

FÜRNÉ MOSONI ANITA

A SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ BEMUTATÁSA, KIEMELT FIGYELEMMEL AZ ATÍPIKUS FEJLŐDÉSMENETRE

Absztrakt

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció hazánkban viszonylag rövid múlttal rendelkezik, annál nagyobb mértékű a létjogosultsága az utóbbi években fókuszba került korai intervenció révén. A konzultáció a kora gyermekkori regulációs zavarokkal foglalkozik, melyek a lelki egészség problémáinak egyik részterületét képezik a 0–3 éves korosztályban. Gyakran a panaszok hátterében az orvosi vagy komplex gyógypedagógiai vizsgálatok nem mutatnak ki szervi okot. Az is előfordul, hogy az organikus háttér (adódjon ez valamilyen testi, mentális betegségből, sérültségből, megkésett vagy eltérő fejlődésmenetből) nem feltétlenül magyarázza a panaszok teljes körét. Nem elhanyagolható azoknak az eseteknek a száma sem, ahol egyértelmű az organikus háttérből adódó nehézség, de az orvosi kezelések, gyógypedagógiai intervenciók mellett szükséges lehet a konzulens bevonása az interakciók, a viselkedésszabályozás és kapcsolati együttműködés támogatása érdekében (Hédervári-Heller & Németh, 2011). A gyógypedagógiai ellátás egy része is erre a korai időszakra tevődik, ahol a fejlesztés a szülővel együttes ülésekben zajlik, ahol fontos az interakció, a szülő kompetenciáinak erősítése és hatékony közreműködésének segítése, ami elengedhetetlen a gyakorlás és a sikeres terápia alkalmazásához. Jelen tanulmány a teljesség igénye nélkül igyekszik bemutatni a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt, valamint az atipikus fejlődésű gyermekek szüleinek támogatási szükségleteit és lehetőségeit.

Kulcsszavak: szülő-csecsemő konzultáció, korai intervenció, atipikus fejlődés, regulációs zavarok, kapcsolati nehézségek

Abstract

Parent-infant/toddler consultation has a relatively short history in our country, but it is all the more justified due to the focus on early intervention in recent years. Consultation deals with early childhood regulatory disorders, which are a subset of mental health problems in the 0-3 age group. Often, medical or complex therapeutic investigations do not reveal an organic cause for the underlying complaints. It is also the case that an organic background (whether this is due to a physical or mental illness, injury, delayed or different developmental trajectory) does not necessarily explain the full range of complaints. The number of cases where the organic background is clearly the cause of the difficulty is not negligible either, but in addition to medical treatment and therapeutic interventions, it may be necessary to involve a counsellor to support interactions, behaviour regulation and relational cooperation (Hédervári-Heller & Németh, 2011.) This is also an early period of therapeutic pedagogical care, where development takes place in joint sessions with the parent, where interaction, strengthening the parent's competences and helping him/her to participate effectively are important, essential for practice and successful therapy. The present study aims to present, in a non-exhaustive manner, the parent-infant/toddler consultation and as well as the support needs of parents of children with atypical development.

Keywords: parent-infant consultation, early intervention, atypical development, regulatory disorders, relational difficulties

1. Bevezetés

Bár hazánkban a szülő-csecsemő konzultáció rövid múlttal rendelkezik, és még a kisgyermekkel foglalkozó szakemberek nagy része sem ismeri, létjogosultsága vitathatatlan, hiszen a csecsemőkor, kisgyermekkor jelentős időszak a gyermek fejlődése szempontjából, és a szülőknek ebben az időszakban nyújtott támogatás hosszú távú pozitív hatásokkal jár (Németh et al., 2015). Olyan támogató folyamat ugyanis, amely a szülő és csecsemő közötti kapcsolat megerősítésére, a korai kötődés elősegítésére, valamint a csecsemő fejlődésének támogatására irányul. A konzultáció során a szakember segít a szülőknek megérteniük csecsemőjük viselkedését, igényeit és hatékonyabban reagálniuk azokra. A gyógypedagógiával történő kapcsolódása a gyermek atipikus fejlődése esetén válhat szükségessé. Egy atipikus fejlődésű gyermek születése paranormatív krízist okoz a családban, így még nagyobb szükség lehet a család ezirányú megsegítésére. A szülők egészséges, időre született gyermeket képzelnek el, és a született gyermek állapota miatt a szenzitív kapcsolódás sokkal

