mentesül attól a tehetőtől, hogy az elhárított érzést önmagára vegye, vagy annak forrását önmagában ke-

resse. Továbbá azért is jó szövetséges a csecsemő, mert a világ egészséges érzékelésénél fogva kapcsolatban van mindazzal az erővel is, amely valamennyi destruktív és depresszív tényező mellett az életre formálta őt. A csecsemő jelenléte teszi lehetővé, hogy kézzel foghatóvá váljon a bizonyosság, hogy (bármilyen büntudatos, önbántó legyen is a nő képe saját magáról) számára ez az anya az egyetlen létező anya, hiszen senki máson át nem jöhetett volna erre a világra, és a továbbiakban is ő az egyetlen, akit valamennyi törekvéséhez hozzákapcsol.

Egy másik fontos terápiás eszköz a *sírás*. A sírás az emberi fajra jellemző gazdag élettani folyamat. Feszültségoldó, vigasztaló, felszabadító, katartikus. A sírás (a felnőtté és gyermeké egyaránt) időnként rendkívül erős tilalom alá esik – megtörténik, hogy úgy érkezik egy család a terápiába, hogy az élet *a sírás elfojtása körüli elkeseredett harc* köré szerveződik. A sírás tilalmának egyik oka, hogy elviselhetetlen mértékben érintheti a felnőttet, ha hajdan maga is bántott volt; ha önmaga tehetetlenségének, hibáinak, szeretetlenségének témái felszínre kerülnek. Ha a terápiás térben a csecsemő sírását testi kapcsolódással úgy fogja fel az anya, mintha saját legbelső sírását hallgatná, az mélyen gyökerező zárványként létező érzések kioldódásának lehet az útja. Rendre tapasztaljuk, hogy amint a baba sírása elvezet idáig, és az anya kapcsolódik ehhez a saját fájdalmával (nem egyszer maga kezd mélyről jövően sírni), a baba megnyugszik, és vagy elalszik, vagy explorálni kezdi a környezetet.

Mellékesnek tűnő, de mégis fontos megjegyzés, hogy még a cumira szoktatott gyerekeknél is a terápia keretéhez tartozik, hogy a terápiás órán nem használjuk a cumit. Meglepő, hogy a gyermekek az esetek jelentős részében ezt mennyire könnyen elfogadják: a kiscsecsemők kezdetben kifejezetten kitolják a szájukból, de a nagyobbak is együttműködőek: nem ritkán ők maguk odaadják, majd az óra végén „elkérlik”. Elfogadják, hogy ezt nem lehet: nem korlátozzuk a szabad érzelmkifejezést, megnyilatkozást egy tárggyal, ami valójában nem megnyugtat, hanem „befogja a száját”.

## Pszichiátriai problematikák gyógyítása a perinatális időszakban

Ha a korai perinatális időszakban van megtartó szakmai és/vagy saját társas védő/kísérő közeg, akkor az egész problematika a belső átrendeződés, integrálódás és autonómia felé vezető „királyi út” lehetősége. Visszatulva a bevezető gondolatokra, az is igaz, hogy ilyenkor az egész diagnosztikus paletta jelentőségét felülírja, majdhogynem semmissé teszi maga a szülés és az új élet megjelenésének ténye. Híven tükrözi ennek igazságát már a *DSM-4* (majd a *DSM-5*) is (AAP, 1994, 2000, 2013), a pszichiátriai betegségek osztályozási rendszere, amely *nem részletezi a patológia jellegzetességeit* (pl. *posztpartum depresszió, laktációs pszichózis*), hanem a *puerperális időszakhoz társuló enyhe – közép-súlyos – súlyos érzelmi, hangulati és viselkedészavar diagnózist szerepelteti*. Ez a megközelítés egyben (jogos) terápiás optimizmust is tükröz. Ebből következően a tüneti hangsúlyoknak nem diagnosztikus, hanem sokkal inkább témaválasztási jelentőségük van. Minden látszólag jó szándékú, ám valójában kerülendő beavatkozás, ami a csecsemőtől

való távolság növelését szolgálja (pl. a szoptatás felfüggesztése), kiemeli a nőt a puerperális időszak természetes endokrin állapotából, mely a kettejük között bontakozó kapcsolat és (Bowlby óta tudjuk) a majdani biztonságos kötődés alapja, és megfoszt a személyiségfejlődés természet adta lehetőségétől, amit a perinatális időszak normatív krízise jelenthetne. Időnként a legsúlyosabb patológia esetén (lásd a felsorolást) szükség lehet a távolság átmeneti növelésére, ugyanakkor a szeparáció időben és térben való, az eset adottságait figyelembe vevő minimalizálása ilyenkor is jelentős preventív szereppel bír. A terapeuta dolga, hogy ne ijedjen meg a súlyosabb patológia árnyékától, és a természetes puerperális pszicho/neuro/endokrin állapotba segítse az anyát. A terapeuta viselhetővé teszi a csecsemő közelségében mobilizálódó érzéseket, mert „kérelhetetlen módon” evidenciának tekinti a közelséget és a szeretetet, mint életadó anyai minőséget, és közben tartalmazza a megoszthatatlannak tűnő érzéseket, és segíti, hogy verbalizálható legyen a múlt. A teljesség igénye nélkül az alábbiakban következnek néhány tipikus tüneti kép:

- *Az érzelmi-hangulati élet* szinte mindig érintett. Igen sokszor az hozza a terápiába az anyát, hogy nem érzi a szeretetet, vagy nem érzi, hogy ő maga szerethető a gyermeke számára. Ez az, ami gyakran a *szülés utáni depresszió* környezeti vagy öndiagnózisát vonja maga után. Ennek hátterében sokszor valamilyen súlyos múltbeli *traumatikus élmény vagy élethelyzet* van, aminek – a terápia értelmezési keretében – valamilyen lélektani párhuzamosság miatt a csecsemővel való kapcsolat képezi a jelenbeli *triggerét* (Madrid, 2007). Így lehet a terápia kulcsa a fájdalommal való kapcsolódástól való félelem eredetének felkeresése és oldása.
- Súlyos *kényszeres tünetek* igen gyakran színezik a szülés utáni érzelmi zavart. A kényszerek kínzóan megélt képek és késztetések: a gyermekre vonatkozó gyakran súlyos, véres vagy más agressziók, illetve túlzó cselekedetek a tisztaság fenntartására. Előbbi esetben az anya maga, az utóbbiban pedig a világ fenyegeti a gyermek életét. Ugyanakkor ezen anyák gondoskodó, szerető, féltő módon viselkednek a gyermekükkel. Az általunk kezelt esetek tanúsága szerint a háttérben nem ritkán az anya múltjában megjelenő súlyos *elhanyagolás*, nem ritkán valamilyen bizarr, *szexualitást is érintő bántalmazás* van. Az anya kényszerzavarát szinte mindig színezi a megőrléstől való extrém szorongás és a gyerek féltéséből következő távolságnövelés. Bizonyosan lehet tudni (és ennek a bizalomnak a képviselése is a szakember dolga), hogy a kényszerzavar nem csap át pszichózisba, gyermekbántalmazásba. A kényszer, a pszichózis és a bántalmazás három külön jelenségkör, noha a pszichózisba (lásd alább) belejátszhat a másik kettő. A kényszeresség kialakulásáért részben a felborult oxitocin-egyensúly is felelős (Spiegel és mtsai., 2019), úgyhogy esetleg még az is feltételezhető, hogy a szülészetben megfontolatlanul gyakorta adott oxitocinterápia is ok-okozati összefüggésben lehet azzal, hogy a kényszerzavar viszonylag gyakori a szülést követően. Az élettörténeti okok és okozatok egészen a hajdani szobatisztaságra szoktatás anomáliáitól kiindulva egymást erősítik, és vezetnek ehhez a nagyon szorongató tüneti képhez.
- Igen gyakran *traumatikusnak megélt szülésélmény, PTSD* (poszttraumás stressz zavar) található a problematika fókuszában. (A születés témájára a gyermek is

– érthető módon – érzékenyen reagál, és sokszor kíséri játékaival: pl. lecsúszás, begubózás az anya testén, mászás, elbújás, fej összeérintése stb.). Itt szembesülünk a legerőteljesebben azzal, hogy – a fizikai kockázatnövelésen túl – milyen lélektani kockázatainak vannak a természetes szomatikus/endokrin folyamatokba való művi, tárgyiasító beavatkozásoknak (pl. Dekel és mtsai., 2019), és hogy ezek akár hosszú távra eltéríthetik az anya-csecsemő párt a harmonikus bizalom- és önbizalom-teli kötődési kapcsolat útjától. A császármetszés például vezető rizikótényezője a szülés utáni érzelmi-hangulati zavaroknak (Renggli, 2016; Tonei, 2019; Boyce és Todd, 1992).

- *Posztpartum pszichózis*: kultúrától, környezettől függetlenül 1000 szülésből 1-2 esetben pszichotikus tüneti kép bontakozik ki súlyos érzelmi-hangulati zavarral, téveszmékkal, esetleges téves észleléssel (Zivoder és mtsai., 2019). A tematika fókuszában többnyire itt is a gyermek áll, és a vele kapcsolatos és egyéb képzetek valamilyen módon kibillent realitásvizsgálatot tükröznek. Ennél fogva arra van szükség, hogy a gyermekről (és magáról az anyáról) való gondoskodás felelősségét részben mások vegyék át. Tapasztalatunk szerint amennyiben van erőteljesen megtartó családi közeg, az állapot gyógyítása ambuláns keretek között is megvalósítható, vagy ha ez a közeg mégsem érzi biztonságban az adott helyzetben önmagát, akkor rövid átmeneti (lehetőleg a szeparációt elkerülő) kórházi kezelés beiktatásával folytatható (lásd még Hortobágyi és mtsai., valamint Kurimay és Németh tanulmányait a jelen kötetben). A gyógyszeres kezelés gyakran szükség-szerű, amit a szoptatás szempontjainak figyelembe vételével állítunk be. A terápia témafelvetései amúgy hasonlóak a többi esetéhez, azzal a különbséggel, hogy a terápiás térben az anyán és csecsemőjén kívül sokszor azok is jelen vannak, akiknek az időszak vitelében aktív szerepük van (apa, nagymama, akár védőnő stb.).

## Csecsemőkori önszabályozási zavarok gyógyítása

*A reguláció valamely rendszer működésének egyenletességet biztosító, önműködő szabályozás.* Szervrendszerre jellemző módon, eltérő időt kérve alakul ki és változik a magzatléttől kezdve egész önálló életünkben. A regulációs zavarokkal való munka mély betekintést ad szomatopszichés egységünk valóságába. Ismételten felmerülő kérdés: hogyan lehetséges, hogy a testileg egészséges csecsemő a legelemibb, belsőleg is vezérelt testi szükségleteit negligálja?

*A regulációs zavarok* az elmúlt évtizedben látványosan megsokszorozódtak (Scheuring és mtsai., 2011; lásd még részletesen Hédervári-Heller tanulmányát könyvünk I. kötetében). Ha csecsemőkori ezeket kezeletlenül maradnak, akkor későbbi életkorban családok, óvodák, intézmények, szakemberek sokaságát érintik.

Gyakorlatunkban a következő regulációs témákkal találkozunk: tónusszabályozás, hőszabályozás, légzés, táplálkozás, alvás, sírás, ürítési funkciók (különös tekintettel a széketviszatartásra, valamint az óvodáskor utáni pelenkába kakilásra), a közelség-távolság-, valamint indulatszabályozás és a korai „szexuális” öningerlés.

A világra érkező elsődlegesen az anyai testtel való egység különböző szintjein tanulja, hogy hogyan működik az élet. A méhen belüli élettől kezdve az összekapcsolódás/ elkülönülés a következő utat járja be: a placentáris keringésen át közvetlenül megvalósul az anyagon keresztül való részvétel. A szoptatás alatt ez még folytatódik az anyatejen át, még mindig az anyagon keresztül is. A közös pszichikus térben a csecsemő az anya testi-lelki viselkedéses válaszai alapján tájékozódik. A beszédben először elhangzó „én” teremti meg a pszichikai elkülönülés következő szintjét. A következő szakaszban a két-éves körüli gyermek számára még mindig a szülő a referenciaszemély a testi önszabályozás kialakulásában. A szülőnek az adott szervrendszerhez kapcsolódó működése rendszeresen összekapcsolódik, mintául szolgál a gyermek működéséhez.

A *hőszabályozás* szemléletes példa lehet szülő és csecsemője testi összekapcsoltságának. A koraszülött-ellátásban örvendetesen terjedő „kenguruztatás” (pl. Martinez-Gomez és mtsai., 1992) és a szülőszobai korai bőrkontaktus vizsgálata igazolja, hogy a szülő saját testhőmérséklete emelkedik, ha a babájáé csökken – így a szülő melegen tartja az újszülöttet. E mély „zsigeri odaadást” nem érintik a traumák, elhárítások, komplexusok – ebben rejlik óriási gyógyító ereje.

A *túl feszes izomtónusú* baba az esetek egy részében csak lemásolja a szülő görcsös tartását. A szülő minél inkább mereven viselkedik – hivatalból aggódó, görcsösen gondoskodó, mindenben kognitívan tájékozódó, a gyermekkel való kapcsolatot az információkkal uralni igyekvő (lásd Winnicott, 1950/2004) –, annál elérhetetlenebbé válik a babája számára, aki sohasem a szándékolt, hanem az érzékelhető és tapasztalt testi állapotából tájékozódik. A terápiában elsődleges cél a valódi testi önmagát érzékelő és érző állapotba segíteni az anyát/apát.

A stresszreakciók szintjei, azaz a nyúltvelői *lefagyás*, valamint a limbikus rendszer *küzdj meg/vagy menekülj* megoldáskeresése felismerhető, értelmezhető és hasznosítható a babával történő testi munkában. Ily módon akár a tévesen neurológiai zavarnak vélt tünet (pl. fokozott tónusos nyaki reflex, „túl feszes” tónusú baba) a pszichoterápiás folyamatban gyógyítható.

Lang (1985) elképzelése segítőnek bizonyult módszerünk formálódásában. Az *érzelemreguláció* három szintjét különíti el: a *rejtett testi/viszcerális (zsigeri)*, a *motoros és a kognitív szintet*. A szülő tudattalanul, vagy épp tudatosan igyekszik rejtetni, kerülni a megélt valódi viszcerális érzést, racionalizál. Csak a megengedhetőnek vélt érzelmet nevezi meg, kerüli a mélyebb bevonódást. A csecsemő zsigeri szinten érzékeli azt az érzést is, ami jelen van, noha a szülő elhárítja annak tudatos átélését, és e rejtett érzést motoros szinten megjeleníti. Nyugtalan lesz, sírni kezd, ha olyan korú, hogy már önállóan közlekedik, ki akar menni a szobából, tiltakozik.

A terápiás térben a szokásos szülői *figyelemelterelő gesztusok* (cumi adása, mellre tétel, a megjelenő érzésről való figyelemelterelő játékba kezdés stb.) helyett azt segítjük, hogy a baba lereagálhassa azt, amit a szülő helyett érez. A rejtett testi érzés a szülőben felerősödik, s beazonosíthatóvá válik a terapeuta megtartó jelenlétében. A baba megnyugszik a valódi választól, a szülő tartani tudja immáron őt, miközben saját, eddig viselhetetlennek bélyegzett érzéseit éli át. Az átélt érzés sokszor katartikus folyamat során egészlegessé válhat, belátás, felismerés, integráció történhet a kognitív szinten a korábbi elválasztó racionalizálás helyett. A jelen, a közel és régmúlt idősíkjai szétszalázódnak.

*A regulációhoz való viszonyulás, a csecsemő-anya terápiába hozott „anyag” rétegzettsége legalább négy szinten jelenik meg:*

1. Az aktuális történelmi, kulturális környezet jelentős mértékben formálja a regulációhoz való viszonyulást. Példának okáért az elmúlt hetven év csecsemőgondozási változásai is felelősek a regulációs zavarokért. Az embergyerek fejlődési szükségleteit szem elől tévesztő megoldások negatív következményekkel jártak (pl. a pólyában, a bölcsőben ringó baba a méhen belüli tartás és a vesztibuláris ritmus ismerős térben növekedett, szemben azzal a csecsemővel, aki merev ágyon, légzésfigyelővel felügyelt külön helyiségben fekszik hanyatt.) A külső kontrollos túlszabályozás merevsége, a csecsemő tárgyként kezelése máig ható hiba. A nyolcvanas évektől látható változás az igény szerinti és a „válaszkész” nevelés. Ha mindkét elvhez szélsőségesen, olykor kényszeresen ragaszkodnak, az jellegzetes elakadásokat okozhat, a merev külső kontroll és a határtalanság egyaránt nehezíti az önszabályozás kialakulását. Mindkét szélsőség a világba vetett bizalmatlanságot tükrözi, és valójában tovább gyengíti a biztonságérzést.
2. A hatótényezők második szintjét a *perinatális időszakhoz is kapcsolódó transzgenerációs sebzettségek, az elemi biztonságot érintő ismétlődő családtörténeti traumák* képezik.
3. A következő szint a *szülők egyéni sors története, személyiségfejlődése, megküzdési mintáik*. Alaptémák a szülőknél: nemzés, fogadás, asszisztált reprodukció, várandósság, születésemény, szülés, szexualitás, bántalmazottság, szegény, titok, veszteségélmények stb. Az asszisztált reprodukciós beavatkozásokkal kapcsolatban (Frigyes, 2019) utalnánk rá, hogy a test természetes működésében való bizalmatlanság fokozhatja a regulációs zavarokra való hajlamot. A termékenységi nehezítettség, amikor nincs valódi szomatikus ok, rímel a csecsemőkori regulációs zavarokra.  
Mindig lényeges a szülők adott regulációs témához tartozó múlt- és jelenbeli tapasztalata.  
„A »*participation mystique*«, vagyis a primitív tudattalan azonosulás révén a gyermek érzékeli a szülő konfliktusait, és annyira szenved tőlük, mintha azok saját konfliktusai volnának.” (Jung, 1954/2008, 15. o.) Az evészavarok hátterében gyakran a következők jelennek meg a szülői oldalon:
  - az anya hasonlóképpen rossz evő gyermek volt
  - az „anyja főztjét” nem ette
  - „nem akart” szopni
  - bulímiás, hányásos tapasztalatok vannak az anya múltjában
  - fulladásos halál történt a családban – ez lehet a darabos ételadáshoz kapcsolódó szorongás hátterében
  - az anya sem eszik és iszik napközben stb.
4. A csecsemő méhen belüli, a születés alatti és kinti életének minden tapasztalata alakítja a regulációs zavar tüneteit. Vegyük például ismét az evészavar esetét. A méhen belüli élmények (pl. UH vizsgálatok, ehhez kapcsolódó méretminősítések, ikervesz-

tés, a méhen belüli növekedési visszamaradás) szerepet játszanak a csecsemőkori evészavarok kialakulásában (Molnár, 2013). A traumatikus születéssel való munka lényeges. A terápiás folyamatban az újraélésen, elsíratáson túl megélhető lehet az önindított, saját ritmusú és végigvitt tett ereje, a megérkezés az „aranyóra” hajdan elmaradt teljességébe. 20 éves terápiás gyakorlatunkban azt tapasztaljuk, hogy a császármetészes feldolgozása mindig szerepet kap a korai alvászavarok, a székletvisszatartás, az evészavarok terápiájában (Varga, 2019; Micskey, 2009). Utóbbinál a rágás, harapás, mint az erő kifejtés pozitív „agresszív” aktusának blokkolása formájában jelenik meg. A tünet oldásában a születéskorrekció lényeges szerepet játszik (Renggli, 2016). A születés utáni tapasztalatok természetesen szintén belejátszanak az evészavarok kialakulásába (pl. az oralitáshoz tartozó első élmények, az erőszakos mellre tétel, a „forszírozott” etetések, a gyermek tanács miatti vagy rettegés szülte megtömeése, a szülői szorongás és feszültség az etetés közeledtével és az alatt, az étellel való ismerkedés, játék hiánya, a szaglás, ízlelés megzavarása, pl. illatosított törlővel történő arctörléssel stb.).

