



XII. CSALÁDBARÁT KONFERENCIA

Pszichoszomatikus betegségek
csecsemő- és kisgyermekkorban

Regulációs zavarok

2010

„Mens sana in corpore sano!”

A RENDEZVÉNY FŐVÉDNÖKE

Dr. Réthelyi Miklós

Miniszter

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

A RENDEZVÉNY VÉDNÖKEI

Dr. Szócska Miklós

Egészségügyért Felelős Államtitkár

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Dr. Paller Judit

mb. Országos Tisztifőorvos

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

SZERVEZŐBIZOTTSÁG

Dr. Németh Tünde

csecsemő- és gyermekgyógyász, pszichoterapeuta

TAGOK

Bürger Nóra

szoptatási tanácsadó, szociális munkás

Hajós Anett

pszichológus

Káplár Judit

koordinátor

Kovács Réka

pszichológus



A KONFERENCIA RENDEZŐJE
Országos Gyermekeségügyei Intézet



Készült 2010-ben a „Közös Kincsünk a Gyermek”
Nemzeti Csecsemő- és Gyermekeségügyei Program keretében.

TARTALOMJEGYZÉK

Konferencia programja	5
Beköszöntő	6
<i>Dr. Németh Tünde:</i> Itt és most – A koragyerekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon	7
<i>Dr. Hámori Eszter:</i> Regulációs zavarok korai diagnosztikája	13
<i>Dr. Molnár Irén:</i> Interakciós tünetegyüttes a baba-mama terápiában	23
<i>Dr. Frigyes Júlia:</i> A csecsemő szoptatási, altatási nehézségeinek terápiája. A csecsemő sírása	27
<i>Molnár Judit Eszter:</i> Gondolatok és tapasztalati vázlatpontok a csecsemőkorai evészavarok és súlyos széklet-visszatartási problémákhoz	33
<i>Rajnik Mária:</i> A csecsemőmegfigyelés szerepe a baba-mama terápiákban	35
<i>Dr. Varga Katalin:</i> A kötődés kulcsa: a centrális oxitocin rendszer	41
<i>Dr. Scheuring Noémi:</i> Regulációs zavarok a gyermekorvos szemével	53
<i>Makónyi Judit:</i> Útkeresés	57
<i>Török Sándorné:</i> Tanácsadás – konzultáció	60
<i>Prém Ildikó:</i> „Bölcs – Bölcső – Bölcsőde” A szülő-csecsemő konzultáció és terápia lehetőségei az intézményesített gyermeknevelésben	64
<i>Dr. Nagy Ilona:</i> Alvászavar, alvás – zavar? Hogyan segíthet a szülő-csecsemő konzultáció a házi gyermekorvos számára?	71
<i>Országos Gyermekégeszségügyi Intézet Páciens tájékoztató:</i> Az Intézetben működő rendelések bemutatása	82
Az eddigi Családbarát Konferenciák témái	85



KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Prof. Dr. Éva Hédervári-Hellernek (Potsdam Szociális és Pedagógiai Főiskola), akivel közös szakmai-oktató munkánk eredményeként 2010-ben már önálló szakmai konferencia foglalkozik a regulációs zavarok problémakörével.

Dr. Hámori Eszternek, akinek támogatásával 2010-ben a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Karán elindult az „Integrált szülő-csecsemő konzultáció” (©Hédervári-Heller és Németh)” szakirányú továbbképzés.

Dr. Mészner Zsófia Főigazgató Asszonynak, aki mindvégig támogatta és lehetővé tette a szülő-csecsemő konzultáció, terápia, mint új módszer elindítását Magyarországon.



Ezúton mondunk köszönetet azoknak a családoknak,
akik fényképeiket a kiadványhoz rendelkezésünkre bocsájtották.



A KONFERENCIA PROGRAMJA

8.00 – 9.00	Regisztráció
9.00 – 9.15	Megnyitó – Dr. Cserháti Péter , NEFMI egészségpolitikai helyettes államtitkár Dr. Mészner Zsófia , OGYEI főigazgató, Dr. Németh Tünde , OGYEI osztályvezető
9.15 – 9.45	Itt és most – A koragyermekkorai regulációs zavarok helyzete Magyarországon Dr. Németh Tünde
9.45 – 10.15	Regulációs zavarok korai diagnosztikája Dr. Hámosi Eszter
10.15 – 10.45	Interakciós tünetegyüttes a baba–mama terápiákban Dr. Molnár Irén
10.45 – 11.15	A csecsemő szoptatási, altatási nehézségeinek terápiája. A csecsemő sírása Dr. Frigyes Júlia
11.15 – 11.45	Az „alvaetetéstől” a gyomorszondáig, hashajtóktól a műtéti beavatkozásig – a baba-mama terápia az evési/ürítési zavarok hatékony orvoslásában Molnár Judit
11.45 – 12.00	Felmerülő kérdések
12.00 – 13.00	Ebédszünet
13.00 – 13.30	A csecsemőmegfigyelés szerepe a baba-mama terápiában Rajnik Mária
13.30 – 14.00	A regulációs zavar a gyermekorvos szemével Dr. Scheuring Noémi
14.00 – 14.30	A kapcsolat kulcsa: az oxitocin pszichoemotív hatásai Dr. Varga Katalin
14.30 – 14.45	Útkeresés Makonyi Judit
14.45 – 15.00	Tanácsadás – konzultáció Török Sándorné
15.00 – 15.15	„Bölcs – Bölcső – Bölcsőde” A szülő- csecsemő konzultáció és terápia lehetőségei az intézményesített gyermeknevelésben Prém Ildikó
15.15 – 15.45	Alvászavar, alvás – zavar? Dr. Nagy Ilona
15.45 – 16.00	Felmerülő kérdések, teszt, a konferencia zárása



BEKÖSZÖNTŐ



Tisztelettel köszöntöm a XII. Családbarát konferencia résztvevőit, a Kiadvány olvasóit! Idén XII. alkalommal kerül sor a Családbarát Konferencia megrendezésére.

A Családbarát Program egy olyan új utat képvisel az egészségügyben, mely a megelőzést és az egészséget állítja a középpontba. Fontos célja az egészségmegőrzés, a prevenció megfelelő lehetőségeinek biztosítása mind az egészségügyi, mind a szociális ellátásban, így állítva vissza a család ősi támogatórendszerét.

Idén a csecsemő- és gyermekkori pszichoszomatikus zavarok, a regulációs zavarok témakörét járjuk körbe konferenciánk keretében. A korábbi években sok szó esett a korai időszak fontosságáról (pl. 2002, (Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit?; 2009 Mit tehetünk? – Pszichés zavarok a perinatális időszakban), hiszen az elmúlt évtizedek kutatásai megerősítették, hogy a kezdetek fontos megalapozói a gyermek későbbi fejlődésének, kiemelve a gyermek édesanyjával, gondozóival való kapcsolatát. E korai időszak nehézségei jelentősen emelkedő tendenciát mutatnak, melynek hátterében mind társadalmi, mind pszichoszociális okok állnak. E nehézségek gyakran vezetnek a gyermek viselkedésszabályozás problémáihoz, az ún. regulációs zavarokhoz – excesszív sírás/krónikus nyugtalanság, alvászavarok, valamint táplálkozási és gyarapodási zavarokhoz. Ezek – klinikai szempontból – a csecsemő- és kisgyermekkor pszichés vagy pszichoszomatikus megbetegedési formáinak és a későbbi pszichogén megbetegedések előfutárainak tekinthetők. Ezek a koragyermekkori viselkedésszabályozási zavarok több tényezőtől meghatározottak, nem tekinthetők sem egyértelműen orvosi, sem egyértelműen pszichoszociális problémának. E tünetek létrejötté komplex: mind a gyermek oldaláról meglévő biológiai rizikófaktorok, mind a szülőknél meglévő kedvezőtlen pszichoszociális feltételek, és a szociális környezet támogatási mértéke is kifejezheti hatását.

Ennek a komplex problémakörnek a megoldása (korai felismerés, megelőzés, illetve speciális, a kapcsolatra irányuló intervenció) interdiszciplináris és speciális szakmai felkészültséget igényel. A növekvő igényeket figyelembe véve tartottuk fontosnak, hogy a folyamatos képzések mellett egy olyan konferencia keretében tartsunk előadásokat a regulációs zavarok témakörében, ahol a különböző, 0–3 éves korig foglalkozó szakemberek (orvos, pszichológus, bölcsődei-óvodai szakemberek, védőnők stb.) megismerkedhetnek e témával, bepillantást nyerhetnek, mind az elméleti, mind a gyakorlati szempontokba, a kezelési lehetőségekbe.

Az elméleti előadások mellett bemutatkoznak a különböző Műhelyek és azok a Kollegák, akik a hazai képzésen való részvétel után beszámolnak saját szülő-csecsemő konzultációik indulásáról, a napi munkájuk változásairól.

Ahhoz, hogy a csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok felismerése és kezelése – mint a kora prevenció és intervenció tartó pillére – a különböző szakmákban is széleskörűen meghonosodjon Magyarországon, speciálisan képzett szakemberekre és egy széleskörű ellátó hálózatra van szükség. Ennek az innovatív prevenció és intervenció szemléletnek a sikeres országos elterjesztése csak egy közös társadalmi felelősség mellett valósulhat meg, mely egy szoros politikai, egészségügyi, szociális, oktatási és tudományos összefogást igényel.

Sok sikert kívánok Önöknek további munkájukhoz!

Dr. Németh Tünde
csecsemő- és gyermekgyógyász, pszichoterapeuta



ITT ÉS MOST – A KORAGYEREKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK HELYZETE MAGYARORSZÁGON

Dr. Németh Tünde

csecsemő- és gyermekgyógyász, pszichoterapeuta

Országos Gyermekegészségügyi Intézet

e-mail: nemeth.tunde@ogyei.hu

*„Életünk minősége mindenek előtt a többi teremtménnyel – a Földdel,
a növényekkel, az állatokkal és embertársainkkal – fennálló kapcsolatokon múlik.”*

Ree Dubos

A téma felvezetése

Magyarországon az elmúlt években a lakosság testi-lelki egészség mutatóinak romlásával, a folyamatosan csökkenő születésszámmal, a szülővé válás folyamatának fokozódó nehézségeivel találkozunk. Ez utóbbi magában foglalja a munkavállalási nehézségeket, a munkahelyi elvárások fokozódását, valamint azt, hogy a nők egyre később vállalnak gyereket, csökken a házasságon belül születettek aránya, és nem utolsósorban a nagy családok szétesésével, a válások számának növekedésével csökken a családi támogatás.

A rendszerváltással párhuzamosan a társadalomnak és a családnak a gyerek fejlődésében és nevelésében betöltött szerepe újraértékelődött, mely sok bizonytalansághoz vezetett, mind családi mind pedig szakmai körökben. A koragyermekkorai regulációs zavarok tünetei például napjainkig a köztudatban, mint ismert jelenségek léteztek, de ezek elsődlegesen nevelési problémának számítottak, melynek megoldásával a család többé-kevésbé magára maradt. Így a koragyermekkorai regulációs zavarok kezelése és gyógyítása nem történt meg, és mindez a gyermek további egészséges pszichoszociális fejlődését nagymértékben hátráltatta. Sok esetben a nem megoldott kisgyermekkorai regulációs zavarok a későbbi gyermekkorban más tünetekben folytatódtak, azaz tünetváltás formájában továbbra is megőrizték negatív hatásukat.

A társadalmi változás a család-struktúra megváltozását is magával hozza. A többgenerációs családok felbomlása nagymértékben befolyásolja a fiatal családok izolációját. A családon belüli támogatás hiánya nehezíti a kisgyermek fejlődésében előbukkanó viselkedési problémák megoldását. A többgenerációs családok gyakran mentesítették a fiatal szülőket, és így legalábbis enyhítően hatottak a csecsemő vagy kisgyermek regulációs zavaraira.

A szoptatási, a háziiorvosi- és a gyermek szakrendeléseken egyre több család jelentkezik sírós, hasfájós, evés- és alvászavarban szenvedő csecsemővel és kisgyerekekkel, akiknél az orvosi vizsgálatok során organikus rendellenesség nem található és egyértelműen a más, különböző okokra visszavezethető koragyermekkorai pszichoszomatikus megbetegedéssel állunk szemben. Hasonló panaszokról számolnak be a szülők a védőnőknek, a bölcsődei játszócsoportokban és a bölcsődékben dolgozó szakembereknek, valamint a pszichológusoknak. A szakemberek a szülők kérdéseire, a kisgyerekekkel való problémáira gyakran nem találnak kielégítő választ, mivel a szakmai képzettségük erre a részterületre nem terjed ki. A gyámügy alkalmazottjai, valamint a jogi szakemberek is találkoznak a csecsemő és a kisgyermekkor regulációs zavarainak a problémakörével, melyre nincsenek felkészülve. A koragyermekkorai traumákból vagy más egyéb családi problémából eredő pszichés zavarok figyelembe vétele nagyobb mértékben elősegítené, optimalizálná a gyámhatóság, va-



lamint a bírósági döntéseket, amennyiben az itt dolgozók ismeretei ezen területre is kiterjednek.

Helyzetkép

A kutatók becslése alapján a csecsemők mintegy 5–10%-ánál alakul ki, vagy már születésétől fogva jelen van regulációs zavar. Az első életévben leggyakrabban 10–30%-ban az excesszív sírás, krónikus nyugtalanság fordul elő.

A fejlett ipari országokban (Anglia, Ausztrália, Ausztria, Franciaország, Kanada, Németország, Svájc, Svédország, USA), a csecsemő- és kisgyermekes szülők számára hosszú évek óta rendelkezésre állnak a konzultációs és terápiás lehetőségek, a pszichoszociális ellátás és az egészségügy részeként. A több éves tapasztalatok és tudományos vizsgálatok rámutatnak, hogy sok esetben egy-két konzultációs óra elegendő, hogy a főnálló csecsemő- és kisgyermekkorú regulációs zavarokat idejében korrigáljuk.

Intézményi keretek közt, kifejezetten a 0–3 éves korú gyerekekkel és családjaikkal foglalkozó rendelések itthon ma még nem állnak széleskörűen a családok rendelkezésére. Az utóbbi évekre visszatekintve Magyarországon is fölmutathatóak a főleg magánkezdeményezéseken alapuló konzultációs vagy terápiás kezelési lehetőségek, melyek jelenleg a segítségre szoruló kisgyermekes szülők csak egy nagyon kis százalékát érik el. 1993-ban a magán erőből alapított pszichoanalitikus Ego Klinikán indult csecsemő konzultáció, mely ma már csak elvétve fogad ilyen problémával küzdő családokat – dr. Halász Anna szíves szóbeli közlése alapján. Jelenleg is működik a Vadaskert Alapítvány keretein belül a HAWA Munkacsoport dr. Frigyes Júlia és dr. Molnár Judit vezetésével. Az OGYEI rendeléseink – limitált számban – tudjuk fogadni a szülő-csecsemő konzultációra jelentkező klienseket. Az első magyarországi képzésen résztvevők – orvos, pszichológus, védőnő, bölcsődei szaktanácsadó – saját munkájukban megkezdtek a konzultáció alkalmazását.

A Magyarországon jól szervezett védőnői hálózat foglalkozik a várandós kortól a családokkal, és támogatja az első életévek fejlődését. A védőnők képzésében a viselkedésszabályozás problémáira való felkészítés nem szerepel. Mindennapi munkájuk elvégzését nagyban segítheti ezen ismeretek beépítése az alaptantervbe, mely egy jelentős szemléletváltást eredményezhet. A szülő-csecsemő konzultáció végzése azonban megfelelő szakirányú képzést igényel, valamint fontos a védőnői munkától elválasztható, a konzultációnak megfelelő keretfeltételek biztosítása.

Azzal együtt, hogy Magyarországon jól kiépített a nevelési tanácsadói rendszer mégis csupán 3 éves kortól fogad klienseket. Dr. Csák Mária előadásában a következő szerepel a nevelési tanácsadó definíciójaként: 3–18 éves korú gyerekek és fiatalok mentálhigiénés ellátásában közreműködő gyermekpszichológiai, pszichopedagógiai, logopédiai szakintézmény.

A koragyerekkor (0–3 éves korig) pszichés problémáinak a regulációs zavarok ellátásának országos hálózatának kiépítésénél figyelembe kell venni, hogy hol található már egy kiépített, jól működő ellátórendszer, ahol a szakemberek továbbképzésével leghatékonyabban megoldható, hogy a családok megfelelő ellátáshoz tudjanak jutni.

Nemzetközi trendek, ezek várható megjelenése Magyarországon

A csecsemő- és kisgyermekkor pszichés fejlődésének a jelentősége, leginkább az egészséges fejlődés feltételeinek és annak zavaró tényezőinek a feltárása a fejlett ipari országokban már évtizedek óta a tudomány és a gyakorlat lényeges tárgya. A csecsemőkutatás és a kötődéstudományos vizsgálatoknak az eredményei nagymértékben hozzájárultak a csecsemő- és kisgyermekkor egészséges és rendellenes pszichés fejlődésének a feltárásához és tudományos magyarázatához. Erre alapozva megfogalmazódott a koragyermekkorú regulációs zavarok kezelési lehetősége



a különböző egészségügyi és pedagógiai szakterületek egyenértékű bevonásával. A korai prevenció és intervenció szükségességét felismerve úgy az Európán belüli, mint pedig az Európán kívüli ipari országok ennek megfelelő intézkedéseket hoztak. Ide sorolható a számtalan nemzeti és nemzetközi konferencia megtartása, a szakemberek képzése és továbbképzése, a szülő-csecsemő konzultáció és terápia országos hálózatú kiépítése, valamint a módszer hatékonyságának tudományos vizsgálata.