nehezebben valósul meg (Danis et al., 2020). A kutatásokban a szülők széles időintervallumot mutathatnak abban, ahogy közel tudják engedni magukhoz gyermekük atipikus fejlődésének tényét, valamint a veszteség és gyászfolyamat különbözőképpen zajlik le, és teljesen különböző, ahogy azt az utat bejárják, amelynek során részlegesen vagy teljesen el tudják fogadni gyermeküket olyannak, amilyen (Góczán-Szabó & Prónay, 2020). A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció segíti a szülőket ebben a folyamatban. Segíti a szülői kompetenciák kialakulását, megerősítését, a gyermekhez történő kapcsolódást, ezáltal a gyermek és a szülő mentális jóllétét. Elősegíti azt a folyamatot, melyben a szülő elfogadja gyermekét, szenzitíven kapcsolódni képes hozzá, segít kialakítani a gyermek regulációját, segíti a gyógypedagógiai fejlesztés hatékonyságát a korai időszakban.

2. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció

2.1. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció hazai előzménye

A szülői (parental mental health), valamint a csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség (infant and early childhood mental health; IECMH) támogatása több szakterületet érintő feladatként, valamint integrált intézményekben részfeladatként, hálózatként jelenik meg a tengerentúlon és a nyugat-európai országokban (Danis, 2015). A cél a kompetens szülőség és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat támogatása, melynek talaján teremthető meg a csecsemők/kisgyermek optimális fejlődésének és lelki egészségének biztosítása (Danis, 2020). Magyarországon évtizedes hagyományokkal bír a korai fejlesztés, azonban a korai intervenciók szakmaközi egységének kialakítása az utóbbi években realizálódott Kereki Judit és munkatársai által (Gyirkis et al., 2019). Erőteljes igény merült fel a szakemberek részéről a kora gyermekkorai lelki egészség támogatására, mely fejlesztendő szakterület hazánkban. A 2000-es évek folyamán indult el a korai lelki egészség és szülő-gyermek kapcsolat támogatását célzó kezdeményezés, azonban ez elszórta működik a mai napig. Az integrált szülő-csecsemő konzultáció Németországban már évtizedek óta működő módszerét prof. dr. Hédervári-Heller Éva (Berlin) és dr. Németh Tünde (Budapest) adaptálták Magyarországon. 2010-től folynak szakemberképzések ezen a szakterületen (Danis, 2020).

2.2. Jelentős csecsemőkutatások, melyek a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció alapját képezik

Az utóbbi évtizedekben megváltozott az a nézet, mely szerint a csecsemő tehetetlen, kiszolgáltatott, passzív lény, aki a környezetével nincs interakcióban. A technika fejlődésével, a képi megjelenítés, megfigyelés lehetőségével mára bizonyítottan tudjuk, hogy már a magzat is rendelkezik bizonyos kompetenciákkal, és aktív interakciót folytat. A hazai tudomá-

nyosság is bővelkedik ezen a területen az Andrek Andrea és munkatársai által végzett kutatásokban. „Bizonyítást nyert, hogy a magzat minden érzékszervi modalitásban képes a környezetéből származó ingerek észlelésére, az információ feldolgozására és az adekvát reakcióra. Rendelkezik a tanulás alapvető formáival, és működik az emlékezeti funkció” (Andrek, 2012, p. 23). A magzatok mozgásrepertoárjában 1166 különböző mozgást különítettek el, melyek között megkülönböztettek: önindított aktivitásokat, reaktív viselkedést és interaktív viselkedést. A fájdalmas ingerekre adott magzati viselkedésben megfigyelhető, hogy adekvátan reagál a magzat, láthatóan fájdalmasan. Az érzékszervek közül legkorábban a tapintás és ízérzékelés fejlődik ki, majd kiegészül a születés után a szaglással és látással. A csecsemő a világra jötte után is használja kompetenciáit, és folyamatosan bővíti a szülő segítségével. „A saját ritmusa szerint alakítja ki egy 24 órás ciklusban az alvás, nyugtösködés, sírás és ébrenlét viselkedési állapotait” (Hédervári-Heller & Németh, 2011, p. 75). Ezen ciklusok kialakításában a csecsemők egyéni mintázatot mutatnak, és néhány irodalmi adat szerint a magzati korban kialakult bioritmus a megszületés után is folytatódhat, tehát az anya bioritmusa hatással van a magzatra és a csecsemőre. Hidas (1997) kutatásában jól látszik, hogy a szülök életvitelében és a gyermek szokásrendszerében találtak összefüggéseket. „A pékek gyermekei korán alszanak el, és hajnalban kelnek, míg a kocsmárosok gyermekei későn alszanak el, és későn kelnek” (Hédervári-Heller & Németh, 2011, p. 75).