Az elakadás bármely típusa álljon is fenn (evészavaroknál pl. álomevés, hányásos zavar, rágás/harapásblokk, szűk paletta az enivaló-választásban kényszeres színezettel, laptop előtt való etetés), a terápia során mindig a természetes fejlődési ív elejétől indul a terápiás folyamat. A jó hangulatú, önindított, éber tudatú, eszköz nélküli evés lehetőségének biztosítása a cél. A szopómozgás, a csócsálás, a metszőfoggal való rágcsálás, majd az egyből kettőt csináló harapás útját mindig be kell járni.

Az anya és az anyag mindig egy. Az amúgy egészséges gyermek valójában soha nem az ételt, hanem a számára emészthetetlen mérgező tartalmakat, az emészthetetlen érzéseket utasítja el.

## Zárszó

Igyekeztünk áttekintést adni az anya-csecsemő terápiás palettánkról, és ábrázolni próbáltuk, hogy milyen szemléleti keretben végezzük a munkánkat.

Egyes részterületeket, mint pl. a termékenység zavarok vagy a csecsemőkori székletvisszatartási zavarok problematikáját csak az utalás szintjén említettük. Ezek részletes kifejtése megtalálható az ajánlott irodalomban.

Összefoglalásul érdemes kiemelni, hogy a tágan értelmezett perinatális időszak lényeges jellemzője a szülők belső, mélylélektani értelemben vett nyitottsága. Ilyenkor nemcsak a feldolgozhatatlanul nehéz belső tartalmak, hanem a legmélyebb erőforrások is hozzáférhetőbbek. Ha a terápiás térben a szülő vállalhatatlannak vélt érzése, haragja, fájdalma szégyen nélkül megosztható, a szeretet útja is felszabadul.

A szülés körüli lelki zavarok és a csecsemőkori regulációs zavarok terápiája egyedülálló módon segít megérteni, hogyan köszönnek vissza a múltbeli – akár transzgenerációs – sérülések a jelenbeli kapcsolatokban és tünetekben, hogyan kapcsolódnak össze a lelki és testi folyamatok, mit is jelent a test és lélek pszichoszomatikus egysége.

## AJÁNLOTT IRODALOM

- Frigyes, J. (2019). A szüléshez kapcsolódó pszichiátriai zavarok és a gyógyítás lehetséges útjai. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 409–417.
- Frigyes, J. (2019). „De azt a szikrát, azt honnan veszed?” A jelent megakasztó múlt gyógyítása a termékenységi zavarok terápiájában. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 488–494.
- Molnár, J. E. (2017). Mindenki pólyás volt rég... In Deák, Zs. (Szerk.) *Jung nálunk 2*. Ursus Libris Kiadó, Budapest. 97–110.
- Molnár, J. E. (2019). Regulációs zavarok csecsemő- és kisgyermekkorban. Terápiás oldásuk lehetősége. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 432–448.
- Molnár, J. E. (2019). Jerikó rózsája. A várandósság és szülés perinatális pszichológiai értelmezése. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 103–113.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- American Psychiatric Association (APA)(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed.* American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (APA)(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. – Text Revision.* American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed.* American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Angster, M. (2013). *Ikertörténetek*. Ursus Libris Kiadó, Budapest.
- Boyce, P. M., Todd, A. L. (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *The Medical Journal of Australia*, 157 (3), 172–174.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 817–824.
- Jung, C. G. (1995). *Gondolatok az apáról, az anyáról és a gyerekekről*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
- Jung, C. G. (1954/2008). *A személyiség fejlődése*. Scolar Kiadó, Budapest.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In Tuma, A. H., Maser, J. D. (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders* Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 131–170.
- Madrid, A. (2007). Repairing Maternal-Infant Bonding Failures. In Shapiro, F., Kaslow, F. W., Maxfield, L. (Eds.) *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey. 131–145.
- Martinez-Gomez, H. M., Sanabria, E. R., Marquette, C. M. (1992). The mother kangaroo programme. *Paediatrics and International Child Health*, 3, 55–67.
- Micskey, É. (2009). A gyermekkori obstipáció. *Hippocrates*, 2009/1, 8–13.
- Molnár, J. (2013). Elveszett ikrek az anya-csecsemő terápiában. In Angster, M. (Szerk.) *Ikertörténetek*. Ursus Libris Kiadó, Budapest. 309–311.
- Neumann, E. (1990). *The child*. Shambala, Boston – Magyarul: (2018). *A gyermek*, Oriold és Társai Kiadó, Budapest.



- Renggli, F. (2016). *Aranykapu az életbe*. Ursus Libris Kiadó, Budapest.
- Scheuring N., Papp E., Danis I., Németh T., Czinner A. (2011). A csecsemő- és kisgyerekkori regulációs zavarok háttere és diagnosztikus kérdései. *Gyermekorvos továbbképzés*, 10 (5), 13–19.
- Spiegel, D. R., Sommese K., Turenkov, A., Naimon, N. (2019). A Case of Peripartum Obsessive-Compulsive Disorder: The Potential Role of Corticosteroids, Gonadal Steroids and the Neuropeptide Oxytocin in its Pathogenesis. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 16(5–6), 41–45.
- Stern, D. N. (1995/2004). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Tonei, V. (2019). Mother's mental health after childbirth: Does the delivery method matter? *Journal of Health Economics*, 63, 182–196.
- Varga, K. (2019). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Winnicott, D. W. (1950/2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Zivoder, I., Martic-Biocina, S., Veronek, J., Ursulin-Trstenjak, N., Sajko, M., Paukovic, M. (2019). Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatria Danubia*, 31(Suppl 3), 338–344.



III. RÉSZ

# HAZAI MODELLPROGRAMOK

---

*Németh Tünde  
Kurimay Tamás*

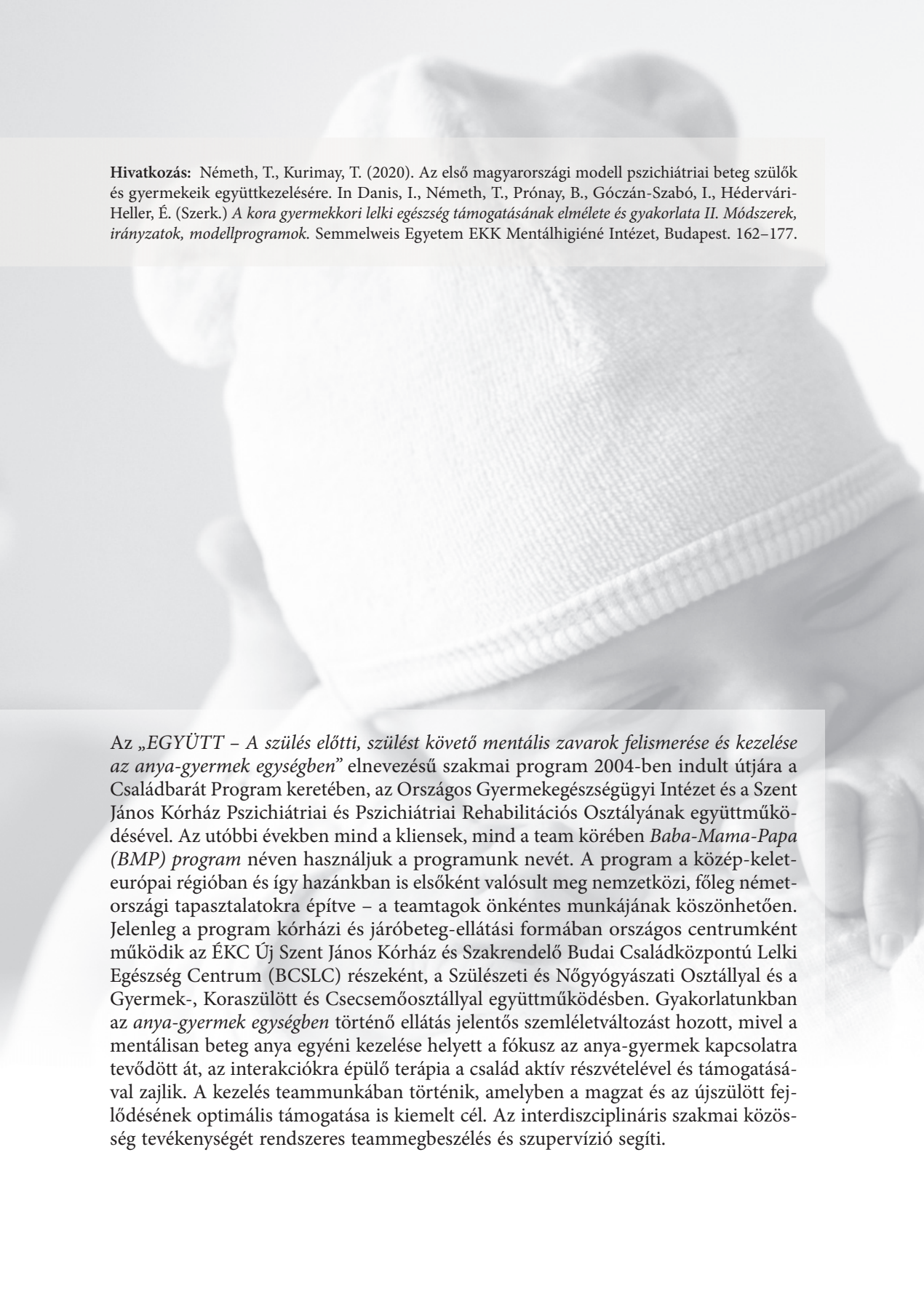
Az első magyarországi modell  
pszichiátriai beteg szülők és  
gyermekük együttkezelésére

*Lengyel Anna  
Siba Mónika*

A JóLenni evésterápiás munka  
a Budapesti Korai Fejlesztő  
Központban

*Scheuring Noémi  
Szabó László*

Koragyermekkorai Evés-alvászavar  
Ambulancia a Heim Pál Országos  
Gyermekegyógyászati Intézetben



**Hivatkozás:** Németh, T., Kurimay, T. (2020). Az első magyarországi modell pszichiátriai beteg szülők és gyermekeik együttkezelésére. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A korai gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 162–177.

Az „*EGYÜTT – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben*” elnevezésű szakmai program 2004-ben indult útjára a Családbarát Program keretében, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet és a Szent János Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályának együttműködésével. Az utóbbi években mind a kliensek, mind a team körében *Baba-Mama-Papa (BMP) program* néven használjuk a programunk nevét. A program a közép-kelet-európai régióban és így hazánkban is elsőként valósult meg nemzetközi, főleg németországi tapasztalatokra építve – a teamtagok önkéntes munkájának köszönhetően. Jelenleg a program kórházi és járóbeteg-ellátási formában országos centrumként működik az ÉKC Új Szent János Kórház és Szakrendelő Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum (BCSLC) részeként, a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztállyal és a Gyermek-, Koraszülött és Csecsemőosztállyal együttműködésben. Gyakorlatunkban az *anya-gyermek egységben* történő ellátás jelentős szemléletváltást hozott, mivel a mentálisan beteg anya egyéni kezelése helyett a fókusz az anya-gyermek kapcsolatra tevődött át, az interakciókra épülő terápia a család aktív részvételével és támogatásával zajlik. A kezelés teammunkában történik, amelyben a magzat és az újszülött fejlődésének optimális támogatása is kiemelt cél. Az interdiszciplináris szakmai közösség tevékenységét rendszeres teammegbeszélés és szupervízió segíti.

# AZ ELSŐ MAGYARORSZÁGI MODELL PSZICHIÁTRIAI BETEG SZÜLŐK ÉS GYERMEKEIK EGYÜTTKEZELÉSÉRE

---

*Németh Tünde*

*Kurimay Tamás*

---

## Bevezetés

A perinatális időszak orvosi kihívásai, a mentális problémák jelentősége

Az Együtt Program jelentősége a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok kezelésében

Együtt (Baba-Mama-Papa, BMP) Program

Személyre szabott kezelés és a hazai irányelv születése

A kutatási terv

Főbb terápiás módszerek

Az interdiszciplináris megközelítés előnyei

A team munkája

Az Együtt Program számokban – néhány statisztikai jellemző

Gyakorlati, interdiszciplináris teammunka változó egészségügyi környezetben

Szakmai és médiakommunikáció a programról

Összefoglalás és zárszó

---

## Bevezetés

A pszichiátriai megbetegedések előfordulási gyakoriságuk miatt kiemelkedő népegészségügyi problémának tekinthetők. A perinatális mentális zavarok társadalmi és népegészségügyi jelentőségét előfordulási gyakoriságuk is mutatja. A WHO adatai szerint a posztpartum blues előfordulási gyakorisága 30–75%, a posztpartum depresszióé 10–15% (visszaesés kockázata 30–50%, pszichotikus tünetek 0,5–1%), a posztpartum pszichózisé pedig 0,1–0,2% (Robertson és mtsai., 2003; WHO, 2009b). A posztpartum stressz zavar prevalenciája 3,1% a teljes posztnatális anyai populációban és 15,7% a magas kockázatú csoportokban (Grekin és O'Hara, 2014). A meddősségi kezeléshez társuló hangulatzavarok a nők körében elérik a 26,2%-ot, a férfiak körében a 9,2%-ot (Volgsten és mtsai., 2008).

A perinatális anyai (és szülői) mentális zavarok, különösen a megfelelő kezelés nélkül, kockázatot jelentenek a várandósságra és annak kimenetelére, a szülészeti és a perinatális időszak eseményeire, a szülői szerepekre, a család egységére, a gyermek rövid- és hosszú távú fejlődésére. Nemzetközi és hazai adatok alapján a reprodukzív korban lévő nőknél a mentális betegségek előfordulási valószínűsége magasabb a nem reprodukzív korban lévőkhöz viszonyítva, azonban a kutatások aránya alacsonyabb ebben a korban, és az országok között nagy variabilitás mutatkozik (Raudzus, 2009, WHO, 2009b<sup>1, 2</sup>).

## A perinatális időszak orvosi kihívásai, a mentális problémák jelentősége

A nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a pszichiátriai megbetegedések hazánkban is kiemelkedő népegészségügyi problémának tekinthetők. Különösen igaz ez a szorongásos és hangulatzavarokra, ebben is első helyen a depresszió jelenti a legnagyobb kihívást, melynek vezető kockázata az öngyilkos magatartás (Egészségügyi szakmai irányelv, 2017).

Korábban már történtek kezdeményezések a pozitív családtervezés (Erős és Hajós, 2010; Czeizel, 1999), valamint a pre- és perikoncepcionális (fogantatás előtti és alatti) gondozás bevezetésére, melynek széles körű prevenciók eredményei közül – jelen témánk szempontjából – kiemelendő a *reprodukatív pszichiátriai és pszichológiai ellátás*. Ennek az

<sup>1</sup> UK National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.

<sup>2</sup> Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (The National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) azzal a céllal jött létre, hogy minden ember hozzáférjen az őt megillető legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz. A NICE irányelvek megkönnyítik a szakemberek munkáját, és segítik a páciensek tájékozódását: <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/kezelesi-iranyelvek-nice/>.

ellátásnak a jelentőségét az adja, hogy ezekben az esetekben a mentális betegségben szenvedő várandós nő – a saját és magzata szempontjából – az optimális kezelést kapja, csökkentve ezáltal a vetélés, a koraszülés valamint a halvaszülés esélyét, továbbá biztosítva a szülés idején és szülés utáni periódusban a folyamatos követés, támogatás lehetőségét. A védőnői ellátásban is történtek kezdeményezések a posztpartum depresszió szűrésére és a jelzés elindítására (Balatoni, 2009; Kissné és Árváné, 2019<sup>3</sup>).

A rutin pszichiátriai ellátás hazai gyakorlatában a posztnatális időszakban az anya különböző formájú és súlyosságú pszichiátriai zavara gyakran az anyának és gyermekének szeparációját jelenti, nemcsak átmenetileg, de hosszabb távon, vagy akár véglegesen is. A posztpartum pszichózisban szenvedő anyát a hagyományos szemléletben elválasztják gyermekétől, ablaktájják (a tejelválasztását gyógyszeresen leállítják), és pszichiátriai osztályon helyezik el. A nemzetközi gyakorlatban a múlt század közepétől a perinatális periódus idején mentális zavarban szenvedő anyákat és gyermekeiket – a tapasztalatok szerint hatékonyan – közösen ápolták/ápolják anya-gyermek egységekben (Mother-Baby Unit) (Cazas és Glangeaud-Freudenthal, 2004; Glangeaud-Freudenthal és Barnett, 2004; Lattova és mtsai., 2016).

Hazánkban egyedülálló módon 2004–2005 óta van lehetőség a Szent János Kórház Pszichiátriai és Gyermekosztály közös munkájának eredményeként a mentális betegség tüneteit mutató anya/apa és gyermekének közös kezelésére (a program elindulásának személyes és nemzetközi előzményeiről lásd a keretes szöveget).

A prevenció, a szűrés és a korai kezelés hatékonysága szempontjából kiemelkedő az anya-gyermek diád központi szerepe. Ugyanakkor a program során a fókuszba a pszichiátriai zavarok kapcsolatok szintjén történő megértése és a családi egységben történő kezelése kerül, elsősorban az apa, de akár a nagyszülők személyét is tekintetbe véve.

(A szülés körüli pszichiátriai nehézségekről és az érintett szülő-gyermek kapcsolatáról lásd bővebben Hortobágyi és mtsai. tanulmányát könyvünk I. kötetében.)

---

<sup>3</sup> A TÁMOP 6.1.4. keretében többek között elkészült a Gyermek-Alapellátási Útmutató, mely tartalmazza a védőnői rizikó és az EPDS kérdőívet. A 2018 júniusa és decembere között felvett várandós és egy hónapos rizikó kérdőívek alapján látható, hogy e periódusban a védőnők a gondozásba vett várandósok 80%-ával töltették ki a mérőeszközt. E várandósok 4,8%-ánál volt jelzés arra nézve, hogy szükséges EPDS kérdőív felvétele. A védőnők a kiszűrhető képest megfigyelések és tapasztalataik alapján 26,8%-kal több (azaz 126,8%) EPDS kérdőívet vettek fel. A megszületést követő egy hónapban az anya-csecsemő párosok 79,9%-ánál töltettek ki rizikó kérdőívet, és a kitöltött kérdőívek 3,8%-ánál volt jelzés hangulatzavarra jellemző tünetekre. A védőnők tapasztalataik alapján ennél 32%-kal több (azaz 132%) kérdőívet töltettek ki a kismamákkal. A kiszűrt esetek további alakulásáról még nem áll rendelkezésre adat (Kissné és Árváné, 2019).

## **A program előzményei – egy személyes tapasztalat alapján (Németh Tünde)**

1993-ban a *Szent Rókus kórházból indult el a Családbarát Program*, melynek egyik alappillére volt a kétgenerációs primer prevenció. Ezen belül valósult meg többek közt a várandós párok, családok részére a Szülői hivatásra felkészítő kurzus, mely nemcsak szülésre, hanem a szülői szerepre, a család születésére is fókuszált. Gyermekgyógyászként az újszülött osztályon többször tapasztaltam, hogy a gyermekágyas osztályon észlelt anyai posztpartum pszichózis (PPP) esetén az édesanyát a pszichiátriai osztályra helyezték, és optimális esetben az újszülöttet a család hazavitte.

Az egyik kurzusra járó, negatív pszichiátriai anamnézissel rendelkező édesanyánál a családterápiás részleg pszichiátere PPP-t állapított meg, és első lépésben a fenti protokoll valósult meg – az anya pszichiátriára került, a csecsemőt hazavitték. Amikor a kurzuson a csoporttársak értesültek az eseményről, elkezdték csecsemőjükkel együtt látogatni az édesanyát a pszichiátriai osztály kertjében, és az édesapa is mindennap bevitte az édesanyához a gyermeküket. Szerencsére, késő tavasszal, kora nyáron történtek az események. Azt tapasztaltuk, hogy az édesanya rövidebb idő alatt került haza és vált tünetmentessé, mint betegtársai, valamint csecsemőjével kiegyensúlyozottan alakult a kapcsolata, szenzitíven gondozta őt.

