ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet (1)
Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Szentendrei Tagintézménye, Pomáz (2)
Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Gödöllői Tagintézménye (3)
Országos Gyermekegészségügyi Intézet (4)

3 Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció

PRÓNAY BEÁTA (1), GÓCZÁN-SZABÓ ILDIKÓ, DARITSNÉ RAJZÓ ÉVA (2), JÁNOSINÉ KAKUK SAROLTA (3), NÉMETH TÜNDE (4)
pronaybea@gmail.com, ildigosza@gmail.com, eva.rajzo@gmail.com, kakuksaci@gmail.com, dr.nemeth.tunde@gmail.com

Absztrakt
Magyarországon a szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció egy kialakulóban lévő új szakma, mely integrált elméleti és módszertani bázison a regulációs zavarok kezelésére hivatott. Bár a gyermek fejlődésének korai időszakában ezek a problémák aránylag gyakran előfordulnak, a szakemberek képzése a regulációs zavarok felismerésére és a szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció komplex, integrált módszertanán nyugvó kezelésére még csak az utóbbi években kezdődött meg. Az atipikus fejlődésű gyermekek és szűkebb-tágabb környezetük is érintett lehet a regulációs zavarok szempontjából, azok felismerése és kezelése azonban mindeddig kevéssé tartozott a gyógypedagógusok figyelemkörébe.

Kulcsszavak: szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció, regulációs zavarok, korai intervenció, gyógypedagógia

Bevezető gondolatok

A 20. század nagy vívmánya, hogy sok évszázad után a pedagógia, az egészségügy és a pszichológia a gyermeki fejlődést végre egyre inkább a maga kiapadhatatlan sokszínűségében, megismételhetetlenségében, a személyes jövőt és életminőséget meghatározó jelentőségében szemlélte. Nyilvánvalóvá vált, hogy a gyermek pszichés fejlődése saját környezetében, annak szűkebb és tágabb rendszereiben, és a mindennapokat átszövő kapcsolatokban értelmezhető (BRONFENBRENNER 1979, 1986, 1994). A kötődéselméleti kutatások még inkább megvilágították, hogy az első életév(ek) során a csecsemő igényeit szem előtt tartó, számára biztonságot nyújtó szeretetkapcsolat teherbíróbbá teszi a gyermeket, a környezet megismerésére és tanulásra inspirálja, valamint erős hatással lehet a felnőttkori kapcsolódási mintáira (BOWLBY 1969; AINSWORTH–BLEHAR–WATERS 1978).

Az Infant Mental Health Task Force of Zero To Three („Az Egytől Háromig Csecsemő Mentális Egészsége Munkacsoportja") definíciója (2001: 1) szerint „a csecsemő mentális egészsége az első három életévben arra alapozódva formálódik, hogy megéli és megtanulja szabályozni, kifejezni az érzelmeit, közeli interperszonális kapcsolatokat alakít ki, felfedezi a környezetét, és tanul – mindezt családi, közösségi kontextusban, a kisgyermekek mentális egészségét szolgáló feltételek között. A csecsemő mentális egészsége az egészséges szocio-emocionális fejlődés szinonimája" (Lieberman 2004: 340).

Nem minden gyermek rendelkezik olyan biológiai adottságokkal, és nevelkedik olyan pszicho-szociális körülmények között, melyek biztosítják a harmonikus fejlődést. Kutatók a vizsgálataik alapján állítják, hogy a csecsemők és kisgyermekek mintegy 20%-ánál áll fenn viselkedésszabályozási zavar (Papousek–Schieche–Wurmser 2007). A csecsemő pszichoszomatikus tüneteinek és regulációs nehézségeinek minél korábbi felismerése és kezelése jelentős védőfaktor a későbbi egészséges személyiségfejlődést illetően, ugyanakkor az erre utaló jelek fel nem ismerése komoly kockázatot jelent a gyermekkori neurotikus tünetek megjelenésére, vagy súlyosabb esetben akár később manifesztálódó komolyabb pszichés megbetegedések alakulására vonatkozóan. A tünetek felismerése, az úgynevezett korai regulációs zavarok diagnosztizálása és kezelése elsősorban az elsődleges gondozó személlyel (többnyire az anyával) együtt, a családban megélt napi interakciók és az ezek révén formálódó kapcsolat dinamikájában ragadható meg (Hédervári-Heller 2008; Lieberman 2004).

Regulációs zavarok csecsemő- és kisdedkorban

Az első életév regulációs zavarai leggyakrabban a nem organikus hátterű excesszív sírásban, tartós nyugtalanságban, alvászavarokban és táplálkozási-gyarapodási nehézségekben nyilvánulnak meg. E klasszikus regulációs zavarok mellett a második életévben megjelenhet – tartósan fennálló interakciós félresiklások, illetve kötődési problémák hatásaként – a játék iránti érdeklődés csökkenése, a túlzott, tartós dacreakció, az elválástól való extrém félelem, gyakori kontrollálhatatlan dühroham, szokatlan mértékű, önmagára, más személyekre, a tárgyi környezetre irányuló agresszió, szokatlan mértékű testvérféltékenység (Hédervári-Heller 2008).