A gondozó szenzitivitására irányuló vizsgálatok azt mutatják, hogy tudattalan reakció, mind a csecsemővel, mind az idősebb gyermekkel vagy felnőttel való interakciós folyamatokban. A szenzitivitást mutató személyek gyakrabban reagálnak érzékenyen a gyermek jelzéseire, ami nem azt jelenti, hogy mindig, minden alkalommal adekvátan és szenzitivén reagálnak, senki nem képes erre, de valójában nincs is szükség ilyen maximalizmusra. Bowlby szerint az esetek nagy részében megértett jelzések a gyermek számára biztosítják az optimális társas-érzelmi fejlődést (Hédervári-Heller & Németh, 2011). Előfordul, hogy az időben történő reagálással van a gond, amikor a gondozó személy túl későn reagál a gyermek jelzéseire (Hédervári-Heller & Németh, 2011), a gyermek már nem hozza kapcsolatba a gondozó reakcióját a saját jelzésével, ezáltal nem tudja a közös élmény tapasztalataként átélni.

2.3. Modern kötődéelméletek, melyek kapcsolódnak a konzultációhoz

A csecsemő veleszületett készletése, valamint evolúciósan megalapozott szükséglet, hogy környezetében egy vagy néhány személlyel kötődési kapcsolatot alakítson ki, mely a testi közelség elérését és fenntartását, ezzel pedig a biztonság megteremtését, illetve a túlélési potenciált alapozza meg. A régebbi elméletekkel ellentétben a kötődés nem fejeződik be az első néhány hónapban, hanem a korai kötődési kapcsolat a születéstől kezdve az első életév folyamán alakul ki a gondozókkal történő rendszeres interakciók során. Az interakciók először célvezérelt, szükségleteket kielégítő folyamatok – etetés, fürdetés, öltöztetés, szabad

játék –, majd a csecsemő első életévének végére kötődési reprezentáció kialakulásaként jönnek létre. Gyakran alkalmazzuk az alap kötődési mintázatok megfigyelését, de meszesemenő következtetést nem szabad levonnunk, csak tájékozódó jellegűt. Kötődést csak képzett kódoló szakember meghatározott kísérleti helyzetben vizsgálhat. Számos követéses vizsgálatban bebizonyosodott, hogy a kora gyerekkori kötődési mintázatok eltérő utakat eredményeznek a gyermek későbbi érzelmi és szociális fejlődésében, ami megmutatkozik a kortárs- és párkapcsolataiban, az önértékelésében, magatartásában, valamint a tanulmányi sikeresség alakulásában. A biztonságos kötődési múlttal rendelkező gyermekek egyértelmű előnyt élveznek a fejlődés szinte valamennyi területén (Danis & Kalmár, 2011). A szülő és gyermek egységében az interakciók alakulása során az úgynevezett goodness of fit (az illeszkedés jósága) érvényesül, mely szerint ha a gyermek jellemzői, valamint a környezet elvárásai, reakciói között megfelelő az „illeszkedés”, akkor a korai fejlődés az optimális mederben halad, egészséges énkép és stabil önbecsülés alakul ki (Danis & Kalmár, 2011).

2.4. Reguláció és regulációs zavar meghatározása

Regulációnak nevezzük a gyerek azon képességét, mellyel egy adott helyzetben a kognitív, érzelmi és szociális válaszait a követelményeknek megfelelően modulálja, valamint a regulációs kapacitása minden tanulási és alkalmazkodási folyamatban szerepet játszik. A csecsemők és kisgyermekek egy bizonyos hányada olyan viselkedési problémákat mutat, amelyek intenzitásukban és tartósságukban eltérnek az átlagtól. A kutatók becslése szerint a csecsemők mintegy 5-10%-ánál kialakul vagy már születésétől fogva létezik ún. regulációs vagy viselkedésszabályozási zavar (Hédervári-Heller & Németh, 2011). A csecsemő nehezen szabályozza hógylétét, viselkedését és fiziológiai folyamatait érzékelési, figyelmi, mozgásos vagy érzelmi területen. A klasszikus regulációs zavarok csecsemőkorban: excesszív sírás, krónikus nyugtalanság, alvásproblémák, valamint táplálkozási-gyarapodási nehézségek. Később érzelmi-kötődési problémákat, a játék iránti érdeklődés hiányát, illetve fejlődésbeli elmaradást mutathatnak. A második életévtől a tünetek kiterjedhetnek a szülő-gyermek kapcsolat zavarára, a testvérrivalizációra, a fejlődést túlhaladó dacr, az elválástól való félelemre, a kontrollálhatatlan dührohamokra vagy a szokatlan mértékű, személyekre, tárgyakra vagy saját magára irányuló agresszivitásra, a játék iránti kedvetlenségre, koncentrációzavarra, motorikus nyugtalanságra és hiperkinetikus figyelemzavarra, vagyis az ADHD tüneteire, mely idősebb gyermekeknél, óvodáskorban jelentkezik (Hédervári-Heller & Németh, 2011).