Frankfurtban 2000-ben, a regulációs zavarok témájával foglalkozva, a fenti eset bemutatását követően Hédervári-Heller Éva vitt el a *heppenheimi Szociál-Pszichiátriai Centrumba*, ahol *Hans Peter Hartmann* mutatta meg a pszichiátrián azt a 11 ágyas önálló osztályt, ahol *anya-gyermek egységben* működött (és a mai napig is működik) a sikeres együttápolás és ambuláns kezelés. E tapasztalatokat követően egyik fő szakmai célom lett, hogy Magyarországon is megvalósuljon ez az ellátási mód.

A fenti tapasztalatok indítottak el elmélyült szakmai beszélgetéseket Kurimay Tamással, akinek az osztályán 2001-től működött a *családközpontú pszichiátriai modell*. A Rókus kórházi és a heppenheimi tapasztalatokra ráerősített, hogy három alkalommal sikerült tapasztalatot szerezni arról, hogy ha a pszichiátriai osztályukon ápolt kismamát a kezelés során átkísérték a csecsemőosztályon fekvő újszülöttjéhez, ez jó hatásúnak bizonyult az anya pszichiátriai betegségének lefolyásában. A János Kórházban ez volt az első lépés a program indulásához. A program indulását követően a belülről elszigetelt Gyermekosztály és a Pszichiátriai osztály között egy addig nem létező belső ajtó létesült, amelyen keresztül a kismamák, családtagok és a személyzet is ma már önállóan közlekednek a két osztály között. Az „áttört falnak” szimbolikus jelentése a teamnek, a dolgozóknak és a programban résztvevő pácienseknek és családtagoknak is fontos.

A 2000-es évek legelején alapítványi támogatással valósult meg a heppenheimi centrumban tett szakmai látogatás, majd a 2002-ben és a 2003-ban rendezett Családbarát konferenciák szakmai egyeztetései után 2004-ben az *Országos Gyermekegészségügyi Intézet és a Szent János kórház Pszichiátriai Osztályának együttműködésében elindult az „EGYÜTT – A szülés előtti, a szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben” elnevezésű program.*



# Az Együtt Program jelentősége a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok kezelésében

A Baba-Mama-Papa program fő célkitűzéseit az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- A várandósság ideje alatt fellépő pszichiátriai zavarok kezelése, beleértve a perinatális időszakot, illetve a család további követését a gyermek 5 éves koráig.
- A posztpartum időszakban kialakuló pszichiátriai zavarok kezelése, a gyermekkel való kontaktus és a gondozás folytonosságának biztosítása, a szülő-gyermek interakciók elősegítése és a szoptatás támogatása.
- A pszichiátriai zavarral küzdő szülő(k) gyermekeinek családban maradási esélyének növelése.
- A gyermeket tervező és vállaló mentális zavarral élő nők, gyermekük és családjuk támogatása, ellátása, követése.

A pszichiátriai zavarral küzdő szülő(k) gyermekeinek családban maradási esélye programunk statisztikája szerint magas, míg az állami gondoskodásba kerülés esélye alacsony (2005. január 1. és 2018. március 31. között kezelt, 315 mentális zavarral küzdő anya esetében a csecsemők családban maradásának aránya 98% volt.)

## Együtt (Baba-Mama-Papa, BMP) Program

A program a Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum (BCSLC) részeként, a Szülészeti-Nőgyógyászati Osztállyal és a Gyermek-, Koraszülött- és Csecsemőosztállyal együttműködésben valósul meg. *Az országos centrumként működő Baba-Mama-Papa integrált kórházi és járóbeteg program egyedülálló, a legkorszerűbb kezelési lehetőséget biztosítja a különböző súlyosságú, mentális problémával küzdő várandós nők, anyák és gyermekeik, valamint az egész család számára.* Ez az ellátási forma országosan, a közép-kelet-európai régióban és a visegrádi négyek országaiban is jelenleg egyedülálló modell. A mentális betegségek ellátásában kiemelt hangsúlyt kap a minőségbiztosítás is (Gaebel és Grossimlinghaus 2015). Az ellátás minőségbiztosítása szempontjából a BMP program fontos eleme, hogy az ellátási forma összességében része legyen a perinatális ellátásnak (lásd szüléset, neonatológia), valamint kapcsolódjék a közösségi és szociális erőforrásokhoz is (Gressier, 2017). Mivel a BMP program szervesen része a BCSLC-nek, ez a fontos feltétel teljesül.

A jelenlegi infrastruktúra előnye, hogy a BCSLC Mentálhigiénés Sürgősségi Osztály (MSO), valamint a BCSLC Pszichoterápiásan Orientált Rehabilitációs Osztály térben közel van a Gyermek-, Koraszülött és Csecsemőosztályhoz, így a kismamák számára adott a lehetőség, hogy gyermeküket rendszeresen látogathassák, gondozhassák, szoptathassák, amennyiben állapotuk a „rooming in” elhelyezést nem teszi lehetővé.

A program jelentős szemléletváltást hozott az ellátásban, mivel *a pszichiátriai beteg anya, vagyis az egyén kezelésének a helyébe az anya-gyermek-család, vagyis a kapcsolat kezelése került a fókuszba* (Hartmann és mtsai., 2019). Az elmúlt 15 év során a program

24 fős interdiszciplináris teamje önkéntes alapon képződött ki e speciális feladat ellátására. Azóta is folyamatos teamépítő képzések segítik és szupervízió támogatja a program fejlődését.

Az együttes kezelés, a *hospitalizációt indokoló zavarok esetén a közös elhelyezés, a kontaktus fenntartásának és a gyermek gondozásának lehetősége* számos, szakirodalmi adatokkal is alátámasztott előnnyel bír az anya és gyermeke, valamint a család szempontjából (Glangeaud-Freudenthal, 2011; Connellan és Bartholomaeus, 2017). *Amennyiben a szükséges intervenciók biztosítása mellett elkerülhető az anyától való szeparáció, fenntartható a szoptatás és a gyerekekről való gondoskodás, az támogató lehet a gyermek fejlődésének, biztonságos kötődésének, az anya önértékelésének, kompetenciájának és az anyai identitás alakulásának szempontjából. Emellett az anya betegségének gyorsabb rendeződése, a kórházi tartózkodás időtartamának lerövidülése, az otthoni beilleszkedés zökkenőmentesítése és az anya munkaképességének mielőbbi visszatérése is az előnyök között szerepel* (Glangeaud-Freudenthal, 2011; Lattova és mtsai., 2016; Bauer és mtsai., 2016). A BMP programban mi is hasonló eredményekről és tapasztalatokról számoltunk be, azzal az egyedi tőbblettel, hogy az apákat is igyekszünk bevonni a kezelésbe (Kurimay és Németh, 2013, 2018; Kurimay és mtsai., 2017).

## Személyre szabott kezelés és a hazai irányelv születése

Hazánkban a szakmai tapasztalataink összerendezésének időszakában több alkalommal megváltoztak a szakmai protokollokkal, irányelvekkel foglalkozó intézmények és elvárások. Végül mai formájában 2017-ben jött létre a munkánkat és tapasztalatainkat nemzetközi kitekintésben összefoglaló „Egészségügyi szakmai irányelv. A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről”<sup>4</sup>. Bízunk benne, hogy a mielőbb induló regionális központok számára is megfelelő segítséget jelent ez az irányelv.

A szakmai irányelv megjelenése nemzetközi tekintetben is jelentős eredmény. Az elmúlt évtizedekben Angliában a NICE irányelvek<sup>5</sup>, míg Skóciában<sup>6</sup>, Kanadában<sup>7</sup> és

<sup>4</sup> <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>

[https://mave.hu/uploads/file/Szul\\_szuleshez%20tarsulo%20veszteseg\\_iranyelv.pdf](https://mave.hu/uploads/file/Szul_szuleshez%20tarsulo%20veszteseg_iranyelv.pdf)

<sup>5</sup> <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

<sup>6</sup> <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2019/03/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services/documents/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services/govscot%3Adocument/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services.pdf> és <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders>

<sup>7</sup> <http://www.perinatal-servicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal-MentalHealthDisordersGuideline.pdf>

Dániában a perinatális konszenzus ajánlások vagy irányelvek jelentek meg. 2018-ban jött létre az ausztrál irányelv<sup>8</sup>. Az irányelvek egy része átfogó (pl. a NICE irányelv), míg más ajánlások specifikusak (pl. a várandósság és a szoptatás alatt a mentális zavarok kezelésében alkalmazható gyógyszeres kezelést tárgyalják, pl. Larsen és mtsai., 2015). A hazai irányelv átfogó, e munkák fő ajánlásait is átvette, illetve a magyar viszonyokra adaptálta, és még kutatási irányelv fejezettel is rendelkezik<sup>9</sup>. Az egyénre szabott kezelés megtervezésére a nemzetközi és hazai terápiás irányelvek alapján van lehetőség.

## A kutatási terv

A teamünk vezetésével kidolgozott első hazai irányelv többek között tartalmaz *kutatási irányelv* fejezetet is, amely szintén egyedülálló kezdeményezés.

2015-ben kezdődött a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetével (Danis Ildikó képviselőjében) a közös gondolkodás a BMP egységében történő kezelés tudományos nyomon követéséhez. A kutatási protokoll eszköztárát Danis Ildikó vezetésével a team állította össze. Jelenleg a pilot vizsgálat feltételeinek megteremtésén dolgozunk. *A pilot vizsgálat elvégzése után a tapasztalataink alapján véglegesített eszköztár átadható lesz más kutatásban érdekelt intézmények számára is. Ezzel biztosítottá válhat az intézményi programok összehasonlíthatósága, illetve a rendszeres adatgyűjtés által a szakmai minőségbiztosítás folyamatának egyik feltétele is.*

## Főbb terápiás módszerek

Programunkban fontos szerepe van a *pszichoterápiás módszereknek*: az *egyéni és csoport pszichoterápia*, *pár- és családterápia*, *pszichoedukáció*, *szocioterápiás módszerek* mellett jelentős hangsúlyt kap az *integrált szülő-csecsemő konzultáció*, amelynek során video-feedback technikát is alkalmazunk (lásd bővebben Hédervári-Heller tanulmányát ebben a kötetben). Nagy jelentőséget tulajdonítunk a nemzetközi tapasztalatokkal is alátámasztott anya-gyermek interakciók megfigyelésének, megerősítésének, lehetőség szerint az apa, a család bevonásával, mely az „együtt” szemléletet is formálja a közös munka során, ezáltal a kezelés még eredményesebbé válik (Gressier, 2017; Kurimay és mtsai., 2017).

Az irányelvek szerint *nem gyógyszeres terápiás beavatkozásokat* szükséges választani elsőként (Egészségügyi szakmai irányelv, 2017). A kezelés részeként a csak indokolt

<sup>8</sup> [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline\\_Final-2018.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf)

<sup>9</sup> <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/kezelesi-iranyelvek-nice/>

esetben, megfelelően megválasztott, hatékony gyógyszer(ek) adekvát dózisban történő alkalmazásának előnyei felülírhatják a kockázatot a várandósság és a szoptatás időszakájában is, mind az anyára, mind a magzatra/csecsemőre vonatkozóan. Mérlegelni szükséges a kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt anyai mentális betegség, a szövődmények és a komorbiditás, illetve a szoptatás, anyatejes táplálás elmaradásának következményeit (Egészségügyi szakmai irányelv, 2017).

Minden esetben törekszünk a *szoptatás és az anyatejes táplálás fenntartására*, egyes esetekben azonban az anya állapota és a javulásához elengedhetetlen gyógyszeres kezelés mellett a szoptatás átmeneti vagy tartós felfüggesztésére lehet szükség. Ilyen esetekben igyekszünk megerősíteni az anyát, hogy ha az etetésnél megvalósul az ölben tartás, az érintés, a szemkontaktus, az „együttlét”, a gyermek nem szenved kapcsolati hiányt az üvegből etetés során.

## Az interdiszciplináris megközelítés előnyei

*A mentális betegségek széles spektruma már a várandósság alatt is kiemelt rizikót és kihívást jelent a szülészeti ellátás szempontjából.*

A Szent János Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztálya és a BCSLC közötti szoros együttműködés egyik fő célja, hogy ezeket a várandósság alatti veszélyforrásokat a minimálisra csökkentse, a várandósság gondozása megvalósuljon, és a kismamák a nehézségek ellenére a legjobb testi és lelki állapotban érkezzenek el a szüléshez.

Ha a kismama pszichés egészsége és együttműködési képessége megengedi, törekszünk a természetes, hüvelyi *szülésre*, azonban ezek hiányában néha indokolt lehet a programozott császármetszés, mint biztonságosabb választás. Szintén a lehetőségek függvényében támogatjuk a szoptatást. Fontos kiemelni, hogy a különböző szülészeti események (pl. vetélés, koraszülés, magzat elvesztése, gyermekágyi depresszió vagy pszichózis) a korábban tökéletes mentális egészségnél örvendő pácienseknél is komoly lelki megterhelést okozhatnak, ezért a pszichiáter kollégák mellett szakértő pszichológus is segíti a Szülészeti Osztály kismamáit.

A program keretei között a Gyermek-, Koraszülött és Csecsemőosztállyal történő együttműködésben akár 24 órás *rooming-in* rendszerben történő ellátásra, illetve az egyéni kezelési terv szerint meghatározott kapcsolattartásra, annak fokozatos kialakítására, monitorozására, újraértékelésére van mód. Mindezt meghatározza az anya állapota, annak a gyermek gondozására gyakorolt hatása, illetve a veszélyeztető magatartás kialakulásának lehetősége. Amennyiben az anya átmenetileg nem tudja ellátni a gyermekét, a család más tagjainak van lehetősége az akár 24 órás gondozásra.

Az interdiszciplináris kórházi együttápolást, együttkezelést biztosító kórházi egység felépítését az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat Az Együtt Baba-Mama-Papa program kórházi egységének felépítése

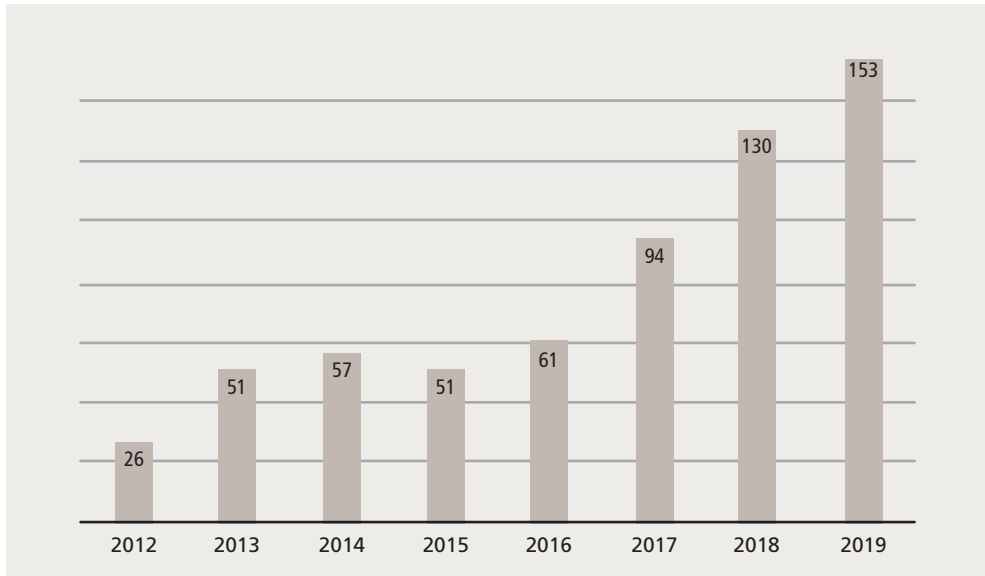
Az ellátásban érintett szakterületek	A szakemberekből álló team tagjai	
	Kötelező alapteam	Ajánlott/elérhető kiegészítő tagok
Pszichiátria Gyermekgyógyászat (újszülött- és csecsemőellátással) Szülészeti, nőgyógyászati Klinikai szak- pszichológia Pszichoterápia Klinikai szociális munka Védőnői szolgálat	Pszichiáter szakorvos Klinikai szakpszichológus Pszichiátriai szakápoló/ápoló Klinikai szociális munkás Szülész-nőgyógyász szakorvos Szülész-nő Csecsemő- és gyermek- gyógyász szakorvos Gyermek szakápoló/ápoló Pszichoterapeuta Szupervízor	Védőnő Szülő-csecsemő konzulens Családterápiával foglalkozó szakmák Addiktológiai konzultáns Laktációs szaktanácsadó

## A team munkája

A program indulásánál nemzetközi részvétellel szerveztünk teamépítő képzést, melynek jelentős hatása lett a személyes kompetenciák, a döntéshozatal és a hatékony kommunikáció elindítására az épülő teamben. A kezdetek óta neonatológus, gyermekgyógyász, csecsemő szakápoló és szülő-csecsemő konzulens is részt vesz a team munkájában, a mindennapi ellátásban. A magzat és az újszülött fejlődésének szempontjait automatikusan beemeljük interakcionális szemléletünkbe, a megelőzést is szolgálva. Az integrált szülő-csecsemő konzultáció módszere is jelentősen támaszkodik az „itt és most”-ban zajló interakciókra. A pszichiátriai osztály már akkor is interdiszciplináris csapata – pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, pszichiátriai szakápoló – bővült a gyermekosztály, majd a későbbiekben a szülészeti és nőgyógyászati osztály munkatársaival. Ez az *interdiszciplináris team közösen tervezi a kliensek egyénre szabott integrált kezelését a teamen kívüli, területen dolgozó szakemberek – család- és gyermekjóléti szolgálatok és központok, gyámügy, szociális ellátó rendszer (bölcsőde és civil szervezetek), védőnői szolgálat, család- és házi-gyermekorvosi szolgálatok – bevonásával.* A team munkáját *rendszeres teammegbeszélések és havi szupervíziós munka* támogatja, ahol lehetőség van a programban résztvevő esetekkel kapcsolatos problémák, kezelési dilemmák, szociális háttérből eredő nehézségek, illetve – az együttes helyzeteket rögzítő videófelvételek segítségével – az anya-gyermek interakciók megértésére, elemzésére, közös megoldására (Kurimay, 2009; Hámori, 2009; Egészségügyi szakmai irányelv, 2017). Ezekben az esetekben a szülő-csecsemő konzultáció során rögzített anya-gyermek interakciók megfigyelésére és közös elemzésére kerül sor. E folyamat egy-egy adott esetben kiemelten az adott anyával foglalkozó teamtagok számára szolgálja az anya-gyermek kapcsolati helyzet megértésének a támogatását, míg a többi teamtag számára tanulási, edukációs célt teljesít (Németh és mtsai., 2016).

## Az Együtt Program számokban – néhány statisztikai jellemző

A programban 2012 és 2019 októbere között 623 beteget láttunk el (1. ábra). A programban a női betegek vannak többségben (99%), de az évek alatt gyarapodott a férfiak száma is, akiket a program kezelt (először ez 6 fő volt). A programba lehetőség szerint minden elérhető apát igyekszünk bevonni. A részvétel mindig önkéntes. A programban résztvevő gyermekek vonatkozásában, 2012 és 2019 között az esetek 86%-ában volt elérhető az apa.

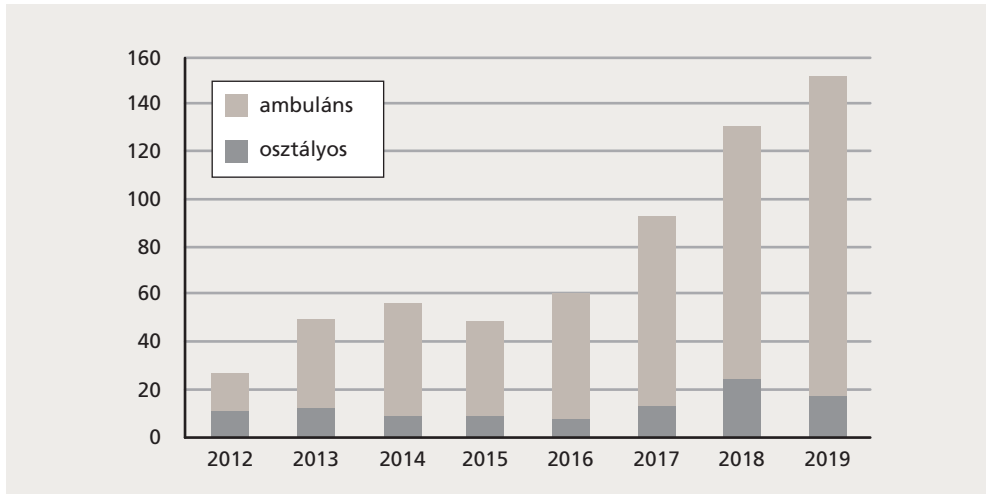


1. ábra Ellátott új betegek száma évente

A betegek több mint háromnegyede születést követően került a programba, míg egyötödük a várandósság valamely szakaszában jelentkezett. A programban résztvevők életkori megoszlása szerint a 31–35 éves korcsoportból kerültek ki a legtöbben – az esetek 34%-a.