Sajnos a nagy klasszifikációs rendszerek még nem követik a korai életkor pszichodiagnosztikájának ezirányú finomodását. A korai regulációs zavar fogalma sem a BNO-10-ben (Betegségek Nemzetközi Osztályozása-10), sem a DSM-5-ben (Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5; American Psychiatric Association 2013; DSM-5 2013), sem annak referencia kézikönyvében (Nussbaum 2013) nem jelenik meg, a rendszer nem emeli ki a csecsemőkort mint különös jelentőségű időszakot. Irányadó lehet viszont az amerikai „Zero To Three" National Center for Infants, Toddlers and Families klasszifikációs rendszere, a DC:0-3R (Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood: 0-3 Revised Edition) (Zero To Three 2005), melyet először 1994-ben publikáltak és 1999-ben megújítottak, illetve többször újból kiadtak, most pedig éppen újra revízió alatt áll. E rendszer külön jeleníti meg a csecsemőkori regulációs tünetegyütteseket, azokon belül külön kategóriába vonva az organikus eredetűeket.

A magyar nyelven elérhető szakirodalomban egyelőre a klasszikus regulációs zavarok és diagnosztikájuk főleg hagyományosan német kritériumrendszerét találjuk meg (Hédervári-Heller 2008). A regulációs zavarok kifejlődésében szerepet játszanak a gyer-

mek hozott adottságai, a gondozó személye, valamint a tágabb környezet egyéb tényezői. Az anyák általában egy-egy nehezen tolerálható tünet miatt jelennek meg panasszal a szakembernél. Mivel a csecsemőkor szinte minden lelki megnyilvánulása elválaszthatatlan a testi funkcióktól, a tünetek is zömében pszichoszomatikus funkciózavarok (Halász 2014: 43). A korai regulációs zavarok diagnosztizálásának sajátossága – mely egyben a klasszifikációt nehezítő tényező is lehet –, hogy a tünetek hátterében húzódó kapcsolati „dinamika egyedi szerveződése alapvetőbb, mint a tünet maga" (Halász 2014: 48).

Amennyiben a szülő a csecsemő problémás viselkedését jelzi, ám szakmai szempontjaink alapján az nem tekinthető a természetes sokszínűségtől eltérőnek, atipikusnak, akkor is foglalkoznunk kell a kérdéskörrel, mert a szülők problémaként észlelik, és ennek okai feltételezhetően a családi interakciókban gyökereznek.

Elmélet és módszer

Az integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultációban részt vevő személyek a kora gyermekkori fejlődés pszichológia modelljein, a korai fejlődés pszichoanalitikus és modern fejlődéslélektani alapjain építkezve, a társadalmi és pszichológiai aspektusok figyelembevételével (szülővé válás, a családot érintő társadalmi-gazdasági problémák stb.) az alkalmazott kötődéselméletbe ágyazva dolgoznak.

A konzultációnak számos formája terjedt el, a rövid, egy alkalomra korlátozódótól a hosszú terápiáig. A helyzetben az elsődleges gondozó (többnyire az anya) és a csecsemő/kisgyermek mindig együtt van jelen, és gyakran csatlakozik a szülőpár másik tagja, vagy testvérek is az ülésekhez. Az első konzultációs módszer és gyakorlat Fraiberg nevéhez fűződik, még a '60-as évek végéről (Fraiberg–Adelson–Shapiro 1975; Fraiberg 1980). Fraiberg kutatásai során felismerte, hogy a csecsemő és anyja együttes jelenléte nagyon hatékony és gyors változást eredményez a problémák megoldásában. Számtalan neves terapeuta említhető a '90-es évektől kezdődően, akik munkájukban egyre inkább a kapcsolati jellemzőkre koncentráltak, és a konzultáció valamelyik változatát alkalmazták: Cramer (1993), Lebovici (1991), Debray (1991), Stork (1994) és Stern (1995) (Halász 2014; Stern 1995).

Az integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció gyakorlatában – az orvosi és gyógypedagógiai differenciáldiagnosztikát követően, amikor is kiderül, hogy a megfigyelhető tüneteknek organikus háttere nincs – az első interjú és a problémaanamnézis körültekintő felvétele az első lépés, melyet kísér, majd ülésenként követ a folyamatos csecsemőmegfigyelés. A jelzett tünet(ek)ből, az anamnesztikus adatokból és első megfigyeléseinkből munkahipotézist alkotunk, és ennek mentén haladunk tovább a konzultáció folyamatában. A konzulens a családdal, az anya–csecsemő diáddal való találkozásokat gyakran videofelvételen rögzíti, és ezeknek a felvételeknek az elemzése és értelmezése során felismeri és azonosítja a szülő–csecsemő diád között félresiklott interakciókat, és az ezek talaján kialakuló mindennapi regulációs zavarokat (megnyugtatási nehézség, krónikus sírás-nyugtalanság, alvászavarok, táplálási-gyarapodási zavarok). A felvételeket a szülőkkel, az anyával végzett konzultáció során be is mutathatjuk, és megbeszélhetjük a szülőkkel a benyomásaikat, érzéseiket, esetleges aggodalmaikat. Az ülések során a szülő gondolatait és érzelmi állapotait követjük, közben figyeljük a gyermek, az anya és a jelenlévő többi családtag interakcióit, s azokhoz kapcsolódva

a lehetséges pontokon egy-egy gondozói viselkedést vagy interakciós pillanatot is megerősítünk.

A konzultáció technikáinak részletezését tanulmányunk keretei nem teszik lehetővé. Minderről részletesen beszámol Hédervári-Heller (2008).