Így emelkedhetett a szülő-csecsemő konzultáció és terápia Európa nyugati államaiban az egészségügy és a kisgyermekkor pszichoszociális ellátásának központi témájává. Németországban például a gyermek- és családnevelési szaktanácsadók folyamatosan képeztették tovább szakembereiket a csecsemő- és kisgyermekkor pszichés és pszichoszomatikus problémáinak a fogadására. Ezen túlmenően a szülő-csecsemő terápia egy elismert terápiás módszerré vált, melyet az egészségbiztosító a hivatalosan elfogadott pszichoterápiás irányzatokon belül finanszíroz. A nemzetközi trendekhez hasonlóan Magyarországon is elvárhatjuk, hogy úgy a támogatásra szoruló szülők érdeklődése, mint pedig a szakmai képzés igénye egyaránt nagy ütemben fog növekedni. Az Európai Közösségbe való belépés Magyarországon is új lehetőségeket és megoldásokat hoz, mely a család és a koragyermekkor jobb egészségügyi és pszichoszociális ellátásához vezethet. Ezzel egyidejűleg a csecsemő- és kisgyermekkor prevenció és intervenció ajánlatainak a fontossága is előtérbe kerül. A szakemberek szülő-csecsemő konzultációra és terápiára való képzése fontos lépés egy hatékony egészségügyi és társadalompolitika elősegítésére (Hédervári Heller, Németh, 2008).

A képzés

A nyugat-európai tapasztalatok azt mutatják, hogy az egyetemi képzés (orvosi, pszichológiai, pedagógiai) nem ele-

gendő ahhoz, hogy a regulációs zavarok komplexumát a szakemberek kellőképpen tudják kezelni. Ennek megfelelően szakképzési és továbbképzési programok kidolgozása valósult meg, mely úgy az interdiszciplináris (orvos, pszichoterapeuta, pedagógus, pszichológus, védőnő közös képzése) mint pedig kimondottan az egyes szakmákra (orvosi, pszichoanalitikusi) irányuló szakemberképzést tenne lehetővé. Európán belül a német nyelvű országok közös együttműködéssel dolgoznak a szülő-csecsemő terápiás képzés és továbbképzés magas színvonalú standard kritériumainak a kidolgozásán. Németországban például több tartomány nagyobb városaiban (Berlin, Heidelberg, München, Potsdam) van lehetőség a szülő-csecsemő konzultáció vagy terápiás kezelés módszereinek az elsajátítására. Angliában az „Anna Freud Intézetben” történik elsősorban a nemzetközileg is elismert programok terjesztése. Az Egyesült Államokban és Ausztráliában az Európai országokat megelőzve már korábban meghonosodott a szülő-csecsemő konzultációra és terápiára való szakmai felkészülés lehetősége.

A jövőben számíthatunk arra, hogy a szülő-csecsemő konzultációra és terápiára – mint hatékony prevenció és intervenció programra – való igény és szükséglet nagy ütemben fog növekedni. Ehhez mindenképpen kiképző és



továbbképző programokra van szükség, hogy a szülő-csecsemő konzultáció és terápia a csecsemő- és kisgyermekkor egészségügyi- és pszichoszociális ellátásának fontos részeként széleskörűen megszilárdulhasson Magyarországon is.

A szülő-csecsemő konzultációra és terápiára való szakmai felkészítés többnyire az egyetemi képzéstől függetlenül, pontosabban ezt követően továbbképzési programok bevonásával történik.

Jelentős előrelépés, hogy a 0–3 éves korosztállyal foglalkozó szakemberek felsőfokú képzése az elmúlt évben több főiskolán és egyetemen is elindult. A nehézséget az jelenti, hogy ezen újonnan indult képzések alaptantervében sem szerepel a regulációs zavarok és kezelésükkel kapcsolatos ismeretek oktatása.

Az Ego Klinika által szervezett gyermekpszichoterápiás képzés részeként megjelenik a koragyerekkor terápiás ellátása. Az OGYEI és a Frankfurti Orvosegyetem, a Német Gyermekligával együttműködésben, Dr. Éva Hédervári-Heller képviselésében 2005 és 2006-ban indított 100-100 órás akkreditált szülő-csecsemő konzultációs képzést, melyet az elkövetkező években szupervíziós csoportmunka követett. 2010 januárjában sikerült a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Karán akkreditálni az „Integrált szülő-csecsemő konzultáció (© Hédervári-Heller és Németh)” szakirányú továbbképzést, melynek a két fő pillére a következő:

1. A koragyermekkor egészséges fejlődéssel, illetve a klasszikus regulációs problémákkal kapcsolatos ismeretek átadása, megszilárdítása, és kezelési lehetőségek szupervízióval történő gyakorlása a kisgyermekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek számára.
2. A képzésben résztvevő hallgatók ismereteinek és kompetenciáinak megfelelően új szakma kialakítása és elterjedése Magyarországon: a szülő-csecsemő konzultációs/terápiás tevékenységet folytató prevenció és in-

tervenció munkakörök társadalmi elismertetése és támogatása (egészségügyi finanszírozás kérdésének megoldása), a lakosság számára megbízható és preferált segítő hálózat kialakítása Hédervári-Heller, 2008).

Elméleti háttér

Az utóbbi évtizedekben a modern tudományok vizsgálati eredményei lényeges változásokhoz vezettek a csecsemő- és kisgyermek viselkedésére, érzelmi állapotaira, meglévő késégeire, képességeire és fejlődésének egyéb más területeire vonatkozó ismereteinkben. Ezen túlmenően új felismerésekre került sor a születés előtti, magzati fejlődés feltárásában is. A hosszú éveken át uralkodó nézet, miszerint a csecsemő tehetetlen, észlelésében differenciátlan és környezetének kiszolgáltatott passzív lény, átment a születéstől kezdve aktív, érzelmeiben differenciált és a környezetét befolyásoló „kompetens csecsemő” (Dornes, 1993) képébe. Ma már általánosan ismert tény, hogy a koragyermekkor jelentős hatást gyakorol többek között a későbbi egészséges testi, lelki és szociális fejlődésre egyaránt. Mindemellett meg kell említeni, hogy a koragyermekkor nem törvényszerű meghatározója a későbbi fejlődésnek, ugyanakkor fontos megalapozója: kedvező feltételek mellett védő tényezője, míg kedvezőtlen körülmények esetén akár fejlődési hátrányok, kockázatok hordozója is lehet (Sameroff és Fiese, 2005). A gyermek magával hozott biológiai feltételei, mint például temperamentuma vagy az új dolgok iránti érdeklődésének foka, a család és a tágabb szociális környezet hatása, valamint az osztársadalmi felelősség és intézkedések egyaránt szerephez jutnak. Mindezen tényezők kölcsönös hatása kedvező körülmények között serkenti a gyermek egészséges fejlődését, kedvezőtlen esetben meglehetősen gátlón hat az elkövetkező évek szociális és pszichés fejlődésére.

A csecsemő születésétől kezdve hihetetlen alkalmazkodó képességgel rendelkezik úgy szociális, mint tárgyi környezete iránt. Ugyanakkor nem elhanyagolható, hogy a szü-



lők és más gondozó személyek, valamint a szakemberek értik-e kellőképpen az újszülött jelzéseit és fejlődési sajátosságait. A magzati, az újszülött- és a csecsemőkorról szerzett újabb tudományos ismeretek gyakran eltérnek a korábbi időkből származó, az ember korai fejlődéséről alkotott feltevésektől. Ebből kiindulva a modern tudomány kutatási eredményei lényeges szerepet játszanak abban, hogyan alkalmazkodik a szociális környezet – szűkebb értelemben a szakemberek, de főleg a szülők – az újszülött és a csecsemő életkori, valamint egyéni sajátosságaihoz (Hédervári-Heller, Németh, 2010).

A teljesség igénye nélkül tekintsük át honnan indultak ezek a kutatások.

A pszichoanalitikus Budapesti Iskola képviselői megelőzve korukat kezdtek foglalkozni a csecsemő aktivitásával és az anya-gyerek kapcsolattal. A megkapaszkodási ösztön leírásánál Hermann Imre (1943) egy aktív csecsemőt mutat be, aki egy anyát kereső aktivitással rendelkezik. A megkapaszkodási ösztön kísérletes bizonyítékát Harlow majomkísérletei hozták, ahol a szőrös, táplálékot nem adó szőranyán tartózkodtak a majmok a nap jelentős részében, a táplálékot adó drótanyával szemben. Bálint Mihály



és Bálint Aliz írta le, hogy a csecsemő a környezettel való intenzív kapcsolatban fejlődik.

Spitz nevéhez fűződik a hospitalizmus és az érzelmi depriváció jelenségének, valamint az anaklitikus depresszió, mint korai psi-

choszomatikus megbetegedés fogalmának a leírása. A kötődés alapelveit az 1950-es évek elején az angol pszichiáter és pszichoanalitikus John Bowlby fektette le. Bowlby elméleti koncepcióját a pszichoanalízisből, a rendszerszemléletből és az etológiából vezette le. A kötődés megfogalmazásában egy érzelmetli kötelék a gyermek és egy megbízható gondviselő között, elsődleges biológiai szükséglet, melynek jelentősége kiemelt a szocializációban, és egyben a biztonság élményét szolgálja. A kötődési kapcsolat egy pszichobiológiai regulációs rendszer, – az érzelemszabályozás belső, fiziológiai és pszichés mechanizmusa – mely fokozatosan, a folyamatos interakciók során alakul ki. A kötődés nem korlátozódik a korai gyerekkorra, az élet végéig aktív és megtartott. A kötődési kapcsolatok különböző időpontokban, térben és helyzetekben is fennmaradnak, ha egyszer a gyermek kötődése kiépült a szülei felé. Ez a kötődés a gyermek képzetében fennmarad függetlenül attól, hogy ez az érzelmi biztonság vagy bizonytalanság érzésével társult a gyermek számára. Megfigyelhető viselkedési módok jellemzik, mint például a szopás, a sírás, a mosoly, a karnyújtás, a fogás, a kiabálás, az anyához való közeledés, megkapaszkodás. A kötődési viselkedés megfelel a biztonság és védelem keresésének belső szükségletek vagy külső stresszhelyzetek váltják ki.

A kötődés idegéletteni bizonyítékaként tartják számon, hogy a szubkortikális és limbikus (érzelmi) részek, melyek a csecsemőkorban fejlődnek ki kevesebb rugalmassággal rendelkeznek, így tartós befolyásuk lehet a későbbi lelki fejlődésre. Ez az állandóság az, amely alapja, hogy a gyermek tartós kötődéseket alakíthat ki. Az agy egyensúlyt teremt a neuron hálózat állandósága és befolyásolhatósága közt azzal, hogy a kortikális hálózatokban nagyobb a képélékenység. Az érés során az agykéreg képessé válik modulálni a szubkortex érzelmi válaszait.

Winnicott, mint gyakorló orvos és pszichoanalitikus a csecsemőket nemcsak orvosi szempontból kezelte, hanem az



anya-csecsemő párossal foglalkozott. Ezt még nem nevezte szülő-csecsemő konzultációnak, de munkáját tekinthetjük a szülő-csecsemő konzultáció előfutárának. Kiemelkedő még Selma Fraiberg, aki a nehéz helyzetű családoknál végzett munkássága során fejlesztette ki az első két életévben alkalmazható kezelési technikát. Az elmúlt évtizedekben Brazelton, Cramer, Stork, Lebovici, Papousek, Stern elméleti és gyakorlati munkájukkal megalapozták a koragyerekkori regulációs zavarok kezelését. Az egyszemélyes terápiák átalakultak baba-mama, szülő-csecsemő, azaz két és többszemélyes terápiákká, ahol a fókusz a kapcsolaton és az azt befolyásoló tényezőkön van. Éva Hédervári-Heller terápiás munkájában, mind a csecsemőkutatás eredményeit, mind a pszichoanalitikai ismereteket, mind a pedagógiai módszereket integráltan használja az interakciók elemzése során a szülő-csecsemő konzultációban és terápiában.

Záró gondolatok

Az 1993-ban elindított Családbarát Program (I. IX. Családbarát Kiadvány) egyik alappillére a kétgenerációs primer prevenció program, mely hivatott a várandósságot, a szülést és az egészséges újszülött indítását támogatni. Ezen program megszületését az a vizsgálat motiválta, amelyet 1987-ben a Pest megyében előforduló magas csecsemőhalálozás okainak feltárására az MTA Szociológiai Intézet életmód kutatócsoportja végzett, dr. Losonczi Ágnes vezetésével. A többtényezős oki háttérből a tanulmányok kiemelték, hogy az agglomeráció népességénél a gyerekvárás idején gyakori a leendő szülők személyiségfejlődési zavara, a szülői kompetencia késői kialakulása vagy elmaradása. Ennek gyakorlati továbbgondolásaként indult el a Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus. A kurzus újszerűsége abban rejlik, hogy a felkészítésre párokat, illetve testvér születésénél családokat várunk, és hogy a várandóssággal, a várandósság alatti anya-, magzat-, apa kommunikációval, az intencionalitással, a szüléssel és a gyerek életindításával

(babiás) egyaránt foglalkozik. Egyben biztosítja a leendő szülők számára, hogy traumatikus élményeiket feldolgozzák, önmagukat megerősítsék, igényeiket, szükségleteiket definiálják. Ezáltal képessé válnak születendő gyermekükre figyelni és elfogadni őt kompetens embernek.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy

- a Szülői Hivatásra Felkészítő Programnak többek közt a regulációs zavarok kialakulásának a megelőzésében jelentős szerepe van.
- Amennyiben kialakul a regulációs zavar és van lehetőség a szülő-csecsemő konzultációra, ez a szülő számára terápiát jelent és a csecsemő számára prevenciót, mert lehetőséget biztosít a későbbi pszichoszomatikus betegségek, illetve beilleszkedési- és magatartászavarok megelőzésére.
- A Szülői Hivatásra Felkészítés, a szülő-csecsemő konzultáció az egészségügyi és a pszichoszociális ellátás hatékonyságát növelő prevenció és intervenció lehetőség.

Szakirodalom

- Dornes, M. (1993) *Kompetens csecsemő*, Pontk Kiadó, Budapest
- Csák, M. *Nevelési Tanácsadók tevékenysége, feladatai*, előadás http://gyip.szote.u-szeged.hu/hefop/szakorvosj_kep/106.pdf
- Hédervári-Heller, É. (2008) *Szülő-csecsemő konzultáció és terápia*, Animula, Budapest
- Hédervári-Heller, É., Németh, T. (2008) *Alkalmazkodj a világhoz! Az újszülött és a csecsemő alkalmazkodása*, Kézirat
- Hermann, I. (1943) *Az ember ősi ösztönei*, Magvető, Budapest
- Hédervári-Heller, É., Németh, T. (2008) *Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés alapítási szakanyag*, Kézirat
- Sameroff, A., Fiese, B. (2005). *Models of Development and Developmental Risk*. In: Zeanah, Ch. (ed.). *Handbook of Infant Mental Health*. (2nd edition). Guilford, New York, 3–19.



REGULÁCIÓS ZAVAROK KORAI DIAGNOSZTIKÁJA

Dr. Hámori Eszter¹

Pázmány Péter Katolikus Egyetem

Pszichológiai Intézet

e-mail: hamori.eszter@btk.ppke.hu

Az utóbbi évtizedekben az egészségügyi ellátásban, az orvosi, és a pszichoterápiás gyakorlatban is egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az alkalmazkodás különféle területeit érintő, a csecsemő és kisgyermekkorban jelentkező szabályozási zavarok, az ún. regulációs zavarok. Az organikus oki háttér hiányában megjelenő alvász problémák, a táplálási-gyarapodási nehézségek, a krónikus megnyugtathatatlan-ság, az excesszív sírás tünetei a korai kapcsolat sajátosságaira, a szülői gondozásban, gondoskodásban rejlő problémákra irányítják a figyelmet, és az azt kezelő szakembertől is a klasszikus medikális szemlélettől némileg eltérő gondolkodási és bánásmódbeli modellt kívánnak meg a diagnosztika és az intervenció területén. A klasszikus, a fent említett regulációs zavarok a második életévtől kiegészülhetnek a korai kapcsolat súlyosabb zavarait jelző kötődési nehézségekkel, fejlődésbeli elmaradással, illetve olyan viselkedés- és érzelmi zavarokkal (szeparációs szorongás, dührohamok, mozgásos nyugtalanság, koncentrációs nehézségek, érdeklődésvesztés stb.), amelyek az érzelmek és a viselkedés szabályozási problémáira utalnak. A korai felismerés és a komplex diagnosztika rendkívüli fontosságú, hiszen ez alapozza meg a beavatkozás tervezését és a hatékony segítségnyújtást.

Ebben az írásban a regulációs zavarok felismerésének tünet- és kapcsolat-diagnosztikai szempontjait tekintem át. Daniel Stern „klinikai ablak” fogalma (Stern, 1995) olyan lehetséges elméleti modellt kínál, amely egy adott regulációs zavar esetében támpontot nyújthat a kialakulás

eredetének meghatározásához, az anya-gyerek kapcsolat problémás pontjainak azonosításához. Stern elméleti modelljén túl olyan praktikus szempontokat is felsorolok, melyek a gyakorló szakembert a mindennapi munkájában segítik a diagnosztikus támpontok lefektetésében és az intervenció tervezésében.

