

Korrigált életkor, korrigált lelki életkor

Juhász Ibolya

A tanulmány a klinikai egészségtudományokban, a perinatális lélektanban, a klinikai gyógypedagógiában, a korai intervencióban és prevencióban, a neveléstudomány neuropedagógiai irányzatában is ismeretes korrigált életkor jelentőségét mutatja be. A kisgyermeknevelésben és kisiskolásoknál is gondolnunk kell rá, különösen a diszharmonikus fejlődésnél, valamint a beilleszkedési, tanulási és magatartási zavarokkal küzdő gyermekeknél. A cél egy új fogalom szakirodalmi áttekintése, elméleti és gyakorlati megismertetése, és ezzel a jobb fejlesztő-, terápiás munka előmozdítása. A fejlődési diagnózisok, tanulási zavarok, beilleszkedési és viselkedési problémák kezelésében, terápiájában bír jelentőséggel.

A korrigált életkort a koraszülöttek életidő- és érettségszámításánál alkalmazzuk. A koraszülött babák fejlődésének követésére használt fogalom. „Koraszülötteknél, az első (1)–2 életévben, a tényleges korból leszámítunk annyi hetet, amennyi megszületéskor a 40. gesztációs hétből hiányzott”, és azt vesszük figyelembe a standardoknál (György, 2008). Az érett magzat általában a várandósság 40. hetében születik. A koraszülötteknél egy számítást alkalmazunk, amellyel az életkort a 40. születési héthez viszonyítjuk, azaz annyi időt adunk hozzá, amennyi a 40. héthez kellett volna. A fejlődést a valódi születéshez igazított standardokhoz mérjük, de a koraszülötteknél a korábban érkezett idejével korrigáljuk kétéves korig. A WHO definíciója szerint azokat a babákat soroljuk ide, akik a 37. hét előtt születtek, és 2500 gramm alatti súlyúak. Az alsó határt a 24. hétben szabták meg, illetve ha a baba nem éri el az 500 grammot vagy a 30 cm testhosszúságot. A WHO további két csoportot nevez meg, a 1500–2500 gramm közötti és az 1500 gramm alatti babák csoportját. Szerinte a világon mintegy 10–15%-a a gyerekeknek koraszülött, és az elmúlt húsz évben a számuk csak növekedett.

A korábban érkezett gyermek kisebb súlyú, gyengébb, sérülékenyebb, esetleg éretlenség tüneteit mutatja több tekintetben, mások a fejlődési mutatói, a gondozás, táplálás szempontjából fontos ismerni az átszámított korrigált korát.

A korrigált lelki életkor a szerző szóhasználata (Juhász, 2018), arra a lelki megérkezetségre értendő, amikor a saját születési korához mért fejlődési mutatókhoz és a megélt, integrált személyiségi mutatókhoz hasonlítjuk a fejlődési érettséget. Egyfajta akceleráció és regresszió közötti quotiens, amely korrigált számítással a funkcionális fejlődési standardok és a késés vagy regresszió kö-

zött van. A fejlődési zavarok esetében az „alvó hatás” (Wrape, 2003 in Kalmár, 2007) és „mozgó rizikó modellt” (Gordon–Jens, 1988, 1991 in Kalmár, 2008) is említhetjük, amikor egy rizikó a fejlődés folyamán sokáig nem manifesztálódik, de bizonyos környezeti tényező (pl. trauma) újra feléleszti, és veszélyeztető faktorrá válik, az első, akár prenatális rizikófaktor talaján. Ez a reaktiválódás, ismétlés, történhet mintegy öngyógyító folyamatként, alkotótevékenységként, vagy valamilyen (erős érzelmi, vagy érzékelési tapasztalat) bevonódás által, a normatív fejlődési, vagy traumatikus krízisek mentén, és magán viseli a krízisek jellegzetességeit, a módosult tudatállapotot, a krízis fázisait (Juhász, 2018). Az időbeli mintázódás: az első trimeszter RF megismétlődhetnek a születés után az első 3 hónapban, ismétlődhet az első 3 évben, ugyanolyan mintaként futhat le a kamaszkorban is. A felismert mintát redukálhatjuk, átkeretezzük a terápiában...



1. kép: A fa képe gazdag ágakkal, Affolter vizsgálóeljárásából (Affolter, 2007)

Affolter „famodellje” (2007) szerint a velünk született készségek, képességek a gyökér, az alapkészségek és funkciók a törzs és a részképességek az ágak és a levélzet. Ahol a fa gyökérzete és törzse erős, gazdag koronát hoz létre. A korai érettség, korrigált kor ismerete a korai intervenció és prevenció tevékenységben, fejlesztésben, a komplex gyógypedagógiai ellátásban és a

klinikai gyógypedagógiai diagnosztikában is nagy jelentőséggel bír. A koraszülöttség megjelenhet a pszichomotoros fejlődés elakadásában, a funkcionális elakadásokban, hézagolásokban minden későbbi életkorban. A fejlődési eltérések úgy jelennek meg, mint az „ollónál” (Marton-Dévényi, 2002; Orosz–S. Nagy, 2017); kinyílik a funkciók palettája, az iskolában pedig a kultúrtechnikák (írás-olvasás, számolás) elsajátításának nehézségeiben mutatkozhat meg (Bojanin, 1985; Csépe, 2008; Göbel–Andrek–Molnár–Orosz–Császár, 2000; Dávid, 2006).