A regulációs zavarok hátteréről és előfordulásukról atipikus fejlődés esetén

A regulációs zavarokhoz vezető rizikófaktorokra három aspektusból tekinthetünk: a gyermek, a szülő és a környezeti tényezők oldaláról. A regulációs zavarok kialakulásában legtöbbször többtényezős folyamatok játszanak szerepet. A továbbiakban kiemelünk néhány, *a sajátos nevelési igényű gyermekek* esetében különösen tekintetbe veendő szempontot. A gyermek oldaláról a számtalan lehetséges közül említhetjük az alábbi biológiai tényezőket: a zavart fiziológiai repertoárt, a nagymozgás és a finommotorika területén jelentkező zavart stb. A szülő oldaláról a gyermek miatti csalódást (az elképzelt és a megszületett gyermek különbözősége), bizonytalanságot a szülői kompetenciában, a gyermek fejlődési perspektívájában. A környezeti tényezők közül is említhetünk néhány példát: a szülőt/anyát támogató személyek hiányát, a tartós szeparációt.

Kiemelkedő rizikótényező a biológiai és/vagy környezeti trauma. A traumatizáló események közös vonása: a váratlanság, a személy felkészületlensége és az elkerülhetetlenség. Ez mind az anyát, mind a gyermeket, illetve az őket körülvevő családot, rokonokat, barátokat is, az egész rendszert érintheti, aminek hatása érvényesülhet a gyermekkel való kapcsolatban.

Atipikus fejlődés esetén meglepően sok olyan helyzetet említhetünk, melyek gyakrabban fordulhatnak elő, mint tipikus fejlődés esetén: esés, sérülés, műtét – különösen a hároméves kor előtti, súlyos betegség – főleg a magas lázzal járók, születési/szülési trauma, közeli személy haláláról vagy bántalmazásáról (ki)hallgatott beszéd stb. Szintén traumás stresszt okozhat kisgyermekkorban a kényszerű korai szeparáció az elsődleges gondozótól, a ráhangolódás hiánya a csecsemő jelzéseire az elsődleges gondozó részéről, neurológiai sérülés a méhen belüli életben vagy a szülés során stb.

Eltérő fejlődés tágabb kontextusban

A korai sérülés traumája, valamint az első életévek során kibontakozó eltérő fejlődés meghatározza a család és az anya–gyermek diád mindennapjait. A kapcsolat és a kötődés kezdettől fogva különböző módokon érintett és akadályozott lehet. Bár a klasszikus regulációs zavarok (excesszív sírás, a táplálkozás/táplálás, valamint az alvás nehezítettsége) az organikus okoktól ebben az életkorban nem minden esetben különíthetők el egyértelműen, feltételezzük, hogy a nehezített élethelyzet óhatatlanul együtt jár olyan érzelmi reakciókkal és az egymásra hangolódást zavaró helyzetekkel, melyek hozzájárulhatnak az alap organikus problémákra épülő, másodlagosan megjelenő korai regulációs zavarok kialakulásához, vagy súlyosbíthatják azokat, tartósan befolyásolhatják a gyermek személyiségének alakulását. Másként alakulhatnak a családi szerepek (szülői, testvéri, nagyszülői), és a családon kívüli kapcsolatok is. A korai regulációs zavarok megelőzése és kezelése érdekében a sérültségből adódó eltérő fejlődés talaján alakuló kapcsolati működésmód feltárása, a családi és a tágabb környezeti kapcsolatokban rejlő erőforrások

megtalálása, mobilizálása fontos tényezői a szülő–csecsemő/kisgyermek konzultációs folyamatnak.

Az újabb kutatások alapján felismerték, hogy a csecsemők tartós stresszt élhetnek át abban az esetben, ha a gondozóik nem képesek olvasni a jelzéseiket (pl. a sírásukat), és nem tudnak megfelelően válaszolni a gyerekek figyelmi és biztonsági igényeire. Ezt a tartós interakciós aszinkronitást fejlődési vagy kapcsolati traumának nevezik (Werner 2000). A szülő múltbéli vagy jelenbeli élményei által lehet átmenetileg vagy tartósan szorongó vagy lehangolt, depressziós, ez az állapot lehet független a gyermek sajátos nevelési igényétől, de lehet azzal összefüggő is. Mindez kettős nehezítettséget jelent az interakcióban. Eltérő fejlődés esetén a gyermekek jelzései gyakran nehezen értelmezhetők, vagy időben megcsúszva kódolhatók az anya számára, és ezért megkésnek, torzítanak a visszajelzések, a válaszok is. A gyermek számára fontos az a tapasztalat, hogy megértik a jelzéseit, és érzékenyen reagálnak azokra. A nehezített szenzitív szülői magatartás miatt az ismétlődően hibás vagy nem időben érkező válasz a gyermek számára azt jelentheti, hogy a gondozó nem (vagy számára nem megfelelő módon) elérhető. A korai intervenciót végző szakember érzékenysége jó mintául szolgálhat, és ezzel korrekciós lehetőséget kínál a szülő számára. A gyógypedagógus sérülésspecifikus tudása prevenciós tényezőként érvényesül a mintanyújtásban.

A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika régóta alapszemléletének tekinti a fejlődésorientált diagnózisalkotást a deficitorientációval ellentétben, feltárva a környezeti és intrapszichés erőforrásokat, valamint azokat a fejlődési funkciókat, melyekre alapozva a sajátos nevelésű és gondozási igényű gyermek képességei kibontakozhatnak, és személyiségük optimálisan fejlődhet (Lányiné Engelmayer 2014).