A regulációs zavarok a diagnosztikai rendszerekben – a tüneti kép megállapítása

Az utóbbi évtizedekben a diagnosztikai modellek fejlődése és a klinikai zavarok kutatási eredményeinek gyarapodása az egyes zavarok és tünetegyüttesek egyre részletesebb leírását, lefolyásának, körülményeinek és kimenetelének megismerését tették és teszik lehetővé. A bizonyítékokon alapuló gyógyászat szellemében a szakértői konszenzuson, a tudományos kritériumok pontosításán és az adatok megbízhatóságán alapuló kutatások a regulációs zavarok esetében is számos új eredményt, és szemléleti módosulást hoztak. Egyre megbízhatóbbá válnak a meghatározáshoz szükséges diagnosztikai kritériumok, egy-egy tünet helyett komplex tünetegyüttesek leírása jelent meg a zavarokat meghatározó diagnosztikai kézikönyvekben, a DSM-IV-TR-ben, a BNO-10-ben (Bánki, 2001).

A fejlődési pszichopatológia modern szemléletének kialakulása különösen fontos lépcsőfokot jelentett a fejlődés és az adaptáció korai zavarainak meghatározásában. Bevezette a zavarok hosszmetzeti képének, a kontextus füg-

¹A szerzőt a tanulmány megírása alatt az OTKA F 68374 sz. kutatási pályázata támogatta.





gőségének, valamint kontinuitásának és diszkontinuitásának kutatásait (Cicchetti, 2006). A 2005-ben megjelent DC: 0-3R diagnosztikai kézikönyv (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – Zero To Three) már kifejezetten az első három életévben specifikusan megjelenő zavarokra koncentrált. Középpontba emelte a fejlődési szempontot a diagnosztikus folyamatban, figyelembe vette a kapcsolati jellemzőket (szülő, család és tágabb környezet), a fejlődés esetleges zavarait, a pszichoszociális stresszorokat, valamint az érzelmi és viselkedéses adaptáció szintjét és ezek változásait a diagnózis alkotása során. Jellegét tekintve – a DSM-IV-TR-hez hasonlóan – a többtengelyes értékelést valósítja meg, és kiemeli a diagnózisalkotás folyamatjellegét. Nevezetesen azt, hogy a diagnózis felállítása – különösen a kora gyermekkori zavarok esetén – csakis egy hosszmetzeti megfigyelés eredménye lehet.

Hangsúlyozza továbbá, hogy a diagnózisnak nem célja a gyermek „címkézése”, sokkal inkább a problémák többszemponútú rögzítése és egy egyéni fejlődési profil felállítása, amely tartalmazza a gyermek egyéni készségeit (kognitív, viselkedéses, szociális) éppúgy, mint a kapcsolati jellemzőket (szülői gondoskodás, szocioökonómiai helyzet stb.), az erősségeket és a gyenge pontokat. Így ad támpontot a beavatkozás tervezéséhez (Frankel, Harmon, 2006).

A komplex, a fejlődési szemléletet középpontba helyező diagnosztikai keretben a DC: 0-3R specifikál olyan csecsemő- és gyermekkorban induló zavarokat is, amelyek egyáltalán nem jelennek meg az eddigi diagnosztikai kézikönyvekben, vagy pusztán olyan általános kategóriaként lelhetőek fel, ami nem tud segítséget nyújtani a zavar jellemzőinek részletesebb azonosításához. Ilyen zavarok például: a csecsemő- és kisgyermekkori depresszió, a szenzoros folyamatok regulációs zavarai, a hiperszenzitivitás és ennek altípusai, az alvási viselkedés csecsemőkorban jellemző zavarai, az evészavarok bizonyos altípusai, és a pervazív zavarok 3 éves kor előtti jellemzőinek diagnosztikus sajátosságai, stb. (Frankel, Harmon, 2006). E zavarok többsége ma már a regulációs zavarok gyűjtőcímkéje alá sorolható.

A komplex diagnosztikai szemlélet ellenére többen kritizálták a DC: 0-3R használhatóságát a beavatkozás egyéni tervezésében (Hédervári-Heller, 2008). A taxonomikus, vagy kategorizációs szemlélet esetében mindig felmerül a kérdés, amikor diagnosztizálunk: valóban és kimerítően tudjuk az adott gyermeket a leírt kritériumokkal jellemezni? Tényleg beleillik az eset abba, amit a könyv leír? A gyakorlat azt mutatja, hogy csak a legtrikább esetben. A kora-csecsemőkori fejlődés sokszínűsége, összetettsége és gyors változásai, a csecsemő viselkedésének helyzet- és kapcsolatfüggősége olyan dinamizmussal szembesíti a szakembert, amely nem illeszthető szigorú kategóriákba. Akkor mégis miért jó a diagnosztikai rendszerek használata? Támpontokat, szemléleti keretet és rendszerező elveket ad, amely segít meglátni az egyéni esetben azt, amire egyébként nem figyelnénk fel (vö: Cicchetti, 2006).

Ami a tünet mögött van – fókuszban a szülő-csecsemő interakció

A regulációs zavarok kialakulásának interakciós modelljei az anya-csecsemő kapcsolat sajátosságait, az abban keletkező problémákat, zavarokat helyezik a fókuszba. A kapcsolati di-



agnosztika nemcsak az adott zavar dinamikájáról és egyéni jellemzőiről informál, hanem támpontul szolgál a szülő csecsemő konzultáció, vagy terápia tervezéséhez is (Hédervári-Heller, 2008). Az anya-csecsemő kapcsolat azonban rendkívül összetett, több helyzetben, eltérő kontextusokban megnyilvánuló folyamat. Mit vegyünk ebből figyelembe, mire figyeljünk a regulációs zavar gyanúja esetén? A következő kérdésekre mindenképpen választ kell keresnünk:

- A regulációs zavar a kapcsolat mely részeiben jelenik meg – alvás, etetés, megnyugtathatóság, gondozás, játék, vagy egyéb más terület is érintett?
- Észlelünk-e regulációs zavart a kapcsolat minden területén, vagy csak egyes részein? Mely területek érintettek a kapcsolaton belül?
- Milyen mélységű a regulációs probléma – állandóan fennálló zavar, vagy csak időszakonként észlelhető?
- Milyen a hosszmetzeti kép? Erősödik-e a zavar az idő előrehaladtával, vagy spontán elmúlik?
- Mely területeken erősödik, és hol múlik el? Mi lehet ennek az oka?
- Lehetséges-e, hogy a zavar – azaz az „interakciós zökkenő” – egy következő fejlődési szakaszban más formát ölt? Ha igen, mivé alakul át?

Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolásához a DC: 0-3R kézikönyve a kapcsolat ún. „makroszintjén” – azaz az anya-csecsemő kapcsolat általános jellemzése révén – nyújt támpontokat. A II. tengely – „Kapcsolati jellemzők osztályozása” javasolja, hogy a diagnózisalkotás során a kapcsolat 3 fő jellemzőjét értékeljük: *az interakció viselkedéses jellemzőit, az affektív tónust és a pszichés bevonódás szintjét*. Ha a kapcsolat összes lehetséges kontextusát eszerint értékeljük, akkor kaphatunk egy kapcsolati profilt, ahol a harmonikus és a diszharmonikus kapcsolati aspektusok feltérképezhetőek. Két skála szolgál ennek részletes megállapítására: a szülő-csecsemő kapcsolat minőségének általános felmérése skálája (PIR-GAS – Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale) és a kapcsolati

problémák listája (RPCL – Relationship Problem Checklist) (Frankel, Harmon, 2006). Az értékes támpontok ellenére a lista valóban nem tud elegendő információt adni arra vonatkozóan, hogy egy adott esetben *mennyi ideig, és milyen helyzetekben figyeljük* meg az anya-gyerek párost ahhoz, hogy a kontextus-elemzést és a hosszú távú változásokat rögzíteni tudjuk.

Ezek a kérdések több szakember szerint is (ld. pl. Stern, 1995) csak akkor megválaszolhatóak, ha az anya-gyermek, vagy a szülő gyermek párost a szakember valamilyen beavatkozási forma keretében folyamatosan kíséri. A teammunkának itt nélkülözhetetlen szerepe van, hiszen a kezelő orvos, vagy terapeuta csak egyetlen kontextusban tudja a családot megfigyelni: a klinikai helyzetben (Stern, 1995). A családban történő, és különféle kapcsolati helyzetekben lehetséges megfigyelés – a védőnő, illetve a szociális munkás közreműködésével – minden olyan protokoll szerint javasolt, ami a regulációs zavarok kapcsolati diagnosztikáját központi elemként kezeli (Stern, 1995, Frankel, Harmon, 2006, Hédervári-Heller, 2008). Rendkívül fontos, hogy a megfigyelések szempontjai és szemléleti kerete azonosak legyenek az egy teamben dolgozó, és ugyanazt a családot megfigyelő szakemberek számára. A szemléleti keret adja meg a közös nyelvet a megfigyelhető jelenségek megértéséhez, értelmezéséhez. A következő részben egy ilyen lehetséges szemléleti keretet mutatok be, a Stern (1995) nevéhez fűződő „klinikai ablak” fogalmát.

Egy lehetséges modell a korai regulációs problémák felismeréséhez – a „klinikai ablak” fogalma (Stern, 1995)

A csecsemőkorai regulációs zavarok videotechnikán alapuló terápiás megközelítésével dolgozó Daniel Stern (1995) tapasztalata szerint a csecsemőkorai zavarok – függetlenül attól, hogy veleszületett fejlődési probléma, vagy az anya-csecsemő kapcsolat zavara áll a háttérükben – *csakis a korai anya-csecsemő kapcsolat kontextusában érthetőek és*



értelmezhetőek. Mindkét esetben a korai kapcsolat folyamatában olyan, „*klínikailag fontos események*” zajlanak, amely a kapcsolati zavar alapját képező dinamikus interakciókat, érzelmeket, szubjektív pszichés történéseket magukba foglalják.

A „*klínikailag fontos események és pillanatok*”

A „*klínikailag fontos események és pillanatok*” az anya-csecsemő kapcsolat hétköznapi, nap-mint-nap ismétlődő, általában nem-verbális mikroeseményeiből tevődnek össze. Az események ún. „*makroszintjéhez*” képest kevésbé könnyen megfigyelhetőek és írhatóak le. Ugyanakkor ezek az események azok, amelyek segítségével kijelölhetőek a regulációs zavar kialakulása szempontjából azok a problémás pontok a különböző fejlődési szakaszokban, amire a szakembernek figyelnie kell. Mi jellemzi ezeket a klínikailag fontos eseményeket, pillanatokot?

- Ezek az események az *itt és most-ban történő valós interakciós történések*, és ezek szubjektív tapasztalatai a csecsemő és az anya számára is.
- Az események az *interakció „mikroszintjét”* ragadják meg – Mit csinált az adott pillanatban az anya, amikor a baba odafordult, hova pillantott, összenéztek-e, ki fordult el előbb, közeledtek, vagy távolodtak egymástól, milyen volt a testtartásuk, milyen érzelmek kísérték mindezt stb.
- A kapcsolati események *folyamos kölcsönös mikroregulációkból* állnak – anya és csecsemője egyaránt részt vesznek benne! Egy-egy regulációs esemény sokszor a másodperc töredékéig tart, mégis jelentéssel bír mindkét fél számára.
- Az események *ismétlődőek*, és az anya-csecsemő párra *jellemző regulációs mintázatokká állnak össze*, az együttlét különféle helyzeteiben.
- Egyetlen – vagy néhányszor ismétlődő interakciós zökkenő *még nem hoz létre regulációs zavarra jellemző mintázatot!* Ez a megfigyelés rendkívül fontos, és arra hívja

fel a figyelmet, hogy az átmeneti zökkenők a korai kapcsolatban nem feltétlenül vezetnek rögzült problémához.

A *kapcsolati események mikroszintje* a fenti szempontsor figyelembe vételével a zavar keletkezésének okát is konkrétan megragadhatóvá, megfigyelhetővé teszi. A hagyományos szemléletben – a jelenségek ún. *makroszintjén* – általában úgy írjuk le a problémát, hogy „az anya depressziója miatt hozzáférhetetlen, ez okozza a baba passzivitását”. A makroszinten történő megfigyelés és magyarázat azonban ebben a formájában nem nyújt segítséget a konkrét interakciós történések megértéséhez, az abban keletkező problémák rendezéséhez. A depresszió fogalma az anya pszichés és hangulati állapotát általánosan jellemzi, ugyanakkor nem írja le, hogy ez miképpen nyilvánul meg a csecsemővel való konkrét interakciók során. Holott a mikroesemények szintjén jól megfigyelhető, hogy a depresszív interakció egyetlen pár esetében is nagyon sokféle formát ölthet. A csecsemő pedig – aki esetlegesen regulációs zavar tüneteit mutatja – az anya depresszióját a mikroesemények szintjén éli át, és ő is más és másképpen reagálhat a depresszív interakciókban a helyzettől függően.

Támpontok az interakciós minták megfigyeléséhez és leírásához

Az interakció mikroeseményeinek és azok mintázatainak megfigyelése és felismerése nem mindig könnyű feladat, a szülő csecsemő konzultációs eljárás tanulása során erre külön tréning javasolt a szakember számára (Stern, 1995, Hédervári-Heller, 2008). A szülő-csecsemő konzultációs képzésben a videóra felvett interakciós események megfigyeléses gyakorlatai többek között a következő szempontokat tartalmazzák. (Ezek a szempontok a tréningben nem résztvevő szakemberek számára is támpontot adhatnak a gyakorlatuk során tapasztalt „élőben zajló” interakciós helyzetek megfigyeléséhez).



- Az interakciós helyzetek megfigyelése során a figyelmet a testi viselkedés *kommunikatív* jegyeire irányítjuk. Például: pelenkázás közben a mama beszél a babához, majd megszakítva a kölcsönösen pozitív interakciót, hirtelen elfordul.
- *Viselkedéses szekvenciák* megfigyelése. – Nem elég leírni, hogy a mama elfordult a babától, hanem látni kell, hogy ezt mi előzte meg, mi váltotta ki, és mi lesz a kimenetele az adott interakciónak. Például: a baba elkezdett nyújtózkodni valamiért, és a mama ezután fordult el. A baba erre abbahagyja a mamára mosolygást.
- A megfigyelőnek a *miért ez történt?* kérdéseket a *miért most történt ez?* kérdésekre kell korlátoznia – Miért éppen most fordult el a mama? Azért fordult el, hogy valamit keressen, amivel a baba figyelmét lekötheti? A baba azért hagyta abba a mosolygást, mert várakozik? Vajon ismerős számukra ez a szekvencia, vagy ismeretlen?
- A *miért most kérdések* szekvenciája teszi láthatóvá az interakciós mintázatokat, és azok ismétlődését. – A mama sikeres a baba figyelmének lekötésében? Az interakció érzelmi jellege pozitív marad? Gyakori ez a szekvencia a pelenkázás során?
- A *kölcsönös reguláció egészséges mintázataira mi jellemző?* – finom, változatos, szabadon folyó kölcsönös regulációk, amelyben mindkét fél egymásra hangolva



követi a másik érzelmi és viselkedéses állapotait. Pozitív érzelmek kísérik. – A mama sikeresen kötötte le a baba figyelmét, a kölcsönösen pozitív érzelmi hangulat fennmaradt a pelenkázás végéig, a pelenkázás nyugodtan fejeződött be. Ez a mintázat a tisztázási helyzetek 90%-ában így játszódik le.

- *A kölcsönös reguláció patológiás mintázataira mi jellemző?* – Gyakori az egyes szekvenciákon belül az interakció gyors megszakítása, nincs illeszkedés a kezdés és a befejezés között, kicsi az interakciós kapcsolódás variabilitása, kevés pozitív érzelmek, több semleges, vagy negatív érzelmi állapot kíséri. – A mama kapkodni kezd a baba nyújtózkodása láttán, nem tudja lekötni a baba figyelmét, a baba nyögösködni kezd, a mama verbálisan próbálja a babát irányítani, a gyerek sírni kezd. A pelenkázás mindkettőjük számára érzelmileg negatív kimenetelű. Ez a mintázat a tisztázási helyzetek 80%-ában így játszódik le.

Mikortól mondhatjuk azt, hogy egy kölcsönös regulációs mintázat patológiás jellegű, vagy legalábbis komoly problémát okoz az anya-gyerek kapcsolatban? Vajon az egy adott területen – pl. a pelenkázás során tapasztalt – regulációs probléma esetén általánosíthatunk-e arra, hogy az anya-csecsemő kapcsolat zavart szenved a többi területen is? A válasz nem, hiszen a tapasztalat azt mutatja, hogy egy-egy anya-csecsemő pár életében vannak könnyebben, és nehezebben kezelhető területek. A korai alvási, altatási problémák komoly nehézséget okozhatnak a pár számára, miközben az összes többi területen – az etetés, játék stb. – gördülékenyen mennek a dolgok (Hámori, 2005). Egy következő fejlődési szakaszban az alvásprobléma egyszer csak elmúlhat önmagától, és a „mézes hónapok” egészen addig tartanak, amíg a csecsemő el nem kezd mászni. Ekkor az anya – hirtelen megijedve – azt tapasztalja, hogy ismét „küzdőtéren vannak”, a gyerek nehezzé, szabályozhatatlanná vált, ugyanakkor az evésével továbbra sincs probléma.