2012 óta az új betegek vizsgálata és bekerülése a BMP programba megsokszorozódott. Míg 2012-ben 26, addig 2019-ben 153 új páciens jelent meg. (A program az első időszakban 2012-ig összesen 70 beteget látott el, azonban szisztematikus adatgyűjtés hiányában a korai adataink nem egész pontosak.) Az osztályos – ambuláns arány 2012–2019 között 16%–84%-os megoszlási átlagot mutatott (2. ábra).

A diagnózisok megoszlása szerint a legtöbb beteg tünettana (32%) a szorongásos zavarok körébe tartozik. Ezt követi a depresszió 26%-kal, míg az esetek 21%-a pszichotikus zavarok kapcsán érintett.



2. ábra A programban ambuláns vagy osztályos ellátásban részesülő családok aránya 2012 és 2019 között

## Gyakorlati, interdiszciplináris teammunka változó egészségügyi környezetben

A kliensek optimális esetben önkéntesen, vagy beutalás, kórházi áthelyezés útján kerülnek a programba. *A programban való részvétel önkéntes.* A felvétel, a gondozásba vétel, a kezelési terv kialakítása megfelelő algoritmus alapján történik. *A közös anya-gyermek felvételre a gyermekosztály keretein belül van lehetőség.* Az itt történő hatékony gyógyító munka feltétele volt a gyermekosztály munkatársainak „házi” képzése a pszichiátriai beteg felnőttek támogatásának elősegítésére. *Abban az esetben, ha az édesanyját a pszichiátriai osztályon kell elhelyezni, lehetőség van arra, hogy a gyermek az édesapával vagy más családtaggal a gyermekosztályra kerülhessen, és ahogy az édesanya állapota engedi, tudja látogatni, majd gondozni őt.*

Ezekben a helyzetekben a gyógyulást speciálisan képzett szülő-csecsemő konzulens (jelen esetünkben a gyerekosztály főnővére és egy neonatológus kolléga) és laktációs tanácsadó (jelen esetünkben pszichiáter kolléga) segíti. A team munkáját jelentősen támogatja, hogy a team egyik pszichiáttere egyben laktációs tanácsadó is. Így a jól megválasztott gyógyszerelés mellett lehetőség van a védőfaktort jelentő szoptatás folytatására. A szoptatás nemcsak immunológiailag ad védelmet a csecsemőnek, hanem a centrális oxitocin felszabadulása által kiváltott szorongáscsökkentő hatása miatt is segíti az édesanya gyógyulását (Mezzacappa és mtsai., 2005). Fontos a családot megerősíteni abban, hogy ha nincs lehetőség a szoptatás folytatására, vagy a szülők úgy döntenek, hogy nem akarják a szoptatást preferálni az adott helyzetben, a megfelelő szenzitív gondozás mellett nincs akadálya a biztonságos kötődés kialakulásának (WHO/UNICEF, 2009a; Az egészséges csecsemő [0–12 hónapos] táplálása – Szakmai Irányelv, 2019; a szenzitivitásról és a korai

kötődésről lásd bővebben Tóth tanulmányát, könyvünk I. kötetében). A gyermekosztályon nemcsak a gyermek ellátása történik meg, hanem az anya-gyermek találkozások mediálása, felügyelete és a gyermek gondozásának – és ezzel együtt az anya-gyermek kapcsolatnak – a támogatása is.

Az *együttkezelés* az anya szempontjából azért *előnyös*, mert megerősödik anyai szerepében, a szakemberek által támogatott csecsemőgondozás során növekszik a szenzitivitása, ami támogatja a biztonságos kötődés alakulását. Csökken a visszaesések száma, és a továbbiakban az anya könnyebben illeszkedik vissza a mindennapi életbe, később pedig a munkába. A gyermek számára a közös kezelés lehetővé teszi a fejlődést gátló szeparáció és a gondozóváltások elkerülését, segíti a kötődés alakulását, amely protektív tényező az egészséges pszichés fejlődéshez. A kórházi távozás után lehetőség van a járóbeteg-ellátás keretében követni a családot, illetve a területileg illetékes rendszerhez integrálni. Sok esetben elég a kliensek ambuláns interdiszciplináris teamben való ellátása.

A program fejlődése során fókuszba került a *prevenció* is – a családok támogatása a családtervezés során, majd a várandósság időszakában, mind medikálisan, mind lelkileg a szülésre, szülői hivatásra felkészítéssel.

A fentiek alapján elmondható, hogy a nemzetközi tapasztalatcsere után a hazai helyzetre adaptálva önerőből, szakmai elhivatottságból egy olyan *komplex, interdiszciplináris program* épült fel, mely a *hagyományos pszichiátriai betegellátás helyett a rendszerdinamikai szempontokat is figyelembe vevő, kapcsolatfókuszú kezelésre helyezte a hangsúlyt*.

## Szakmai és médiakommunikáció a programról

A szakmai konferenciákon történő előadások mellett jelentős hangsúlyt helyeztünk a program keretében a lakosság minél szélesebb körű, kiemelten a szülés körüli időszakot fókuszba helyező tájékoztatására. Számos újságcikk<sup>10</sup> számolt be a programról, a programban résztvevő kismamák és családtagjaik szemszögéből is.

Nemzetközileg is kiemelt szerepet kapott a 2019. májusában a *PECMH – Első Európai Regionális konferencia*, mely a „*Lelki egészség a perinatális kortól a kora gyermekkorig*” címmel került megrendezésre. A konferencián is megerősítést nyert az, hogy ez a regionálisan úttörő munka fontos értéke a magyarországi perinatális ellátásnak, gyakorlati és tudományos lehetőséggel, jelentőséggel bír, melynek kiaknázása a rászorulókkal, a perinatális mentális zavarban szenvedőkkel közös érdek.

<sup>10</sup> <https://www.hegyvidekujsag.hu/archivum/archivum-2019-junius-4/gyermekukkel-egyutt>  
<https://magyarnemzet.hu/archivum/eletemod-archivum/stigma-helyett-kezeles-3855463/>;  
[http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a\\_szules\\_elotti\\_alatti\\_es\\_utani\\_zavarok\\_kezelese](http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a_szules_elotti_alatti_es_utani_zavarok_kezelese)



## Összefoglalás és zárszó

2004-ben indult az EGYÜTT – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben elnevezésű szakmai program, valamint a közös munka tapasztalatai alapján 2017-ben készült el e témában az első szakmai irányelv hazánkban. Jelenleg pedig egy – már elkészült – kutatási terv megvalósításán, elindításán dolgozunk.

Fontos hangsúlyozni, hogy a program nemcsak az anya (pl. az anyaszerep megerősödése), valamint a gyermek szempontjából (pl. a szeparáció elkerülése) hordoz értékeket, hanem társadalmi szempontból is előnyös lehet. A rövidebb kórházi kezelés, a recidívák (visszaesések) csökkenése, valamint, hogy a gyermek nem kerül állami gondoskodásba, és a szeparáció elkerülésével jobbak az esélyei az optimális személyiségfejlődésre, számottevő gazdasági megtakarítást is jelenthet (Hartmann, 2003). Terveink közt szerepel e kiemelt jelentőségű kezdeményezés és a 15 éve folyó munka kiszámítható állami finanszírozásának megvalósítása, valamint a szemléleti és módszertani tapasztalatok átadása a majdan induló regionális centrumoknak. Azt, hogy a szakmai és finanszírozási befektetés e területbe megtérül, kutatások és nemzetközi, „jó gyakorlatok” tapasztalatai is alátámasztják (Bauer és mtsai., 2016).

A program azon túl, hogy a perinatális időszakban jelentős támogatást ad a családoknak, a szakmai teamben végzett munka ösztönzésével hatékonyabban kapcsolódhat a szülést követő egészségügyi és családsegítő-gyermekjóléti területi ellátáshoz is. A teammunka, miközben elősegíti a kiégés megelőzését, társadalmilag és gazdaságilag is hatékony interdiszciplináris ellátási forma.

## AJÁNLOTT IRODALOM

Sutter, A. L., Glangeaud-Freudenthal, N. M., Guedeney, A., Riecher-Rössler, A. (2016). *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry*. Springer. Berlin, Heidelberg.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Bauer, A., Knapp, M., Bayo, A. (2016). *Best practice for perinatal mental health care: The economic case*. London School of Economics LSE Health & Social Care. <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/best-practice-for-perinatal-mental-health-care.pdf> (downloaded: 2020.01.05.)

Balaton, Á. (2009). Kérdőíves módszerrel szerzett gyakorlati tapasztalatok. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) *XI. Családbarát Konferencia kiadványa*. OGYEI, Budapest. 35–41.

Cazas, O., Glangeaud-Freudenthal, N. M. (2004). The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. *Archives of Women's Mental Health*, 71, 53–58.

Connellan, K., Bartholomaeus, C. (2017). A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 373–388.

- Czeizel, A. E. (1999). Ten years of experience in the preconceptional care. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 89, 43–49.
- Egészségügyi szakmai irányelv – A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről 2017.04.07. <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>
- Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészség csecsemő (0–12 hónapos) táplálása 2019.11.06 <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>
- Erős, E., Hajós, A. (2010). Family planning in Hungary: past and present. *Orvosi Hetilap*, 151(45), 1858–1862.
- Gaebel, W., Grossimlinghaus, I. (Eds.) (2015). European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry*, 30(3), 360–387.
- Glangeaud-Freudenthal, N. M., Barnett, B. (2004). Mother-baby inpatient psychiatric care in different countries: data collection and issues – Introduction. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 49–51.
- Glangeaud-Freudenthal, N. M. (2011). Inpatient mother-and-child posztpartum psychiatric care, Factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26(4), 215–223.
- Grekin, R., O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of posztpartum posztraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401.
- Gressier, F. (2017). Psychiatric mother and baby inpatient units. Mother–baby units should be part of a local health perinatal network including maternity unit, neonatal care, and community resources. *European Psychiatry*, 41, 64.
- Hartmann, H. P. (2003). Anyák és gyermekek együttes kórházi pszichiátriai kezelése. In Németh, T., Jobbágy, M., Bürger, N. (Szerk.) IX. Családbarát Konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 42–55.
- Hartmann, H. P., Hedervari-Heller, E., Nemeth, T., Kurimay, T. (2019). Úton – az első hazai baba-mama-papa program születése és fejlődése. Konferenciaelőadás, PECMH, 2019 május 8. <https://pecmh.eu/hu/> Utolsó elérés: 2020.01.10.
- Hámori, E. (2009). A supervisor szerepe a pszichiátriai osztályon működő anya-gyermek egység munkájában Magyarországon. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) XI. Családbarát Konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 72–82.
- Kissné, G. I., Árváné, E. Cs. (2019). Szülői kérdőív használatával kiegészített területi védőnői szűrővizsgálatok eredményei. *Védőnő Továbbképző Szakfolyóirat (Magyar Védőnők Egyesülete)*, 24–27.
- Kurimay, T., Hegedus, E., Hortobágyi, A., Fenyves, T., Nemeth, T. (2017). *Perinatal psychiatry – the importance of fathers: twelve years of experience of the first baby-mother-father-unit in Hungary*. 17th WPA World Congress of Psychiatry, Berlin.
- Kurimay, T., Nemeth, T. (2013). Introduction of a Baby-Mother-(Father) Unit Into the Hungarian Health Service System: Results After Five Years. European Congress of Psychiatry, 6–9. *European Psychiatry*, 28(1), 1.
- Kurimay, T., Nemeth, T. (Eds.) (2018). *Together – pre-, peri-, and postnatal mental disorders prevention and treatment interdisciplinary program, Thirteen years of experience of the first Baby-Mother-Father Unit in Hungary*. 1<sup>st</sup> International Perinatal TOTAL Health Congress, Sinaia, Romania, (<http://www.perinatal2018international.org/download-files/uPkiMba.pdf>) Utolsó elérés: 2020.01.10.
- Kurimay, T. (2009). A pszichiáter lehetőségei az anya-gyermek szeparáció elkerülésére. In Németh, T., Bürger, N., Kovács, R. (Szerk.) XI. Családbarát Konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 58–65.
- Larsen, E. R. (Eds.) (2015). Clinical Overview Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 445, 1–28.
- Lattova, Z., Kazakova, O., Riecher-Rössler, A. (2016). *Management of mental disorders during pregnancy and the post-partum period. Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise*. Oxford University Press.


- Mezzacappa, E. S., Kelsey, R. M., Katkin, E. S. (2005). Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (4), 351–365.
- Nemeth, T., Hedervari-Heller, E., Hegedus, E., Tory, V., Babus, E., Fenyves, T., Simon, Z., Tunyi, T., Danis, I., Kurimay, T. (2016). Integrated parent-infant consultations in „Together – Pre-, Peri-, and Postnatal Mental Disorders Prevention and Treatment Programme” in Hungary. Poster presented at 15th WAIMH World Congress. 29th May-2nd June 2016, Prague, Czech Republic. *Infant Mental Health Journal Supplement to Infant Mental Health Journal Volume 37*, Program Abstracts: P21. p44.
- Raudzus, S. H. (2009). Managing unipolar depression in pregnancy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 13–18.
- Robertson, E., Celasun, N., Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.L., Grace, S.L., Wallington, T. (Eds.). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.  
[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/mmh%26chd\\_chapter\\_1.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_1.pdf)
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063.
- WHO/UNICEF (2009a) BFHI Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital – 20-hour course.  
[https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241595018\\_s3.1.pdf?ua=1](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241595018_s3.1.pdf?ua=1).
- WHO (2009b). Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567\\_eng.pdf;jsessionid=E78D32B65FFAE85B1C52B1455400A583?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf;jsessionid=E78D32B65FFAE85B1C52B1455400A583?sequence=1)

## IDÉZETT WEBOLDALAK

- [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline\\_Final-2018.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf)
- <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2019/03/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services/documents/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services/govscot%3Adocument/delivering-effective-services-needs-assessment-service-recommendations-specialist-universal-perinatal-mental-health-services.pdf>
- <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>
- [https://mave.hu/uploads/file/Szul\\_szuleshez%20tarsulo%20veszteseg\\_iranyelv.pdf](https://mave.hu/uploads/file/Szul_szuleshez%20tarsulo%20veszteseg_iranyelv.pdf)
- <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- <http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf>
- <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/kezelesi-iranyelvek-nice/>
- <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders>

## AJÁNLOTT ÚJSÁGCIKKEK

- <https://www.hegyvidekujsag.hu/archivum/archivum-2019-junius-4/gyermekukkel-egyutt>
- <https://magyarnemzet.hu/archivum/eletmod-archivum/stigma-helyett-kezeles-3855463/>
- [http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a\\_szules\\_elotti\\_alatti\\_es\\_utani\\_zavarok\\_kezelese](http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a_szules_elotti_alatti_es_utani_zavarok_kezelese)



**Hivatkozás:** Lengyel, A., Siba, M. (2020). A JóLenni evésterápiás munka a Budapesti Korai Fejlesztő Központban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 178–189.

Írásunkban a Budapesti Korai Fejlesztő Központban felkínált evésterápiás szolgáltatásokat mutatjuk be. A bevezetőben áttekintjük azt a helyzetet, amikor eltérő fejlődésmenetű gyermekek esetén jelentősen magasabb arányban fordul elő tartósan fennálló evésnehézség, mint a teljes populációban. Mindemellett érdemes megemlíteni, hogy tipikusan fejlődő gyermekek családjai is megkeresnek bennünket regulációs zavarok vagy egyéb okok miatt kialakult hosszabb vagy rövidebb ideig tartó étkezési nehézségekkel. Kiemelten fontos tehát a kora gyermekkori intervenció egyik területeként tekinteni az evési nehézségekre, ezért kezdünk el évekkel ezelőtt sokkal tudatosabban, fókuszáltabban foglalkozni az evés témakörével. Központunkban megalakult az evés-team. A hazai és nemzetközi szakirodalmat tanulmányozva, és saját – már meglévő – tapasztalatainkra építve dolgoztuk ki protokollunkat, melyet az elmúlt években folyamatosan bővítettünk. A nemzetközi kínálatot kutatva találtunk olyan evészavarokkal foglalkozó teameket, akiknek a munkáját jobban meg szeretttük volna ismerni, ezért elhívtuk őket, hogy tartsanak továbbképzést számunkra. Az így megszerzett tudást adaptáltuk saját munkánkra, lehetőségeinkre. Szeretnénk hangsúlyozni a teammunka jelentőségét az evésterápiás munkában. A későbbiekben felvöljük az intézményünkben kínált ellátás menetét, amelynek része egy részletes evésvizsgálat, majd azt követően az egyénre, illetve a családra szabott különféle ellátási formák. Az intervenció munkája megvalósulhat egyéni vagy csoportos keretek között, ezeket szintén bemutatjuk.



# A JÓLENNI EVÉSTERÁPIÁS MUNKA A BUDAPESTI KORAI FEJLESZTŐ KÖZPONTBAN

---

*Lengyel Anna  
Siba Mónika*

---

## **Bevezetés**

### **Teammunka**

Az ellátás folyamata  
Szűrő kérdőív  
Az évészvizsgálat

### **Intervenciók**

Egyéni foglalkozások  
Csoportos foglalkozások  
A terápiában való részvétel kontraindikációi (ellenjavallatai)

## **Zárszó**

---

A módszerbemutató a Budapesti Korai Fejlesztő Központ evésterápiás belső protokollján alapul (Kapronyi és mtsai., 2018). A szöveg megírásához nagy segítséget jelentett még dr. Makó Veronika szakdolgozata (Makó, 2018) és a [www.jolenni.hu](http://www.jolenni.hu) honlap.

## Bevezetés

A Budapesti Korai Fejlesztő Központ munkatársai 25 éve látják el eltérő fejlődésű csecsemők, fogyatékos kisgyermekek terápiáját, fejlesztését, a családjaik kísérésével és a szülőknek biztosított tanácsadással kiegészítve. A kezdetek óta számtalan esetben találkozunk táplálkozással kapcsolatos problémákkal, nehézségekkel. A csecsemő- és kisgyermekkorú evésproblémák prevalenciája (előfordulási gyakorisága) rendkívül magas: 20–30% (pl. Eddy és mtsai., 2015; Kerzner és mtsai., 2015), ebből azonban csak 1–5% tekinthető súlyosabb evésproblémának. *Jelentős etetési problémának tekintjük, ha az étkezés, szoptatás vagy tápszeres etetés időben nagyon elnyúlik; ha fiatal csecsemőknél 2 hétnél tovább, idősebb gyermekeknél 1 hónapnál tovább tart az étel elutasítása; ha az étkezések gyakran félbeszakadnak, stresszesek; ha nem az életkornak megfelelő az önállóság az étkezésben; ha az újabb állagok bevezetése sikertelen; ha figyelemelterelésre van szükség a táplálékbevitel növelésére, vagy ha nagyon beszűkül az elfogyasztott ételek repertoárja.* (Kerzner és mtsai., 2015). Eltérő fejlődésű gyermekeknél azonban a táplálkozással kapcsolatban álló problémák előfordulási gyakorisága jóval magasabb (40–80%), különösen igaz ez cerebrális parézis (80%) és autizmus spektrum zavar (90%) diagnózissal rendelkező gyerekeknél (Yang, 2017).<sup>1</sup>

Korábban az evészavarok hátterének kiderítésével és a problémák kezelésével elszígetelten foglalkozó szakemberek munkája sokszor nem volt eredményes, holott a családok életminőségét a gyermek eltérő fejlődése mellett nagyban meghatározza az evészavar jelenléte, súlyossága. A Budapesti Korai Fejlesztő Központ 2015–2018 között multidiszciplináris team bevonásával dolgozta ki a gyermekek vizsgálatának és ellátásának irányelveit. A Központ munkatársai a vizsgálatok módszertanának kidolgozásához és az azt követő intervenciók tervezéséhez a szemléleti alapokat 2015-ben a grazi *NoTube* (lásd: keretes szöveg) szakembereitől tanulták. Ebben az időszakban az autizmus spektrum zavarhoz kapcsolódó evésproblémák még nem kaptak teret az ellátásban. 2018-ban a *Floortime/Foodtime* módszertanát képviselő evésterápiás szakemberektől kaptunk továbbképzést (lásd: keretes szöveg), ezáltal központunkban elindult a *kora gyermekkori autizmus specifikus evésvizsgálat és intervenció*. Intézményünkben az evésvizsgálatokat és

<sup>1</sup> A különböző hivatkozott szakirodalmak nem feltétlenül azonos klasszifikációs rendszerek szerint dolgoznak, arányszámaikkal mégis jól megjelenítik, hogy eltérő fejlődés esetén jelentősen magasabb arányban fordul elő evésprobléma.

a különféle ellátási formákat folyamatosan újragondoljuk és finomítjuk a tapasztalat alapján. Jelenleg egyéni, páros és kiscsoportos helyzetben történik az eltérő fejlődésű és/vagy az evés területén regulációs nehézségekkel küzdő gyermekek ellátása, illetve külön autizmus specifikus vizsgálat és ellátás is elérhető.