Organikus sérülés esetében gyakran nehéz szétválasztani az organikus és nem organikus okokat, ezek többtényezős oksági láncolatban lehetnek jelen – felerősíthetik egymást. A szülők és gyakran a szakemberek is hajlamosak azokat a tüneteket is organikus okkal magyarázni, melyeknek interakciós gyökerük lehet. Az integrált szülő–csecsemő konzultáció diagnosztikus tudása jól egészítheti ki a komplex gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat módszertanát. A vizsgálók nézőpontja kitágul azáltal, hogy a „kapcsolat", az „interakció" bekerül a vizsgálati folyamatba, s így a gyógypedagógia-perspektíva megváltozik. Természetes módon a diagnosztika és kezelés részévé válik a gyermek mellett az anya (elsődleges gondozó) is – saját belső világával, kapcsolataival, élettörténetével együtt, valamint megjelennek együttesen a család és a tágabb környezetük részeként.

Bár atipikus fejlődés esetén a segítő szakemberek, köztük a gyógypedagógusok figyelme könnyen a rizikófaktorokra koncentrál, fontos hangsúlyozni, hogy protektív faktorok is jelen vannak, és az utóbbi időben az intervenció ezirányú fókusz-eltolódására is számos példa akad. Jelentős védőfaktorként kell megemlítenünk az egyre szélesebb körű, jól szervezett, országos lefedettséget biztosító korai intervenciós intézményhálózatot. Az egyre fejlődő, kiváló szakmai ellátást felmérések, kutató és elemző munkák támogatják (Kereki–Lannert 2009; Kereki 2011).

Az utóbbi 15-20 évben a korai életkor rizikófaktorainak tekintetében a szülők tájékozottabbá, tudatosabbá válásával egyre nagyobb populáció kerül a korai gyógypedagógiai intervenció látóterébe (Borbély 2012). Olyan koraszülöttek vagy egyéb szempontból figyelmet igénylő csecsemők is bekerülnek az ellátó rendszerbe, akiknél nem a tartósan eltérő fejlődés támogatása a további perspektíva, hanem enyhe mértékű fejlődésbeli diszharmónia kezelése mellett a prevencióra kerül a hangsúly.

A szűrőprogramok bevezetése és a szülői tudatosság fokozódása mellett azonban megfigyelhető az a tendencia is, hogy a bizonytalan, gyermeke veleszületett spontán

képességeinek kibontakozásában nem bízó és saját kompetenciájának erősítésére vágyó szülő szintén megtalálja az utat a korai ellátó rendszerhez.

Írásunk további részében két olyan integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzulens gondolatai olvashatók, akik sok éve a korai intervenció területén dolgoznak. Az általuk említett esetek konkrét példái annak, hogyan integrálódik a mindennapokban a szülő csecsemő/kisgyermek konzultáció az eltérő fejlődésű gyermekekkel végzett terápiás munkába.

A szülő–csecsemő/kisgyermek konzultációs szemlélet gyakorlati megvalósulása egy gyógypedagógus munkájában (Jánosiné Kakuk Sarolta)

1992-ben végeztem pszichopedagógia-oligofrénpedagógia szakon. Diploma utáni továbbtanulásomat mindig a gyakorlat inspirálta: először mozgásterapeuta lettem, mert a gyerekek képességfejlesztésének alapjait láttam benne. Ezt követően a szomatopedagógia szakot végeztem el, amit egy ataxiás kislánnyal végzett mozgásfejlesztő munkám inspirált. Mozgásterápiás munkámat egy olyan helyszínen végeztem, ahol a termet a folyosótól csak egy üvegfal választotta el, és a várakozó szülők észrevétlen résztvevőivé lettek az óráknak. Talán ez lehetett az egyik oka annak, hogy a szülők bizalma megnőtt, és a mozgásterápia komplexebbé vált. A gyerekek viselkedését és erőfeszítéseit, esetleges dacukat, örömeiket kívülről látva szülői élményeik gazdagodhattak. Ezek az élmények és megfigyelések segítették őket a gyermekükhöz vezető új, láthatatlan utak megtalálásában.

Ez a tapasztalatom, hogy nemcsak a gyerekek motorikus képességei javulhatnak, hanem a szülők hozzáállása is, ezáltal a gyermek közvetlen szeretetkapcsolatai is, vezetett el ahhoz, hogy jelentkezzem az integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultációs képzésre.

A konzultáció módszere már önmagában is integratív, több technikát ötvöző módszer, amely a képzésünk végén egy önálló módszerré és használható eszközzé vált a kezünkben. Nemcsak maga a módszer integratív, hanem tőlünk, hallgatóktól is integratív szellemi munkát kívánt: gyermekgyógyász orvosok, védőnők, pszichológusok és gyógypedagógusok közt kellett egy közösen beszélt nyelvet megtalálnunk, ahol mindenki a saját szakmáját is képviselhette. A képzés során ez nagyon inspiráló is volt. A beavatás a pszichodinamikus gondolkodásmódba és nyelvezetbe, a videotechnika és a csecsemőmegfigyelés módszertanába, az intervenciók alkalmazásába, az ülésvezetés technikáiba, az anamnézisfelvétel sajátosságaiba mind nagyon komoly szakmai kihívást jelentettek a különböző szakterületről érkezettek számára. Ismeretszerzésünk a preverbális korszakról, az anyává és családdá alakulás folyamatairól azóta is folyamatos. A képzés során összekovácsolódott és szemléletében a koragyermekkor támogatására szövetkezett szakemberekből álló szakmai munkacsoportunk van, amely szupervízióval és rendszeres szakmai konzultációkkal segíti a végzett hallgatókat.