„Interaktív csataterek” és a „klinikai ablak”

Stern modelljének egyik nagyon fontos eleme az a megfigyelés, hogy az anya-csecsemő regulációs minták egészséges esetben a fejlődés egymást követő szakaszaiban



újrászerveződnek és egymásra épülnek a különböző szinteken. A csecsemő fejlődése során a funkciók szerveződésében csomópontok jelennek meg: a baba minden egyes fejlődési szakaszban új társas, motoros, kognitív és affektív képességekkel vesz részt az interakcióban. Így az interakció is újrászerveződik az egyes szinteken, és minden egyes „témának” – bizalom, a függés és függetlenség, kontroll, autonómia, érzelmi- és viselkedésszabályozás – újra meg kell oldódnia a következő szinten. Az egészséges regulációs mintákhoz hasonlóan a regulációs folyamat problémás pontjai és mintázatai éppúgy tovább vivődhetnek, csak éppen más-más formában jelennek meg az egyes szakaszokban.

Ugyanakkor, egyetlen területen jelentkező regulációs zökkenő nem feltétlenül „terjed át” a kapcsolat összes területére, sőt, egy következő szakaszban az addigi regulációs probléma akár spontán módon el is tűnhet.

Stern szemléletesen „interaktív csatának” nevezte azt az egészséges folyamatot, amelynek során az adott fejlődési szakaszra jellemző – az új készségeket és funkciókat magában foglaló – optimális regulációs minták kialakulnak. A csata tárgya minden szakaszban ugyanaz – az optimális szabályozás kialakítása –, csak a „csatater” változik a különböző fejlődési szakaszokban. Az újszülöttkorban a fiziológiai állapotok (alvás-ébrenlét, éhség-jóllakottság), a következő szakaszban a szemtől szemben interakciók szabályozása a „csatater”. Később a tárgyak megjelennek az interakcióban, ezt követően a közeledés távolodás, a kötődés, majd a beszéd, mozgás, önállóság, stb. lesznek a regulációs minták újrászerveződésnek „csatateri”.

A „interaktív csatater” megfigyelése jó támpontot adhat az egészséges és a zavart regulációs minták felismeréséhez, vagyis ahhoz, amikor a csatater „küzdőtérre” változik. Az „interaktív csatater” valójában egy „klinikai ablak”, amin keresztül rátekinthetünk az adott zavar lényegére és kapcsolati működésére az adott fejlődési szakaszban. *Hangsúlyozni kell, hogy klinikai ablak nem diagnosztikai rendszer,*

hanem támpontok rendszere a megfigyeléshez és ezen keresztül a regulációs zavar dinamikájának felismeréséhez.

„A klinikai ablak” a különböző fejlődési szakaszokban

A fizikai állapotok szabályozása – születéstől 2-3 hónapos korig

Az újszülöttkorban a reguláció központi témája három területen jelenik meg: evés-étetés szabályozása, az alvás-ébrenlét ritmusának kialakulása, és a sírás lecsendesítése. Ennek megfelelően a problémák is ezeken a „csatateren” jelenhetnek meg, és szolgáltatják a „klinikai ablakot”. Számos megnyilvánulási formája lehet az itt felbukkanó problémáknak, a szakemberhez az adatok szerint leginkább az alvás, és a megnyugtathatóság nehézségeivel jelentkeznek a szülők (Stern, 1985).

Leggyakoribb problémák a regulációban:

Az anya részéről:

- Nem találja meg a szoptatás/étetés megfelelő technikáját.
- Félreértelmezi a csecsemő sírásjelzéseit (etet, amikor megnyugtatóra van szükség, megnyugtadni próbál, amikor etetni kéne stb.)

A csecsemő részéről:

- Nem szopik eleget, vagy elutasítja a mellet.
- Nehezen megnyugtatható,
- Nehezen alszik el, könnyen felriad stb.

A három terület nagyon gyakran összefonódik, ezért fontos a többszöri megfigyeléseket minden helyzetre (altatás, etetés, megnyugtató) kiterjeszteni, és meghatározni, hol a legjelentősebb a regulációs probléma fennállása.

A kölcsönös reguláció kezdete – 2 ½ – 5 ½ hónapig

Ebben a szakaszban a gondozás (tisztázás, fürdetés, öltöztetés) és a játék során a szemtől-szemben interakciók ke-



rülnek a reguláció középpontjába. Stern ezt a szakaszt tartja a kölcsönös reguláció kezdetének, mivel ekkor jelennek meg azok a képességek, amelyek a csecsemő számára is lehetővé teszik a kölcsönösséget, és az interakciók szabályozását: hátrázott preferenciát mutat a szemtől szemben interakciók iránt, leginkább ezek a helyzetek kötik le figyelmét. Képes kezdeményezni az interakciót, abban „párbeszéd jellegűen” részt venni, mozgás- és érzelemkifejezés repertoárja gazdag, és képes értelmezni a nem verbális kommunikatív jelzéseket (Murray, Trevarthen, 1985).

Az interakciók során kialakuló regulációs mintázatok leginkább a kezdeményezés, az interakció fenntartása, annak modulációja, a befejezés, az elkerülés, a lezárás, stb. sajátos, párra jellemző dinamikájában jelennek meg, és szerveződnek.

A regulációs zökkenőkre is épp ezért az e területen megjelenő problémák utalhatnak.

Az anya részéről:

- Túlkontrolláló anya – az interakciót minden esetben ő irányítja, ő fejezi be, sokszor ő kezdeményezi, vagy a csecsemő kezdeményezéseire rögtön „témát vált”.
- Passzív, alulkontrolláló anya – a csecsemő kezdeményezéseire késleltetve reagál, ő maga ritkán kezdeményez stb.

A csecsemő részéről:

- a szemkontaktus kerülése
- reciprok interakció hiánya – nem kezdeményez, és/vagy nem szinkronban reagál
- érzelemkifejezés problémái.

A tárgyvaló játék megjelenése – 5 1/2 – 8-9 hónap

Ebben a szakaszban a csecsemő figyelmi kapacitásának növekedése, manipulációs képességeinek fejlődése teszi lehetővé, hogy a tárgyi világ felfedezése kerüljön érdeklődése középpontjába. A szabályozás fókuszja – és így a klinikai ablak is – ennek megfelelően a „témaválasztás

egyveztetése” lesz: mikor, mit, és hogyan játszunk, együtt, vagy egyedül? A „kinél van a kontroll?” kérdése a játék-tárgyak megválasztása, a tárggyal való közös manipuláció, a játék kezdeményezése, befejezése stb. körül forog.

Regulációs zökkenőkre a következők utalhatnak:

Az anya részéről

- a fokozott beavatkozás (ő irányítja az interakciót, túl sok játékot használ stb.) vagy épp ellenkezőleg,
- a fokozott passzivitás (jelen van, de nem vesz részt, nem kínál új tárgyakat stb.).

A csecsemő részéről:

- a tárgy világ iránti érdeklődés hiánya,
- a manipulációs aktivitás hiánya.

A közelség és távolság szabályozása – 8-9 – 18 hónap

A csecsemő az aktív helyzetváltogatás (mászás, járás) beindulásával már önállóan tudja szabályozni az anyához való közeledést, és a tőle való eltávolodás. A világ felfedezése, és stresszhelyzetben a gondozó közelségének keresése alapvető motívumok ebben a szakaszban, és meghatározzák a kötődési minták alakulását is. A kölcsönös szabályozás fókuszában az *optimális biztonság és az exploráció egyensúlyának megteremtése* áll, és ez nyújtja egyben a „klinikai ablakot” is ebben a fejlődési szakaszban.

Problémák a regulációban:

Az anya részéről:

- Túlzott aggodás a csecsemő felfedező viselkedésével, eltávolodásával, temperamentumával kapcsolatban.
- A „veszélyeztető” anya ezzel szemben – nem ismeri fel, vagy félreértelmezi a valóban veszélyes helyzeteket – gyakori balesetezés, sérülések.

A csecsemő részéről:

- fokozott mozgékonyosság, hipermotilitás
- fokozott passzivitás
- stresszhelyzetben az érzelmi kifejezések gátlása



A gondolatok, érzelmek, szándékok megosztása – 8-9 –12 hónap

A 8-9 hónapos kor nemcsak a helyzetváltoztatás, de a gondolkodás fejlődése szempontjából is fontos mérföldkő, megjelenik az ún. intencionális viselkedések széles repertoárja. Keresi a szülőkkel a kölcsönös figyelmi fókuszot, új helyzetben anyára pillant, hogy az anya érzelmeinek „olvasása” révén tájékozódjon afelől, hogy hogyan cselekedjen, utal, rámutat egy harmadik tárgyra, személyre azért, hogy anya figyelmét felhívja rá stb.

A kölcsönös szabályozás fókuszába az érzelmek, gondolatok, figyelem megosztása kerül. Rendkívül fontos, hogy ebben a szakaszban az anya a csecsemő viselkedését, szándékait, érzelmeit miképp értelmezi, fordítja le önmagának, hiszen ez vezérli őt abban, hogy a csecsemőjéhez, mint szándékokkal, gondolatokkal rendelkező lényhez tudjon viszonyulni (Reznick, 1999). Az érzelmi állapotokra – beleértve a békés és a feszült pillanatokot is – való anyai ráhangolódás (Stern, 1985) a kölcsönös szabályozás alapja, és egyben kijelöli azokat az érzelmi helyzeteket is, amelyek „megoszthatóak”, és azokat, amelyek nem.

Regulációs problémára utalhat:

Az anya részéről:

- a csecsemő viselkedésének, szándékainak, érzelmeinek rendszeres félreértelmezése
- a ráhangolódás problémái (az anya rendszeresen rossz helyen, és intenzitással kapcsolódik be a csecsemő érzelmi állapotába, nem érzékeli annak valódi állapotát, aminek következtében gyakoriak a feszült, nyugtalan interakciók)

A csecsemő részéről:

- a referenciális viselkedés hiánya
- az érzelmkifejezés problémái (nem a helyzetnek megfelelő, túl heves, intenzív, vagy éppenséggel túlzottan passzív)

Beszéd- és szimbolikus játék fejlődése – 18–36 hónap

A nyelvi fejlődés és a szimbolikus játék fejlődése szintén jelentősen függ a kapcsolati kontextustól. Az előző fejlődési szakaszokban a játéktárgyakkal való közös manipuláció, valamint a külvilág, és az érzelmek megoszthatóságának regulációs mintázatai már kialakultak, és ebben a szakaszban kiegészülnek azzal, ahogyan az anya-gyerek páros a kommunikációnak és a játéknak ezekről a komplexebb formáiról és helyzeteiről „egyezkedik”. Az üritési funkciók szabályozása szintén központi témája lesz az interakciónak, és egyben a „klinikai ablak” témáját is meghatározza.

Problémák a regulációban:

Az anya részéről:

- Túlzott elvárások a beszédfejlődéssel kapcsolatban, vagy aggodalom amiatt, hogy az nem kielégítő.
- A szócsírák jelentésének félreértelmezése, a gyerek közlési szándékának félreértése.
- A szobatisztaság – erőltetése, vagy éppenséggel a pelenka elhúzódo preferálása.

A gyerek részéről:

- a beszédkifejezés, megértés zavara
- szimbolikus funkció zavara (nem tud „mintha játékot” játszani)
- Az üritési kontroll változatos problémái (ragaszkodás a pelenkához, székleletviszatartás, bevezetés stb.)

Összefoglalva:

A „klinikai ablak” modellje tehát az egészséges fejlődés tükrében, és az egyes szakaszok fő fejlődési feladataihoz viszonyítva keresi azokat az interakciós mintákat, amely regulációs zavarra utalnak. Ugyanakkor, amikor az okokat keressük, minden fejlődési szakaszban szembesülünk azzal a problémával, hogy nehéz eldönteni: *a csecsemő, vagy az anya a kiinduló pontja a regulációs problémának?*



Veleszületett fejlődési zavarok és az anya-csecsemő interakció

Sok esetben – mint ahogy azt a fenti problémalistából is láthatjuk – egy veleszületett fejlődési probléma, illetve rizikós fejlődés ugyanolyan tüneteket okozhat, mint egyébként egészséges fejlődés esetén a regulációs zavarból fakadó funkcionális és viselkedési tünet.

Mire kell elsősorban gondolnunk?

- Az igen kis súlyú, de egészséges koraszülöttek esetében fokozott irritabilitás, reakciókészség, illetve hiperszenzitivitás gyakori, az idegrendszer éretlenségéből fakadó probléma, ami az érzelmkifejezés, és a reakciókészség nehézségeit eredményezheti.
- A megkésett, vagy zavart fejlődés a kommunikatív jelzések olvasásának nehézségét vonhatja maga után a szülő részéről;
- Az autisztikus fejlődés előfutáraként gyakori a csecsemőkorban is a reciprok interakció hiánya;
- A mozgásfejlődés elmaradása, vagy késése, valamint
- Az érdeklődés és figyelem zavarai olyan viselkedési formák, folyamatok, amik szintén lehetőséget adnak a szülőknek arra, hogy egy adott viselkedésformát félreértelmezzenek, és saját gondoskodási képességeik siker telenségeként éljenek át.
- A fokozott impulzivitás, vagy éppenséggel a túlzott passzivitás számos olyan zavarral társulhat, ami veleszületett fejlődési probléma kísérője. Ugyanakkor gyakran a szülők ezt a gyermek temperamentumbeli sajátosságaként könyvelik el, és próbálnak vele küzdeni;
- Az érzékszervi problémákból fakadó nehézségek – a hallás és látás gyengesége – sokáig rejtettek maradhatnak, ugyanakkor a kapcsolati szabályozás többféle tünetét okozhatják.

Az anya részéről a csecsemő viselkedési jegyeinek és viselkedési szekvenciáinak félreértése és félreértelmezése a fenti zavarok esetében kivétel nélkül olyan szabályozási

problémákat eredményezhetnek, amelyek tüneti jellege nem, vagy csak alig különböztethető meg az egyébként tipikusan fejlődő gyermek regulációs zavaraitól. A kapcsolati diagnosztika természetesen ez esetben is rendkívül fontos, hiszen a gyermek veleszületett fejlődési problémája komoly, arra ráépülő regulációs zavarok forrása lehet. *Ugyanakkor az esetleges veleszületett fejlődési zavar korai felismerése rendkívüli jelentőségű az erre ráépülő regulációs zavarok megelőzésében.*

Megfigyelés, prevenció és intervenció

Összefoglalásképpen a megfigyelés praktikus szempontjait és menetrendjét a prevenció és intervenció szemszögéből érintem.

A probléma jelzése – általában a gyerek valamilyen funkcionális tünete –, vagy az arra való felfigyelés esetén mi a következő lépés?

- A jelzett probléma – például táplálkozási-táplálási nehézség – megfigyelése *több helyzetben*. A legfontosabb tisztázandó kérdés, hogy áll-e az evési probléma hátterében valamilyen organikus ok, ami miatt nehezített az etetés? Ha kizárható, akkor a következő kérdés:
- *Minden helyzetben* ugyanúgy megnyilvánul az evési probléma? Hogyan zajlik az evés-etetés a kölcsönös szabályozás szempontjából (Kezdet, befejezés, interakció dinamikája, hangulata stb.)?
- Van-e olyan etetési helyzet, ahol nem jelentkezik a feszültség? Ha igen, *miben más ez a helyzet többtől* (támpont a beavatkozás tervezéséhez).
- Hosszútávon megfigyelve (legalább 5–7 etetési helyzet, ugyanabban a kontextusban, kiválasztva a legproblémásabb etetést) *mi jellemző a szabályozási mintázatra*?
- Érintettek-e más *regulációs területek* is? Ha igen, melyek?
- *Korábban mely területek voltak zavartak*, ahol most nincs probléma?

Pozitív jelzés a kapcsolati diagnosztika szempontjából, ha a szabályozás zavara nem minden helyzetben és nem min-



den területen mutat hasonló és rögzült mintázatot. Sok esetben a zavar megelőzéséhez elegendő a pozitív pontok elemzésére és megláttatására támaszkodni, vagy azokra a megfigyelhető viselkedésekre felhívni a figyelmet, amelyek akadályozzák az anyát az adott helyzet optimális szabályozásában (Hámori, 2005). Hosszútávon rögzült mintázatok, vagy több területen is megjelenő regulációs problematika azonban átfogóbb segítségnyújtást – pl. szülő-csecsemő konzultáció, illetve terápia (Hédervári-Heller, 2008) – igényelhet, amellyel konzultációban képzett szakemberhez érdemes fordulni. Akármilyen szakaszban is kerül hozzánk a probléma, a korai felismerés, illetve a gyanújelekre történő odafigyelés mindenképpen szisztematikus megfigyelést és a komplex, interakciós fejlődési szemlélet alkalmazását igényli.