A WHO koraszülött-meghatározásában a második csoport az 1500 gramm alatti babákra vonatkozik. Minél kisebb egy újszülött, annál inkább eltérnek mutatói, és nehezebben alkalmazkodnak funkciói a méhen kívüli világhoz. Ezért az inkubátoros, „kenguru”, anya–baba bőr–bőr kontaktus elhelyezése indokolt. Ezeknél a babáknál éretlenebb a májműködés, a tüdő és a légzés, hajlamosabbak a vérzékenységre, szaporább a szívműködésük, nagyobb a fertőzésveszély. Gondozásuk, táplálásuk, fejlesztésük speciális szakértelmet igényel. A testi érettség mellett a lelki megérkezetség is az egész személyiség érését valamint a fejlődési folyamatot befolyásoló jelenség, speciális, perinatális, pszichológiai ismereteket igényel, mintegy „lelki asszisztenciát” a lelki születéshez. Jellemző a fejlődésben levőre és a környezetére is, hogy módosult tudatállapotban van, és magán hordozza a perinatális törvényszerűségek jellemzőit (Juhász, 2018).

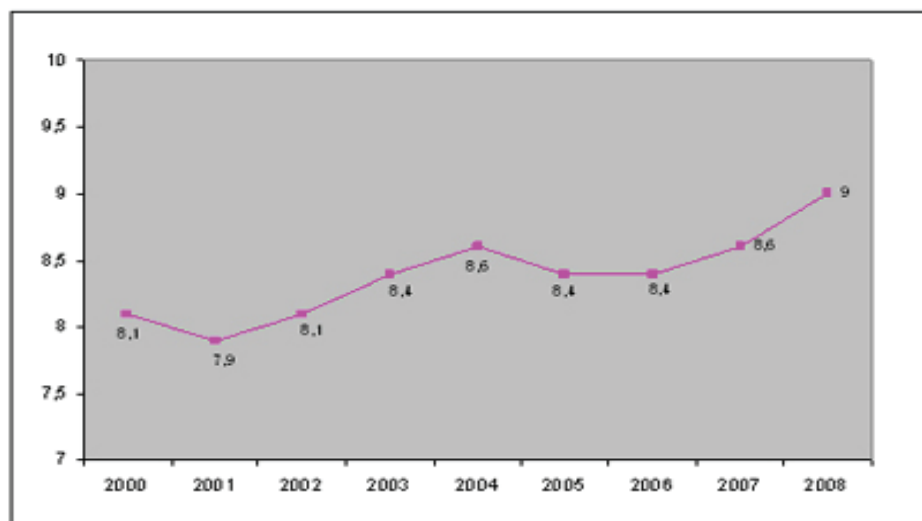
A koraszülöttség az egész világon kiemelt problémaként jelentkezik, csaknem 10%-a a gyerekeknek koraszülött, és az elmúlt húsz évben a számuk csak növekedik (Kiss, 2000). Prevenciója mindannyiunk felelőssége és feladata, fontos, hogy eljusson az édesanyáig a reprodukív egészségkultúra, a különböző várandósprogramok, várandósgondozás és a környezeti ártalmak, higiénés tényezők ismerete, amivel elkerülik a magzatuk károsodását, korán érkezését. A hátrányos szociális, gazdasági és családrendszer és pedagógiai ismeretek a perinatális időszakban részben a családpolitikai, népesedéssel foglalkozók döntéséhez tartoznak.

A lelki életkor és megérkezetség kevésbé köthető az időhöz. A diszharmonikusan fejlődő, beilleszkedési, tanulási és magatartási zavarokkal élő gyermekek számának növekedésében érhető tetten, akik nem a fogyatékoság valamilyen formájával élnek, hanem a részképességeik fejlődési zavarait mutatják. Fejlődési zavarok abban térnek el a fogyatékosági formáktól, hogy a fejlődési változások folyamatában, ritmusában, szakaszaiban manifesztálódnak, és segítséggel az iskoláig felzárkóztathatók. Számuk világszerte nő, ma szinte egy-egy osztály felmérésénél 25–50%-ra is tehető, vagy 30% feletti is lehet Csépe (2008), Csányi (2008) szerint. A nemzetközi szakirodalom (Bojanin, 1985, 1999) szerint 10–15%. Az okokat kereshetjük a felgyorsult élet, felgyorsított

fejlődés, a lassabban változó pedagógiai módszerek között és persze a perinatális rizikófaktorok megnövekedett számában, vagy a csalárendszer, a hátrányos helyzet és kapcsolatok milyenségében.

Az 1. ábra a koraszülöttek arányát mutatja az élve születésekre vetítve 2000–2008 között.

Koraszülöttek aránya az élve születésekre vetítve (2000–2008)

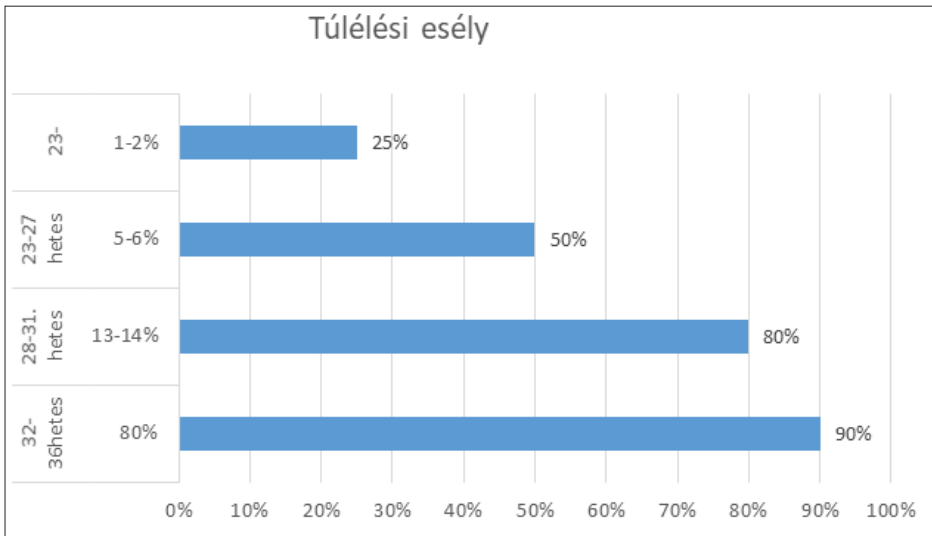


Forrás: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet adatbázisa

1. ábra: Koraszülöttek aránya az élve születésekre vetítve (2000–2008)

Forrás: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, 2009.