A magam területén, a Szakszolgálatban nagyon jól hasznosítom a megszerzett tudást: a gyermekek megfigyelésében és a szülőkkel való kommunikációban sokkal összetettebb információkhoz jutok, és hatékonyabbnak érzem a munkám. Az anamnesztikus adatfelvétel szempontjai kibővültek, és a mechanikus jegyek mellett (amelyek az organikus sérülésre koncentráltak) a gyermek–szülő kapcsolat alakulása és eddigi nehézségei is

feltárulnak. A szakértői tevékenységem területén is támogatónak érzem az új szaktudást, mind a diagnosztikában, mind pedig a pszichológussal végzett közös véleményalkotás során. Ez a szemléletmód nemcsak a szülő–gyermek viszonyban, hanem a gyermek környezeti adaptációjának támogatásában is fontos. A szakértői véleményben megjelenő diagnózis mellett olyan javaslatok kidolgozásában is segít, melyek a gyermek pozitív tulajdonságait hangsúlyozzák.

Az elmúlt időszakban az ellátás életkori határainak kibővülése miatt volt néhány szülő-csecsemő konzultációs munkám. Két esetben fordultak hozzám regulációs problémával, mindkettő táplálkozási nehézség volt. Mindkét eset rövid, néhány alkalmas konzultációnak bizonyult, melynek során a panaszok megszűntek. A segítséget kérő édesanyák képesek voltak a kapott támogatással élni. A kisgyermekek nevelésében az apák egyre aktívabb szerepet töltenek be, és megjelennek a tanácsadásokon. A módszer nem tesz különbséget az apák és anyák közt. Bár a cél mindkét szülő megjelenése, azzal a szülővel kezdem el a munkát, aki a segítséget kérte. Írásomat egy rövid epizóddal szeretném zárni, amely a gyermek hatékonyságára mutat rá a szülő–gyermek kapcsolatban, valamint arra is, hogy a szakterületi munkámat megtartva (mozgásterapeuta) hogyan mélyülhet el a megértés anélkül, hogy szakmai szerepzavart okozna.

Nemrég egy édesapa jött el hozzám a pszichológus javaslatára, mozgásvizsgálatra a négyéves kisfiával. A gyermek már járt pszichológiai gondozásra (enurézis és dacos viselkedés miatt), az édesanyával konzultáló pszichológus organikus problémákat sejtett a viselkedészavarok hátterében.

Az édesapának feltettem az ilyenkor számomra már rutinos kérdéseimet: jártak-e már mozgásvizsgálaton? Milyen megfigyelései vannak a gyermek mozgásáról? Melyek azok a mozgáskészségek, amelyekben eltérést lát? Stb. Az első interjún a gyermek (nevezzük Tominak) eközben csendben játszott, és látszott rajta, hogy nagyon „fülel" az édesapa szavaira. Amikor az apa panaszkodott, hogy kisfia nem szeret rajzolni, és szerinte az életkorától elmarad a rajzkészsége, leült a kisasztalhoz és rajzolni kezdett. Lendületesen, elmélyülten rajzolt. Egy egész lapot kitöltött a ceruzarajz, színes volt és kifejező.

Odahozta, és megmutatta az apának, aki megdöbbent. Tomi egy égig érő fát rajzolt, amelyet egy kerítéssel véd meg, nehogy kivágják. Csak annyit fűztem hozzá akkor: „ez a rajz mintha azért született volna, hogy lássuk, milyen jól rajzol Tomi".

A mozgásvizsgálat után egyeztettük az apával és Tomival a közös munka további menetét. Home-tréninget és heti 1 alkalmas közvetlen foglalkozást javasoltam.

Szokás szerint kitettem a falra a gyerekrajzok közé Tomi rajzát, az égig érő fát és az azt védő kerítést.

Hetekkel ezután egyszer azt gondoltam, hogy ez olyan, mintha egy létra lenne, égig érő. Jákob lajtorjája lenne, aki keresi Istennel a kapcsolatot? De Tomi kihez jut el az égig érő létrán? Ez volt az én fantáziám Tomi rajzáról. Később kiderült, hogy nem csak bennem hagyott nyomot a rajz. Az apának is fontos lett.

Nemrég lezárult a mozgásterápiás folyamat egyik szakasza, és a szülőkkel megbeszélést egyeztettem. Ezen a beszélgetésen mindkét szülő részt vett, és az édesapa szóba hozta a rajzot. Elmondta, milyen fontos és jó érzés volt neki, amit Tomi a rajzról mondott, hogy megvédi a fákat. Kért egy másolatot, hogy eltehesse emlékbe.

Tomi története még nem ért véget ezzel nálunk, mert a pszichológiai munka és a gyógypedagógiai képességfejlesztés sem zárult le, de talán elmondható, hogy abban a helyzetben, amikor Tomi leült, és rajzolt, egy ajtót nyitott ki, amelyen az édesapja örömmel betért, és megcsodálta azt a kis világot, amit Tomi a lelkében hordoz.

A szülő–csecsemő/kisgyermek konzultációs szemlélet gyakorlati megvalósulása a szakszolgálati munkában (Daritsné Rajzó Éva)

Konduktorként a korai intervenció területén dolgozom egy kisvárosi szakszolgálatnál. Három évvel ezelőtt találkoztam Éva Hédervári-Heller könyvével. Úgy éreztem, hogy megtaláltam azt, amit kerestem eddigi képzéseimben is (kora gyermekkori intervenció, családterápia…). Természetesen következő ősszel ott voltam az egyetemen. Az Integrált szülő–csecsemő konzultáció jól illeszkedett az eddigi konduktív és családterápiás rendszerszemléletemhez.