2.5. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció rövid bemutatása

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció indirekt tanácsadás, mely bár nem terápia, de rendelkezik terápiás hatással, mely egyenragú kapcsolatra és nem függőségi viszonyra épülő tanácsadási módszer. 0–3 éves gyermekek kezelésével foglalkozik, alapelve, hogy

csecsemő- és kora gyermekkorban nem létezik önmagában álló egyéni pszichopatológia, tehát a páciens/kliens: a szülő és a gyermek együtt. A gyermek tüneteinek kezelésével párhuzamosan a szülő-csecsemő kötődési kapcsolatra hatunk úgy, hogy a kisiklott kötődési viszony megváltozhasson, a gyermek ezáltal biztonságérzethez juthasson, megváltozhasson a szülő értelmezése a gyermek viselkedéséről. A gyermek jelenléte lényeges és szükséges, mert a szakember információt szerezhet a gyerek kötődési és explorációs viselkedéséről, megfigyelheti a tünet megjelenési formáját, intenzitását, a szülő szenzitivitását, a szülő-gyermek érzelmi kifejezéseit, a stresszhelyzetek regulációját, a kapcsolat érzelmi hangulatát. Segít a konfliktusok megértésében, a konfliktusok dinamikájának feltárásában, értékes anyagként szolgál a konzulensi és terápiás intervencióban, így segít megválasztani a beavatkozás eszközeit. A szülő szempontjából a fizikai közelség a gyermekhez lehetővé teszi a konfliktusok érzelmi komponenseinek felszínre kerülését, konkrét helyzetből kiindulva a konfliktus elemzését, új felfedezésekhez juthat a gyerek viselkedésére vonatkozóan, illetve a konzulens hozzájárulhat a kapcsolat korrigálásához. A nyugodt környezet, a jó hangulat megteremtése alapfeltétele a konzultációnak, ami a konzulens feladata. A konzultációkat a gyermekek többnyire pozitív tapasztalatként élik meg, türelmesek, nem akadályozzák az ülés menetét, ez gyakran meglepi a szülőket. A ténynek szükséges, hogy hangot adjon a konzulens.

A konzultáció előtt a regulációs zavar organikus okainak kizárása szükséges, esetleg szükség esetén szakorvossal való együttműködés történik. Az első konzultációra ajánlatos meghívni az apát és a testvéreket is. A konzultáció 1-10 találkozóig terjedhet, egy-egy alkalom 1-2 óra időtartamú. A tematikus beszélgetés mellett a videotechnika alkalmazása hatékony, különösen alkalmas a gyarapodási és etetési zavarok vagy a szülő-csecsemő interakció zavarainak kezelésekor. Az anamnesztikus adatok megbeszélése a gyermek jelenlétében történik. A konzulens szakember feladata eldönteni, hogy melyik tartalom, mikor, milyen intenzitással kerül az ülés középpontjába. Fejben témakatalógust vezet, melyet az ülés után lejegyzetel. Lényeges momentum, hogy milyen témát ajánlanak a szülők – tudatosan vagy tudattalanul –, mit mutat a szülő-gyerek kapcsolat. A szakember követi a szülők gondolatmenetét, gondolatban megjelöli a még hiányos témákat, melyekre más alkalommal visszatér, és később továbbfejt. A rugalmasság nagyon fontos a konzulens részéről, gyakori, hogy az elmúlt hét tapasztalatainak mesélése közben jön elő fontos téma, amit akkor kell elemezni, és az eltervezett téma nem kerül elő. A verbális kommunikáció mellett a szakember a megfigyelő szerepét is betölti az alábbi megfigyelési területeken:

- megfigyeli a gyermek elhelyezkedését a térben,
- a gyermek játékszintjét,
- a szülők felé irányuló kapcsolatkeresést,
- viszonyulást a szakemberhez,

- fejlettségi szintjét,
- érzelmi viselkedését,
- észleli a szülők reagálásait a gyermek jelzéseire, interakciójuk minőségét, kapcsolatuk hangulatát.

Fontos feladat továbbá bevonni a gyereket/csecsemőt a beszélgetés menetébe, közvetlenül hozzá, bemutatkozni, elmagyarázni, miért vannak itt, miről van szó. A szülő felé a gyermek nevében beszélni, szavakba foglalni a gyermek érzelmi állapotát, esetleges gondolatait, viselkedési szándékát szintén lényeges. Hasznos és szükséges a tudattalan folyamatok és viselkedési formák tudatosítása, egyszerű megfogalmazása (Németh et al., 2015.).