A koraszülött kisbabák életben tarthatóságának alsó határt is szabtak, amelynek ideje a különböző országokban jelentősen szóródik (European Perinatal Health Report, 2008). A legtöbb európai országban a magzati kor 22. hetétől és/vagy az 500 grammos testsúlytól tartják életben a babákat, de pl. Norvégiában az ennél fiatalabb, 12 hetesen megszülető magzatok esetében is megpróbálják fenntartani az életfunkciókat, míg bizonyos országokban, pl. Svédországban, Görögországban ennél jóval későbbi időponttól, csak a 28 hetes magzati kortól törekszenek az életben tartásra. Magyarországon a WHO ajánlása alapján az életben tarthatóság határát a 24. hétben szabták meg, illetve ha a baba nem éri el az 500 grammot vagy a 30 cm testhosszúságot. A Perinatális Intenzív Centrumokban, ahová a koraszülött kisbabák többségét szállítják, abban az esetben is folytatják a koraszülött kisbabák kezelését, ha ugyan a 24. terhességi hét előtt vagy 500 g alatt születnek, de életjelenséget mutatnak (Abonyi, 2011)



2. ábra: A koraszülöttek túlélési esélyei, a szakirodalmi adatok alapján (Juhász, 2019)

Hazánkban a 32–36. hétre születettek aránya a koraszülöttek 80%-a, a 28–31. hét között született babák a koraszülöttek 13–14%-a, míg a 23–27. héten született extrém koraszülöttek az összes koraszülött baba 5–6%-át teszik ki. A koraszülöttség gyakorisága, valamint az ellátás és esélyek tekintetében nagy eltérés van az országok között, egészségügyi és szociális fejlettségük, gazdasági színvonaluk szerint (Kalmár, 2008; Kereki, 2016).

A fejlődés szempontjából a legjobb helyzetben azok a babák vannak, akik csak kicsit érkeztek korábban, mert azok fejlődése általában gyorsan utoléri a 40. hétre születettek fejlődését. Minél fiatalabb a baba, annál nagyobb a károsodás veszélye és kockázata. Megnövekszik a korai Perinatális Intenzív Centrumokban, (PIC), és a Neonatológiai Intenzív Centrumokban (NIC) a baba szakmai ellátásának igénye.

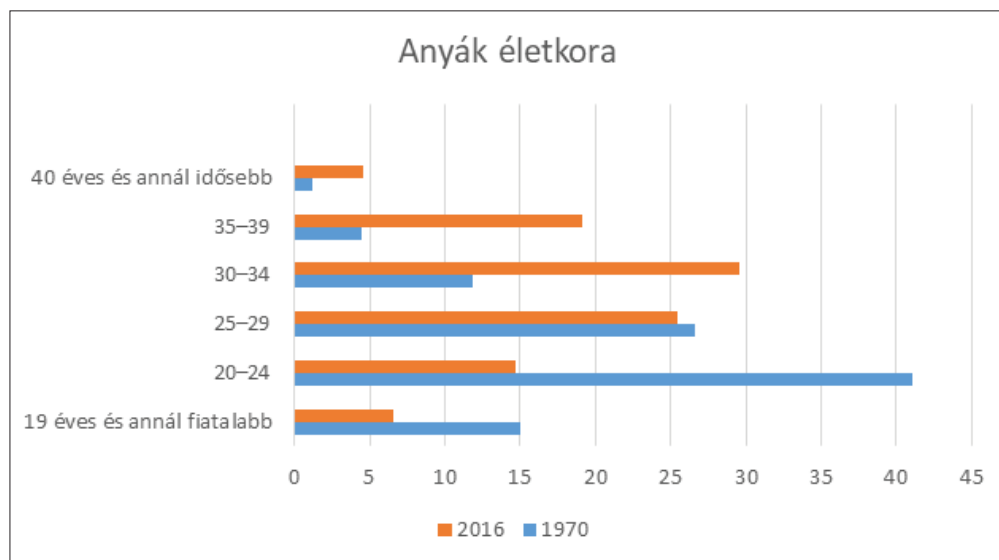


2. és 3. kép: A Perinatális Intenzív Centrumban, inkubátorban és anya–gyermek, bőr-bőr kontaktussal, „kenguruztatással” töltött idő

Magyarországon évente 1200–1500 koraszülött babánál idegrendszeri elváltozásokat is tapasztalnak, amelyekhez később fejlődési, tanulási, magatartási, figyelmi zavarok társulhatnak. A 28. hét előtt születettek 70–80%-át életben tudják tartani, de minden orvosi és rehabilitációs erőfeszítés ellenére sem elkerülhető a fejlődési rendellenesség, a tartós fogyatékoság, a későbbi sajátos nevelési igény.