### **A NoTube® és a Foodtime™ programok**

A *NoTube*® egy Grazban (Ausztria) működő evésterápiás központ. Munkásságuk a Grazi Egyetemi Klinikán belül mint pszichoszomatikus osztály indult. Specializációjuk azok felé a szondatáplált gyermekek felé irányult, akiknél ún. szondafüggőség alakult ki. *Szondafüggőségnek tekintik azt az állapotot, amikor a gyermek szomatikus állapota már nem indokolja a speciális segédeszköz használatát, a szájon át történő táplálás mégsem valósul meg.* A későbbiekben az ellátást kiterjesztették a válogatosság enyhítésére is. A módszereink egyik alappillére az ún. *Play Picnic*®, egy olyan közösségi térben történő evéses helyzet, ahol az érintett gyermek, a szülő(k), családtagok és a szakemberek egy térben, piknik jelleggel, a földön ülve étkeznek, vagy ismerkednek az ételekkel. 2009-től nagyszámú külföldi család jelentkezésének hatására elindították az on-line felületen keresztül történő segítségadást is (*Netcoaching*). 2016-tól saját terápiás központjuk van Grazban. Bővebb információ, a szakembereik által írt szócikkek, valamint a metodika eredményességét mérő kutatások az oldalunkon<sup>2</sup> megtalálhatóak.

A *Foodtime*™ a *Greenspan Floortime Model*® elméleti alapjain, illetve az *S.O.S. Approach to Feeding*™ evésterápiás elvek figyelembe vételével létrehozott intenzív evésterápiás program a válogatós és az evéshelyzetben rugalmatlan viselkedést mutató gyermekek számára fontos. Az evéses helyzetet, mint bármely más társas helyzetet, a Greenspan-féle tanulási fa elméletével építik fel. A tanulás a szenzoros- és érzelmi regulációtól indul és az összetett és kölcsönös figyelmi helyzetek kialakításáig halad, egészen a szociális problémamegoldásig. Az új ételek bevezetésében az apró lépésekre lebontott, fokozatos hozzászoktatás és a gyermek számára motiváló és ismerős helyzetek és motívumok használata elengedhetetlen. Bővebb információ<sup>3</sup> és szakmai összefoglaló<sup>4</sup> is olvasható a weboldalakon. A módszer még igen új, ezért kutatások még nem jelentek meg annak hatékonyságáról, de a weboldalon egyéni történetek és sikerek fellelhetőek.

<sup>2</sup> <https://notube.com/about-us/our-studies>

<sup>3</sup> <http://www.thefloortimecenter.com/parents/programs/floortime-feeding-program/>

<sup>4</sup> <https://affectautism.com/2019/07/08/foodtime/>

## Teammunka

A kora gyermekkorban jelentkező *evési, táplálási nehézségek* olyan *komplex, többtényezős problémák* (Silverman, 2010), amelyek szükségessé teszik, hogy a családok megsegítése több szakember együttes munkáján alapuljon, a résztvevők építeni tudjanak a közös gondolkodásra. A gyermek fejlődésének és a család jóllétének optimalizálásához elengedhetetlen, hogy a szakemberek között nyitottság és közös megoldásra törekvés legyen. Az *interdiszciplináris team* tagjai között többféle ágazat képviselteti magát (szociális, egészségügyi, köznevelés), és az egyes családok szükségleteit figyelembe véve vesznek részt aktívan a probléma megoldásában. A Budapesti Korai Fejlesztő Központ evésterápiás interdiszciplináris csapatát szakorvosok (gyermekneurológus, gyermekpszichiáter), fejlesztő szakemberek (gyógytornász, gyógyterapeuta, konduktor, szenzoros-integrációs terapeuta, manuál terapeuta), a segítő szakmák képviselői (pszichológus, perinatális szaktanácsadó, gyógytornász és/vagy pszichológus alapképzettségű integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens) alkotják. A gyermekek nehézségeinek megoldása érdekében a szakemberek mellett a szülők is részesei az együttműködésen alapuló munkának. Az intézmény munkatársai igyekeznek rendszeres kapcsolatot tartani a családhoz kapcsolódó védőnővel és a házi gyermekorvossal. Szükség esetén a munkatársak külső szakmai segítséget is igénybe vesznek (pl. dietetikus, egyéb szakorvos, ortopéd műszerész, szociális munkás).

## Az ellátás folyamata

A Budapesti Korai Fejlesztő Központ evésterápiás ellátó rendszere elérhető mind az intézményben már rendszeres szaksegítség igénybe vevő, mind egyéb rászoruló családok számára. Amennyiben a szülők a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakember felé jelzik, hogy nehézséget jelent a gyermekük etetése, táplálása, első körben a családdal dolgozó szakember egy vagy több evésterápiában jártas kollégával *esetmegbeszélést* kezdeményezhet. Amennyiben az eset súlyossága, komplexitása meghaladja a korai fejlesztés hagyományosabb kereteit, vagy az otthoni etetési helyzetek gyógytornászzal átbeszélte módosítása sem hoz megnyugtató megoldást, akkora szakember tovább irányíthatja a családot az *evésterápiás team* felé.

Az evésterápiás munka megkezdése<sup>5</sup> előtt kiemelten fontos, hogy a gyermek teljes körű *kivizsgálása* megtörténjen, ami az alábbi lépésekből tevődik össze:

- A családdal történő első találkozásra, az úgynevezett evésvizsgálatra szűrő kérdőívek segítségével készülnek fel a munkatársak.
- Az evésvizsgálat két szakember részvételével történő első találkozás a családdal (a gyermekkel és szüleivel), amelynek része egy részletes anamnézis felvétel; a gyermek spontán játéktevékenységének, viselkedésének és kommunikációjának, valamint egy szülővel történő évéshelyzetnek a megfigyelése.

<sup>5</sup> Az evésterápia az intézmény ellátási protokolljában részletezett kontraindikációk esetén nem kezdődik el. (A kontraindikációkat alább külön részletezzük.)



- Amennyiben az evésvizsgálatot végző szakemberek szükségét érzik, hogy az első találkozást komplexebb kivizsgálás (gyógypedagógiai és/vagy orvosi) kövesse, erről javaslatot tesznek.
- Ez részben meg tud valósulni az intézményen belül (pl. komplex neurológiai vagy pszichiátriai vizsgálat, ahol a szakorvosok mellett gyógypedagógus és gyógytornász is jelen van). Egyéb felmerülő kérdések esetén pedig a vizsgáló személyek javaslatot tudnak tenni további (leggyakrabban szakorvosi) vizsgálatok elvégzésére az intézményen kívül.

## Szűrő kérdőív

A kitöltött *szűrő kérdőívet* a szülők az első személyes találkozást megelőzően küldik vissza az intézmény számára. A részletes kérdőívek segítségével már sok esetben következtetni lehet arra, hogy van-e olyan megkésett vagy sajátos fejlődési terület, ami hatással lehet a kialakult, esetleg már rögzült evési problémá(k)ra. A szülők evéshelyzetben megélt tapasztalataira vonatkozó kérdések előzetes képet adnak arról, hogy milyen mértékben megterhelő számukra az adott nehézség. A kérdések összegzése általában előrevetíti, hogy milyen mértékű és minőségű az evéssel, etetéssel kapcsolatos gond. A kérdőívek segítenek a vizsgálatok megtervezésében is: milyen térrel, milyen játékokkal készüljenek a vizsgálok, valamint milyen ételek kínálását kérik a vizsgálati helyzetben a szülőktől.

Tudott autizmus diagnózisával vagy annak gyanújával rendelkező kisgyermek esetén a speciálisan kibővített kérdőív további kérdéseket tartalmaz a szenzoros érzékenységre, az evéshelyzetben mutatott viselkedésformák sajátosságaira és a rugalmatlan gondolkodásra vonatkozóan. Ez esetben az előzetes felkészüléshez a kérdőívkitöltésén túl a szülők 3–5 napon keresztül evésnaplót vezetnek, valamint előzetes tájékoztató alapján otthoni evéshelyzetben videófelvételt is készítenek.

Amennyiben a kérdőív alapján olyan mértékű fejlődésbeli eltérés vagy elmaradás feltételezhető, ami az evéshelyzeteken túl az egész életminőséget befolyásolja, és korábban nem történt ez irányú kivizsgálás, az intézmény az evés vizsgálatát megelőzően komplex gyógypedagógiai, neurológiai vagy pszichiátriai vizsgálatot kezdeményezhet. Amennyiben a gyermek rendszeresen közösségbe jár, az onnan érkező pedagógiai vélemény is segítheti az előzetes felkészülést.

## Az evésvizsgálat

A vizsgálatra a szülőkkel előre egyeztetett időpontban kerül sor. Az evésterápiás team részéről minimum két, időnként három szakember vesz részt a vizsgálaton. Az előzetes tájékoztatóban részletes útmutatót kapnak a szülők arról, hogy a vizsgálatra – amennyiben az egészségi állapota ezt megengedi – lehetőleg éhesen érkezzen a gyermek, és hozzanak magukkal olyan ételt, amit nagy valószínűséggel szívesen elfogyaszt, olyat, amivel kapcsolatban bizonytalanok, és egy olyat, amit vélhetően a gyermek el fog utasítani. A szülőknek lehetőségük van az otthon megszokott eszközök használatára, amenny-

nyiben ez segíti a gyermeket az idegen helyzetben. Az úgynevezett *evésvizsgálat három fő részből áll*, amelyek rugalmasan alakíthatók a család igényei, a gyermek aktuális állapota és szükségletei, valamint a vizsgálok meglátásai szerint. A jelen megfigyelés és vizsgálati gyakorlat alapjait Arvedson és Brodsky (2002), Chatoor (2009), valamint Dunitz-Scheer és mtsai. (2015; NoTube) elméleti alapvetései alapján állítottuk össze. Egyrésztől részletes anamnézis felvételére kerül sor, amely során a vizsgálok a gyermek evésfejlődésnek és elakadásainak feltérképezésén túl kitérnek a szülők saját szülői szerepükkel, gyermekük/gyermekük táplálásával és saját evésükkel kapcsolatos attitűdjükre, tapasztalataikra. A kérdések a család erőforrásait is igyekeznek feltárni. *A legtöbb esetben, amíg az egyik vizsgáló a szülővel anamnézist vesz fel, addig a másik a gyermek viselkedését, a szülővel, valamint az idegen felnőttekkel alakuló interakcióit figyeli meg spontán játékhelyzetben.* Amikor a gyermek az éhségét jelzi, vagy ennek hiányában a szülők szándékai szerint sor kerül az ételek felkínálására, és megkezdődik a vizsgálat újabb szakasza az evéshelyzet megfigyelésével. A lehetőségekhez mérten a vizsgálok igyekeznek megteremteni azokat a környezeti feltételeket, amik a leginkább segítik a gyermeket az ételek befogadásában. Az *evéshelyzet több szempontú megfigyelést* tesz lehetővé: a szívesen és könnyen fogyasztott ételek által a vizsgáló informálódhat a gyermek evéshelyzetben mutatott önállóságáról a mozgásos kivitelezés korhoz, vagy fejlettségi szinthez viszonyított érettségéről, az éhség és jóllakottság jelzéséről, a szülő-gyermek interakciók minőségéről. A kevésbé kedvelt vagy visszautasított ételek kapcsán megfigyelhető, van-e jellegzetes háritó viselkedés adott szenzoros élmények hatására, milyen módon jelzi a gyermek az étel visszautasítását, illetve milyen a szülői reakció a gyermek adaptív vagy problémás viselkedésére. Az otthon rendszeresen alkalmazott figyelemelterelési technikák is megnyilvánulhatnak.

## Intervenciók

A Budapesti Korai Fejlesztő Központ keretei között ellátott gyermekek közül az alábbiakban a táplálás-táplálkozás témakörében különösen érintett gyermekcsoportok sérülésspecifikus igényeit, evésterápiájának sajátosságait tekintjük át.

## Egyéni foglalkozások

Vannak olyan életkori vagy sérülésspecifikus helyzetek, amikor az evésnehézségekkel küzdő gyermek és családjának megsegítése egyéni helyzetben történik. A kora gyermekori intervenció sajátosságai miatt az egyéni ellátás során a gyermekkel mindig jelen van az elsődleges gondozója, vagy az a személy, aki az otthoni etetési/evési helyzetekben gyakran részt vesz. A munka, jellegéből adódóan, csak részben korlátozódik a gyermekkel történő konkrét evési helyzetre, a gyermeket ellátó felnőttel, felnőttekkel történő átbeszélés, konzultáció, tanácsadás legalább ennyire hangsúlyosan van jelen (Manno és mtsai., 2005; Winstock, 2005).

## Cerebrálparetikus és súlyosan halmozottan sérült gyermekek evésterápiája

A *cerebrális parézis* egy olyan tünetcsoport, amely a várandósság alatt, szülés közben, vagy a gyermek korai életkorában (2 éves kor előtt) bekövetkezett agykárosodás miatt alakul ki, és elsősorban mozgásszervi problémákat okoz. Gyakran társul hozzá az intellektuális képességek elmaradása, az érzékszervek érintettsége, illetve epilepszia is (Fröhlich és Haupt, 1982/1996).

Az idegrendszer sérülése a nagymozgások fejlődésének eltérése mellett hatással lehet a finommotorika és a száj körüli mozgások koordinációjára is, ami jelentősen befolyásolhatja az evéshelyzeteket (Manno és mtsai., 2005). Az étkezésben megjelenő tünetek megnyilvánulhatnak a következőkben: az étkezési idő megnövekedése, az önálló étkezés nehézsége vagy hiánya, a nyelvlökéses nyelés, az ajkak zárásának nehezítettsége, rágási nehézség, tónusos harapás, nyálcsorgás, félrenyelés, az ivás nehézsége, reflux. Amennyiben nem biztonságos szájon keresztül etetni a gyermeket, szondatáplálás szükséges. Ennek elfogadásában és a kóstagatás rendszerének kialakításában támogatjuk a családot. A mozgásterápiát végző szakember feladata a megfelelő, biztonságos étkezési testhelyzet megtalálása, a fej- és törzskontroll fejlesztése. A száj körüli izmok erejének, koordinációjának optimálisabbá válásához a gyermekkel, valamint családjával foglalkozó mozgásterapeuta és logopédus összehangolt tevékenysége szükséges. Nagyon fontos a kommunikáció fejlesztése, az, hogy a gyermek megtanuljon választani, tudja a szükségleteit megfelelően jelezni az étkezés közben. A gyakran tapasztalható szenzoros túlérzékenység miatt szükség lehet az egész testre, de főleg a tenyerek, talpak és a száj körüli területek ingerlésére, bazális stimulációira. A gyermekek ellátása az állapotuk és életkoruk függvényében egyéni vagy csoportos keretek között valósul meg.

## Evésterápia autizmus diagnózis vagy annak gyanúja esetén

Az *autizmus spektrum zavar* az idegrendszeri fejlődés egyik átfogó zavara, ami a társas interakciókat és a szociális-kommunikációs terület működését érinti, beszűkült és repetitív viselkedésmintázatok jellemzik (ZERO TO THREE, 2016/2019). Az autizmushoz nagyon gyakran társul evészavar. Az észlelt viselkedések étkezés közben nagyon hasonlóak ahhoz, amit tipikusan fejlődő gyermekeknél is tapasztalunk, de a náluk bevált kezelési stratégiák az autista gyermekeknél általában nem válnak be (Palmieri és Powers, 2013).

Az étkezés szociális interakciók sorozata, melyben jelen lenni fejlett szociális-kommunikációs készséget, rugalmas, a helyzethez alkalmazkodó gondolkodást igényel. Ezek részben vagy összességükben nehezítettek az autizmussal élő gyermekeknél. Ezen túl a szenzoros érzékelés/észlelés és az orálmotoros működés területe is érintett lehet. Gyakori, hogy a gyermek nem jelzi éhségét, telítettségét, elutasítja az étkezési helyzeteket, nem érdeklődik az étel, öklendezik, ha meg kell kóstolnia bizonyos ételeket, nem nyúl hozzá az ennivalóhoz, csak bizonyos állagú, ízű, hőmérsékletű, színű, típusú ételleket/italokat fogad el, túl sok vagy éppen túl kevés ételt eszik, rágással és nyeléssel kapcsolatos nehézségei adódnak, vagy magatartási problémák társulnak az étkezési helyzethez. A gyermek és a szülő kapcsolata gyakran félresiklik, hiszen a gyermek eltérő, nehezen érthető jelzései, sajátos gondolkodása megnehezíti a szülő-gyermek interakciókat.

Központunkban az a szakember vehet részt az autizmus specifikus evésterápiás munkában, aki a *Floortime/Foodtime*<sup>®</sup> alapjaira épülő, központunkban kidolgozott elméleti és gyakorlati módszertant elsajátította.

## **Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, perinatális szaktanácsadás**

Abban az esetben, ha a táplálkozási probléma háttérében a korai érzelm- és viselkedés-szabályozás nehezítettsége vagy kapcsolati nehézség, esetleg a születés körüli nehezített élmények hosszabb távú utóhatása áll, 2–10 alkalmas konzultáción vehetnek részt a családok.

Az *integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt, perinatális szaktanácsadást* 3 év alatti regulációs zavarokkal küzdő gyermekek esetében alkalmazzuk. A konzultációkon a szülő és a gyermek együtt vesznek részt, így alkalom nyílik arra, hogy megfigyeljük kettejük kapcsolatát, a szülő szenzitivitását, érzelmi kifejezéseit. Megfigyelhetjük, hogy a gyermek fejlődése életkorának megfelelő-e, miként fedezi fel környezetét, hogyan reagál stresszes helyzetekre, és ezeket a helyzeteket a szülő hogyan tudja regulálni. Ezek az információk segíthetnek bennünket a táplálási nehézségek megoldásában. A konzultáción a szülővel részletesen átbeszéljük az evés körülményeit, gyakran használjuk a video-feedback módszerét (Hédervári-Heller, 2008/2020; lásd bővebben a tankönyv Hédervári-Heller és mtsai. által írt tanulmányait).

A perinatális szaktanácsadók elméleti háttértudása által betekintést nyerhetünk a regulációs zavarok mögött húzódó transzgenerációs és perinatális tematikákba is (Varga és mtsai., 2019).

## **Csoportos foglalkozások**

A Központ a csoportos rendszerű foglalkozásokat azoknak a családoknak szánja, akiknél a gyermekek motivációját növelheti a kortársakkal való kapcsolat, amikor a szakmai team nagymértékben számít az utánpótlás – modellkövetés adta előnyökre, valamint, amikor a szülők számára kiemelt segítség lehet az evéshelyezeten lévő fokozott figyelem csökkenése és fókuszának változása, a szülőktársakkal való közös gondolkodás és a tehermegosztás (Dunitz-Scheer és mtsai., 2015).