3. A család a konzultációban

A család a nevelés legelső színtere, fogalmát sokféleképpen definiálták. „A család állandó változásban működő, egyensúlyra törekvő, önmaga határait biztosító rendszer” (Danis et al., 2020, p. 341). Andorka Rudolf meghatározása szerint a család „...olyan együtt élő kiscsoport, melynek tagjait vagy házassági kapcsolat, vagy leszármazás, más szóval vérségi, (kivételes esetben örökbefogadási) kapcsolat köti össze” (Andorka, 2003, p. 353). A család összetétele és struktúrája fogja meghatározni, befolyásolni a gyermek fejlődését. Egészséges lelki biztonságot, védelmet nyújthatnak a szülők, de akár hátráltathatják is a gyermek fejlődését. A családi rendszerben előforduló folyamatos változások minden családtagra hatással vannak, és ezek a változások kölcsönösen befolyásolják egymást. A konzultáció kapcsán a gyermek közvetlen környezetét vizsgáljuk és vonjuk be a folyamatba. Elsőként az elsődleges gondozót, de fontos, hogy aki részt vesz a gyermek mindennapi életében, közülük mindenkit bevonjunk. Érdekes és fontos tapasztalás az eközben történő interakciók megfigyelése, a család dinamikájának ismerete.

3.1. Az atipikus fejlődésű gyermek születésének hatása a család működésére

A családok nagy részében tipikus fejlődésű gyermeket nevelnek, és vannak olyan családok is, akiknek gyermeke atipikus fejlődést mutat. A családdá alakulás folyamata a normatív krízis időszaka, hiszen egy természetes folyamatról van szó, viszont egyfajta krízis, hiszen a szülőknek újfajta kihívásokkal, stresszorokkal kell megbirkózniuk. Azokban a családokban viszont, ahol sérült gyermek születik, paranormatív krízis fog kialakulni, mivel az életútjukban előre nem várható traumákat kell feldolgozniuk (Danis et al., 2020.). Megrendül a formálódó szülői szerep, különösen az elsődleges gondozó folyamatosan stressznek van

kitéve. A szülői szerepek átértelmezése és a reziliens működés segíthet a megküzdésben, és ezt hivatott segíteni a konzultáció (Danis et al., 2020.).

Kolozsváry szerint egy egészséges gyermek születése is felboríthatja a családi egyensúlyt, viszont sokkal erőteljesebb folyamat érzékelhető, amennyiben kiderül, hogy a gyermeknek valamiféle akadályozottsággal kell leélnie az életét. A családok ezt kétféleképpen próbálják kezelni: összefognak, vagy eltávolodnak egymástól, mintegy hátra fordítanak a problémának (Kolozsváry, 2002).

A szülő pszichésen nagyon erőteljesen megterhelt szituációban van, amikor szembe-sül gyermeke betegségével, fogyatékoságával, atipikus fejlődésével. A családi környezet megváltozik, felborul a család megszokott élete, a család életritmusa a sérült gyermekhez alkalmazkodik. A szülőknél gyászfolyamat indul. Gyászolják az álmokat, terveket, a megváltozott életüket, és gyászolják gyermeküket, hiszen tudják, mennyi megpróbáltatással kell megküzdnie. Az elfogadáshoz végig kell menni a gyász lépcsőfokain. A szülőknél évekkel a diagnózisközléstől sok esetben villanófényemlékei vannak. Egyes hallott szavak, mondatok kiemelődnek, másokat önvédelemből kívül tart az elméjük. A kora gyermekkorban az ezen családokat támogató szakemberek részéről különösen lényeges kommunikációs habitus az őszinte, nyitott, hiteles, ismereteket átadó, ezzel párhuzamosan igényeiket, nehézségeiket elismerő segítő (holdingot tartó) jelenlét. A szülők lényeges, elismerhető igénye tudni a jövőt, hiszen a jellemzően sok bizonytalansággal járó szituációban biztos kapaszkodót nyújthat számukra, hogy mire szükséges felkészülniük. Nagyon fontos, hogy a szakember anélkül, hogy jóslásokba bocsátkozna, el tudja viselni annak terhét, hogy nem tud bizonyos kérdéseket megválaszolni, azonban a szülőnek, ezenkívül rajta keresztül csecsemőjének együttműködést tud ajánlani egy kollektív útra (Borbély, 2012).