Magyarországon a legkisebb korababa, aki legkorábban, a 23. terhességi héten érkezett, 380 grammos, a veszélyeztetett újszülöttet császármetszéssel segítették a világra, és intenzív ellátásban részesítve mentették meg életét. Igen nagy szakmai sikernek számít és szerencsére hazánkban az intenzív ellátás kiemelkedő színvonalát dicséri.

Számos tényező hozzájárul a magas koraszülés emelkedő arányához, amely a fejlődő és megelőzött országokat egyaránt érinti. A magasabb nemzeti jövedelemmel, jobb egészségügyi ellátással rendelkező országokban kitolódik a gyermekvállalás, a nők idősebb korban szülnek, mint régebben, addig sok fogamzásgátló, hormonális hatás éri őket.



3. ábra: Anyák életkora a KSH adatai alapján 1970-ben és 2016-ban

Forrás: KSH, 2018

Számos esetben meddőségi kezelésen esnek át. Egyre többen cukorbetegségben, vagy más szisztémás betegségben szenvednek. Egyre több nőnél okoz gondot az elhízás. A mesterségesen asszisztált reprodukció, a megindított szülés, vagy császármetszéssel, nem természetes úton való beavatkozással törté-

nő világrajövetel sokszor indokolatlan koraszülöttségi rizikófaktor. A szegény országokban a fertőzések, az egészségügyi ellátás és a reprodukív egészségkultúra ismereteinek hiányát sorolják fel a koraszülések okaiként. Azonban sajnálatos módon mind a fejlődő, mind a szegény országokban nagyon sok koraszülés oka még ismeretlen.

A koraszülöttség okai között sokféle tényezőt találunk. Részben örökletes és környezeti okokat említhetünk mint a fizikai és a lelki reprodukív egészség különböző okait. Ma már epigenetikai okozati összefüggéseket látnak a tudósok (Falus, 2009; Varga, 2011; Zhang–Ho, 2011). Az epigenetika a genetikán túli, a fenotípuson megjelenő környezeti tényezőket vizsgálja. A gének olyan módosulását és sejtől sejtre való, vagy transzgenerációs öröklődését kutatja, amely nem jár együtt a DNS szekvenciájában a genetikai kód megváltozásával, ám mégis megjelenik az utód viselkedésében. Az epigenetikai szabályozás alapvető szerepet játszik a legtöbb agyfunkcióban, és képes közvetíteni a különböző tapasztalat vezetete változásokat a központi idegrendszerbe, amelyek később molekuláris, celluláris, neurális hálózati, magatartási, érzelmi és kognitív szinteken manifesztálódnak az érett felnőttben (Bókkon–Vas–Császár, 2014). Minden tapasztalat feljegyződik, átvivődik a következő generációkra, így a stressz, a trauma is átíródik. A környezeti hatások epigenetikai rendszer felé való közvetítésében a hormonális rendszernek van kulcsszerepe (Zhang–Ho, 2011). Az újabb kutatások szerint bizonyos életszakaszban, az anyaméhben, közvetlenül a szülés után, a szoptatás során, pubertáskorban és az élet delén komolyabb hormonális változások következtében az epigenetikai változások nagyobb gyakorisággal következnek be (Zhang–Ho, 2011).

Sajnos modern korunk újabb negatív rizikófaktorokat is előállít, anyai szorongás, stressz, félelmek formájában, amelyek a szocioemocionális és a családi háló támogatása nélkül csak fokozzák a koraszülöttség veszélyét. Egyre többen beszél a tudományos világ a transzgenerációs okokról, azaz a reprodukív egészség tényezőinek olyan átíratáról, amelyek több generáción átívelően hathatnak, éreztetve hatásukat még a következő hetedik generáción is. Azoknál a gyerekeknél, akiknél több születés előtti, alatti és közvetlenül a szülés utáni rizikófaktorot jegyeztek le, gyakoribb a fejlődési eltérés, a tanulási zavar. A fejlődési zavarok esetében ismerjük az „alvó hatást” (Wrape, 2003 in Kalmár, 2008) és „mozgó rizikómodellt” (Gordon–Jens, 1988, 1991), amelyre Kalmár (2008) is hivatkozik. Egy rizikó a fejlődés folyamán sokáig nem manifesztálódik, de bizonyos környezeti tényezők hatására (pl. erős stressz, megélt trauma) újra feléleszti és veszélyeztető faktorrá válik, az első, akár valamely prenatális rizikófaktor talaján.

A korai időszak lelki sajátosságai:

- erős részvétel, bevonódottság jellemzi
- nagy fizikai-lelki változások történnek
- módosult tudatállapot jellemzi
- érzékeny, erősen affektív változások, folyamatok
- a krízisek lefutása és szakaszai összefüggnek az egész csalárendszer változásával is
- az anyaság, apaság kialakulása
- TG-hatások felerősödhetnek – a szülők saját születése, az anyákkal való kapcsolatuk
- gyászfolyamatok, PTSD jelenléte részei a krízisnek
- felszabadítás, mintaváltás beindítása a terápia
- különleges szükségletek és öngyógyítás
- plaszticitás, fejlesztési potenciál