A képzés első pillanattól kezdve sokat finomított a látásmódomon, és válaszokat adott gyakorlati kérdéseimre. Egy gondolatot emelek ki ezek közül, mely a mindennapi fejlesztő tevékenységemet változtatta meg: a csecsemő és a kisgyermek az édesanyjával való kapcsolatában bontakozik ki. Ez a gondolat segített a kisgyermek–szülő–konduktor hármas egységében megtalálni saját szerepemet. Hol a helye a szülőnek a gyermeke fejlesztése során? Mi a feladata? A gyermeke otthoni fejlesztője, vagy a foglalkozást facilitáló személy? Mi az én szerepem? Tanácsadói, irányítói? Hogyan valósulhat meg a gyakorlatban a partneri viszony, amiről oly sokat beszélünk mostanában? Hogyan lehetek partnere a terápiás folyamatban a szülőnek, és hogyan a gyermeknek? Azt gondolom, ezek a kérdések nem csak engem foglalkoztatnak.

A konzultációs szemlélet szerint az anya, a gyermeke és kettejük kapcsolata együtt fejlődik, alakul. A terápiás kapcsolatnak is ezt az egységet kell támogatnia ahhoz, hogy a megkésett vagy atipikus fejlődésű gyermek kibontakozhasson. Előtérbe került a „holding" szerepem, melynek feladata a biztonságos környezet megteremtése, valamint az anya és gyermeke megtartása. Munkám során gyakran találkozom szabályozási problémákkal: izomtónus-, mozgás- és viselkedésszabályozási nehézségekkel, melyek nemcsak a gyermek explorációs tevékenységét, de az édesanyjával való kötődési kapcsolatát is befolyásolják. Az idegrendszer érését támogató feladatok mellett szükséges, hogy segítsük az édesanyát betölteni *biztos bázis* funkcióját, mellyel szabályozza gyermeke érzelmi állapotát. A biztonságos együttlét az, ami lehetővé teszi anya és gyermeke számára az együtt mozgáson keresztül a mozgás és az izomtónus szabályozását is. Gyakran tapasztalom, hogy a szenzomotorosan éretlen gyermekek a tornatermi helyzet – a hinta, az egyensúlyozó eszközök, a vesztibuláris ingerek – hatására regresszív állapotba kerülhetnek. Ebbe az új, mozgó világba az édesanya mint biztos bázis tudja bevezetni gyermekét a közös szabályozáson keresztül.

Az integrált szülő–csecsemő konzultáció rávilágít olyan kérdésekre, hatásokra, melyek jelentősen befolyásolják a gyermekek fejlődését. Módszertanával olyan eszközt kaptam a kezembe, mellyel nemcsak felismerhetem a fejlesztés során tapasztalt elakadás, valamint a regulációs zavarok okait, hanem azok megoldásában, enyhítésében is támogatást tudok nyújtani. Ezt tapasztaltam annál a két és fél éves kisfiúnál is, aki pár hónapos korában vírusos megbetegedés következtében igen súlyos idegrendszeri sérülést szenvedett. Konduktorként én foglalkoztam a kisfiú fejlesztésével, ami nagyon nehezen alakult: már több mint másfél éve jártak hozzám, de még minden alkalommal, amikor beléptek a helyiségbe, erőteljes, vigasztalhatatlan sírásba kezdett. Ez jellemezte az édesanyjával való otthoni foglalkozásokat is. Ilyenkor csak az anya szoros ölelése nyugtatta meg, így a kisfiú szinte egész nap az édesanyja karjában volt, aki úgy tartotta, akár egy pár hónapos kisbabát. Az egyalkalmas szülő–csecsemő konzultáció ezen az

elakadáson tudott segíteni. A fókusz a kisgyermek helyett az édesanyára került, az én intervenciómban pedig a tükröző, a részt vevő megfigyelő, valamint a holding, a megtartó szerep került előtérbe. Az édesanya mesélt a saját anyaságáról, arról, mit jelent számára a kisfiú sírása, mesélt a hajdani betegség történetéről, és arról, hogy leghőbb vágya visszafordítani az időt, hogy újra az egészséges, pár hónapos kisfiát tarthassa a kezében. *„Nem történhetne meg újra ugyanaz."* A konzultációs légkör és a megközelítés segítette átélni azt a mély fájdalmat, amit az egészséges elsőszülött elvesztése okozott. Ez a konzultációs alkalom több volt, mint puszta meghallgatása az édesanyának. Lehetővé vált a konfliktus mögött meghúzódó érzelmek újraélése és megértése. Az intenzív alkalom után anya és fia elmaradtak, majd az egy-két hetes hiányzásról megérkezve az édesanya kezembe adta kisfiát, és csak annyit mondott: „Éva, tegye, amit kell." Azóta is együtt dolgozom velük. A kisfiú nem sokkal később szobatiszta lett, a foglalkozásokon aktívan részt vesz, a váróteremben a többi gyermek közé ülve játszik, és jelenleg járni tanul. Kitárult számára a világ.