3.2. Az atipikus fejlődésű gyermek születése és a gyászmunka segítése a konzultációban

Az atipikus fejlődés kifejezés heterogén csoportot foglal magába. Atipikus fejlődésű az a gyermek, akinek a fejlődése különböző okok miatt születéstől kezdve eltér a tipikus fejlődéstől. Az esetek egy részében a széles diagnosztikának köszönhetően a sérülését/fogyatékoságát már a magzati korban lehet tudni. Előfordul, hogy a fejlődés a születéskor, illetve a korai időszakban egyáltalán nem tér el az általánostól, vagy csupán kissé, így a problémára csak később derül fény (Góczán-Szabó & Prónay, 2020). A WHO (World Health Organization) felmérése szerint világszerte a gyermekpopuláció 10-20 százaléka él különféle fogyatékoságokkal. Magyarországon a KSH adatai szerint közel 457 ezer fogyatékos ember él, ami a teljes népesség 4,6 százaléka. (KSH, 2020). A fogyatékoság általános jelentéstartalma a „biológiai állapot megváltozása, a testi, idegrendszeri tulajdonságterületek körében fennálló visszafordíthatatlan sérülés, károsodás, defektus” (Illyés,

2000, 25. o.). A fogyatékoság orvosi meghatározása szerint valamely testi vagy mentális képesség károsodása, amellyel mások egy elfogadott norma szerinti mértékben rendelkeznek. A szociális megközelítés a társadalmi közösségből indul ki. A képesség károsodása akkor jelentős, ha a társadalomban ez hátrányt jelent. Az atipikus fejlődés a gyógypedagógia alapfogalma, az egyént rászorulttá teszi a gyógypedagógiai ellátásra. A fogyatékoság nem zárja ki az egészséget, hiszen nem betegség, hanem egy állapot (Garai & Bolla, 2010). A folyamat az anya részéről ambivalens érzéseket hordoz, hiszen a gyermeket a testében valóságként élte meg. Olyan gyermeket igyekeznek a lelkével befogadni, akit a testével már befogadott, és a másságáról nincs valódi megtapasztalása (Góczán-Szabó & Prónay, 2020). A szülőknél gyászfolyamat indul. Gyászolják az álmokat, terveket, a megváltozott életüket, és gyászolják gyermeküket, hiszen tudják, mennyi megpróbáltatással kell megküzdnie. Az elfogadáshoz végig kell menniük a gyász folyamat lépcsőfokain (Németh et al., 2015). A fogyatékos személyek és családtagjaik számára elérhető ellátások minősége és jellege befolyásolja a komplex folyamatot időbeli lefutásában, alakulásában (Sz. Makó, 2015). A családokat segítő szakemberek részéről fontos az őszinte, nyílt, hiteles, ismereteket átadó kommunikáció. Jelentős az igényeket, nehézségeket elismerő támogató jelenlét. A szülők jogos igénye tudni a jövőt, hogy mire kell felkészülniük (Góczán-Szabó & Prónay, 2020). Jelentős, hogy a kliens érzelmeit kifejezhesse, melyekre reflektál a segítő. A társas támasz adta lehetőségeket kihasználva ad információt, és az interaktivitást biztosítja. A folyamat befejezése a jövőre irányuló tervezés, ami reményt és biztonságérzetet nyújt (Varga, 2011).

3.3. Koraszülött gyermek és a gyászmunka a konzultáció során

A koraszülés a 24–37. gesztációs hét közötti időben történik. Az esemény váratlansága miatt sokkoló a szülőknél a fejletlen újszülött érkezése és a félelmetes orvosi beavatkozások, amelyek folyamatosak a gyermek ellátásában. A koraszülés után rengeteg a bizonytalanság és a szorongás. Az anyáknál önhibáztatás is jellemző a koraszülés miatt, és ezt az önvádat felerősítheti, ha nem lehetnek a gyermekkel. A koraszülés gyászmunkát igényel a szülőktől. El kell gyászolniuk az önmaguk szülőségéről addig alkotott elképzeléseiket, és vele együtt el kell engedniük az elképzelt egészséges, normál méretű újszülött képét (Kereki & Tóth, 2019). Az anya speciális helyzetet él át lelki működésben. Még nem jut el a harmadik trimeszter témájához, melyben jellemző, hogy az anya fantáziál a leendő gyermekéről, fantáziái kiszínesednek. Veszteséget jelenthet a kevésbé színes, de elképzelt egészséges gyermek, továbbá a gyermek és a család jövőképe az elvesztése. A megnövekedett anyai szorongás, a család, a szociális környezet szeparációja, a büntudat, az önvád jellemző. Az elképzelt egészséges gyermek elvesztése után elindul a gyászfolyamat. Az apa számára is traumát jelenthet a váratlan szülés, az apró, fejletlen gyermek látványa, az intenzív ellátás körülményei (Németh et al., 2015). A kórházban töltött napok, hetek, akár hónapok igen