Továbbá, ahol tetten érhető a testi-lelki életkor közötti eltérés

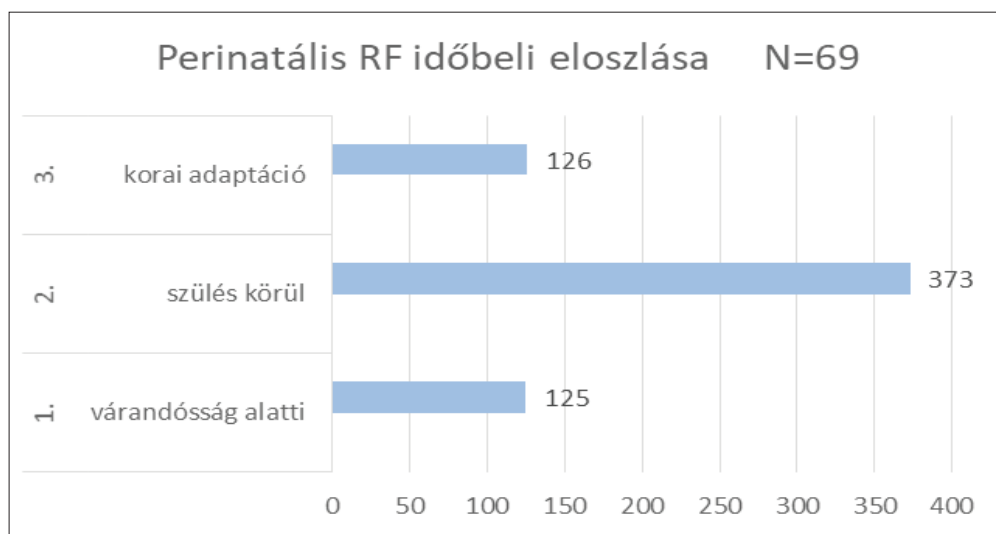
- akcelerációban pl. 4 éves 8 évesnek néz ki – testi felgyorsulás
- mesterséges, „delegált” gyorsítás állt elő, pl. a szülő sietteti, hogy felnőjön
- funkcionális gyorsítás, pl. erőltetik, hogy minél előbb felálljon, elinduljon, önállósodjon
- felgyorsulás–lelassulás, mint előhangolás–reakciókibontás
- regresszió (lelki, testi szinten)
- ismétlődő betegségek, testi regresszió (állandó fülbetegség)
- ismétlődő diszfunkcionális viselkedés
- érzelmi labilitás, elárasztottság, irritabilitás

A megtapasztalt élet integráltsága mutatja a lelki életkort. A lelki életkor lehet öregebb/fiatalabb az adott születési kornál. Minél közelebb van egymáshoz a valós tapasztalatbeli, megélt és az integrált, érzelmileg átértzett kor, annál harmonikusabb a személyiség. A lelki megszületés késése funkciókéséssel járhat, a fejlődés szakaszai, a funkcionális érettség a mozgási, beszéd-kommunikációs, kognitív, érzelmi, érzékelési, szociális funkciókban is megnyilvánulhat. Az integrált, szenzomotoros érettség a prenatális élet előhangolásával érthető meg. A korai kapcsolatban bontakozik ki a személyes, lelki életkor. Minden normatív változásnak megvan a maga feladata és ideje, (Erikson, 1997; Watzlawick–Weakland–Fisch, 2008), így a pre-, perinatális életidőnek is.



4. ábra: A fejlődési változások sematikus képe (Juhász, 2018)

A fejlődés, a tanulás normatív velejárója a normatív kríziseknek, változásoknak, saját egyéni utat mutat, és gyakran ismétlődik akár a személyes krízisekben, akár a családi változásokban. Amennyiben a gyermek nem jut a fejlődési ciklus végére valamilyen okból, az ismétlés öngyógyító folyamatába kezd. Ha sok nyitott ciklus van, traumatizálódik a személyiség, a fejlődés lelassulhat, diszharmonikussá válik, megállhat. A tudati felszínhez közel maradhat, és egy-egy élmény, környezeti hatás (fény, szag, hang) reaktiválhatja, újraindíthatja. Az időbeli szabályosságok hozhatnak gyógyulást, kreatív alkotó tevékenységbe fordulhat át, vagy valamilyen erős érzelmi vagy érzékelési tapasztalat által ismételt trauma jön létre. A normatív fejlődési vagy traumatikus krízisek is magukon viselik az ismert, fent említett jellegzetességeket (Emerson, 1994; Etényi, 1999; Juhász, 2016). Erre építhető a terápiás, fejlesztő folyamat.



**5. ábra: A rizikófaktorok gyakorisága a perinatális időben, n=69
(Juhász, 2017)**

A lelki krízis vagy változás természete szerint sokféle lehet, ilyenkor a gyermek és a szülők, környezetük, de még a velük foglalkozó szakemberek is észlelhetik magukon a krízis jeleit, ezért a korai, perinatális időben tevékenykedő szakembereknek komoly önismereti és szupervíziós pszichés támogatásra lenne szüksége. Ennek az időnek a jellegzetességei a következők:

- bevonódottság, túlzott érzékenység vagy erős háritás
- anya–gyermek–apa egységes dinamikája – minden vonatkozásában a családot egységként vizsgálni, kezelni
- módosult tudatállapot nemcsak a családnál, de a környezeten, az ellátó személyzetén is jelen lehet
- a nehézségek esélyként való átkeretezése vagy veszélyként való érzékelése befolyásolja a terápia kimenetelét
- ismétlődés, ciklikusság a rizikófaktorok megjelenésében, a fizikai, pszichés, funkcionális regresszív állapotok megjelenésében
- az anya–gyermek–apa–környezet problémája átadódik, kokrízissé lehet ott, ahol feldolgozatlan személyes tartalommal találkozunk
- érzelmi megjelenésében hatványozódás, elárasztottság, érzelmi kiegyensúlyozatlanság, erős szomorúság, öröm is jelen lehet
- egyéb távoli hatásokként mint a le- illetve felhangolás jöhet létre
- az egész családrendszeret érintő dinamika

A pre-, perinatális idő testi vonatkozásairól egyre többet tudunk a műszaki, az egészségtudományok fejlődésének köszönhetően, a lelki vonatkozásokat sokszor a rítusokból, a hagyományokból ismerjük. A perinatális pszichológia tud sokban hozzájárulni, hogy ezekben a sorsdöntő időkben ne maradjanak a gyermekek és a szülők sem segítség nélkül. A születés előtti és körüli időszakban a fogantatástól fogva minden feljegyződik, és megalapozza a gyermek későbbi sorsát, későbbi életét, az alapmintázódás kialakulását, a tanulást. Az első anya–gyerek kapcsolatban alakul ki a szinkron és deszinkron, a kötődés és az elválás. Ez a fejlődési folyamatminta a további normatív krízisekben is jelen van. Megjelenik az anyánál és a magzatnál, az apánál és a környezetben is.