Szakirodalom

- Bánki M. Cs., (2001) *Klasszifikációs rendszerek*. In.: (Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 287-294.
- Cicchetti, D. (2006) *Development and Psychopathology*. In.: Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental psychopathology*. Vol. One: Theory and Method. John Wiley and Son Inc., Hoboken, New Jersey, 1–24.
- Frankel, K., Harmon, R. (2006) *Overview of DC: 0-3R – Diagnostic Classification of Infants and Young Children*. University of Colorado Health Sciences Center. Unpublished Slides. http://aia.berkeley.edu/media/pdf/frankel_presentation_slides.pdf
- Hámori E. (2005) *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete – Buktatók és korrekatív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében*. Pázmány Kiadó, 2005.
- Hédervári-Heller, É. (2008) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. Animula Kiadó, Budapest.
- Murray, L., Trevarthen, C. (1985) *Emotional regulation in interactions between two-month-olds and their mothers*. In.: T. M. Field, N. A. Fox (Eds.) *Social Perception in Infants*. Ablex. New Jersey. 177–197.
- Reznick, J., S. (1999) *Influences on maternal attribution of infant intentionality*. In: P. D. Zelazo, J. W. Astington, D. R. Olson (Eds.) *Developing theories of intention*. Mahwah, N J: Lawrence Erlbaum Associates. 243–269.
- Stern, D. (1985) *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó, Budapest. Évszám nélkül.
- Stern, D. (1995) *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest. Évszám nélkül.



INTERAKCIÓS TÜNETEGYÜTTES A BABA–MAMA TERÁPIÁBAN

Dr. Molnár Irén

klinikai gyermek szakpszichológus

Kispesti Nevelési Tanácsadó

e-mail: iren_molnar@freemail.hu

A csecsemő regulációs zavarai során különleges szituációval találjuk szemben magunkat. Jóllehet a baba hordozza a tüneteket, minden esetben a baba-mama kapcsolatot kell kezelni, mivel a csecsemő nem tud egy terápiában partner lenni. Ezen kívül a szülők terápiában történő megértése az esetek többségében változást hoz az interakciókban, és ezt szinte minden esetben követi a gyermek állapotának javulása. Ebben a megközelítésben biztosra vehetjük, hogy maga a kapcsolat patológiás, s hogy a terápiás intervencióknak a kapcsolatra kell irányulniuk. Az interakciós scénáriókat (akár patológiásak ezek akár nem) az anya konfliktus témái és fantáziái határozzák meg, így felé közvetítjük az értelmezéseket is.

Ezek az értelmezések az anya konfliktusaira, gyermekével való kapcsolatára és a patológiás interakciók dinamikájára (tehát a gyermek szimptomáira) irányulnak.

Az anya egyéni terápiája és a mama-baba együttes terápiája teljesen különböző.

Tapasztalat bizonyítja, hogy a baba jelenléte fontos szerepet tölt be a terápiában. Az ülések alatt a baba kifejezi különböző igényeit az anya felé, ily módon az anya csecsemőjével kapcsolatos érzelmei, gondolatai mobilizálódnak. Úgy fog

reagálni a baba megnyilvánulásaira, hogy közben elmondja a babával kapcsolatos saját problémáit. Gesztusait, viselkedését összefüggésbe hozhatjuk azzal, amit elmond. Ily módon a baba katalizációs funkciót tölt be a terápiás ülésekben. Jelenléte nélkül le kellene mondanunk az interakciók megfigyeléséről és értelmezéséről.

Egy interakció lezajlását követően azonnal összefüggésbe hozhatjuk a történeteket azzal, amiről az anya éppen beszélt (saját magáról, szüleivel való viszonyáról, a babával való kapcsolatáról), tehát módunkban van megfeleltetni a látottakat és a hallottakat. Észrevehetjük, hogy az anya által említett fantázia a csecsemő viselkedésében hogyan materializálódik.

A mondottak (az anya asszociációi) és a történések (az interakciók) összefüggésének megragadása a terápia anyaga. Ez a bifokális szemlélet adja a baba-mama terápiák eredetiségét, általa lehetővé válik, hogy nyomon kövessük, amint az anya pszichés tartalmai az interakciós viselkedésben megjelennek.

A kapcsolati pszichopatológiák jelenségtanának speciális technikák feleltethetők meg. A genfi iskola analitikus szakemberei, B. Cramer professzor és munkatársai egy eklektikus terápiás módszert dolgoztak ki, amelyben a pszichoanalízis elméletét és a legújabb interakció kutatások eredményeit ötvözik.

Cramer és munkatársai pszichiáter konziliáriusként tevékenykedtek egy gyermekkorházban, valamint tanácsadást



szerveztek a kerületi védőnőknél anyák és csecsemők számára. Ezek az esetek tették őket érzékenyebbé a korai funkciózavarok iránt, és az anya-csecsemő kapcsolat zavarai iránt. Az interakcióra vonatkozó kutatások korábban a viselkedés pszichológia keretében folytak, de hamarosan lehetségessé vált ezen kutatásoknak a klinikai alkalmazása. A 70-es évektől az anya – gyermek kapcsolat fejlődésének kutatása új irányt vett. Az anya – csecsemő együttesét olyan szisztémának fogják fel, melyet a kölcsönös viselkedés törvényei szabályoznak.

Ha nagyon finom elemzéssel megfigyeljük, hogyan működnek együtt anyák és csecsemők, grafikonon ábrázolhatjuk, hogy folyamatos kölcsönösség jellemzi a köztük zajló tevékenységet. Mikroanalízisnek hívjuk az ilyen típusú megfigyeléseket, mivel lehetővé válik akár egy tized másodperc interakciós történéseit is megragadni általa (videomikroanalízis).

Brazelton mutatta ki, hogy – optimális esetben – a baba és a mama alkalmazkodnak egymáshoz, egy kölcsönös aktivitást pihenéssel felváltott ritmust követnek: például mindketten izgatottan játszanak, felszálló görbével jellemezhetően, amelyet egy leszálló görbe követ, majd megpihennek, és végül eltávolodnak egymástól. Ha lerajzoljuk ezeket a ciklusokat, egy bizonyos hullámot látunk, felszálló és leszálló ívekkel. Minden diádra jellemző egy forma, amelyen kirajzolódnak az ismétlődő interakciók. Olyan ez, mint egy tánc, amelynek során mindkét partner anticipálja a másik mozdulatát, közös ritmust követve, a zene által felkínált ütemre.

Brazeltonnak sikerült kimutatnia, hogy igen korán kialakul egy interakciós struktúra, és épp úgy mint a felnőttéknél, már az anya – csecsemő diádban sem a véletlen művei az interakciók, hanem bizonyos szisztéma szerint történnek, melyben mindkét résztvevő közreműködik. Bármelyikük viselkedése üzenet értékű: a másik attitűdjét

szándékként értelmezik, például egy gesztus azt fogja jelenteni: „azt szeretné, hogy játsszunk”, egy másik pedig azt, hogy „megunta, hagyjuk abba”. Az interakciókból kommunikáció lesz, mintha a baba és a mama létrehoznának egy egyezményes formát, melynek mentén tudni lehet, hogy mit várnak el egymástól, mit szabad, mi az, ami tilos. Látni fogjuk, hogy ezek az üzenetek jóval komplexebbek is lehetnek: a csecsemő anyja megnyilvánulásainak összképéből ilyen jelentéseket is képes kódolni a saját maga számára, mint például „nyüzsögnöm kell, hogy a mamát kissé feldobjam”, „nem szabad hozzáérnem”, „nem szereti, ha eltávolodom tőle”. Tehát a csecsemők már pici korban érzékenyek az anyától jövő üzenetekre, valamint az interakciós struktúrákra. Úgy tűnik, nagyon korán képessé válnak arra, hogy elfogadják a kölcsönös viselkedés követelményeit, hogy észrevegyék a szerep alternatívákat és, hogy az interaktív együttesek jellegzetes ritmusába beilleszkedjenek. Egyfajta szerződésről beszélhetünk: a baba megtanulja, mi az, amit respektálnia kell ahhoz, hogy a mamájával való kapcsolatát megtarthassa. Ez egy kényeszerítő erejű szerződés, mivel a babának minden pillanatban meg kell győződnie mamája elégedettségéről, amit a tekintetéből, arckifejezéséből, hanghordozásából olvas ki. Olyan ez mintha radarral lenne ellátva: állandóan anyja arcáról akarja leolvasni, hogy imádja őt, elégedett vele.

Tapasztalatok bizonyítják, hogy a babák képesek az arc bizonyos jellegzetességeit dekódolni például bizonyos arckifejezések emocionális jelentését megérteni. 5 hónapos korban egy csecsemő meg tud feleltetni egy örömteljes mimikát, és egy örömteli hangot, vagy egy szomorú arcot és hanghordozást. Féléves kortól a baba különösen érzékenyebbé válik az anya mimikája iránt, sőt viselkedését kifejezetten az anya mimikája szerint irányítja. Interiorizáció révén átveszi, és sajátjának tulajdonítja az anyai emóciót, s ez irányítja saját érzelmi állapotát és viselkedését. A baba olyan érzékeny az anyai üzenetekre, hogy interakcióik során azt figyelhetjük meg, hogy állandó párbeszéd-



det folytatnak. Ez a dialógus nem csak beszédből áll, hanem hozzátartozik a mimika, a hanghordozás, a gesztusok, a közeledések és az egymástól való eltávolodások. Ebben az egységben még egy kulcsfontosságú paraméter van: az idői lezajlás. A mimika- hang- gesztus eseménysorozat jelentés értékét előreláthatóan és kiszámíthatóan ismétlődő jellege adja. Ha egy bizonyos anyai mimika mindig a csecsemő egy bizonyos attitűdjét követi, a csecsemő ezt a láncolatot ok-okozati kapcsolatként fogja fel. Ezen aktivitásokban hordozott üzenetek lefordításán keresztül továbbítódnak a pszichológiai tartalmak. Az anya ezen üzeneteinek interiorizálása révén szerez tudomást a baba arról, hogy mi az, amit megoszthat a mamájával és mit nem szabad vele megosztania, ami magányra és kommunikáció nélküliségre kényszeríti.

B. Cramer és D. Stern kidolgozott egy videomikroanalízisen alapuló technikát, amelynek segítségével 75 baba-mama terápiában sikerült meghatározniuk 1-1 diád úgynevezett szimptomatikus interakciós profilját (ki tudták mutatni, hogy milyen módon futnak le a gyerek tünetét kiváltó patológiás interakciók). Ezt a patológiás interakciós profilt összefüggésbe lehet hozni az anyák valamilyen intrapszichés konfliktusával. Ez a konfliktus a kölcsönös viselkedés szintjén jelenik meg és az úgynevezett interakciós tünetegyüttesben materializálódik. Igen jelentős terápiás hatású egy olyan értelmezés, amely in situ, egy konfliktus felbukkanását követő interakciós „elvétésre” utal. Amikor egy anya az adott cselekvés közben figyelheti meg, amint – tudtán kívül – elkerül egy kontaktust, és amit azonnal egy intrapszichés konfliktussal tudunk összefüggésbe hozni az általa felhozott verbális asszociációk mentén, jóval nagyobb hatású belátást él át, mintha az értelmezés egyedül az intrapszichés területre vonatkozott volna.

Az interakciós tünetegyüttes egy kétszereplős szimptóma, amelynél az intrapszichés és interperszonális tényezők az interakció szintjén fonódnak egymásba.

A terápiás ülésen megfigyelhető patológiás kommunikációs struktúra az alaptünet kialakulásáért felelős konfliktus fokalizált kifejeződése. Azt mondhatjuk, hogy az interakciós tünetegyüttes az anya – gyermek közti kommunikációban lejátszott dramatizáció, mely az anya egyik központi konfliktusának a színrevitele, amelyben a gyermek résztvevőként szerepel.

Az interakciós tünetegyüttes koncepció eredetisége abban rejlik, hogy az interakció válik megfigyelés tárgyává, mint az anya konfliktusának cselekvéses megfelelője. Az interakció pszichoterápiás kutatása során az interakciós tünet együttes megfigyelése támpontot nyújthat a tudattalan tudattalanba való átadásáról. A transzgenerációs átadás területe ez.

A születést követő időszakban in statu nascendi figyelhetjük meg a transzgenerációs traumaátadás folyamatát. Az interakciós tünetegyüttes megfigyelésével és értelmezésével elejét vehetjük olyan ördögi körök megszilárdulásának, melyek később csak hosszú terápiás munkával oldhatók fel, ha egyáltalán feloldhatók. Ráadásul, ezek a baba-mama együttes terápiák – a postpartum időszakra jellemző pszichés neoformáció mobilitása és a szülők erős motivációja miatt – gyakran 4–6 ülés után befejeződhetnek.

Illusztrációként röviden ismertetem Cramer professzor egyik esetét, amelyet részletesen elolvashatunk Palacio-Espasaval közösen írt kézikönyvében. (A Medicina Kiadó gondozásában hamarosan megjelenik magyar fordításban.)

Martine, egy 13 hónapos kislány mamája azért kér segítséget,



mert lánya, Sandra agresszív, szándékosan fájdalmat okoz neki. Ennek ellentmondani látszik a passzív, szubdepresszív kisbaba megismerése. Hamarosan kiderül, hogy az anya részéről az agresszió projekciójáról van szó. Ugyanis kislány korában otthon „alacsonyan szálltak” a pofonok, anyja lobbanékony természetű volt, állandóan veszekedett. 13 évesen Martine dühében egy pofont visszaadott az anyjának, amitől azóta is óriási büntudatot hordoz magában. Az agresszió projekciónak az az értelme, hogy büntudatától megszabaduljon: „Vérje inkább egy másik lány a mamáját.” De Martine szorong is, ha a pofon jelenet fordított előjellel megismétlődik, akkor ennek újra kapcsolatvesztés lesz az ára. Annak idején ugyanis a mamájának adott pofon után 4 évre internátusba került. Az üléseken kezdetben megfigyelhető interakciós tünet általában a következőképpen nézett ki: a baba közeledik a mamához, kapcsolatot szeretne vele létrehozni, próbálja megérinteni.

Ezt az anya agressziójának értelmezi. „Megkarmoltál!” – mondja, miközben a baba ujjacskájával megérinti az arcát, jelezve ezzel, hogy figyeljen egy kicsit rá is, ne csak ezzel a bácsival beszélgesen. Az agresszió projekció miatt az anya ekkor leteszi a babát az öléből a földre, magától távol, hiszen kislány korában is az eltávolítás volt a válasz a családi konfliktusra. Az anya azzal is vádolja a lányát, hogy nem mutat iránta szeretetet, sosem simogatja őt meg. Csak a terápia előrehaladtával értette meg, hogy tudatlanul ő idézi elő a lánya viselkedésében azt, amitől szenved. Akkor tudja Martine az agresszió projekciót földadni, amikor sikerül rekonstruálnia egy – ezidáig határozottan letiltott – pozitív libidinális megszállást anyja irányába. Klein-i értelemben ezt úgy mondhatjuk, hogy sikerült helyrehozni a belső anyatárgyának megsérült képét.

Ez a terápia hat ülésből állt. Az utolsó ülésen azt a szép képet látjuk, hogy a baba az anya ölében ül, saját karjában pedig egy báránykát szorongat. A mama elmondása szerint ilyen még nem fordult elő, hogy kislánya egy szőrös állathoz ennyire ragaszkodott volna. Cramer azt mondja az anyának: „Látja, ez érdekes: engem ez az orosz babákra emlékeztet. Ön öleli a lányát, ő öleli...” Magyarázat: egy anya öleli lányát, aki öleli szőrös állatkáját. Vagyis egy transzgenerációs átadásról van szó. Hamarosan megjelenik egy negyedik szint is, amikor Martine így kezd az anyjáról beszélni: „Arany szíve van”, tehát fantáziában eltudjuk képzelni, hogy – metaforikusan – Martine mögött van a nagymama, karjaiban tartva őt, megteremtve ezzel ennek az anyai attitűdnek az utána következő három generációra szóló továbbadásának lehetőségét. Az orosz babák egymásba illesztettségének logikája szerint a bárányka Sandra eljövendő gyermeke.

Mekkora a kontraszt az első üléshez képest, amikor a transzgenerációs átfolyás az erőszak mentén történt: Sandra karmolta a mamáját, akit vert az anyja, és akit Martine később felpofozott. Tehát a transzgenerációs tematika úgy változott, hogy az erőszak továbbadásának helyére egy libidinális átadás került.