megterhelők a szülőknek. Az első hét bizonytalansága a legnagyobb, itt dől el, életben marad-e a gyermek, valamint lesznek-e maradandó sérülései. Az újszülött állapotával kapcsolatos aggodás folyamatos, enyhülése átmeneti. Minden negatív vizsgálat reményt ad. A tartós kórházi lét a szülőknek jelentős pszichés megterhelést jelent. A kórházi személyzet kommunikációja jelentősen ronthat és javíthat e terhelésen. A magyarországi kórházak koraszülött osztályai jelenleg még nem képviselnek egységes ellátási elveket, így változó, hogy melyik helyen mennyi időt tölthet a szülő a gyermekével. Az aktív bevonódás a gondozási tevékenységekbe, a lehetőség a kenguruzásra, bőr-bőr kontaktusba kerülés segíti a szülői kompetencia növelését és csökkenti a pszichés terhelést (Kereki & Tóth, 2019). A konzultáció során fontos a szakembernek ismernie ezeket az előzményeket, mert a családdal való foglalkozás során a szorongást oldani, megerősíteni a szülői kompetenciákat jelentős feladat. A gyermek elfogadásának elősegítése, a szülő-gyermek interakció, a gyermek jelzéseinek értelmezése biztonságot nyújt a szülőknek.

4. Regulációs zavarok atipikus fejlődéssel kapcsolatos veszteségekben

Az atipikus fejlődésű csecsemőket nevelő családokban megjelenő regulációs zavarok általában komplex módon alakulnak ki. A szülői oldalról tekintve a kapcsolatot befolyásolja az a trauma, krízis és gyászfolyamat, melyet a szülők megélnék. Szülői szerepük megélését alapjaiban rengetheti meg a helyzet. Ösztönös szülői megnyilvánulásaikban elbizonytalanodhatnak. A gyermek részéről a fogyatékoság mértékében nem érkezik segítség, ami meggyengíti a szülői kompetenciák kialakulását, erősíti a bizonytalanságot. Nem érthetők a jelzések, a sírás, az igények. A gyermek önregulációs folyamatai az organikus sérülésből eredően is érintettek lehetnek. Fontos, hogy a szülő megismerje azt a tényt, hogy van, ami nem az ő szenzitivitásán múlik, hanem a gyermek állapotából származik. Lehetnek elcsúszások az interakciós folyamatokban, melyek a kapcsolat sajátosságaiban, az interakciós mintákban ragadhatók meg, és nem elsődlegesen az atipikus fejlődésből erednek (Németh & Hortobágyi, 2020). Ezen esetekben tud segítséget adni a konzulens.

4.1. Korai intervenció konzultációval

A korai intervenció mindennapjaik részévé válik, és elindulnak azon az úton, hogy anyaként, apaként, szülőpárként érzéseiket tisztázzák, elfogadják gyermekük másságát. Ez önismereti út. Fel kell tárnai a múltjukat, attitűdjeiket a másságról, a szülőségről, a családról mint rendszerről. Meg kell ismerni a terhelhetőségüket, megküzdési potenciáljukat (Góczán-Szabó & Prónay, 2015). Az atipikusan fejlődő gyermek testvérei, nagyszülei is érintettek, és nekik is szükséges a veszteség feldolgozása. Minden család, minden szülői

működésmód és veszteségfeldolgozási folyamat egyedi (Lányiné Engelmayer, 2017). Két intenzív lelki energiákat igénylő, egymással szorosan összefüggő ellentétes irányú folyamat zajlik egyszerre a szülőknél, az elengedés és az elfogadás folyamata. Az elengedés szimbolikus megnyilvánulása lehet a sérült gyermek olyan képességeinek, lehetőségeinek elfogadása, amelyekkel a szülő korábban nem tudott azonosulni (Lányiné Engelmayer, 2017). A gyermek ismétlődő állapotromlása következtében szűkülhetnek a lehetőségek a kapcsolatban és a tevékenységekben. A szülőnek újabb élethelyzeteket kell elfogadnia (Góczán-Szabó & Prónay, 2020). Amennyiben a segítő szakember képes fenntartani a szülői kompetenciát elismerő, erősítő attitűdöt, a szülő és gyermeke valódi aktuális igényeire reagáló segítségnyújtás keretében a szülő érzelmi biztonságát és támogatottságát élhet meg. A szülői működésmód megerősíthető pillanatait keresi és emeli ki a szakember a szülővel való kommunikációban, és támogatja a szülő azon bizonyosságát, hogy a saját gyermekét ő ismerheti legjobban (Góczán-Szabó & Prónay, 2020).