A legjelentősebb éminőség az élet igenlése, elfogadása. A jelenlétben, az egyidejűségben, a hasonlóságban, a koordinációban és összhangváltásban tud megnyilvánulni. A születés körüli horizontális és vertikális rizikófaktorok aktiválják és a családi rendszer és az egyéni, közösségi rituálék, ceremóniák segíthetik vagy blokkolhatják a fejlődési változásokat.

A vertikális rizikófaktorok rendszerei közül ismertek a családi, szociális, kulturális, politikai, gazdasági környezet, a nem, a vallás, etnicitás, ami befolyásolhatja a fejlődési változásokban való átmeneteket vagy elakadásokat. Itt kell megemlítenünk az egyén mint individuum strukturális, funkcionális sajátosságait, tulajdonságait is.

A horizontális rizikófaktorok magukba foglalják az előre jelezhető, magával a fejlődéssel járó, a már megtapasztalt, megélt és újradefiniált élet emlékleNyomatait és a különféle, más, a családot és az individuumot ért változásokat, kríziseket, traumákat. Ilyenek a hosszú, tartós betegségek, hirtelen balesetek, korai halál vagy olyan külső jelenségek, amelyeket az egyén és a család maga nem tud befolyásolni, mint a gazdasági válság, munkanélküliség, háború.

Az egyes vertikális feszültségforrásokat és transzgenerációs mintákat a szülők adják tovább, és ezeken a pontokon érzékenyebbé, sérülékenyebbé teszik a családot, az egyént is. Az életciklus változásaiban nagy szerepük van a ceremóniáknak, rituáléknak, a kapcsolati mintáknak, amelyek segítenek újradefiniálni a szerepeket, megélni az új életformát. A korrigált lelki életkornál figyelembe kell venni az egész család krízisét és az egyéni krízisek szinergikus hatását is, hiszen ilyenkor „egyidejű, kísérő” krízisek alakulhatnak ki. Ilyen például az, amikor egy gyermek az ödipális konfliktus megoldásának kapujában áll, a család viszont bővül egy újszülöttel, ami azt jelentheti, hogy megzavarhatja vagy felgyorsíthatja a testvér érkezése a fejlődési változást és annak megoldását. Ez a tapasztalás viszont előjöhethet a következő öndefiniáláskor, nehezítve a következő fejlődési krízist a kamaszkorban.

Gyermekkorban a kapcsolati tengely az anya–magzat–apa körül húzódik. Jelentésében a *VAGYOK*, a „*vagyok, ahogyan gondolkodnak rólam*”, azzá „*válok, amilyennek érzem és gondolnak*”, azzá „*válok, amimet működtetni tudom*”, azok „*vagyunk, ahogy szeretünk*” áll a kritikus időszak középpontjában.

Terápiáinkban a kríziseket követve, testi-lelki vonatkozásokkal és énminőségekben tudjuk pácienseinket támogatni.

A korai kapcsolatban kezd bontakozni a személyes, lelki életkor. Az érzelmi, lelki megszületés és fejlettség a személyiség harmonikusabb kibontakozásához vezet. Ismerjük azt aényt, hogy a jobb anya–gyermek kapcsolat több szinapszist, strukturális felépítést, jobb funkcionalitást, jobb rész képesség-strukturát, iskolai beválást eredményez. Feltételezzük, hogy a korrigált lelki életkor is valós jelenség, és a sajátos nevelési igény és ellátás esetében figyelembe kell venni.

Kísérletünk nemcsak a koraszülöttekre, hanem a lelkileg meg nem érkezettek-re is vonatkozik. Azok közül, akik felkeresték intézetünket fejlődési elmaradás miatt, sokan koraszülöttek voltak – 62%-ban. A fejlődési zavarokkal jelentkezők között családi és személyes krízisben is voltak. A perinatális időszak törvényszerűségei szerint az egész család, a szülő–gyermek erőforrásait és nehézségeit is figyelembe vesszük.

A koraszülöttség és a fejlődési késés között a következő, ellentétes összefüggést találtuk $p=0,01$, $r=-,325$. Minél korábban érkezik egy kisgyermek, annál sérülékenyebb, annál több fejlődési zavarral rendelkezik. Mintánkban $n=69$ gyermek és családjuk szerepelt. Jó lenne nagyobb mintán és a teljes családjrendszer vizsgálatával kibővíteni a kutatást.

Többször találkozunk a lelki megszületés jelenségével a terápiák során. A gyermekek eljátsszák, ismétlik születéslményüket, mintegy természetes módon lelki gyógyulást keresve. Kvalitatív elemzéseinkben, esetleírásainkban nyomon követhető a lelki késés és megérkezés. Az érzelmi, lelki megszületés és fejlettség a személyiség harmonikusabb kibontakozásához vezet. Felszabadít a gyász és trauma következményei alól, a korán érkezettségtől, mintegy behozva a lelki kort.