Szakirodalom

- Cramer, B. (1989) *Profession bébé*. Calmann-Lévy, Paris
- Cramer, Pr. B., Palacio – Espasa, F (1993) *A mama-baba pszichoterápiák gyakorlata*. Klinikai és technikai tanulmányok. Presses Universitaires de France, Paris



A CSECSEMŐ SZOPTATÁSI, ALTATÁSI NEHÉZSÉGEINEK TERÁPIÁJA. A CSECSEMŐ SÍRÁSA

Dr. Frigyes Júlia

pszichiáter szakorvos

Vadaskert Kórház és Szakambulancia

e-mail: frigyesj@gmail.com

Altatás, szoptatás, megnyugtató, mint anyai funkciók legtöbbször elválaszthatatlanok egymástól, és annál inkább, minél korábbi fázisaira tekintünk vissza az anya-csecsemő kapcsolatnak. Nézzük e témát egészen a kezdetektől, a kisbaba megszületésétől. Nem kétséges, hogy kezdetben a fő kérdés a baba életében – valóságának kérdése: Meg tud-e születni? Él-e? Életben tud-e maradni? Az újszülött „egészséges, hangos” sírása minden szülőnek koroktól és kultúráktól függetlenül az életben levés ékes, megnyugtató és boldogító bizonyítéka. Talán kivételnek számít ez alól Frédéric Leboyer francia szülész „gyöngéd születés”-konceptiója, amelynek része, hogy csöndben kell lenni a baba körül a születéskor, és úgy kell fogadni, hogy ne legyen oka sírni. Leboyer sok páciense éli át a szorongó (és megalapozatlan) aggodalmat, amikor újszülöttje nem sír: él egyáltalán a gyermekem, nincs-e valamilyen nagy baj vele? Idő múltával, a megszületést követően a csecsemő sírása már nem azt jelzi az anyának, hogy él a gyermek, hanem hogy valami baja van. Az anyák egyik legfontosabb kérdése: miért sír a kisbaba? A sírásból levezetett konkrét ok azonosítására való törekvés bizonyos mértékig illúzió, ami tévútra vezethet – az az elgondolás, hogy a sírás mintázatából és jellegzetességéből következtetni lehetne a sírás okára és a megnyugtató módjára, azaz hogy lenne egyfajta „szótára” a sírásnak és a jó anya érti ezt a nyelvet, és le tudja fordítani a megnyugtató nyelvére. Pedig nem a sírás a baba nyelve, amin beszél, és jellegzetességeinek dekódolásával érti meg őt az anya. Ez a törekvés a babasírás nyelvének dekódolására – legalábbis kezdetben mindenképpen – részben azért is van kudarcra ítélve, mert minél fiatalabb, éretlenebb egy kisbaba, annál inkább igaz rá,

hogy érzéseit, érzeteit globálisan, egészlegesen éli át, azaz a „fázó”, a „szomorú”, az „éhes” stb. a kisbabának az élmény oldaláról majdhogynem nincs is értelmezhetősége. Ha valamilyen negatív hatás éri, az az egész lényére hat. Sommásan ki lehet jelteni, hogy nem tud többféle állapotban lenni, csak egyben: ha valamilyen külső vagy belső hatásra kibillen az egyensúlyból, akkor egész lényé, testül-lelkestül negatív állapotba kerül, és az anyai feladat a negatív állapot esetén a nyugtalan babával való érzékeny, egész lényét tekintetbe vevő együttlét, és emellett – némi túlzással – majdhogynem másodlagos a szóba jövő igény kielégítése.

Az „egészséges” élmény olyannyira igaz a kisbabára – és ennek rendkívüli terápiás jelentősége van –, hogy sírásának kulcsa nem egyszer valójában nem is az ő személyes állapotában keresendő. Azaz sírásával a környezete, elsősorban az anyja érzelmi állapotáról beszél, és az anya – csecsemő terápiának egyik legjelentősebb eszköze a síró kisbabával való együttlét, amelyben a sírás kísérése mentén az anya valamilyen fontos saját élményéhez jut el – és ez a baba megnyugvásának, ellazulásának is az útja. Álljon itt egy tipikus esettréslet:

Három hónapos kisbaba és a mamája. Az anya súlyos érzelmi nélkülözéseket szenvedett el, apját pszichiátrián kezelték, anyja elhagyta mindkettőjüket. Azért jöttek, mert a baba, anyja benyomása szerint, szinte megállás nélkül sír, éjjel-nappal. Az anya elmondja, hogy célul tűzte ki, hogy „kötődő nevelésben” részesíti kisbabáját, annyit fogja szoptatni, hordozni, amennyit azt a baba igényli, együtt



fog aludni vele. Szeretett volna olyan jól bánni vele, ahogyan ővele magával sohasem bántak. Ennek ellenére a kisbaba megnyugtathatatlan, és folyton csak sír. A terápiás ülésen is, hiába tette anyja mellre, hiába ringatta, mindez nem hozott más csak pillanatnyi nyugalmat. Arra az ötletre, hogy ne próbálja megakasztani a sírást az eddigi eszközökkel (melyek amúgy se hoztak megoldást), hanem tartsa ölben a babát, és mondja, milyen érzések merülnek fel benne, először a tehetetlenség érzésével reagált. Majd a düh következett, és hogy miért nincs valaki, aki megszabadítaná ettől a tehetől. Majd pedig hogy milyen rettentő anya ő, és hogy sajnálja a kisbabát. Majd a magány, elszigeteltség, a meg nem értettség. Ekkor az anya sírni kezdett. Ahogy az anya a sírásban kifejeződő fájdalmat „hordozni” kezdte, úgy lazult el fokról fokra a kisbaba. Sírása leállt és körülnézett. Ebben az epizódban mindketten elju-



tottak önmagukhoz. Kötődéseméleti kutatások tanúsága szerint (Bell, Ainsworth, 1972) a k e s ő b b i

biztonságos kötődés szempontjából a legfontosabb az anya válaszkészsége és szenzitivitása. Eszerint azok a kisbabák sírnak a legkevesebbet, akiknek anyja az első hónapokban gyorsan és a helyzetnek megfelelően reagált a baba sírására. Ugyanakkor tudjuk, hogy a csecsemőotthonokban a kisbabák jóval kevesebbet sírnak, mint azok, akiket otthonukban nevelnek. Ezt egészítsük ki saját terápiás tapasztalatunkkal: a depressziós anyák kisbabái többnyire szintén nem sírósak, és annak mentén, ahogy anyjuk depressziója oldódik, átmeneti időre nagyon síróssá válnak. Hogyan értelmezhetőek ezek a tapasztalatok? Minden bizonnyal szükségleteik kifejezésében a kisbabákat befolyásolják arra

vonatkozó élményeik, hogy van-e reményük arra, hogy meghallgassák őket. Ha nincs kinek sírniuk, nem is fognak sírni. De – mint fentebb láttuk – a leginkább biztonságban lévő is keveset sírnak. A legtöbbet azok a kisbabák sírnak, akik bizonytalanságban vannak, mert kiszámíthatatlanul hol ilyen, hol amolyan válasz érkezik jelzéseikre, az elutasítástól az elárasztásig, a baba gondozójának aktuális érzelmi állapotától függően. Láthatjuk, hogy a sírásnak és a nem-sírásnak is igen sokféle jelentése és jelentősége lehet.

Vessünk ezután egy pillantást a „hagyni sírni – nem hagyni sírni” kérdéskörre. És ezt megelőzően talán itt van helye röviden szemrevételezni a „tanácsadás” és „ismeretterjesztés” jelentőségének témakörét is. Dilys Daws (1989) gondolatai nyomán a következők mondhatóak erről: paradox módon éppen azok az anyák tűnnek a legbizonytalanabbnak, és legkevésbé képesek a határtartásra, akikben tudattalan konfliktusaik nyomán legerősebb a félelem attól, hogy a határozottság agresszióba, bántalmazásba torokollhat. Ilyenkor, félelmeik feltárása nélkül, a megerősítés veszélyes lehet. A gyereknevelési tanácsok mindig az egyik végtelből a másikba esnek, közben persze nem kötelező a betartásuk. Emiatt egy-egy tanács megfogadása vagy elutasítása felfogható az illető valamilyen elutasított szelf részének (pl. az agresszivitásnak) projekciójaként. Például ha a szakember részéről jön egy tanács, hogy hagyni kell sírni a kisbabát, akkor az azt a jelentőséget hordozhatja, hogy egy külső személy vállal felelősséget azért a bánásmóddért, mely a szülő számára azt az aggodalmat hordozza, hogy agresszív lehet a gyerekkel szemben. Ezután a szülőnek már szabadságában áll követni ezt a tanácsot, akár azonosul a tartalmával, akár elutasítja, mentesülve az esetleg vele járó agresszivitás terhe alól. Selma Fraiberg (1980) szavaival „az a szülő, aki nem tud visszaemlékezni saját gyerekkori félelmeire és szorongásaira, fogja rátestálni mindezeket a fájdalmakat a gyermekére.” Ha az anya hajdani élményei és a velük járó érzések



tudatosan összekapcsolódnak, az törheti meg a negatív bánásmód generációkon átívelő láncolatát. És mit mond Winnicott (2004, 76. o.) a tanácsadásról? „Beszélgethünk az anyákkal a gyermekgondozásról, tudásunk birtokában tanácsokkal láthatjuk el őket. A testi egészség és betegségmegelőzés terén számos lehetőség nyílik a tanácsadásra... Amikor azonban az anyáknak az anyaságról beszélünk, a tanácsadás könnyen káros lehet. Előfordul, hogy süket fülekre találunk, vagy az anyák összezavarodnak, kétségbe esnek... Ha azt mondjuk egy várandós anyának, hogy 'csecsemője csak akkor lesz képes kielégítő kapcsolatot kialakítani a világgal, ha Ön tudja, hogyan ismeresse meg vele a világot apró lépésekben', ezzel megremíthetjük, és akár még vetélést is előidézhetünk azáltal, hogy megijed saját tudatlanságától. Ezzel szemben, ha rábízunk, tökéletesen fogja ellátni a feladatát, egyszerűen azért, mert odaadóan szereti gyermekét.”

Térjünk most vissza a sírni hagyni – nem hagyni sírni kérdéskörére! Megközelítésül használhatjuk azt a képet, hogy amikor egy felnőtt azt a (végül is megtisztelő) gesztust teszi felénk, hogy előttünk, a mi társaságunkban sír, vajon hogyan reagálunk, vagy mit vár tőlünk ez az illető? A pszichológia ismerete persze segíthet, adhat útmutatást, segíthet megérteni, ami történik, de minél inkább „rutinos pszichológusként” viselkedünk, annál valószínűbb, hogy ennek az immár felnőtt ismerősünknek az a gyanúja támadhat, hogy talán nem is mi vagyunk azok, akikre szüksége van. És ugyanígy érezne, ha megpróbálnánk „elterelni a figyelmét”, vagy netán magára hagynánk a sírásában, vagy ad absurdum rázogatni kezdenénk. Talán akkor érezné leginkább, hogy megfelelő társaság vagyunk a számára, ha vele maradnánk miközben „hagynánk sírni”; hagynánk, hogy pont annyit fejezzen ki az érzéseiből, amennyi kikíváncsodik belőle és az is megfelelő lenne minden bizonnyal, ha megosztanánk vele azokat az érzéseket, amelyek mindközben bennünk keletkeznek (és ha rendelkezésére bocsátanánk egy pár papírzsebkendőt). Az se baj, ha a

bennünk keletkezett érzések hatására mi magunk is elsírjuk közben magunkat, ugyanakkor ha a mi sírásunk intenzitása meghaladná az övét, az már megint inkább zavaró lenne a számára.

Miért ne feltételezhetnénk, hogy ez a kép ad némi támpontot ahhoz, hogy mire van szüksége a síró csecsemőnek anyja közelében? Persze, természetesen más a felnőtt, és más a csecsemő. A csecsemő érzései, mint erről volt már szó, totálisan hatnak egész testi-lelki valójára. Ezen kívül nagyon fontos különbség, hogy a csecsemő érzései azonosításának tanuló fázisában van. És a legfontosabb, hogy se érzéseinek alakulásában, se ezek azonosításában, se ezek regulációjának tanulásában nem független az anyjától. Mint C. G. Jung mondja: „Az Én elkülönüléséig a gyerek pszichéje az anyai tudattalanban lebeg.” „A participation mystique révén a gyermek érzékeli a szülők konfliktusait, és annyira szenved tőlük, mintha azok sajátjai volnának.” Mindebből következik is az „elég jó” anyai jelenlét a síró csecsemő mellett: az „elég jó” anya hagyja sírni a gyermekét, azaz nem várja el tőle, hogy sose legyen mérges, csaldótt, frusztrált, ellenszegülő és sose fejezze ki ezeket a negatív érzéseket. De eközben nem hagyja magára, visszatükrözi számára érzelmi állapotát, és végül (de nem utolsó sorban) gesztusai az érzélem regulációjának irányába hatnak. Mindez egy összetett, ösztönös anyai reakcióhalmaz, és a tanácsok ezt természetesen csak lerombolni képesek, és semmiképpen nem segítenek. Az egészséges érzélemvilágú anyák ezt ösztönösen jól csinálják, és azoknak, akiknek szorongásai, feloldatlan belső konfliktusai ezt nehezítik vagy akadályozzák, csak azzal lehet segíteni, ha segítünk saját érzéseik megtalálásában, visszavételében és átélésében. Így szabadul meg a gyermek a szülői tudattalantól rátestált szenvedéstől.

Most térjünk rá a csecsemő alvásának témakörére! Lásunk ismét egy esetrészletet:

Nyolc hónapos a baba. A hozott probléma az, hogy alig al-



szik, órákig kell altatni pár perces nyugalomért. A terápiás ülésen a baba kúszik-mászik a szobában. Az anya, aki negyven évesen szülte, arról beszél, hogy a nők ebben a családban „korán halnak”. Az anyja egyedül nevelte, és „soha egy hangos szó nem esett”. Ha mégis, alapelv volt, hogy nem szabad elaludni úgy, hogy haragban vannak, mert ki tudja, hogy reggel mindenki fel fog-e ébredni. Az anyja a mai napig azt tanítja neki, hogy reggel meg kell köszönni az új napra ébredést. Amikor erről beszélgetünk, a gyerek odamászik anyjához, feltámaszkodik a térdére, és a szemébe néz. Az anya: „Fel foglak nevelni, veled maradok, amíg csak szükségem van rád”. Másik jelenet: Az anya arról beszél, milyen nehéz elviselnie annak a feltételezésének a felelősségét, hogy a baba jólléte és jelleme és egész jövője rajta múlik. Olyannak érzi néha a babát, mint egy kis vadállatot, és ha harmonikus anya-gyerek kapcsolatot lát, az olyan visszás érzést kelt benne, mint azok a képek, ahol emberek és oroszlánok együtt heverésznek. A baba ekkor ölebe kéredzkedik, és anyját nézve szájába veszi anyja nyakláncának medálját, amibe egy kis csengőt rakott az anya még a várandósság alatt, direkt azért, hogy a kis csengettyű hangja megnyugtató legyen a baba számára.

Az alvás a csecsemővel való együttlétnek központi témája. Mint láttuk, a sírás is sok szinten érinti az élet-halál problematikát.



Ez az alvás-alta-
tás kapcsán még inten-
zívebb. A baba alvása min-
dig összefonódik a baba lé-
tezésének elfogadásával.
Ha az ezzel kapcsolatos
ambivalencia komoly és
tartós, az komoly alvás-
problémáknak képezheti a
hátterét. Az indulat, mely
akkor keletkezik, amikor a
baba nem alszik, és emiatt
a szülei sem alhatnak, tu-

datosan vagy tudattalanul tartalmazhatja a baba végső el-
hagyásának kívánását. Végső soron tartalmazhatja azt a
tudattalan-féltudatos félelmet, hogy halálos kimenetelű
lehet az alvásmegvonás. Belehalhat a szülő, akit nem
hagynak aludni és belehalhat a baba is, például azért,
hogy a tej, ami részben megalapozott fantázia szerint
éjjel, alvás közben termelődik, elfogy, ha nem alszik ele-
get az anya, és a baba éhen halhat. Az alvás-elalvás át-
meneti jelenség, és mint ilyen, a tudattalan számára a
meghalást jelenti. Terápiás tapasztalataink szerint éppen
azok a kisbabák és családjaik szenvednek komoly alvás-
zavaroktól, ahol a halál, a feldolgozatlan veszteség jelen
van a családi mitológiában. Lehet ez a szülőknél valami-
lyen gyerekkori vesztesége, testvérvesztése, a szülők el-
vesztése, vagy a nem olyan távoli múltban átért
magzatvesztés, előző, beteg gyerek elvesztése stb. Ha
jelen van a veszteség-téma, az oka lehet a csecsemő al-
vászavarának. De ugyanígy oka lehet a traumatikus szü-
lés-élmény is, hiszen a szülés szintén a halállal való
szembesülés lehetőségét hordozza. Az anyai szorongás –
melynek hátterében a fentiekén túl olyan múltbeli él-
mények állhatnak, melyek az anyai tudattalan számára
arról szólnak, hogy ő valamilyen értelemben nem érdemel
meg egy élő, életrevaló gyereket – gyakran oda vezet, hogy
valóban elveszi a gyerektől a lehetőséget az önálló alvás
megtanulására. Illetve félreértelmezheti az anya a gyerek
természetes alvásmintázatát és pl. a REM-alvásnál, ami-
kor a baba felszínesen alszik és többet mozgolódik, nyö-
szörög stb., úgy reagál, mintha a gyerek felébredt volna:
valójában ő maga ébreszti fel. Az önálló alvás elvezet ben-
nünket az átmeneti rítusok és átmenet tárgyak témájához.