Összefoglalás

Az integrált szülő–csecsemő konzultáció mint koragyerekkori prevenciós és intervenciós módszer, tudományosan megalapozott metódus a pszichés és pszichoszomatikus megbetegedések – az ún. regulációs zavarok – gyógyítására, de legalábbis enyhítésére a csecsemő- és kisgyerekkorban. Jelentőségét az adja, hogy a regulációs zavarok korai kezelése az egyén későbbi egészségére, pszichoszociális fejlődésére is hatással van.

Az Egyesült Államokban már a '60-as években, Nyugat-Európában pedig immár huszonöt éve sikerrel alkalmazzák a gyermekellátás orvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai és pedagógiai területein. Ahhoz, hogy a csecsemő- és kisgyerekkori regulációs zavarok felismerése és kezelése – mint a prevenció és intervenció tartópillére – a különböző szakmákban széles körűen meghonosodjon, speciálisan képzett szakemberekre van szükség. Az integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzulens képzés a pszichológia, a gyógy/pedagógia és az egészségügy tudományágaihoz áll a legközelebb, de ezektől több vonatkozásban nagymértékben eltér. Az integrált szülő–csecsemő konzulens képzés arra törekszik, hogy az egyes szakterületek egységesen és teljességében vegyék figyelembe a kora gyerekkorra vonatkozó pszichológiai, gyógy/pedagógiai, egészségügyi, valamint aktuális családszociológiai és társadalmi kérdéseket, továbbá a csecsemő- és kisgyerekkori testi és pszichés fejlődés sajátosságait, a kötődési kapcsolatok alakulását gyermek- és felnőttkorban, kapcsolódva a párkapcsolat és a szülővé válás folyamatához. A képzés fókuszában az elméleti és gyakorlati ismeretek átadásán túl nagy figyelmet kap a megfigyelés és a hallgató szupervízió mellett végzett egyéni munkája. Ezenkívül fontos sajátossága az interdiszciplináris képzési keret, mely új minőséget hoz létre a gyakorlati tapasztalatok megosztása által: pszichológus, gyógypedagógus, pedagógus, gyógytornász, szociális munkás, orvos, védőnő és jogi szakember együtt tanul és gondolkodik e szakmaközi műhelyben.

A képzés elvégzése végső soron az egészségügyi, pszichológiai, gyógy/pedagógiai, szociális és jogi szakemberek munkájának a hatékonyságát és a hatáskörükbe tartozó kisgyermekes családok életminőségének és mentális egészségének a javulását eredményezi.

A gyakorlatban többféle módon valósulhat meg a konzulens munkája. Dolgozhat integrált szülő–csecsemő konzulensként az önálló szakterület képviseletében, annak

meghatározott keretei között, de eredeti szakterületén végzett napi tevékenységébe is beágyazódhatnak új ismeretei.

Fontos lépésnek tartjuk, hogy az integrált szülő–csecsemő konzulens képzés elérhető lesz az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon a 2015–16-os tanévtől.

Irodalom

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

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

BNO-10 (1994): *A mentális és viselkedészavarok osztályozása. Klinikai leírás és diagnosztikus útmutató.* WHO-MPT, Budapest.

BNO-10 (1995): *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. Tizedik revizió.* Nepjóléti Minisztérium, Budapest.

Bernard-Bonnin, A. C. (2006): Feeding problems of infants and toddlers. *Canadian Family Physician*, *52*(10), 1247–1251.

Borbély S. (2012): *A szülők és mi.* Budapesti Korai Fejlesztő Központ.

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

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

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

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

DSM-5 (2013): *Referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz.* Oriold és Társai, Budapest.

Fraiberg, S. – Adelson, E. – Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 14*(3), 387–421.

Fraiberg, S. (1980): *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life.* Basic Books, New York.

Halász A. (2014): *A csecsemőkor pszichológiája, pszichopatológiája és terápiás megközelítése.* In Vikár A. – Vikár Gy. – Székács E. (szerk.) (2014): *Dinamikus gyermekpszichiátria.* 3. átdolgozott kiadás. Medicina, Budapest.

Hédervári-Heller É. (2008): *A szülő–csecsemő konzultáció és terápia – A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban.* Animula Kiadó, Budapest.

Kereki J. – Lannert J. (2009): A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése. *Fogyatékosság és társadalom, 2,* 189–209.

Kereki J. (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intervenciós intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Lányiné Engelmayer Á. (2014): Változásban a pszichológia és a gyógypedagógiai diagnosztika. *Neveléstudomány, 3,* 33–52.

Lieberman, A. (2004): Traumatic stress and quality of attachment: reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 25*(4), 336–351.

Nussbaum, A. M. (2013): *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve.* Oriold és Társai, Budapest.

Papousek, M. – Schieche, M. – Wurmser, H. (2007): *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: National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington, DC.

STERN, N. D. (1995): *Az anyaság állapota*. Animula, Budapest.
WERNER, E. E. (2000): *Protective factors and individual resilience*. In SHONKOFF, J. P. – MEISELS, S. J. (eds): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press. 115–135.
ZERO TO THREE (2005): *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC:0-3R)*. Zero to Three Press, Washington, D.C.

MEGHÍVÓ

AZ INTEGRÁLT SZÜLŐ–CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓ ÉS A GYÓGYPEDAGÓGIA TALÁLKOZÁSI PONTJAI

TAPASZTALATOK AZ „INTEGRÁLT SZÜLŐ–CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓ" (HÉDERVÁRI-HELLER ÉS NÉMETH)* FELSŐFOKÚ SZAKIRÁNYÚ TOVÁBBKÉPZÉSRŐL ÉS GYAKORLATÁRÓL
című konferenciára

Időpont: 2015. március 12., 10:00–16:00 óráig
Helyszín: 1091 Budapest, Ecseri út 3.