Eredményeink szerint a perinatális elakadások, meg nem érkezések, a korai regulációs, viselkedési zavarokban, későbbi tanulási nehézségekben is jelen lehetnek, és a korrigált lelki életkor segíthet időbeli elhatárolásukban. A korrigált lelki életkor szerepe fontos lehet a tanulási zavarok megelőzésében, diagnosztikájában, valamint a terápiás módszerek kialakításában, amit az elakadások feloldásában alkalmazunk.

Kritikus időszakok	Életkor	Elemi pszichoszociális modalitások	Krízis	Énminőség	A jelentős kapcsolatok tengelye	Jelentése
Fogantatás	1+1	Találkozás	Elfogadás	Igen – nem	Pete-sejt-spermium	VAGYOK
I. trimeszter (amodális-érzékelés)	0–3. hó	Alapmin-tázódás kialakulása önszinkron	Kellemes – kiszolgáltatott	Fejlődés	Anya – magzat – apa	„Vagyok, ahogyan gondolkodnak rólam”
II. trimeszter (szenzomotoros-homesztázis)	3–6. hó	Homeosztati-kus tanulás Egyedül és szinkronban	Önszinkron –széthangolódva	Is-egyidejűség	Anya – magzat – apa	„Válok, amilyennek érzem és gondolnak”
III. trimeszter (szomatikus-vegetatív-endokrin)	6–9. hó	Kötődve és szinkronban	Interakciós szinkron – deszinkron	Már-hasonlóság koordináció	Anya – magzat – apa	„Válok, amimet működtetni tudom”
Szülés	kapu	Együtt	Belül és kívül	Összhangváltó	Anyai szerep bent és kint Apai szerep kint és bent	„Vagyunk, ahogy szeretünk”

2. táblázat: A fejlődési krízisekről, feladataikról és énminőségekről (Erikson alapján kiegészítve Juhász, 2009)

A stressz, a pszichés problémák jelenléte, a lelki megérkezés késésével járhat az anyánál és a magzatnál, újszülöttnél egyaránt. A születés mint az első megküzdés mintája a fejlődés és tanulás mintájává lesz, a normatív változásokban, krízishelyzetekben alapmintaként megismétlődik, más szemszögbe állítja a pedagógiai és fejlesztési tevékenységeinket. (Orosz–S. Nagy, 2017; Juhász, 2016).

A további kérdéseink a korrigált lelki életkor tekintetében a következők lehetnek:

1. A fejlődés korai időszakában levő rizikófaktorok hogyan befolyásolják a későbbi fizikai, funkcionális, lelki fejlődési eltéréseket?
2. Hogyan növeli meg számuk a fejlődési zavarok gyakoriságát?
3. A korai, perinatális időben tevékenykedő szakemberek önismereti és szupervíziós mentálhigiénés ismereteit bővíteni kell, és személyes megsegítésük is fontos lehet. A képzésbe be kellene építeni, hogy a többségi nevelők a gyakorlatban is alkalmazzák a perinatális ismereteket, felismerjék az elakadásokat, és tudják, hogyan lehet befolyásolni a pozitív szinergikus változásokat.

4. A korai tapasztalatok mintázódást mutatnak a későbbi fejlődésben, a következő fejlődési átlépőknél megjelenhetnek; a megoldatlan, elakadt fejlődés nagyobb hullámokat vet, vagy éppen lelassítja a fejlődés folyamatát. Az új ismeretek ösztönzik a differenciált gyógypedagógiai módszerek tárházának bővítését.
5. Nagyobb hangsúlyt kapnak a diagnosztikában a fejlődési változások, sérülések, fizikai, funkcionális, lelki fejlődési eltérések. Új eljárásokat és összefüggéseket tárhatunk fel.
6. További kutatásokat indítanak el, amelyek által leírhatóak az összefüggések és ismétlődések a funkcionális részképességek szerveződésében, hogy fel tudjuk használni a tanítás folyamatában, a növendékek egyéni fejlesztésében.

A korai intervenció és prevenció ellátást, a tanítást, nevelést ilyen átfogó módon át kell tekinteni inter-transzdiszciplináris szempontból is, a pre-, peri-, posztnatális rizikófaktorok krízisben, változásban megjelenő hatásaival kiegészítve.

Felhasznált irodalom:

- Abonyi Anita (2011): Szebaszián története: 380 grammal született a terhesség 23. hetében. *Webbeteg*, <https://www.webbeteg.hu/cikkek/terhesseg/10338/fel-kilo-alatti-koraszulottek-eselyei>; letöltés ideje: 2018. 10. 08.
- Affolter, F. (1972): Az észlelési funkciók zavartalan és patológiás fejlődésének szempontjai. In: Torda Ágnes (szerk.): *Szemelvények a tanulási zavarok köréből*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 87–95.
- Bojanin, Svetomir. (1985): *Neuropsihologija razvojnog doba sa reedukativnim metodom*. Zavod za uzdbenike, Beograd.
- Bojanin, Svetomir. (1999): *Dete predškolskog uzrasta i njegovo egzistencionalno polje*, Bice u vremenu, Beograd. 4–18.
- Bókkon István – Vas József – Császár Noémi (2014): Gondolatok a szabaddaratról az epigenetika, a transzgenerációs traumaátvitel és tudattalan folyamatok tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **69**. 4/8. sz. 797–819.
- Csányi Yvonne (2008): Új utak és törekvések a sajátos nevelési igényű személyek oktatása terén az OECD, szakmapolitikájában és ennek néhány hazai vonatkozása. *Fejlesztő Pedagógia*, **19**. 1. sz. 28–33.