### **Maszatoló-Csipegető csoport**

A Maszatoló-Csipegető csoport ellátási forma egyik alapja a *szenzoros-integrációs terápiák*<sup>6</sup> elméletén és gyakorlatán nyugszik, másfelől a grazi *NoTube*® „*Play Picnic*” evéshelyzetét igyekszik (lásd bővebben [www.notube.com](http://www.notube.com): lásd keretes szöveg) a Központ adta

---

<sup>6</sup> A *szenzoros integráció* egy neurológiai folyamat, amely a testünkől és a környezetünkől érkező ingerek érzeteit rendezi, és lehetővé teszi, hogy az ingerekre adekvátan válaszoljunk. Központunkban kétféle szenzoros terápia érhető el. A *DSZIT (dinamikus szenzoros integrációs terápia)* egy olyan komplex módszer, ami a résztvevő gyerekeknek játéklehetőségeket kínál fel, melyek segítségével éretlen idegrendszerüket aktív részvételükkel fejleszthetik. A *TSMT (tervezett szenzomotoros tréning)* kidolgozása dr. Lakatos Katalin nevéhez fűződik. A TSMT torna a nagy- és finommozgások fejlesztésével segíti az idegrendszer érsét. A családok mozgásos feladatsorokat kapnak, melyet otthon home-tréning formában végeznek gyermekükkel.

lehetőségekhez igazítani. A zárt csoport 5-7 család részvételével indul, és általában 10 alkalmat foglal magába. (A zárt csoport azt jelenti, hogy a családok vállalják, hogy lehetőség szerint az összes foglalkozáson részt vesznek, és menet közben új családok nem kapcsolódnak be a folyamatba.) A szakemberek, szülők és gyermekek egy *közös terápiás térben* együtt vesznek részt az étkezésen, ahol a jelenlévő felnőttek (szülők és csoportvezetők közösen) a mintaadó szerepét töltik be, a gyermekek pedig az evés kényszere nélkül, saját éhségük és belső motivációjuk által vezetve ismerkednek a felkínált ételekkel. A csoport mindig kiegészül pszichológus által vezetett szülőcsoporttal.

### **Komplex gyógypedagógiai fejlesztésben részesülő gyermekek csoportja**

A komplex gyógypedagógia ellátásban résztvevő gyermekek csoportja általában kisebb létszámmal indul (3-4 család), mint a Maszatoló-Csipegető csoport, hogy a szakemberek nagyobb figyelemmel tudják követni a folyamatokat az egyes gyermekeknél, illetve azonnal korrigálni tudják a helyzetet, ha úgy látják, erre szükség van. A csoport időbeli felosztásában hasonlít a fentiekben felvázolt csoportra: a közös idő első felében játékos helyzetben készíti fel a gyermekeket az ételek nyújtotta információk különböző ingercsatornákon történő befogadására (ennek alapját a *bazális stimuláció elmélete* [Fröhlich, 1996] és a *szenzoros integrációs terápiák* adják), majd egy kötetlen, de a gyermekek egyéni képességeihez igazodó, akadálymentesített helyzetben nyújtja a felkínált ételekkel való szabad ismerkedés lehetőségét („Play Picnic” jelleggel). A csoportos evési helyzet a felkínált ételek repertoárjában, az ételek mennyiségében, valamint szükség esetén a pozicionálással, a téri elrendezéssel teljes mértékben a résztvevő gyermekek fejlődési szintjéhez, egyéni igényeihez és szükségéhez igazodik. A csoport aktív résztvevői a szülők is, akik kellő biztonságérzetet tudnak teremteni a gyermekek számára, hogy a számukra még ismeretlen ingereket és helyzeteket be tudják fogadni. A csoportfolyamatban rendszeres időközönként (kb. kéthavonta) szülőkonzultációt tartanak a csoportot vezető szakemberek.

### **A terápiában való részvétel kontraindikációi (ellenjavallatai)**

Előfordulnak olyan esetek, amikor orvosi kivizsgálás nélkül nem lehet elkezdni az evésterápiát. Ilyen eset, amikor a szájon át történő táplálás veszélyezteti a gyermek életét. Ha felmerül a *nyelési nehezítettség gyanúja*, azonnal *orvosi kivizsgálás* szükséges. Ha a szakemberek úgy látják, hogy a gyermek nem etethető biztonságosan szájon keresztül, szondatáplálásra van szükség.

*Alultápláltság*, a gyermek súlyának csökkenése vagy hosszabb ideje tartó stagnálása esetében szintén nem kezdhetjük el az evésterápiát alapos orvosi kivizsgálás, ellenőrzés nélkül. Később a terápiás folyamat során is szükséges a kezelőorvossal, esetleg dietetikussal rendszeresen tartani a kapcsolatot, teamben dolgozni. Egy belgyógyászati vagy gasztroenterológiai vizsgálat kiderítheti, hogy van-e *ételintoleranciája vagy érzékenysége* a gyermeknek, aminek következtében leállhat a súlygyarapodása, elutasíthatja az étkezést az evés után megjelenő diszkomfort érzete miatt. Ha a vizsgálatok megerősítik, hogy a gyermek testsúlya nem fejlődik megfelelően, annak lehetnek organikus és pszichoszo-

matikus okai is. Példákkal szemléltetve az előbbieket: felmerülhet *anyagcsere-betegség* vagy *fel szívódási zavar* lehetősége is a probléma hátterében. Illetve *szívproblémák* esetén előfordulhat, hogy a gyermek nem érzi az éhséget, vagy nem tud megfelelő mennyiséget fogyasztani az ételekből, mert hamar kifárad.

A Budapesti Korai Fejlesztő Központban szakorvosi kivizsgálásra nincs lehetőség, de a szakemberek és a szülő közös megbeszélései, valamint a külső szakmai kapcsolatok révén segítséget tudunk nyújtani a családoknak a megfelelő orvosi segítség megtalálásában.

## Zárszó

Mióta 2015-ben megalakult az evés-team a Központunkban, évről évre több család keres fel bennünket gyermekük evésproblémái miatt. Kollégáink közül is többen csatlakoztak munkánkhoz, és intézményen kívül is egyre több szakemberrel dolgozunk együtt. Az alkalmazott módszereink bővülnek, finomodnak a megszerzett tapasztalatoknak köszönhetően. Ennek megfelelően az általunk kidolgozott protokoll is folyamatosan változott az elmúlt években a felmerülő igényeknek megfelelően.

## AJÁNLOTT IRODALOM

- Gonzalez, C. (2012). *My Child Won't Eat: How to Enjoy Mealtimes without Worry*. Pinter and Martin, London.
- Manno, C. J., Fox, K., Eicher, P. S., Kerwin, M-L. E. (2005). Early Oral-Motor Interventions for Pediatric Feeding Problems: What, When and How. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(3), 145–159.
- Marinschek, S., Pahsini, K., Scheer, P. (2017). Intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatrics*, 188, 313.
- Vekerdy, Zs., Oláh, É. (2000). *A táplálás és gyarapodás zavarai. Sérült gyermekek ellátásának sajátosságai*. PRRO Bt., Budapest.


## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Arvedson, J. C., Brodsky, L. (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management. 2nd Ed. Early Childhood Intervention Series*. Cengage Learning, Delmar.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children*. ZERO TO THREE, Washington, D.C.
- Dunitz-Scheer, M., Marinschek, S., Pashini, K. (2015). „Introduction to the diagnostic assessment and therapeutic approach for early eating behavior disorders and strategies for prevention, maintenance and weaning by using the Graz-Model of tube weaning” 2015. április 17–18-i BKFK-EGYMI-ben tartott kurzus jegyzetei.

- Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M. et al. (2015). Prevalence of DSM-5 avoidant / restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 464–470.
- Fröhlich, A. (1996). Bazális stimuláció a gyakorlatban. In Márkus, E. (Szerk.) *Halmazottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. 227–322.
- Fröhlich, A., Haupt, U. (1982). Fejlődésdiagnosztika. In Márkus, E. (Szerk.) (1996). *Halmazottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. 141–161.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Kapronyi, Á., Tóth-Vári, I., Váró, A., Szabó, M., Lengyel, A. (2018). *Ajánlás az evési és etetési problémák ellátására. A Budapesti Korai Fejlesztő Központ belső protokollja 0-5 éves korig*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C. Jr., Berall, G., Stuart, S., Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344–53.
- Makó, V. (2018) *Csecsemő- és kisgyermekkorai evésproblémák. Dokumentumelemzés a Budapesti Korai Fejlesztő Központban*. Szakdolgozat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Manno, C. J., Fox, K., Eicher, P. S., Kerwin, M-L. E. (2005). Early Oral-Motor Interventions for Pediatric Feeding Problems: What, When and How. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(3), 145–159.
- Palmieri, M. J., Powers, K. M. (2013). *Feeding Your Child with Autism: A Family-Centered Guide to Meeting the Challenges*. Woodbine House.
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 160–165.
- Szvatkó, A. (Szerk.) (2016). *Billenések. Tanulmánykötet a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (Szerk.) (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok tükrében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Vekerdy, Zs., Oláh, É. (2000). *A táplálás és gyarapodás zavarai. Sérült gyermekek ellátásának sajátosságai*. PRRO Bt., Budapest.
- Winstock, A. (2005). *Eating and Drinking Difficulties in Children: A Guide for Practitioners*. Speechmark.
- Yang, H. R. (2017). How to approach feeding difficulties in young children. *Korean Journal of Pediatrics*, 60(12), 379–384.
- ZERO TO THREE (2016/2019) (Magyar kiadás). DC: 0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkorai lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

## IDÉZETT WEBOLDALAK

- <https://affectautism.com/2019/07/08/foodtime/>  
<http://www.dszit.hu>  
<http://www.bhrg.hu>  
<http://www.jolenni.hu>  
<https://notube.com/about-us/our-studies>  
<http://www.thefloortimecenter.com/parents/programs/floortime-feeding-program/>



**Hivatkozás:** Scheuring, N., Szabó, L. (2020). Koragyermekkorai Evés-alvászavar Ambulancia a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) *A kora gyermekkorai lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest. 190–202.

Fejezetünkben a Koragyermekkorai Evés-alvászavar Ambulancia diagnosztikai tevékenységét és intervenciói lehetőségeit mutatjuk be. Kitérünk az evés és alvászavarok lehetséges okainak bemutatására, melyek tevékenységünk multidiszciplináris megközelítését is magyarázzák. Az interdiszciplináris teammunka elméleti alapjaival is foglalkozunk, amely figyelemfelhívásként is szolgál a terület fontosságára. Célunk az, hogy munkamódszerünk bemutatása hasznos ismereteket nyújtson azoknak a szakembereknek, akik a kora gyermekkorai kóros viselkedési megnyilvánulásokkal szembesülnek.



# KORAGYERMEKKORI EVÉS-ALVÁSZAVAR AMBULANCIA A HEIM PÁL ORSZÁGOS GYERMEKGYÓGYÁSZATI INTÉZETBEN

---

*Scheuring Noémi  
Szabó László*

---

Bevezetés

Az Ambulancia kialakításának célja

Az evészavarok ellátásának szakmai alapja

Az alvászavarok ellátásának szakmai alapja

Szervezeti és működési kapcsolatok

Az Ambulancia munkamódszere

Az Ambulancián működő teammunka

Zárszó

Köszönetnyilvánítás

---

## Bevezetés

Az Ambulancia a *Heim Pál Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai részlegén* kezdte meg működését 2017 januárjában. Itt *evés- és alvászavar* tüneteivel jelentkező, 3 év alatti csecsemőket és kisdedeket látunk el *multidiszciplináris szemlélettel* kisgyermek- és családbarát környezetben. Tevékenységünket teammunkában végezzük egy pontosan meghatározott és dokumentált folyamat szerint. Ebben a folyamatban kapcsolódnak egymáshoz az egyes szakmai területek képviselői – orvos, pszichológus, korai fejlesztésben jártas gyógypedagógus, dietetikus, mentálhigiénés szakember, csecsemő-gyermek szakápoló.

Az Ambulancia munkájának megtervezése óta az *„Infant Mental Health (IMH)”* (csecsemőkori lelki egészség) szakterület tudományos szemlélete – különös tekintettel az interdiszciplináris teammunkára, illetve kapcsolati megközelítésre – és ismeretei inspiráltak és inspirálnak bennünket (pl. Mares és mtsai., 2011; Zeanah és Zeanah, 2019). A korszerű nemzetközi gyakorlatok alapján kívántuk megvalósítani annak hazai alkalmazását. Szakmai tevékenységünk során a szülők elméleti és gyakorlati képzésére is törekszünk. Ennek érdekében szóbeli tanácsadásunk kiegészítéseként tájékoztató füzeteket is készítettünk a szülők számára.

Teammunkánk eredményessége – többek között – a kisgyermekek állapotának rendeződésén, illetve a szülők szakmailag megfelelő támogatásán mérhető le. Gyógyító ellátásunk mellett 2018-tól kutatási munkát is végzünk részletes adatgyűjtéssel. Több hazai és nemzetközi konferencián is szerepeltünk munkáinkkal<sup>1</sup>.

## Az Ambulancia kialakításának célja

Az Ambulancia és csapatunk elkötelezett célja a kisgyermekek és családjaik testi-lelki egyensúlyának támogatása. A kóros vagy annak tartott tünetek felismerése és az intervenció eszközök alkalmazása a gyermekkorban kifejezett jelentőséggel bír (Berens és Nelson, 2018). Programunkban a kisgyermekek kóros tüneteinek *differenciáldiagnózisa és kezelése biopszichoszociális modelleken* alapul (Túry, 2005). Az organikus háttér tisztázása az első lépés. Emellett – a problémának megfelelően, akár párhuzamosan is – diagnosztikai munkánkat a funkcionális és egyéb faktorok feltérképezése is kiegészíti. Szándékunk a problémák megelőzésében és a korai felismerésben való aktív közreműködés. Ennek megvalósításaként szakemberek és szülők számára szervezett szakmai és oktatási programok fokozatos bevezetését tervezzük. Az Ambulancia két fő terület, az evés és alvás nehézségeinek ellátásával foglalkozik.

---

<sup>1</sup> <http://heimpalkorhaz.hu/kutatasi-programok/>

## Az evészavarok ellátásának szakmai alapja

Az evés egy összetett folyamat, melyhez a központi és környéki idegrendszer, a vázizomrendszer, a száj-garat régió, a keringési és légzőrendszer, valamint a gyomor-bélrendszer együttműködése szükséges (Winstock, 2006). *Egy kisgyermek esetében – az IMH kapcsolat orientált megközelítéséből adódóan – az etetés vagy táplálás is a szülő-gyermek kapcsolat kontextusában valósul meg* (Chatoor, 2002). A gyermek fejlődése során a fenti rendszerek összehangolt működésében több ponton támadhat probléma. A gyermekkori táplálási zavarok általában *multifaktoriális (többtényezős)* eredetűek (Keren, 2018). Az egyes kiváltó tényezők szerepe esetenként változik. A diagnosztika során a háttérben fellelhető okok feltárása és hatásainak megítélése a feladatunk.

A gyermekkori evészavaroknak sokáig nem volt egységesen elfogadott meghatározása. Minden szakterület a saját szempontjai szerint kategorizált. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egyik munkacsoportja 2018-ban (Goday és mtsai., 2019, 125. o.) kidolgozott egy átfogó definíciót. E szerint *gyermekkori táplálási zavarnak (Pediatric Feeding Disorder, PFD) az életkornak nem megfelelő orális bevitelt nevezünk, amelyhez szervi ok, tápanyaghiány, az evési készség elmaradása és/vagy pszichoszociális működészavar kapcsolódik* (1. táblázat).

1. táblázat A gyermekkori táplálási zavar javasolt diagnosztikai kritériumai (Goday és mtsai., 2019, 125. o. alapján)

- |   |
|---|
| <p>A) Az életkornak nem megfelelő tápanyagbevitel szájon át, mely legalább két hete tart, és az alábbiakból min. egy társul:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Szervi ok, melynek következményeként (min. egy az alábbiakból):<ol style="list-style-type: none"><li>a) Keringési elégtelenség jelei mutatkoznak szájon át táplálás közben</li><li>b) Félrenyelés vagy ismétlődő aspirációs tüdőgyulladás keletkezik</li></ol></li><li>2. Tápanyag ellátottság zavara, melynek következményeként (min. egy az alábbiakból):<ol style="list-style-type: none"><li>a) Malnutrició (alultápláltság) alakulhat ki</li><li>b) Egy bizonyos tápanyag hiánya, ill. egy vagy több tápanyag jelentősen csökkent bevitelére áll fenn beszűkülő étrend miatt</li><li>c) A megfelelő tápanyag ellátottság csak enterális táplálással (az emésztőrendszerbe folyékony formában bejuttatott), vagy szájon át adott pótlással biztosítható</li></ol></li><li>3. Evési készségek zavara, melynek következményeként (min. egy az alábbiakból):<ol style="list-style-type: none"><li>a) A folyadék vagy az étel állagának módosítása szükséges</li><li>b) A táplálási testhelyzet módosítása vagy segédeszköz használata szükséges</li><li>c) A táplálási stratégia módosítása szükséges</li></ol></li><li>4. Pszichoszociális működészavar, melynek következményeként (min. egy az alábbiakból):<ol style="list-style-type: none"><li>a) A gyermek az etetés, evés során aktív vagy passzív elkerülő viselkedést mutat</li><li>b) A gondozó nem megfelelően kezeli a gyermek táplálását és/vagy tápanyag szükségletét</li><li>c) Evési helyzetben a társas működés zavara mutatkozik</li><li>d) Evéssel kapcsolatos helyzetekben a szülő-gyermek kapcsolatban zavar mutatkozik</li></ol></li></ol> |
| <p>B) Az evészavarra jellemző kognitív folyamatok elégtelensége és a szájon át történő bevitel mintázata nem éhezés vagy bizonyos kulturális normák követésének következménye.</p>  |

Az orvosi diagnosztika alapja a részletes anamnézis felvétel és a fizikális vizsgálat. Ennek során a szülő beszámol a kisgyermek kóros és/vagy kórosnak vélt viselkedési megnyilvánulásairól. A tünetek, panaszok evészavar esetén igen változatosak lehetnek – pl. sírás, köhögés evés közben, gyakori bukás, hányás, törzs hátrafesztése, hasfájásra utaló magatartás stb. (Scheuring és mtsai., 2016). Ezek a problémák akár *organikus betegségre* is utalhatnak, de felmerül a *funkcionális gasztrointesztinális (gyomor-bélrendszeri) kórképek* (Drossman, 2016) fennállásának lehetősége is – pl. bukás, hasfájás, székrekedés stb. A táplálási zavarok kivizsgálásakor komoly kihívást jelent a gyermekorvos számára az, hogy a szülő által panaszolt jelenség hátterében milyen okok állhatnak. Ebben nyújt nagy segítséget a funkcionális gasztrointesztinális kórképekkel foglalkozó *Róma IV. kritériumrendszer* csecsemőkre vonatkozó része<sup>2</sup>. A legújabb, 2016-os kiadás hangsúlyozza, hogy mivel a csecsemő nem tudja megfogalmazni a panaszait, a helyzetet a szülő szűrőjén keresztül érzékeljük. Az orvoshoz fordulás nemcsak a gyermek tünetéről, hanem a család aggodalmáról is szól, melynek mértékét számos tényező befolyásolja. Ennek megfelelően alapvető szempont a család életminőségére gyakorolt hatás figyelembevétele, és egy hatékony terápiás szövetség kialakítása a szülővel a kezelés eredményessége érdekében (Beniga, 2016).