Szervezők:
- ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Továbbképző Központ
- Országos Gyermekegészségügyi Intézet
- Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet

Védnökök:
- Dr. Zászkaliczky Péter PhD. ELTE, BGGYK dékánja
- Dr. Mészner Zsófia habil., az OGYEI Főigazgatója
- Dr. Pethesné Dávid Beáta PhD. habil., az SE Mentálhigiéné Intézet igazgatója

A konferencia témája:
Az „Integrált szülő–csecsemő konzultáció" szakirányú továbbképzésben oktató, valamint a képzésben már végzett, főleg eredetileg gyógypedagógus végzettségű, illetve atipikus fejlődésmenetű gyerekekkel is találkozó szakemberek (orvos, védőnő, pszichológus) számolnak be szülőkkel és gyermekekkel végzett tevékenységükről. Az előadások az egyéb egészségügyi és pszichoszociális területeken dolgozó szakemberek számára is betekintést nyújtanak a külföldön már széles körben elterjedt módszer alkalmazásáról és a hazai ellátórendszerbe való beillesztésének lehetőségeiről.

A konferencia programja és a jelentkezési lap hamarosan elérhető lesz
a **www.barczi.elte.hu** honlapon A konferenciára minden érdeklődőt szeretettel várunk!

* Az integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció egy komplex, tudományosan megalapozott prevenciós-intervenciós módszer a koragyermekkori pszichés és pszichoszomatikus megbetegedések, a regulációs zavarok gyógyítására, enyhítésére. Széles körben, a gyermekellátás minden területén sikeresen alkalmazható.

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR

„Integrált szülő–csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller–Németh)" szakirányú továbbképzési szak – 2015

A képzést indító felsőoktatási intézmény neve, címe: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Továbbképző Központ • Tel: 3515501 • www.barczi.elte.hu
Az oklevélben szereplő szakképzettség megnevezése: Szülő–csecsemő/kisgyermek konzulens
Képzési idő és az oklevél megszerzéséhez szükséges kreditek száma: 4 félév (120 kredit)
Képzési forma: levelező képzés
A szakirányú továbbképzés képzési területe: Társadalomtudományok

A felvétel feltételei: Legalább BA szintű diploma (főiskolai vagy egyetemi végzettség) a következő képzési területeken: gyógypedagógia, bölcsészettudományok, társadalomtudományok, orvostudományok
Szakmák szerinti megjelölésben: gyógypedagógus, pszichológus, pedagógus, orvos, gyógytornász, bölcsődei gondozó, védőnő, szociális munkás, gyermek- és családjogi szakértő

A képzés létrehozói
Prof. Dr. Hédervári-Heller Éva gyermek és ifjúsági analitikus, Potsdam Fachhochschule
Dr. Németh Tünde gyermekgyógyász, pszichoterapeuta, Országos Gyermekegészségügyi Intézet

További oktatók
Danis Ildikó Ph.D. fejlődéspszichológus, integrált szülő–csecsemő konzulens
Góczán-Szabó Ildikó gyógypedagógus-pszichológus, integrált szülő–csecsemő konzulens
Koller Éva klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta
Prónay Beáta gyógypedagógus–pszichológus, integrált szülő–csecsemő konzulens

A képzés célja:
1. A koragyermekkori egészséges fejlődéssel, illetve a klasszikus regulációs problémákkal kapcsolatos ismeretek átadása, megszilárdítása és kezelési lehetőségek szupervízióval történő gyakorlása a kisgyermekekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek számára.
2. A képzésben részt vevő hallgatók ismereteinek és kompetenciáinak megfelelően új szakma kialakítása és elterjedése Magyarországon: a szülő–csecsemő konzultációs/terápiás tevékenységet folytató prevenciós és intervenciós munkakörök társadalmi elismertetése és támogatása (egészségügyi finanszírozás kérdésének megoldása), a lakosság számára megbízható és preferált segítőhálózat kialakítása.

Kompetenciák:
A program elvégzésével a hallgatók a következő kompetenciákkal rendelkeznek:
- Rendelkeznek a csecsemő és kisgyermekkora vonatkozó komplex egészségügyi, pszichológiai, pedagógiai, valamint aktuális családszociológiai kérdések ismeretével.
- Az interdiszciplináris képzés – orvos, pszichológus, pedagógus, gyógypedagógus, gyógytornász, szociális munkás, gyermekjogi szakemberek – az elméleti képzés mellett új minőséget hoz létre a gyakorlati tapasztalatok megosztása által, így a hallgatók képessé válnak interdiszciplináris megoldások gyakorlati alkalmazására.
- Korszerű ismeretek birtokába kerülnek a csecsemő- és kisgyermekkor testi és lelki fejlődésének sajátosságairól, a kötődési kapcsolatok minőségéről kisgyermek- és felnőttkorban, a szülővé válás folyamatáról, a párkapcsolat problematikájáról.
- Képesek lesznek a koragyermekkori regulációs zavarok – viselkedési zavarok – időbeni felismerésére, erre a területre kidolgozott, speciális interjú készítésére, diagnózis és differenciáldiagnózis felállítására, krízisintervencióra, intervenciók speciális alkalmazására, dokumentáció készítésére.

További információk a honlapon.