Összegzés

Összegzésként az előbbieket szerint több kapcsolódási pontot lehet találni az atipikus fejlődésmentű gyermeknek és családjának a megsegítésében a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció segítségével. A szülő kompetenciáinak fejlesztése, a szülő edukációja, a gyermekkel történő munka, melyben a gyermek/kliens és a szülő együttesen dolgozik a fejlődés érdekében, kiegészítője lehet a gyógypedagógus diagnosztikai és terápiás munkájának. Ezen folyamatot nagymértékben befolyásolni tudja a szülő-gyermek kötődési és interakciós kapcsolat; amennyiben az esetleges nehézségeket, elcsúszásokat a konzulens képes csökkenteni, megszüntetni, a gyógypedagógus fejlesztési tevékenysége is hatékonyabbá válik.

Irodalom

- Andorka R. (2003). *Bevezetés a szociológiába*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Andrek A. (2012). Mindentudó kisbabád, mindentudó magzatod. *Kapocs*, 11(4), 22-33.
- Borbély S. (2019). Szempontok a szülővel való optimális kommunikációhoz a fogyatékos tényének elfogadása érdekében. In Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.), *A gyermekrehabilitáció sajátosságai*. (pp. 39-51). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Danis I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkorai intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(2), 100-116.

- Danis I. (2020). A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának indokoltsága - egy új fókusz a kora gyermekkorai intervencióban. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I. & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkorai lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények.* (pp. 20-44). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I. & Hédervári-Heller É. szerk. (2020). *A kora gyermekkorai lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények.* Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Danis I. & Kalmár M. (2011). *A fejlődés természete és modelljei.* In Danis I., Farkas M., Herczog M. & Szilvási L. (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei.* (pp. 76-124). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- DC:0-3 (1994) *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.* Washington.
- Garai D. & Bolla V. (2013). Fogycatékos személyek és családtagjaik pszichológiai és mentálhigiéné támogatása a gyakorlatban. In Kiss E. Cs. & Sz. Makó H. (szerk.), *Mentálhigiéné és segítő hivatás. Fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről.* (pp. 280-293). Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, Pécs.
- Góczán-Szabó I. & Prónay B. (2020). Atipikus fejlődés, lelki egészség, család. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I. & Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkorai lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények.* (pp. 330-363). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Gyirkis Á., Kereki J., Komlósi, V. & Rózsáné Czigány E. (2019). *Felismerés és támogatás - A kora gyermekkorai intervencióról. Módszertani kézikönyv.* Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
- Hédervári-Heller É. & Németh T. (2011). Alkalmazkodj a világhoz! - Az újszülött és a csecsemő alkalmazkodása. In Danis I., Farkas M., Herczog M. & Szilvási, L. (szerk.), *A koragyermekkorai fejlődés természete - fejlődési lépések és kihívások. Biztos Kezdet Kötetek II.* (pp. 68-101). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Hédervári-Heller É. (2020) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia.* Animula Kiadó, Budapest.
- Hidas, Gy. (szerk.) (1997). *A megtermékenyítéstől a társadalomig.* Dinasztia Kiadó, Budapest.
- Illyés S. (2000). *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- Kereki J. (2022). *A kora gyermekkorai intervenció ágazatközi fejlesztése.* EFOP-1.9.5-VEKOP-16., Budapest.
- <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2022.9/2/3>

- Kereki J. & Tóth A. (szerk.) (2019). Lépések. I-II. *Módszertani kézikönyv a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek számára. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
- Kolozsváry J. (2002). „Más” gyerek, „más” szülő, „más” pedagógus. OKKER Kiadó Kft., Budapest.
- Lányiné Engelmayer Á. (2017). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. 2. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Németh T. (2020). Családtervezés, várandósság, szülés, korai gyermekágy a gyakorlati tapasztalatok alapján - Fókuszban a pszichoprofilaxis egy modellje, a „Szülői hivatásra felkészítő kurzus”. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I. & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéstudományok és empirikus eredmények*. (pp. 138-163). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Németh T. & Hortobágyi, Á. (2020). Gyász és veszteség a perinatális időszakban és a kora gyermekkor idején. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I. & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéstudományok és empirikus eredmények*. (pp. 394-417). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Németh T., Danis I., Nagy I. & Schneider K.V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő*, 25(5), 16-26.
- Prónay B., Góczán-Szabó I., Daraditsné Rajzó É., Jánosiné Kakuk S., & Németh T. (2015). Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógynevelés Szemle*, 43(1), 1-11.
- Sz. Makó H. (2015). A komplikált gyász megjelenésének jegyei és moderáló változói művi abortuszt követően. In Kiss E. Cs. & Sz. Makó H. (szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. (pp. 94 -120). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, Pécs.
- Varga K. (2011). A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(3), 507-532.
<https://doi.org/10.1556/mpszle.66.2011.3.4>