- Csépe Valéria (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyerekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In: Fazekas Károly – Köllő János – Varga Júlia (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. Ecostat, Budapest. 139–164.
- Dávid Mária (2006): A tanulási kompetencia fejlesztése – elméleti háttér. *Alkalmazott Pszichológia*, VIII. 1. sz. 51–64.
- Etényi Zsuzsa (1999): Vizsgálható-e a születési emlékezet kisgyerekeknél? In: Raffai Jenő (szerk.): *Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban*. Kongresszusi tanulmánykötet, Animula Kiadó, Budapest. 32–57.
- Emerson, W. (1994): *”Trauma impacts” – audiotaped presentations*. Seattle 1992, Petaluma 1992, and March 1993. Emerson Training Seminars.
- Erikson, E. (1997): Az emberi életciklus. In: Bernáth László – Solymosi Katalin (szerk.): *Fejlődéslélektan olvasókönyv*. Tertia Kiadó, Budapest.
- Falus András (2009): *Epigenetika, a biológiai működés szoftvere*. http://educvital.net/files/biol-hatteranyag/Falus_Epigenetika.pdf; letöltés ideje: 2017. 10. 10.
- Göbel Orsolya – Andrek Andrea – Molnár Judit – Orosz Katalin – Császár Ajna (2010): *A születés, mint tapasztalat?* Kerekasztal az „Együtt és külön” III. Országos Gyermekpszichoterápiás Konferencián, Budapest, 2010. november 19–20.
- György Ilona (2008): Az idegrendszeri betegségek vizsgáló módszerei. In: Oláh Éva (szerk.): *Gyermekgyógyászati kézikönyv*. Medicina, Budapest. 983–1002.
- Juhász Ibolya (2009): *Perinatális kommunikáció*. ELTE APIK, Perinatális szaktanácsadó képzés, szakdolgozat.
- Juhász, I. (2015): *Birth like the first evolutionary sample and its affects on normative changes*, 1st International Congress on Psychological Trauma: Prenatal, Perinatal & Postnatal Aspects (PTPPA 2015), May 15–16, 2015., Belgrade, Serbia.
- Juhász Ibolya (2018): *Korrigált életkor, korrigált lelki életkor*, előadás, ONK 2018, Budapest, 2018. 11. 10–12.
- Juhász Ibolya (2019): Perinatális rizikófaktorok és a fejlődési zavarok összefüggései a korai intervenció és prevenció ellátásban. In: *Szaktudományi és más emberközpontú tanulmányok*, Nemzetközi VII. Neveléstudományi és szaktudományi konferencia – Vzdělávacia, Výchovná a Metodická Konferencia, Sturovo.

- Kalmár Magda (2008): *Az értelmi fejlődés és a viselkedésszervezés egyidejű és longitudinális összefüggés mintázatai a perinatális rizikó és a környezeti feltételek függvényében: koraszülött és időre született gyerekek követése iskoláskorig*, OTKA, nyilvántartási szám: T 043 637, Kutatási zárójelentés.
- N. Kollár Katalin – Szabó Éva (szerk.) (2004): *Pszichológia pedagógusoknak*, https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_pszichologia_pedagogusoknak/adatok.html; letöltés ideje: 2019. 02. 15.
- Kereki Judit (2016): Korán érkezett babák. *Kölkönet*. <http://m.koloknet.hu/csalad/eletszakaszok/baba/koran-erkezett-babak>; letöltés ideje: 2018. 10. 08.
- Kiss M. (2009): *Globalisan növekszik a koraszülések száma*. http://www.diagnozsis.hu/globalisan_novekszik_a_koraszulesek_szama/; letöltés ideje: 2018. 10. 08.
- Marton-Dévényi Éva (2002): *Tapasztalataink és tanulságaink az Alapozó Terápiában*. Alapozó Terápiák Alapítvány, Budapest.
- Orosz Katalin – S. Nagy Zita (2017): *A sorsformáló 9+1 hónap. A magzati kor és a születés hatása az életút alakulására*. Kulcslyuk Kiadó Kft.
- Molnár Judit (2015): Posztpartum poszttraumás stressz szindróma. In: Kuriárné Szabó Ildikó – Tiszlár-Szabó Eszter (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 203–216.
- Varga Katalin (2011): A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **66**. 3. sz. 507–532. DOI: 10.1556/MPSzle.66.2011.3.4.
- Watzlawick, P. – Weakland, J. H. – Fisch, R. (2008): *Változás - A problémák keletkezésének és megoldásának elvei*. Animula Kiadó, Budapest.
- Zhang, X. – Ho, S. M. (2011): Epigenetics meets endocrinology. *Journal of Molecular Endocrinology*, 46, R11–R32.

A képek, ábrák, adatok forrásai:

- 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet, Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Fenyegető koraszülésről. Készítette: A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. 2006.
2. kép: Életre ölelve. https://www.babaszoba.hu/articles/baba/Eletre_olelve?a-id=20110212053512 Letöltés ideje: 2018. 10. 08.
3. kép: <https://www.mamaybebe.cl/partos-prematuros-causas-cuidados-y-avances-tecnologicos-2/>, letöltés ideje: 2018. 10. 08.
- KSH, (2016): Semmelweis, elemzések, <http://www.ksh.hu/elemzesek/semmelweis/index.html>, letöltés ideje: 2018. 10. 31.

A hazai adatok az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet adatbázisa, illetve a perinatális/neonatólis centrumok 2006, 2007, 2008-as adatai alapján kerülnek közlésre.

Juhász Ibolya

Eszterházy Károly Egyetem Neveléstudományi Doktori Iskola