Minden korban és kultúrában rítusok segítik az emberi lé-
nyeket az átmeneteknél: a felnőtté váláskor, a házasság-
kötéskor, az anyává válás során és a halottaktól való
búcsúzásokkor stb. A kicsi gyerekeknek is segítenek minden
nap az ébrenlétből az alvásba való átmenetkor a lefekvés
közeli, ugyanúgy ismétlődő ceremóniák. Kiemelkedően



fontos fejlődési szakaszhoz érkezik a kisbaba (valamikor 5–9 hónapos kora körül), amikor elkezd az ujjszopást, és rátalál valamilyen tárgyra, amihez ragaszkodni kezd, egy takaróhoz vagy mackóhoz, amely ettől kezdve vele van olyankor, amikor szeparálódik az anyjától, pl. minden elalvásnál (Winnicott, 1958). Fontos és lecserélhetetlen ez a tárgy, ami egyszerre jelképezi az anyát és az anyától való különválást is. Egyszerre jelenti a külvilágot és a gyerek legszemélyesebb terét, a kapaszkodást és az önállóságot. Átala megtanul a gyerek egyedül lenni úgy, hogy nem érzi egyedül magát. De mi a helyzet olyankor, amikor a gyerekeknek nincs módjában keresni és megtalálni ezt a tárgyat? Melyek azok a körülmények, amelyek között nincs átmeneti tárgy és nincs ujjszopás? Az elmúlt egy-másfél évtizedben tapasztalható, hogy a szüleikkel együtt alvó kisbabák sokkal kevésbé szopják az ujjukat és ragaszkodnak egy mackóhoz mint azok, akiket megfigyelve Winnicott létrehozta átmeneti tárgyméletét. És az is tény, hogy a szüleikkel együtt alvó kisbabák körében több az alvászavar, mint azok között, akik egyedül alszanak. Feltehető, hogy azokban a természeti kultúrákban, ahol együtt alszanak a gyerekekkel, ha nem is ismeretlen, de nagyon ritka az átmeneti tárgy. De az ő körükben nem gyakoribb az alvászavar! Erre világít rá Lozoff (1984) vizsgálata az együttalvás szokásáról. Vizsgálata szerint a fekete lakosság körében 70% volt az együttalvás, a fehérekénél 35%. A fehér lakosság körében az együttalvás valamilyen családi stresszel járt együtt – a feketék körében nem. Az alvászavar az együttalvó fehér gyerekek körében volt a legmagasabb (magasabb, mint a fekete gyerekek és a szüleiktől külön alvó fehér gyerekekénél), akárcsak a gyerekek szembeni anyai ambivalencia.

Mit jelent ez? Többek között jelentheti azt, hogy az együttalvást választó anyák feldolgozatlan haragot éreznek saját anyjuk iránt, aki egyedül hagyta őket aludni (és talán más módon is elhanyagoló volt) annak idején. És hová tűnt az átmeneti tárgy ezeknek a gyerekeknek az

életéből? Nem ritkán olybá tűnik, mintha – bármennyire paradoxul hangzik is – az alvászavarral küzdő, szüleivel együttalvó, igény szerint szoptatott kisgyerekek körében maga az anya, illetve az anyamell válna valamilyen értelemben átmeneti tárggyá. Ezek a gyerekek úgy használják az anyamellet minden elalvásához, majd az éjszaka folyamán is újra meg újra minden alkalommal, amikor alvásuk felszínesebbé válik, mintha az egy cumi lenne. (És jegyezzük itt meg, hogy a cumi valójában nem egy „jó” átmeneti tárgy, mivel nélkülözi annak sok lényegi jellegzetességét, például azt, hogy a gyerek saját magától bukkan rá a külvilág tárgyai között. A cumira „rászoktatják” a gyereket, jóval előbb, mint ahogy ő elkezdene azt keresni.) Számtalan babával, sőt másfél-kétéves kisgyerekekkel találkozunk a rendelőben, akik életükben szinte soha nem élhették át, hogy milyen érzés elaludni az anyjuk aktív közreműködése nélkül.

Ezen a ponton vonjuk be fejtegetésünkbe a szoptatás témáját. Tekintsük át – Winnicott (1968) gondolatai nyomán, hogy mit jelenthet a szoptatott kisbaba számára a szoptató anya élettelsége.

(Részletek az idézetből:) „Az anya teremti meg (tudatalanul) gyermeke egészséges lelki fejlődésének alapját. És az anyai gondoskodáson múlik, hogy ez az egészséges lélek mennyire színes, gazdag, erőteljes és kreatív. Ennek közvetítésének legegyszerűbb módja a szoptatás. A szoptatás élménye nagyon sokféle lehet. Lehet színes, gazdag, a kreativitás csíráját hordozó élmény, és lehet színtelen és unalmas, és lehet fárasztóan túlingerlő és túlszűfolt. A szoptatás élményénél a lényeg az egész személyiség bevonódása. Sok tekintetben az üvegből etetett kisbabák is hozzájuthatnak ehhez az élményhez, például módjuk van etetés közben anyjuk szemébe nézni és érezni az intimitást, de az íz-, szag-, érzéki élmény tekintetében vitathatatlanul vonzóbb helyzetben vannak a szoptatott kisbabák. Az egész téma szempontjából a leg-



fontosabb, ami a babában óhatatlanul meglévő agresszív impulzussal történik a szoptatás viszonylatában. A kisbabák előbb-utóbb elkezdnek harapni, rúgni, karmolni, meghúzzák az anyjuk haját. Aztán megtanulják védeni az anyát, és még azoknál a babáknál is ritkaság, hogy valódi sérülést okozzanak, akiknek már kibújtak a fogaik. És nem arról van szó, mintha a rombolás impulzusa ne lenne bennük jelen. Ez a folyamat arra rímel, ahogyan a farkasból kutya, az oroszlánból macska válik az idő haladtával. Ebben a folyamatban nem is olyan nehéz az anyának részt vennie, mert csupán annyi a feladata, hogy túlélje a gyerek agresszív impulzusait, és mindeközben ne váljon megtorlóvá. Ettől kezdve a baba számára új értelmet nyer a szeretet. Mintha így szólna az anyához: „szeretlek, mert túlélted a támadásomat. Ha álmodok rólad, szétrombolhatlak, mert szeretlek.” Ez a folyamat helyezi az anyát a külvilágba, teszi őt külön valóvá, önálló élettel telivé, aki már nem a baba része, és teszi őt értékké a gyermeke számára.”

Szakirodalom

- Bell, S. M., Ainsworth, M. (1972) *Infant crying and maternal responsiveness*, Child Development 43.1171-90
- Daws, D. (1989) *Through the night. Helping parents and sleepless infants*. Free association Books, London
- Fraiberg, S.(1980) *Clinical studies in infant mental health*. Tavistock
- Jung, C. G. (1995) *Gondolatok az apáról, az anyáról és a gyermekről*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest
- Leboyer, F (1994) *A gyöngéd születés*. T-Twins, Budapest
- Lozoff, B. et al. (1984) *Co-sleeping in urban families with young children in the United States*, J. Pediatrics 74: 171-82
- Winnicott, D. W. (2004) *A kapcsolatban bontakozó lélek*, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- Winnicott D. W. (1968) *Breast-feeding as communication*. In:
- Winnicott, D. W. (1988) *Babies and their mothers Free association books*, London
- Winnicott D. W. (1951) *Transitional objects and transitional phenomena*. In Collected Papers. (1958) London, Tavistock, pp 229–242



GONDOLATOK ÉS TAPASZTALATI VÁZLATPONTOK A CSECSEMŐKORI EVÉSZAVAROK ÉS SÚLYOS SZÉKLET-VISSZATARTÁSI PROBLÉMÁKHOZ

Molnár Judit Eszter

klinikai szakpszichológus, kiképző pszichoterapeuta

Jungi analitikus, hipnoterapeuta, Hellinger-terapeuta

Vadaskert Kórház és Szakambulancia

e-mail: mol.juditeszter@t-online.hu

A Vadaskert Kórház és Szakambulancia baba-mama rendelésében sok éve folytatunk terápiás munkát a csecsemő-kisdedkorhoz kapcsolódó regulációs, kötődési és a szülői tünetként megjelenő érzelmi-hangulati zavarok esetén, baba-mama, illetve szülőpárok, családokkal.

- A szoptatás elősegítése és az anya eredményes szoptatásért folytatott küzdelmének kísérése kiemelt fontosságú, mivel a tej az anyai kompetenciának anyagban hordozott ékes bizonyítéka. A szoptatás felfüggesztésének indikációja a belőle kiinduló „rossz” képzetének megerősítését szolgálná az anyánál. Téves, bár mélyen gyökerező hiedelemnek tartjuk azt az elgondolást, hogy gyógyító hatása van a szoptatás abbahagyásának.
- Az evés érzelmetlített helyzet. Az anya = anyag, mater = materia azonossága életünk első éveiben evidencia, 5-6 éves korra lesz az étel csupán étel. A szülők evési szokásai, a kezelt vagy kezeletlen evészavarok szerepe a csecsemő táplálási nehézségeiben mindig fontos téma. Az anya és anyja korai és jelenlegi kapcsolata a kulcs-téma. A csecsemő és kisdedkori evészavarok kialakulása a nehezen kezdődő szoptatástól a szondatáplálásig jellegzetes kórtörténetek.
- 1. az „izguló” enyhén szorongó anyák szoptatási nehézségei könnyen oldódnak, ha a kezdeti nehézségek alatt is gyarapszik a csecsemő.
- 2. erősebb szorongást jelez, mikor az anya „nem hisz a

szemének”, a gyarapodás nyilvánvalóságára vak marad, az etetés indulatteli eseménnyé válik. Ez gyakran az ALVA-ETETÉS-t eredményezi. A csecsemő ébren elutasítja a viselhetetlen érzéseket, amik az etetéshez kapcsolódnak, az alvás ellazult állapotában, „magzati üzemmódban” még befogadó marad egy darabig. Hetek, hónapok múltával a regulációs zavar súlyosbodik, a szülői szorongás nő, bizarr patológiává válik. A nap az altatás köré rendeződik, a „ha nem eszik, meghal” szorongása mind nagyobb mértékűvé válik. A 3-4 hónapos kori álomban-etetés kórjelző, terápiás segítséget igényel.

- 3. a mellétáplálásnál megjelenő hibajelek: a rágcsáló szájbavétel blokkolt, ehető dolgokat nem fog kézbe a csecsemő/kisded, zárt száj, elsöprő kézmozgások bármilyen étellel kapcsolatban, a száj érinthetlensége.
- 4. a súlygyarapodás leáll, akár hónapokra, kényszerete-



tés esetén azonnali hányás, kiszáradásveszély. A háttérben ritkán található organikus betegség, a hospitalizálás, a szondás táplálás mélyíti az anyával való kapcsolati és az oralitáshoz fűződő nehézséget.

- A szonda használata időben behatárolt,



ezután a PEG, a nyelőcső kiiktatásával a gyomorba juttatott tápanyag, a mesterséges táplálás következik. A tüneti kezelések mind abuzívabbak, s mind súlyosabbak, emellett iatrogén következményekkel járhatnak.

- A kapcsolati zavart helyreállító terápiák hatékonyak.
- A széklet visszatartás 1,5-3 éves kor között megjelenő regulációs zavar. Kulcstémája az agressziókezelés és az ambivalencia.
- Az ürítési funkciók – a széklet visszatartás eredete, érzelmi dinamikájának feltárása és a regulációs zavar kezelése a szülő-csecsemő/kisdéd terápiában lehetséges. Az abuzív mechanikus és gyógyszeres kezelések nem orvosolják a bajt, elhúzódóbbá és egyre súlyosbodóvá teszik a tünetet. A széklet visszatartás műtéti megoldási kísérlete számos hátrányos következménnyel jár.



osvosolják a bajt, elhúzódóbbá és egyre súlyosbodóvá teszik a tünetet. A széklet visszatartás műtéti megoldási kísérlete számos hátrányos következménnyel jár.

- A jószándék iatrogéniai a segítő szakemberek számára is nagy érzelmi terhet jelentenek az evés/ürítést elutasító csecsemővel és szüleikkel való munka során. Az elutasítás, a tehetetlenség, a haláltól való félelem (a súlyos csecsemőkori evészavar életveszélyessé válhat!) erős frusztrációt kelt. Az agresszió csapódhat a gyermek felé (kényszeretetés,

„tömés” erőszakos beöntések formájában és a szülő hibáztatásában, inkompetenciájának erősítésében nyilvánulhat meg. A BIZALOM helyreállítása az első elengedhetetlen feltétele a jobbulásnak (anya-gyermek, szakember-gyermek, szakember-anya, apa-anya, anya-anyja).

- A terápiában leggyakrabban megjelenő, tipikus témák: intergenerációs hagyományok destruktív vonatkozásainak azonosítása, az ismétlődő sors történetek, az evéssel, etetéssel kapcsolatos élmények, evészavarok kezelt és kezeletlen formái, „a gyermek” és „az anya” jelentése az adott családban, korábbi feldolgozatlan, gyakran perinatális témájú veszteségek, az indulatkezelési problémák, a székletürítéshez tartozó korai és felnőtt élmények, a halálfélelemmel és halállal való szembesülés, az ösbizalom sérülését előidéző élmények az élettörténetben, születéstörténet, korai szeparáció a csecsemő és anya hajdani történetében.
- A gyermeki oldalon megjelenő nehézség mindig az anyagyerek ill. a család érzelmi kapcsolati terében értelmezhető és orvosolható. E megközelítés gyakorlatában a csecsemők regulációs zavarai gyakran rendkívül gyorsan rendeződnek, amint a szülők kapcsolatba kerülnek saját kimondhatatlan és emészthetetlennek tűnő érzéseikkel, melyek gyökere saját korai élményeikben rejlik. A regulációs zavaroknál mindig felfejthető a szülők saját önszabályozási nehézsége az adott szervrendszer működéséhez kapcsolódóan. Ennek felismerése, beazonosítása már önmagában tehermentesíti valamennyire a csecsemőt. Ez gyors tüneti javulást hozhat, ami megerősítő a szülők számára s így esély nyílik a hajdani, eredeti sebzettség gyógyulására.



A CSECSEMŐMEGFIGYELÉS SZEREPE A BABA-MAMA TERÁPIÁKBAN

Rajnik Mária

klinikai szakpszichológus, kiképző pszichoterapeuta

EGO Klinika

e-mail: maria.rajnik@gmail.com

A tanulmányban a „résztevő csecsemő-megfigyelés” módszerét szeretném ismertetni. A csecsemőmegfigyelés e formáját a pszichoanalízis és a gyermekterápia megtanulásának céljából dolgozták ki, hazánkban az Ego Klinika gyermekterapeuta képzésének a része. A családban zajló megfigyelések jegyzőkönyveiből, valamint az analitikus gyermek-pszichoterápiás órák részleteivel igyekszem bemutatni az e szemlélettel folytatott csecsemő-megfigyelést, s a reá épülő analitikus gyermekpszichoterápiát.

A pszichoanalízis történetében a legkorábbi beszámoló a gyermekmegfigyelésről Sigmund Freudtól (1909) származik, aki arra bátorította az 5 éves Hans szüleit, hogy figyeljék meg gyereküket. Ő maga beszámolt 5 éves unokája fort-da játékaról. Melanie Klein korai fejlődésről vallott nézeteinek néhány vonatkozása a saját gyerekeinek a megfigyeléséből származott. Anna Freud nézeteinek alakulásához a Hampstead Óvodában végzett megfigyelési szintén hozzájárultak. Winnicott diagnosztikus eszközként használta a megfigyelést. A kisgyermek és szülei hosszabb megfigyeléséből születtek a „facilitáló környezetre” vonatkozó gondolatai. A gyermeki viselkedés és játék megfigyelése a XX. század második évtizedétől a gyerekekkel folytatott pszichoanalitikus munka alapjává vált. Hiszen életkori sajátosságai miatt a kisgyermek a belső tartalmakat verbálisan még nehezen fejezi ki, az introspekció képessége csak később alakul ki. A nem beszélő gyerekeknél pedig ez a terápia fő eszköze. A pszichoanalitikus csecsemőmegfigyelés módszerét Esther Bick dolgozta ki Londonban a Tavistock Klinikán a 1940-es években. A csecsemőmegfigyelést a gyermek-pszichoterapeuta képzés részévé tette. A Tavis-

tock Klinika oktatásának vezetését később Martha Harris vette át. Harris hangsúlyozta, hogy az absztrakt modellek, a klinikai elmélet és a közvetlen megfigyelés hatnak egymásra. Az oktatásban igyekezett összegezni Klein, Bion, Winnicott, Bick, Bowlby nagyon különböző szemléletét. Ma a csecsemőmegfigyelés több helyen az analitikus-képzés részét képezi. Hazánkban az Ego Klinika módszerspecifikus gyermekpszichoterapeuta képzésében végeznek a hallgatók résztevő-csecsemőmegfigyelést.

A résztevő csecsemő-megfigyelés módszerének alkotó elemei: a közvetlen megfigyelés, a jegyzőkönyv vezetése, és a szupervízió.

A közvetlen megfigyelés: A hallgató 1-2 éven át hetente 1 óra időtartamban megfigyeli egy egészséges csecsemő minden napokban zajló életét természetes közegében, döntően az otthoni környezetben. A megfigyelt baba nem lehet családtag, vagy ismerős család gyermeke. Anamnézist a tanuló nem vesz fel, az előzményeket abból ismeri meg, amit az anya a körülményekről magától elmond. Sokszor az anyák a család történetéről vagy az éppen zajló eseményekről nem beszélnek; a tanulónak meg kell elégednie az „itt és most”-ban zajló történésekből szerzett benyomásaival. A megfigyelő számára csak a későbbiekben derülhetnek ki fontos tények, például, hogy a megfigyelt csecsemő az anya harmadik gyermeke, a két nagyobbbat nem ő neveli. Egy másik családnál a megfigyelés helyszíne változott, az anyai nagymama lakásában folytatódott, amit az anya nem magyarázott meg – vélhetően a férjétől külön költözött. A megfigyelő gyakran kerül váratlan helyzetekbe.