A szülő-gyermek kapcsolat minőségi mutatóinak szűrésére megfelelő módszernek bizonyulhat a *H-MORS-SF skála* (Oates és Gervai, 2019; Oates és mtsai., 2018; Danis és

2. táblázat A kora gyermekkori evészavar kezelésében résztvevő interdiszciplináris team szakemberei (Goday és mtsai., 2019 alapján<sup>3</sup>)

Teamtag	Szakterület	Szerep
Orvos	Csecsemő- és gyermekgyógyász Gyermek gasztroenterológus Fejlesztésneurológus	Szervi okok, betegségek diagnosztizálása és kezelése Teamtagok közötti koordináció
Dietetikus	Táplálkozási és dietetikai szak- tanácsadó	Tápláltsági állapot felmérése Táplálásterápia
Evés specialista	Táplálási zavarok ellátásában tapasztalt logopédus vagy gyógypedagógus	Evési készségek, nyelés felmérése és kezelése
Gyermek- pszichológus	Táplálási zavarok ellátásában tapasztalt (gyermek)pszichológus	Pszichoszociális problémák felmérése és kezelése
Egyéb orvosok	Fül-orr-gégész, tüdőgyógyász, neurológus, fogorvos, gyermek- sebész, pszichiáter, radiológus, allergológus, rehabilitációs szakorvos	Kiegészítő kezelések a szervi okokból adódó egyes tünetek kezelésére

<sup>2</sup> A kritériumrendszer felhívja a figyelmet a kétirányú bél-agy kölcsönhatásra, melynek fontos szerepe van a bélrendszer működésében. Ezekhez a kórképekhez tartozik többek között a kora gyermekkori funkcionális hasfájás, a funkcionális hasmenés és a székrekedés is (Drossman, 2016).

<sup>3</sup> [https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2019/01000/Pediatric\\_Feeding\\_Disorder\\_\\_Consensus\\_Definition.24.aspx](https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2019/01000/Pediatric_Feeding_Disorder__Consensus_Definition.24.aspx) Supplementary Table 5. alapján.

## A 2. táblázat folytatása

Teamtag	Szakterület	Szerep
Ápoló	Csecsemő-gyermek szakápoló	Ellátás koordinálása Kezelés kísérése, asszisztálás Edukáció a tápszerek, gyógyászati segédeszközök használatával kapcsolatban A család támogatása
Szociális munkás	Klinikai szociális munkás, intézeti védőnő, mentálhigiénés szakember	A team által javasolt környezeti, otthoni változtatások megvalósításában közreműködés A család segítése, hogy megfelelő szociális támogatáshoz jussanak otthon és a közoktatásban

mtsai., 2012) alkalmazása a kisgyermekkel foglalkozó szakemberek számára. Protokollunkban mi is alkalmazzuk e rövid skálát.

A gyermekkori táplálási zavarok esetében *átfogó diagnosztika és kezelés* szükséges, mely magában foglal négy szorosan összefüggő szakterületet, az *orvosi, pszichoszociális, az evési készségek fejlődésére vonatkozó gyógypedagógiai és dietetikai* szempontokat (2. táblázat).

A kisgyermek egészséges fejlődése és jólléte érdekében alapvető fontosságú a beavatkozás nélkül megoldódó, *átmeneti táplálási nehézségek és a klinikai jelentőségű zavarok elkülönítése*. A jelenleg rendelkezésre álló tudományos eredmények szerint a viselkedésterápiás és családfókuszú intervenciók megalapozottak – dietetikai ellátással kiegészítve. A szülő bevonása minden esetben szükséges a kezelés során. A gyógyszeres terápia hatékonyságára korlátozott evidencia áll rendelkezésre, elsővonalbeli kezelésként nem javasolt, kiegészítő kezelésként hasznos lehet (Bryant-Waugh, 2019; Khan, 2016; Wilken és Bartmann, 2014).

## Az alvászavarok ellátásának szakmai alapja

Az alvászavarok nagyon gyakoriak gyermekkorban (lásd bővebben Scheuring és mtsai., 2015a, b, c). Jelentőségüket kiemeli, hogy negatívan hatnak a testi, kognitív, szociális és érzelmi fejlődésre, ugyanakkor a megkészt vagy eltérő fejlődés, tanulási problémák, viselkedési zavarok fennállása esetében pedig fokozott az alvászavar kialakulásának valószínűsége (Wise és Glaze, 2019).

A (kora) gyermekkori *elalvási nehézségek és gyakori ébredések* leggyakrabban funkcionális eredetűek, azaz nincs egyértelmű organikus ok, amely megmagyarázná a tüneteket. Ez a részletes anamnézis, a fizikális vizsgálat, az alvásnapló, az alvási környezet, az altatási szokások elemzése során általában megállapítható. További okok vagy súlyosbító tényezők lehetnek: a pszichoszociális stresszorok, az egyes gévészeti, neurológiai, pszi-

chiátriai kórképek, a szorongás. Organikus eredet gyanúja esetén belgyógyászati, neurológiai, fül-orr-gégészeti szakvizsgálatra, EEG-re, polyszomnográfias (PSG) vizsgálatra lehet szükség (Kóbor, 2019; Wise és Glaze, 2019).

Fontos a *szülők tájékoztatása* az egészséges alvási szokások kialakításáról az alvászavarok megelőzése érdekében. A terápiának is ez az első, egyik legfontosabb eleme. További *viselkedésterápiás intervenciók* (esti rutin, pozitív megerősítés, figyelemmegvonás stb.) is igen hatékonyak lehetnek gyermekkori funkcionális alvászavarok kezelésében, melyeket mindig egyénre szabottan kell kialakítani. Gyermekkori alvászavaroknál a gyógyszeres kezelés nem elsővonalbeli terápia (Kóbor, 2019; Owens, 2019; Owens és Burnham, 2018). Amennyiben pszichológiai és/vagy egyéb tényezők is felmerülnek a háttérben, a további ellátásként szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (Hédervári-Heller, 2008/2020), pszichológiai konzultáció, illetve terápia (egyéni, párterápia, családterápia stb.) jöhet szóba.

## Szervezeti és működési kapcsolatok

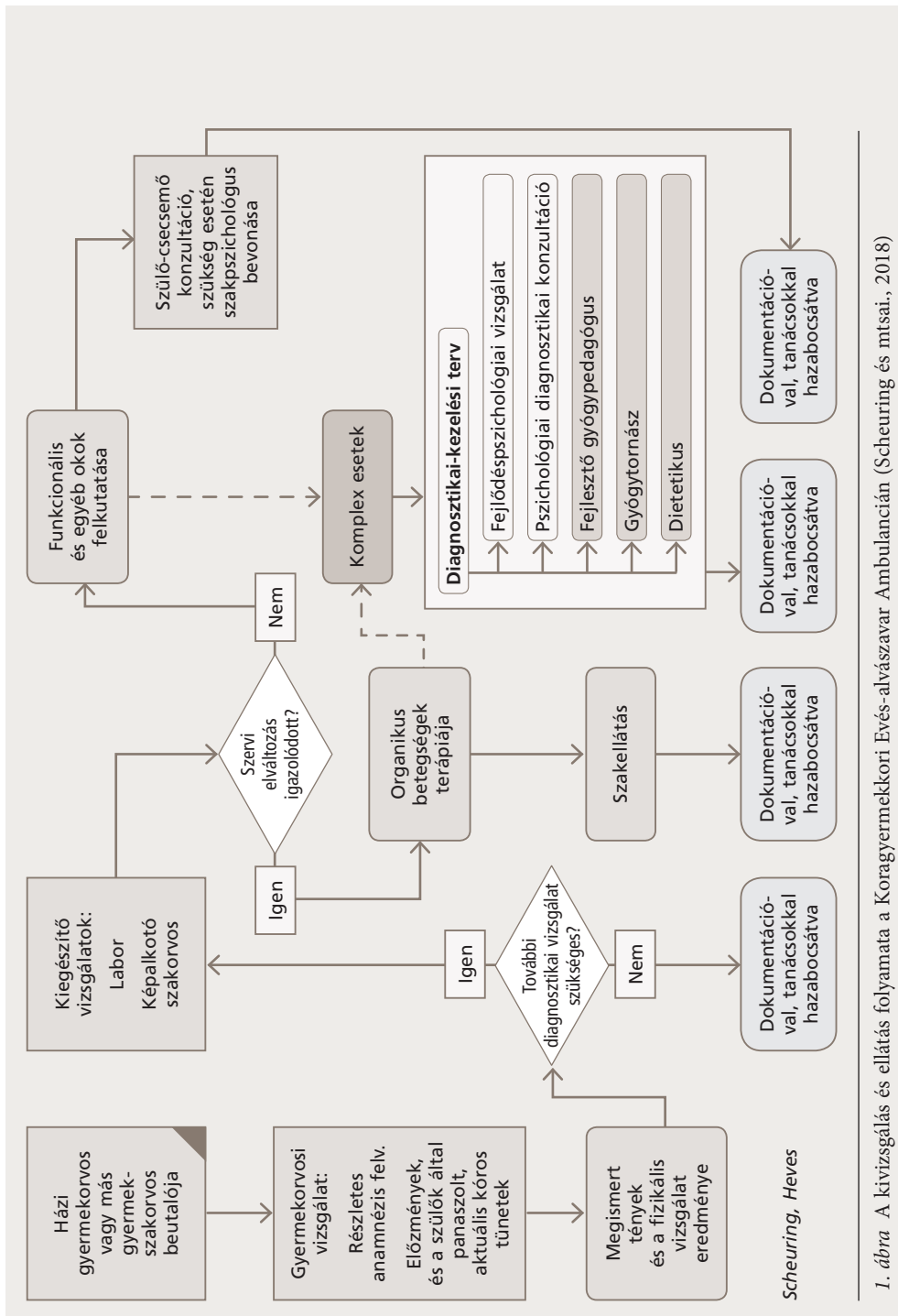
A Koragyermekkori Evés-alszavar Ambulancia a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Belgyógyászati osztályához tartozik. Szoros szakmai kapcsolatot tart fenn a kórház Gasztroenterológiai osztályával, szakrendelésével, a Neurológiai szakrendeléssel és az Alváslaborral. Kórházi védőnővel is felvehető a kapcsolat, amennyiben ez szükséges.

## Az Ambulancia munkamódszere

A Koragyermekkori Evés-alszavar Ambulancia *kivizsgálási és ellátási protokollját* – lásd az 1. ábrát – 2016-ban terveztük meg a biopszichoszociális modell alapján, és azóta is e szerint dolgozunk. Örömmel szolgál, hogy a folyamatunk magába foglalja az evészavarok diagnosztikája során mind a négy fő szakterületet, amelyek a 2018-ban az Egészségügyi Világszervezet egy munkacsoportja által kidolgozott átfogó definícióban szerepelnek (Goday, 2019).

Az ambulanciára a 3 év alatti csecsemők és kisgyermekek családjai az alábbi fő panaszokkal érkeznek: excesszív sírás, nyugtalanság, hasfájás, alvászavar, evészavar. A vizsgálatra való bejelentkezés telefonon történik előre meghatározott rend szerint, melyre házi gyermekorvosi vagy egyéb szakorvosi beutalót kérünk. Ezt mindenképpen fontosnak tartjuk, az eset szempontjából érintett kollégákkal való kapcsolattartás miatt is. Egészségügyi koordinátorunk részletesen tájékoztatja a szülőket a szükséges tudnivalókról.

Az első találkozás részletes *gyermekorvosi anamnézis* felvételből és vizsgálatból áll. A háttérben álló tényezők kutatása az organikus okokkal indul, hiszen a probléma orvosi terápiás beavatkozást is igényelhet, különösen a szomatikus fejlődési elmaradással járó esetekben. Amennyiben szükséges, kórházunkban dolgozó kollégáinktól (gasztro-



1. ábra A kivizsgálás és ellátás folyamata a Koragyermekori Evés-álvászavar Ambulancián (Scheuring és mtsai., 2018)

enterológus, neurológus, fül-orr-gégész, alvásszakértő, egyéb) szakorvosi konzíliumot kérhetünk. Súlyos esetben a diagnosztika és a terápia kórházi megfigyelést és kivizsgálást is igényel (Gulácsi és mtsai., 2017).

A további szempontokat figyelembe véve a *fejlődési állapot, az evéskészség felmérése, a szenzoros feldolgozás és integráció feltérképezése* következik (Morris és Klein, 2000), majd a kezelés megtervezése a korai fejlesztésben jártas gyógypedagógussal (logopédussal) közösen. A komplex ellátás része esetenként a problémának megfelelően a fejlődépszichológiai vizsgálat, illetve a pszichológiai diagnosztikai konzultáció. Ennek során a klinikai szakpszichológia eszköztárával a háttérben feltételezett lelki okok feltérképezése történik.

A *dietetikus* az ellátási folyamat diagnosztikai és terápiás területén is együttműködik a team többi tagjával, emellett a szülők számára önálló tanácsadásra is lehetőség nyílik.

A csecsemő és gyermek szakápolók feladata többek között az ellátás összehangolása, a szülői gondozási tevékenységek nem strukturált keretekben történő megfigyelése és szülői tanácsadás. Az evészavarral küzdő családok számára támogató szaksegítséget nyújtanak, melyre kórházi kezelés esetén különösen nagy szükség van. Kórházi keretek mellett támogató szaksegítséget nyújtanak a szülők számára evés-, alvászavar és extrém sírás tüneteit mutató csecsemők/kisgyermek kezelésénél.

Munkánknak fontos és egyik legnehezebb része annak a felmérése, hogy a különböző kórosnak vélt viselkedési megnyilvánulások, jelzések mennyiben igényelnek aktivitást a diagnosztikában, illetve a terápiában. Az oki háttér minél pontosabb megközelítését, majd a kezelést csapatunk összehangolt munkájával érhetjük el, az előre meghatározott folyamat alapján (Scheuring és mtsai., 2018).

## Az Ambulancián működő teammunka

Amikor „*team*”-ről beszélünk, nem csupán a különböző szakterületekről érkező, speciális ismeretekkel bíró szakemberek közös csoportját értjük alatta (3. táblázat). A team vagy munkacsoport meghatározására több definíció létezik. Munkánk során az alábbi tartjuk hozzánk legközelebb állónak: „*A team emberek olyan csoportja, akik az információk, az erőforrások és a készségek tekintetében egymástól függenek, és akik erőfeszítéseiket a közös cél elérése érdekében egyesítik.*” (Thompson, 2008, 4. o.)

Az Ambulancián működő team tagjai:

- gyermekszakorvos szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens végzettséggel,
- gyermek- és ifúsági klinikai szakpszichológus, anya-csecsemő konzulens,
- fejlesztésben jártas gyógypedagógus szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens végzettséggel,
- dietetikus,
- csecsemő-gyermek szakápoló,
- adminisztrátor,
- egyéb szakterületek.

A hatékony teamre jellemző az, hogy a team tagjai a feladatokat folyamatba illesztve végzik el, meghatározott tevékenységi és felelősségi körök szerint. A team egy valódi



csapat, ami meghatározott területen tevékenykedve, hosszabb-rövidebb ideig állandó tagokkal rendelkezik, akik kölcsönösen függő munkakapcsolatban állnak egymással (Hackman, 2002).

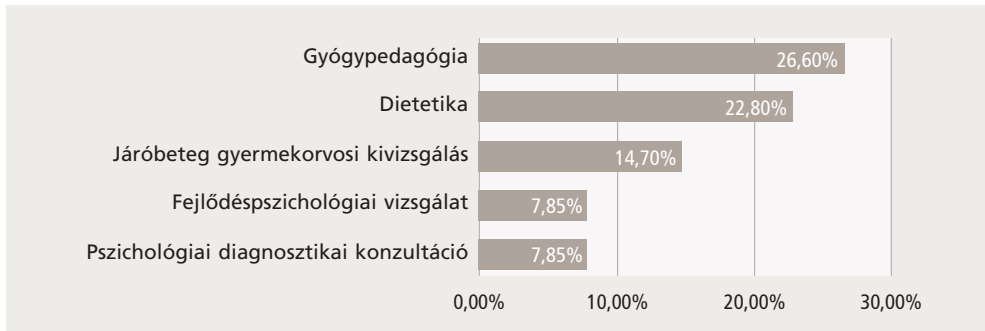
A csapat tagjai olyan környezetet teremtenek, ahol egymáshoz kapcsolódó tevékenységük révén, közösen sokkal többel tudnak hozzájárulni a közös cél eléréséhez, mint egyéneként külön-külön. A teamtagok közötti kapcsolattartás nyílt, őszinte és támogató, amely lehetővé teszi a team tagjai közötti hatékony együttműködést. A team tagjai hajlandóak konstruktív kritikát adni és fogadni, valamint hiteles visszajelzést adni egymásnak (Tarricone és Luca, 2002).

Az Ambulancián dolgozó csoportunk *multidiszciplináris* szemléleti alapokról kiindulva, *interdiszciplináris* módon működik.

A multidiszciplináris megközelítést a társszakmák képviselőinek bevonásával segítjük elő. Közös célunk eléréséhez – mely a kisgyermek és családjaik problémáinak hatékony kezelése – az interdiszciplináris teammunka jellemzői (Victoria's hub for health services & business, 2019) szerint tevékenykedünk.

Az interdiszciplináris team munkáját a *hálózat alapú (networking) tevékenység* és a tagok egymáshoz kapcsolódó, egymástól függő tevékenysége jellemzi. A csoport tagjai tisztában vannak a hozzájuk rendelt részfeladatokkal, a csapatban betöltött szerepükkel, valamint felelősségi körükkel. Az interdiszciplináris szemléletmódú teammunka további előnye az, hogy a különböző szakmai területek eltérő látásmódja és módszertani megközelítése többdimenziós elemzést tesz lehetővé (Victoria's hub for health services & business, 2019).

2017. január és 2019. január között közel 420 csecsemő és kisgyermek került ellátásra. Az ellátásban az egyes szakmák a 2. ábrán feltüntetett arányban vettek részt.



2. ábra A különböző ellátási formák aránya az Ambulancia munkájában (2017–2018)

A kora gyermekkori intervenció egészségügyi és a korai fejlesztés szakterületei felől nyújthatunk ellátást az érintettek számára – a gyermekgyógyászat és a társszakmák, a csecsemő/kisgyermekgondozás, a pszichológia, a gyógypedagógia, a dietetika szakterületeinek bevonásával. A problémák ellátása részben ambuláns kereteken belül megoldható, más esetekben egyéb szakellátási hely felkeresésére adunk javaslatot. A speciális intézménybe történő átirányítás a szülők részletes tájékoztatása alapján történik.

## Zárszó

Bízunk abban, hogy a *Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia* tevékenysége jó gyakorlatnak bizonyul, és követésre talál hazánkban: a kora gyermekkorban biztosított széles körű szakmai intervenció eszközök és eljárások, valamint a problémával küzdő kisgyermek és családjaik számára nyújtott szaksegítség mellett a prevenciót is támogathatja.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki Gulácsi Ágnesnek, aki értékes szakmai munkájával hozzájárult a kora gyermekkori evés- és alvászavar ellátásának bemutatásához.

## AJÁNLOTT IRODALOM

- Goday, P. S. et al. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124–129.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Keren, M. (2018). Eating and Feeding Disorders in Early Childhood. In Zeanah, C. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health (4th Edition)*. The Guilford Press, New York-London. 383–397.
- Kóbor, J. (2019). Alvás és alvászavarok. In Hollódi, K. (Ed.) *Gyermekneurológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 481–491.
- Owens, J., Burnham, M. M. (2018). Sleep Disorders. In Zeanah, C. H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health (4th Edition)*. The Guilford Press, New York-London. 363–382.
- Scheuring, N., Danis, I., Karoliny, A., Szabó, L. (2016). Az első három életév táplálási és táplálkozási zavarai organikus és funkcionális nézőpontból. *Lege Artis Medicinæ*, 26(5–6), 247–54.

## FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Benninga, M. A., Faure, C., Hyman, P. E., St James Roberts, I., Schechter, N. L., Nurko, S. (2016). Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*, 150(6), 1443–1455.
- Berens, A. E., Nelson, C. A. (2018). Neurobiology of Fetal and Infant Development. In Zeanah, C. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health (4th Edition)*. The Guilford Press, New York-London. 51–71.
- Bryant-Waugh, R. (2019). Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 157–167.
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders of infancy and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 11, 163–183.

- Danis, I., Scheuring, N., Gervai, J., Oates, J. M., Czinner, A. (2012). A rövidített Szülő-csecsemő Kapcsolat Skála magyar változatának (H-MORS-SF) pszichometriai mutatói nagy mintán. *Psychiatria Hungarica*, 27(6), 392–405.
- Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150, 1262–1279.
- Goday, P. S. et al. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124–129.
- Gulácsi, Á., Scheuring, N., Karoliny, A., Nagy, E., Lőrincz, M. (2017). Sikeres leszoktatás szondatáplálásról multidiszciplináris terápiával. *Gyermekgyógyászat*, 68 (1), 46–49.
- Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: Setting the stage for great performances*. Harvard Business School Press, Boston.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest.
- Khan, Z. és mtsai. (2016). Nutritional/Growth Status in a Large Cohort of Medically Fragile Children Receiving Long-Term Enteral Nutrition Support. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62, 157–160.
- Keren, M. (2018). Eating and Feeding Disorders in Early Childhood. In Zeanah, C. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health (4th Edition)*. The Guilford Press, New York-London. 383–397.
- Kóbor, J. (2019). Alvás és alvászavarok. In Hollódi, K. (Ed.) *Gyermekneurológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 481–491.
- Mares, S., Newman, L., Warren, B. (2011). Introduction to infant mental health. In *Clinical Skills in Infant Mental Health. The first three years*. ACER Press. 3–25.
- Morris, S. E., Klein, M. D. (2000). The Sensory Challenges of Mealtime. In Morris, S. E., Klein, M., D. (Eds.) *Pre-Feeding Skills (2<sup>nd</sup> Edition)*. PRO-ED, Austin, Texas. 277–291.
- Oates, J., Gervai, J. (2019). Mothers' Perceptions of Their Infants. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 33(4), 282–300.
- Oates, J., Gervai, J., Danis, I., Lakatos, K., Davies, J. (2018). Validation of the Mothers' Object Relations Scales Short-Form (MORS-SF). *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 33(1), 38–50.
- Owens, J., Burnham, M. M. (2018). Sleep Disorders. In Zeanah, C. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health (4th Edition)*. The Guilford Press, New York-London. 363–382.
- Owens, J. A. (2019). *Behavioral sleep problems in children*. <https://www.uptodate.com>.
- Scheuring, N., Danis N., Karoliny A., Szabó L. (2016). Az első három életév táplálási és táplálkozási zavarai organikus és funkcionális nézőpontból. *Lege Artis Medicinae*, 26(5–6), 247–54.
- Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015a). Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban, *Gyermekgyógyászat*, 66(2), 108–113.
- Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015b). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat*, 66(3), 149–154.
- Scheuring, N., Danis, I., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015c). Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat*, 66(4), 208–215.
- Scheuring, N., Gulácsi, Á., Tóth, F., Ágoston, O., Siba, M., Kecskeméti, J., Szabó, L. (2018). Koragyermekkorai Évés-alvászavar Ambulancia a Heim Pál Gyermekkorházban. *Gyermekgyógyászat*, 69(3), 150–156.
- Tarricone, P., Luca, J. (2002). Successful team work: A case study. In *Quality Conversations, Proceedings of the 25th HERDSA Annual Conference*, Perth, Western Australia, 7–10 July. 640–646.
- Thompson, L. L. (2008). Team in Organizations. Fact and Myths. In Thompson, L. L. (Ed.) *Making the team: a guide for managers (3rd Ed.)*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey. 3–21.

- Túry, F. (2005). Az orvoslás szemléleti modelljei – A biopszichoszociális modell. In Kopp, M., Berghammer, R. (Szerk.) *Orvosi Pszichológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 32–43.
- Victoria's hub for health services & business. (2019). *An interdisciplinary approach to caring*. <https://www2.health.vic.gov.au/>
- Wilken, M., Bartmann, P. (2014). Posttraumatic Feeding Disorder in Low Birth Weight Young Children: A Nested Case–Control Study of a Home-Based Intervention Program. *Journal of Pediatric Nursing* (29), 466–473.
- Winstock, A. (2006). Normal development of eating and drinking, In Winstock, A. (Ed.) *Eating and drinking difficulties in children: a guide for practitioners*. Speechmark Publishing Ltd. 4–24.
- Wise, M. S., Glaze, D. G. (2019). *Assessment of sleep disorders in children*. <https://www.uptodate.com>
- Wise, M. S., Glaze, D. G. (2019). *Sleep physiology in children*. <https://www.uptodate.com>
- Zeanah, Jr., C. H., Zeanah, P. D. (2019). Infant Mental Health – The Clinical Science of Early Experience. In Zeanah, Jr., C. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health*. The Guilford Press. 16–35.

# AJÁNLOTT SZAKMAI FORRÁSOK

---

Nemzetközi szakirodalom érdeklődő  
olvasóknak és hazai kiadóknak

Szakfolyóiratok

Szakmai információs weboldalak

## Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak

- Barlow, J., Svanberg, P. O. (Eds.) (2009). *Keeping The Baby In Mind: Infant Mental Health in Practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S., Tronick, E. (Eds.) (2014). *Infant and Early Childhood Mental Health: Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M. T. (Eds.) (2007). *Enhancing Early Attachments*. The Guilford Press.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children*. ZERO TO THREE.
- DeGangi, G. A. (2017). *Pediatric Disorders of Regulation in Affect and Behavior: A Therapist's Guide to Assessment and Treatment* (2nd ed.) Routledge/Taylor & Francis Group.
- Greenspan, S. I., Wieder, S. (2005). *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive, Developmental Approach to Assessment and Intervention*. American Psychiatric Association.
- Luby, J. L. (Ed.) (2009). *Handbook of Preschool Mental Health. Development, Disorders and Treatment*. 1<sup>st</sup> Ed. The Guilford Press.
- Luby, J. L. (Ed.) (2017). *Handbook of Preschool Mental Health. Development, Disorders and Treatment*. 2<sup>nd</sup> Ed. The Guilford Press.
- Osofsky, J. D., Fitzgerald, H. E. (2000). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health. Vol. 1-4*. Wiley.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. ZERO TO THREE.
- Sameroff, A. J., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L. (Eds.) *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. The Guilford Press.
- Shirilla, J. J., Weatherston, D. J. (Eds.) (2002). *Case studies in infant mental health: Risk, resiliency and relationship*. ZERO TO THREE.
- Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development.
- Shulman, C. (2016). *Research and Practice in Infant and Early Childhood Mental Health (Children's Well-Being: Indicators and Research Book)*. Springer.
- Summers, S. J., Chazan-Cohen, R. (2012). *Understanding Early Childhood Mental Health – A Practical Guide for Professionals*. Brookes Publishing.
- Steele, H., Steele, M. (Eds.) (2017). *Handbook of Attachment-Based Interventions*. The Guilford Press.
- Tyano, S., Keren, M., Herrman, H., Cox, J. (2010). *Parenthood and Mental Health: A bridge between infant and adult psychiatry*. Wiley-Blackwell.
- Warren, B., Newman, L. K., Mares, S. (2011). *Clinical Skills in Infant Mental Health: The First Three Years*. 2<sup>nd</sup> Ed. ACER Press.
- Zeanah, Jr. C. H. (Ed.) (1993). *Handbook of Infant Mental Health, 1st ed.* The Guilford Press.
- Zeanah, Jr. C. H. (Ed.) (2000). *Handbook of Infant Mental Health, 2nd ed.* The Guilford Press.
- Zeanah, Jr. C. H. (Ed.) (2009). *Handbook of Infant Mental Health, 3rd ed.* The Guilford Press.
- Zeanah, Jr. C. H. (Ed.) (2018). *Handbook of Infant Mental Health, 4th ed.* The Guilford Press.
- ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. ZERO TO THREE. (Magyar kiadás: 2019 – DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.)

## Szakfolyóiratok

Infant Mental Health Journal (A WAIMH hivatalos szakfolyóirata)

Perspectives in Infant Mental Health (korábban: Signal; a WAIMH ingyenesen letölthető folyóirata:

[https://waimh.org/page/perspectives\\_in\\_infant\\_mental\\_health](https://waimh.org/page/perspectives_in_infant_mental_health))

ZERO TO THREE Journal (A ZERO TO THREE szervezet szakfolyóirata)

## Szakmai információs weboldalak

Center on the Developing Child at Harvard University: <https://developingchild.harvard.edu/>

WAIMH: [www.waimh.org](http://www.waimh.org)

ZERO TO THREE: [www.zerotothree.org](http://www.zerotothree.org)





# TARTALOM

A KÖNYV SZERZŐI, SZERKESZTŐI, SZAKMAI LEKTORA .....	7	
A SZERKESZTŐK ELŐSZAVA .....	15	
<b>I. RÉSZ</b>		
<b>MÓDSZERTANI ALAPOK .....</b>	<b>19</b>	
<b>CSECSEMŐMEGFIGYELÉS A SZÜLŐ-CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓBAN ÉS TERÁPIÁBAN .....</b>		<b>20</b>
Bevezetés .....	22	
A megfigyelés sokszínűsége .....	22	
A megfigyelés típusai és jellemzői .....	23	
Megfigyelési technikák, módszertanok a kora gyermekkori kutatásokban és a klinikumban .....	24	
Csecsemőmegfigyelés – források, fogalmak, folyamatok .....	28	
A csecsemőmegfigyelés története .....	28	
A csecsemő kompetenciája, az anya ráhangolódása, mentalizáció – a kapcsolódás felületei, sajátosságai .....	34	
Az interakció .....	35	
A szülői szenzitivitás .....	37	
Általános szempontok a megfigyelés elemeiről .....	39	
A videoteknika alkalmazása .....	40	
Csecsemőmegfigyelés a Hédervári-Heller és Németh által kidolgozott integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációban és terápiában (ISZCSK-ban) .....	41	
Zárógondolatok .....	45	
<b>A SZÜLŐ-CSECSEMŐ-TERAPEUTA/KONZULENS KAPCSOLAT PSZICHODINAMIKUS MEGKÖZELÍTÉSE .....</b>		<b>50</b>
Bevezetés .....	52	
Regulációs zavarok a fejlődés korai szakaszában .....	54	

Elméleti megalapozottságú intervenció a szülő-csecsemő/kisgyermek pszichoterápiában .....	54
Elméleti megközelítés .....	54
Az interszjektív kapcsolati megközelítés .....	57
Videotechnika és videós visszajelzés .....	57
Az elmélettől a gyakorlatig .....	58
Első esettanulmány .....	58
Második esettanulmány .....	61
Zárszó .....	66

<b>A KORA GYERMEKKORI SZÜLŐ-GYERMEK KAPCSOLATOT ÉS LELKI EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ NEMZETKÖZI PROGRAMOKRÓL, MÓDSZEREKRŐL – FÓKUSZBAN: A KAPCSOLAT- ÉS KÖTŐDÉSALAPÚ INTERVENCIÓK .....</b>	<b>70</b>
Bevezetés – erősségek és kihívások .....	72
A kora gyermekkori kapcsolatfókuszú intervenciók köre .....	74
Komplex intervenció programok .....	74
Szülőséget, nevelést támogató programok .....	76
Kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók .....	77
Elméleti bevezetés: a kötődésalapú intervenciók indokoltságához és megalapozottságához .....	77
Intervenció célkitűzések .....	83
Intervenciók hatékonysága: kinek mi működik? .....	85
Konzultációs és pszichoterápiás irányzatok .....	88
Kapcsolat- és kötődésalapú intervenció programok .....	90
Összefoglalás és zárszó .....	92
Melléklet .....	93
Szülőséget, nevelést támogató programok .....	93
Kapcsolat- és kötődésalapú intervenció programok .....	93

## II. RÉSZ

### **HAZAI MÓDSZEREK, IRÁNYZATOK ÉS KÉPZÉSEK .....**

<b>AZ INTEGRÁLT SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ (ISZCSK) ÉS TERÁPIÁS KEZELÉS KEZDETE ÉS FEJLŐDÉSE MAGYARORSZÁGON .....</b>	<b>106</b>
Bevezetés .....	108
Történeti gyökerek a kora gyermekkori pszichoszomatikus problémák hazai kezelésében .....	109

Az Integrált Szülő-Csecsemő Konzultáció (ISZCSK) Magyarországon .....	110
Az ISZCSK képzés – A kezdetek .....	110
Az oktatói team .....	111
Szakmai konferenciák .....	111
A képzés célja és tartalma röviden .....	112
A képzést követő szakmai munka – Az Integrált Szülő-Csecsemő Konzulensek Magyarországi Csoportjának tevékenysége .....	114
Az ISZCSK által ösztönzött egyéb képzések .....	118
A konzultációs munka a mindennapokban – eredmények és megoldásra váró feladatok .....	119
Összefoglalás és kitekintés .....	119
CSECSEMŐ-SZÜLŐ KAPCSOLATDIAGNOSZTIKA ÉS KONZULTÁCIÓ .....	122
A képzés szemlélete és célja .....	124
A képzés felépítéséről röviden .....	124
A képzés indításának elméleti háttere: regulációs problémák és zavarok a kora gyermekkori ellátásban .....	126
Az interdiszciplináris szemlélet és a teammunka a diagnózis alkotásában .....	127
A kapcsolati szemlélet gyökerei és beemelése a képzésbe .....	127
Pszichoanalitikus fejlődépszichológia és kötődésemélet .....	128
Pszichoanalitikus baba-mama terápia .....	128
A videotechnika szerepe: interakciós mintázatok és a szabályozás fejlődése az anya-csecsemő kapcsolatban .....	129
A passzív résztvevő csecsemőmegfigyelés a szakemberképzésben .....	130
A videóalapú résztvevő megfigyelés gyakorlata a Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció képzésben .....	131
A megfigyelések feldolgozása .....	131
A videóalapú résztvevő megfigyelés tapasztalatai: összefoglalás .....	132
A résztvevő megfigyelés intézményi szinterei .....	132
A kapcsolatdiagnosztika gyakorlata .....	133
A probléma feltárása – a Kapcsolatdiagnosztikai első interjú (KDI) .....	133
A regulációs probléma/zavar mintázatainak feltérképezése: a Tematikus regulációs interjú (TRI) .....	134
A regulációs zavar mintázatainak megfigyelése: az interakciós vizsgálatok .....	134
Kapcsolatdiagnosztikai eszközök – strukturált helyzetek .....	135
A komplex kapcsolatdiagnosztikai profil és az intervenció tervezése .....	135
Etikai szempontok és kompetencia lehetőségek .....	136
Zárszó .....	136
Köszönetnyilvánítás .....	137

AZ EGO KLINIKA SZEMLÉLETE, MÓDSZERTANA A KORA GYERMEKKORI LELKI EGÉSZSÉG TÁMOGATÁSÁBAN .....	140
Az Ego Klinika tevékenysége: terápiák, képzéseink és a csecsemőmegfigyelés .....	142
A csecsemőmegfigyelés módszertana és jelentősége .....	143
Összegzés .....	147

ANYA-CSECSEMŐ TERÁPIA A VADASKERT KÓRHÁZ SZAKAMBULANCIÁJÁN – SZEMLÉLETI ÉS MÓDSZERTANI BEMUTATKOZÁS .....	148
Bevezetés .....	150
A csecsemő jelenlétének szerepe a terápia folyamatában .....	151
Pszichiátriai problematikák gyógyítása a perinatális időszakban .....	152
Csecsemőkori önszabályozási zavarok gyógyítása .....	154
Zárszó .....	157

### III. RÉSZ

<b>HAZAI MODELLPROGRAMOK .....</b>	<b>161</b>
------------------------------------	------------

AZ ELSŐ MAGYARORSZÁGI MODELLPSZICHIÁTRIAI BETEG SZÜLŐK ÉS GYERMEKEIK EGYÜTTKEZELÉSÉRE .....	162
Bevezetés .....	164
A perinatális időszak orvosi kihívásai, a mentális problémák jelentősége .....	164
Az Együtt Program jelentősége a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok kezelésében .....	167
Együtt (Baba-Mama-Papa, BMP) Program .....	167
Személyre szabott kezelés és a hazai irányelv születése .....	168
A kutatási terv .....	169
Főbb terápiás módszerek .....	169
Az interdiszciplináris megközelítés előnyei .....	170
A team munkája .....	171
Az Együtt Program számokban – néhány statisztikai jellemző .....	172
Gyakorlati, interdiszciplináris teammunka változó egészségügyi környezetben .....	173
Szakmai és médiakommunikáció a programról .....	174
Összefoglalás és zárszó .....	174

A JÓLENNI EVÉSTERÁPIÁS MUNKA A BUDAPESTI KORAI FEJLESZTŐ KÖZPONTBAN .....	178
Bevezetés .....	180
Teammunka .....	182
Az ellátás folyamata .....	182
Szűrő kérdőív .....	183
Az évesvizsgálat .....	183
Intervenciók .....	184
Egyéni foglalkozások .....	184
Csoportos foglalkozások .....	186
A terápiában való részvétel kontraindikációi (ellenjavallatai) .....	187
Zárszó .....	188

KORAGYERMEKKORI EVÉS-ALVÁSZAVAR AMBULANCIA A HEIM PÁL ORSZÁGOS GYERMEKGYÓGYÁSZATI INTÉZETBEN .....	190
Bevezetés .....	192
Az Ambulancia kialakításának célja .....	192
Az evészavarok ellátásának szakmai alapja .....	193
Az alvászavarok ellátásának szakmai alapja .....	195
Szervezeti és működési kapcsolatok .....	196
Az Ambulancia munkamódszere .....	196
Az Ambulancián működő teammunka .....	198
Zárszó .....	200
Köszönetnyilvánítás .....	200

<b>AJÁNLOTT SZAKMAI FORRÁSOK .....</b>	<b>203</b>
Nemzetközi szakirodalom érdeklődő olvasóknak és hazai kiadóknak .....	204
Szakfolyóiratok .....	205
Szakmai információs weboldalak .....	205

## Képek jegyzéke és köszönetnyilvánítás

A kötetekben szereplő szabadon felhasználható fotók forrásai az alábbi internetes oldalak (Unsplash, Pixabay). Az oldalak előírásai alapján minden olyan esetben, ahol (felnőtt) személyek felismerhetők a fotókon, engedélyt kértünk a felhasználásra.

Szeretnénk köszönetünket kifejezni a fotók készítőinek, hogy kötetekben illusztrációként használhattuk fel alkotásaikat.

Borítókép: <https://pixabay.com/hu/photos/baba-fi%C3%BA-portr%C3%A9-boldog-gyermek-390555/> (Készítette: Lisa Runnels, Magee, USA)

20–21. o. <https://unsplash.com/photos/fwjsBPbRm4g>  
(Készítette: Zach Lucero, Oklahoma City, USA)

50–51. o. <https://unsplash.com/photos/WvVyudMd1Es>  
(Készítette: Kelly Sikkema, Boston, USA)

70–71. o. <https://pixabay.com/hu/photos/emberek-apa-f%C3%A9rfi-olvas%C3%A1s-k%C3%B6nyv-2557508/>

106–107. o. <https://unsplash.com/photos/rpPvrOQmR2s>  
(Készítette: Caleb Jones, Atlanta, USA)

120–121. o. <https://unsplash.com/photos/B46mx7HGOPk>  
(Készítette: Marcin Jozwiak, Lengyelország)

140–141. o. <https://unsplash.com/photos/aUtvHsu8Uzk>  
(Készítette: Hollie Santos)

148–149. o. <https://unsplash.com/photos/ZTSiID1W7-o>  
(Készítette: Sharon McCutcheon, New England, USA)

162–163. o. <https://unsplash.com/photos/RcgiSN482VI>  
(Készítette: Echo Grid, Hollandia)

178–179. o. <https://unsplash.com/photos/5za6niH4qpw>  
(Készítette: Providence Doucet, Crabtree QC, Canada)

190–191. o. <https://unsplash.com/photos/Mu6RjGUzrQA>  
(Készítette: Peter Oslanec, Szlovákia)

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

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



Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

*Hogyan támogatható a lelki egészség a kora gyermekkorban?* Biztosíthatom a válasza kíváncsi olvasót, hogy a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének kétkötetes szakkönyve ebből a kérdésből kiindulva olyan utazásra invitálja, amelyen a sokszínű háttérrel rendelkező „idegenvezetőknek” köszönhetően megismerheti a kötelező „látványosságokat” és az „egzotikumokat” egyaránt. Számíthat rá, hogy minden szükséges és sok-sok lehetséges – azaz különleges és egyedi szakmai tapasztalatra épülő – nézőpontból tanulhat és gondolkodhat el a jelenleg rendelkezésünkre álló elméleti és gyakorlatban működő válaszokról. Egyszóval, a kora gyermekkorral foglalkozó szakemberek számára a kötetek által bejárható út: kihagyhatatlan.

*Egyed Katalin, PhD*