Jegyzőkönyvvezetés: A tanuló a megfigyelést követően – amennyire részletesen csak lehet –, leírja a percről-percre zajló történéseket. A megfigyelés a csecsemő és az anya, illetve a családtagok közt zajló interakciókra; a kisbaba fejlődésmenetének kirajzolódó mintázataira; valamint a megfigyelőben keletkezett, a megfigyelést kísérő érzelmekre, szomatikus reakciókra, a benne zajló történésekre irányul. Az önreflexió lehetővé teszi, hogy a terapeuta jelölt majdan ezen az érzékletes szinten is jobban bele tudjon helyezkedni paciense csecsemőkori élményvilágába. Mindeközben a tudatában kell lennie annak, hogy saját belső folyamatai befolyásolják a látottak észlelésének a képességét és a látottakat. Részlet egy jegyzőkönyvből:

A szoptatás megszakításakor, tejmelegítéskor Gergő rendszert csukott szemmel forgatta a fejét, testét összehúzta, aztán megfeszítette, mintha az egész testével keresne valamit. A száját „ó”-szerűen kerekítette. Majd a néma „ózás” nem túl hangos sírássá változott, aztán felerősödve a jellege is megváltozott, a száját széthúzta, a nyelve éles vonal lett, a fejébe szökött a vér. Aztán megint az „ózós” halkabb sírás jött, majd a hangtalan „ózás”, s végül a dühös sírás. Mintha az anya hiányában is szopna, aztán rájönne, hogy nincs ott az anya.

Talán ebből nőtt ki utánzós játékkuk. Az anya ilyenkor maga előtt tartotta, nevetett rá, és „ó”-ra kerekítette a száját: „Olyan ookos vagy, aranyos vagy!” Gergő formálgatta a száját és nagyokat mosolygott az anyára. A kiságyban is gyakran láttam „ózni”. A cumit általában nehezen vette be, tartani kellett, míg szopni kezdte, aztán kiesett a szájából. Úgy éreztem, az „ózás” nyugtatja meg, az „ózás” maga az anya, a szopás. 8 hetes volt, amikor az öklét szopni kezdte, s az „ózást” ettől kezdve valami önvigasztalás féle, dünnögős sírás váltotta fel.

Szupervízió: A megfigyeléseket tartalmazó jegyzőkönyveket a hallgatók elolvassák és szupervízió mellett megbeszél-

lik. A csoportos megbeszélésen a történések mögött rejlő érzelmi jelentést igyekszünk a csoporttagok reagálásából, a felmerült asszociációkból, érzésekből kibontani. A csoporttagok gyakran megjelenítik azokat az aspektusokat, amelyeket a megfigyelő nem észlelt. Például a megfigyelő a szorongó anyával azonosul, az egyik csoporttag pedig a frusztrált csecsemő haragját éli át. A reflektív folyamatok révén ezek az érzések is megjelennek, tudatosulnak.

A megfigyelés befejeztével a hallgatók záró dolgozatot írnak, mely az anya-gyerek kapcsolat alakulására, a csecsemő fejlődésének egyediségére, a megfigyelő és a szupervíziós csoport szerepére egyaránt kitér. A családban történő megfigyelés lezárását követően a hallgatók gyermekintézményekben folytatják a gyermek-megfigyelést.

A csecsemőmegfigyelés e formáját a pszichoanalízis és a gyermekpszichoterápia folytatásához szükséges készségek elsajátítása végett dolgozták ki. A „résztvevő-megfigyelő” kifejezés egy sajátos beállítódás elsajátítását jelenti. A megfigyelő érzelmileg bevonódva, belül érezi magát a családban, de mégis bizonyos távolságtartással, a megfigyelői pozíciót fenntartva éli át és figyeli meg a családban történeteket. A megfigyelések kezdetén a hallgatók megbeszélnek a szülőkkel a látogatások célját, és felkészítik őket arra, hogy a szokványos viselkedésformáktól eltérően, „résztvevő-megfigyelő”-ként leszen jelen a család életében. A családtagok valamilyen ráosztott szerep mentén igyekeznek integrálni a megfigyelőt a családba: még gyermekvállalás előtt áll-e, vagy már tapasztalt szülő, vagy képzettségénél fogva a gyermekneveléssel kapcsolatos ismeretekkel rendelkezik stb. A megfigyelőnek hagynia kell, hogy a családtagok, főleg az anya, a saját szükségleteinek megfelelően integrálja őt a családba. Ellen kell állni azonban az olyan szerepeknek, mely erős indulatáttételt és viszontáttételt mozgósítanak, például a család által a tanulóra osztott tanácsadói, szakértői szerepeknek. A résztvevő-megfigyelés mind a család, mind a tanuló számára



egy eddig teljesen ismeretlen, előre nem látható tapasztalat. Nehéz elképzelni, hogy egy család életének ebben a fontos és meghatározó időszakában az életébe befogad egy idegent, és bepillantani engedni az olyan intim és meghitt helyzetekbe, mint amit egy újszülött fogadása jelent.

Az első időben igyekeztem „nem láb alatt lenni”, nehezen találtam meg a térben is a megfigyelő távolságát.

A megfigyelés első időszaka arról szól, hogy a megfigyelő hogyan találja meg a megfelelő pozíciót a konkrét, valamint a lélektani térben. Pl. a szoptatásnál hova üljön, hogy jól lássa a babát, de ez a mama számára ne legyen zavaró.

Azokat a helyzeteket, amikor a megfigyelő túlzottan bevonódik a családi dinamikába, ún. kritikus helyzeteknek tekintjük. Ilyen lehet például, amikor a mama kimegy a szobából, s a megfigyelővel a baba kettesben marad. A megfigyelő pedig úgy érzi, hogy a baba segítségre szorul. Részlet egy jegyzőkönyvből:

Egyik alkalommal a kisfiú elkezdett csuklani, állítólag aznap már nem először. Még csak egy-két perce tartott a csuklás, amikor az anya felkerekedett, hogy hoz egy kis citromlét, s azzal a lendülettel az ölembe nyomta az alig három hónapos babát, hogy fogjam addig, amíg visszajön. Nagyon sok indok nem szólt amellett, hogy az ölembe adja, mert a „ringatószéke” is ott volt a szobában, ahova egyébként hamarosan be is ültette, de valami okból úgy döntött, hogy én fogjam a kicsit. A babával mindketten meglepődünk, talán ő még jobban, én már éreztem ennek az előszelét ui. már a 3. látogatásomkor elhangzott, „nyugodtan meg is foghatja, nem tartozom azok közé az anyukák közé, akik úgy féltik a gyereket, hogy más meg sem foghatja.” A kisfiú valószínűleg épp realizálta, hogy nem az anyja, még csak nem is valaki ismerős ölében van, elkezdett fészkelődni és láthatólag nyugtalanította a helyzet. Értelmezésemben épp megjegyezt, s az ijedtségtől abbamaradt a

csuklása. Néhány ehhez hasonló apró jelből érzékeltem, hogy az anya már nincs annyira a kisfiúra hangolódva, mint korábban.”

Ebben a helyzetben a megfigyelő engedett annak az anyából kiinduló nyomásnak, hogy a terheket – ha rövid időre is –, de átvegye. A megfigyelő pozíció fenntartást a testvérek is megnehezíthetik, akik számára érhető módon nehéz, hogy a látogató minden figyelmével a kicsi felé fordul. Egy példa a testvér hozzájárulására:

B. az idősebbik (kisiskolás) fiú, elmesélte nekem, sőt, meg is mutatta, hogy ért baba-nyelven. Mikor a kisbaba gögicsél, figyelni, mondja, hogy érti, tolmácsol az anyjának vagy nekem. Például, hogy a baba szeretne felülni. Egy más alkalommal kihozta nekem a nappaliba az összes érmét (nem számoltam meg, de legalább 50 volt!). Egyenként megmutatta és elmesélte azt is, milyen versenyen nyerte el.

A csecsemő-megfigyelés során tehát kétféle beállítódást sajátít el a megfigyelő:

1. A pszichoanalitikus attitűdöt, miszerint a lelki valóság az átélésen, az intuíción keresztül ragadható meg. Ennek leginkább az ellazultság állapota, Freud megfogalmazásával a szabadon lebegő figyelem, Bion kifejezésével az ábrándozás (reverie) (Bion, 2006) lelkiállapota kedvez. A korai életkor megfigyelése állandóan oszcilláló azonosításoknak és folyamatosan változó érzelmeknek teszi ki a megfigyelőt a baba, az anya és saját maga részéről. Bick (1964) hangsúlyozta az anyai tartalmazó funkció introjekciójának fontosságát, ezáltal a csecsemő képessé válik a megtartó tárgy hiányában is önmaga összetartására. A csecsemő-megfigyelés és a pszichoanalitikus folyamat közti illeszkedésekre világít rá. Az anya, illetve a megfigyelő/terapeuta „tartó”-ként működik a csecsemő/pacienst lelki működésében.

Egy csecsemő megfigyelése így attól a képességtől is függ, hogy önmagunk gyermeki részével együtt érez-



zünk, képesek legyünk kapcsolatba kerülni a legprimitívebb lelki állapotokkal. Magának az anyaság állapotának is része az élet és a halál közelségének a megtapasztalása. A megfigyelő részese lehet a megrendítően szép, meghitt pillanatoknak, de átélheti az archaikus szorongások, a dezintegráció, vagy a „leesés” állapotait is. Részlet egy jegyzőkönyvből:

A mamának a gyerekek megnyugtatózásában egy hintázó, vibráló, sokféle ingert adó szék segített, amely mint pótmama szerepelt. Úgy láttam, ez a kislány túlingerelte. Minél nyugtalanabb volt, a szülők annál erőteljesebben rázták a hintát, ami csak fokozta nyugtalanságát. De az ölebe vevés sem adott feltétlenül nyugalmat, mintha megijedtek volna a gyereksírástól, félpercenként változtatták a kislány pozícióját. Az apa először a vállára fektette a kislányt, majd gyorsan felém fordította, magától távol tartva. A baba nagyon fancsali képet vágott, grimaszolt, úgy tűnt, nincs jó helye, sírni kezdett. A feje ingadozott, a karját, törzsét megfeszítette, bizonytalannak tűnt az apa kezében. Az apa próbálta megtalálni a megfelelő tartást. Végre abbahagyta a sírást, de úgy tűnt, bármelyik percben elkezdheti újra, az ettől való aggodalom a szülők arcán is látszott. Megnyugodott, így az apa mindjárt bele is tette a vibráló székbe. Kezdetben nézelődött, röpdösött, karját, lábát megfeszítve fészkelődött és sírva fakadt.

2. Az ellazult, befogadó hozzáállással egyidőben a tanulóknak figyelnie kell a mindennapos, ismétlődő, jó részt nem-verbális történésekre. Ez az események leíró szintje. Ezekben a mozzanatokban ragadható meg a csecsemő, az anyai gondozás, és a kapcsolat egyedisége, személyes jellege. A csecsemőről való gondolkodásnál ellent kell állni annak, hogy elméleti konstrukciók és a prekoncepciók irányítsák a megfigyelést. A tanulókat is arra biztatjuk, hogy megfigyeléseiket a lehető legrészletesebben, szakkifejezések mellőzésével írják le. Meg kell tanulniuk felfüggeszteni a klinikai következtetése-

ket. Ez Bick (1964) által leírt, a megfigyelői tapasztalataiból kialakuló attitűd.

A szülők panaszai is ezekben a pillanatról pillanatra zajló interakciókban, az etetés, az alvás, a viselkedés és a kötődés zavaraiiban fogalmazódnak meg. A traumák is nagyrészt ilyen közönséges és konkrét, szóbeliséget nélkülöző események (Stern, 1995).

A csecsemő érzelmei, érzelmei a kapcsolatban az ismétlődő mintázatokban fokozatosan formát öltenek. A baba-mama terápiákban is ezekre az apró mozzanatokból kirajzolódó mintázatokra figyelünk. A csecsemő-megfigyelés az érzelmi jelentés létrejöttének a megtapasztalása. Részlet egy jegyzőkönyvből:

Ebben az időszakban az apa fokozatosan kivonult a fiúk körüli teendőik ellátásából. Az anya gyakran panaszkodott, milyen nehéz az ikrekkel. Elhagyottá és kedvetlenné vált. Éjszaka 3-4 óránként ébresztették, állandósult kialvatlansága. A nappali nyugalmat Matyi sírósága, irritáltsága zavarta meg. Délután a két nagyobb gyerek haza érkezésével nyüzsgő méhkasszá változott az otthonuk. Egyre nagyobb nyomás nehezedett rá, a nagyok is bejelentették igényüket az anyai figyelemre. Ugyanakkor szívesen töltötték szabadidejüket a kicsik körül. Örömmel pelenkáztak, főleg a nagylány. Hozták-vitték az ikreket, beszélgettek, játszottak velük. Az anyában féltékenység és harag támadt, látva aktivitásukat. Neheztelésének nem tudott hangot adni. Ezek az érzések részben átszivárogtak a megfigyelési helyzetbe. Képzeltbeli védőgyűrű került a fiúk köré. Olykor úgy ült le, hogy nem lehetett látni az ikreket. Matyival kapcsolatban blokkolta szabad mozgását. Félt ágyába tett fiára pillantani. Igyekezett minél előbb kikerülni a látóteréből, időnként jelenlévő férjétől is ezt kérte. Ez idő tájt kezdett kialakulni Matyi következő szokása: testét megfeszítve a tekintetét a plafonra függesztette. Fejét a matracon egyenletes ritmusban előre-hátra mozgatta.



Először apja távozása után tapasztaltam ezt. Anyja távozásakor is egyre gyakrabban reagált így.

Bálint számára egyre fontosabb tárggyá vált a cumi. Szívesen játszott vele- megszívta, elengedte, kicsit lökött rajta, visszaszívta. Ha kiesett a szájából, keresni kezdte. Úgy tűnt, a cumi elkezdte pótolni az anyát. Szájával játszott vele, ki-be mozgatta mintegy lejátszva az anya távozását, de vágyának engedve a visszatérést is. Ez a játék számára megnyugtató volt. (Adrigán, 2002)

A megfigyelést végző pszichológusnő érzékletesen írja le, hogy a kisfiúk a szeparáció helyzetében milyen eltérő módon fejtenek ki erőfeszítést önmaguk megnyugtására s a kapcsolat fenntartására. A résztvevő-csecsemőmegfigyelés lényege tehát egy sor olyan képességnek a megszerzése, amit a leendő konzulens/terapeuta majd a baba-mama konzultációkban és a terápiákban jól hasznosíthat. Mindez egy önismereti folyamat részét képezi, ahol a megfigyelő nehezített körülmények között, a professzionális szerep védelmét nélkülözve szerez tapasztalatot a saját képességéről a keretek fenntartására, a feszültségek, mentalizálatlan, diszkomfort érzések tartalmazására, az érzelmi bevonódásra, s tapasztalja meg ezzel kapcsolatos nehézségeit. A tanulók képessé válnak az egyidejűleg zajló külső és belső történések apró mozzanatainak a megfigyelésére, megtanulják az áttétel, és a viszontáttétel az elkülönítést.

Ez a pszichoanalitikus módszer a megfigyelésre irányul, mégis az anya vonatkozásában terápiás hatékonyságú. A terápiás hatás a megfigyelő ráhangolódó, támogató, tartalmazó – tartó funkciójával, és a megértésre irányuló erőfeszítéseivel írható le. Talán ezért is választottam – nem tudatosan – olyan megfigyelés részleteket, ahol a baba tartása, tartalmazása a szülő számára nehéznek bizonyult.

Az anyával, ha szemkontaktusba kerültem, azonnal beszélni kezdett hozzám. Ezzel megakasztotta tekintetem sza-

bad tovasiklását. Zavaró volt. Ahogy növekedett körülötte a feszültség, például Bálint sírt, vagy Matyi nyugtalanodni kezdett a mellén, nem nézett utánuk, mi lehet. Tekintetével szinte kapaszkodott belém és beszélt. Arról, hogy mi lehet az éppen nyugtalanokdóval. Érezte és sejtette az okát. Mintha ő maga is átvette volna a feszültségeket, de ezeket nem bírta megnyhíteni. Fűrkésző, kapaszkodó tekintetével mintha bennem látta volna ezeket visszatükröződni és megnyhülni. (Adrigán, 2002)

Az anya-csecsemő terápiáknál az áttételben mindez, mint a támogató, segítő anyafigura iránti igény jelentkezik, („jó nagymama” áttétel). Ez teszi lehetővé, hogy a terapeuta – s vélhetőleg a résztvevő megfigyelő is – a támogató mátrix (Stern, 1995) sajátos formája legyen. Elsősorban a korrektív érzelmi tapasztalat és a modellképzés (a terápiában az értelmezés is) segíti az anya változását.

A mama-baba terápiák alapfelvetése szerint az élet korai időszakában nem létezik önmagában álló egyéni pszichopatológia; a paciens nem a kisgyerek, hanem a szülő és a gyermek együtt. A szupervíziós csoporton jól látható, hogy az anya-csecsemő párosok mennyire egyediek, a terápia során is eltérő módokon érhetőek el. A terapeutának az intrapszichés és interperszonális tartományban egyaránt mozognia kell (Stern, 1995) ezt két terápiás órából vett részlettel szeretném szemléltetni:

A fiatal pár második, 5 éves kisfiúuk agresszív viselkedése miatt keresett meg.

A panasz abban az első hallásra nehezen hihető állításban foglalható össze, hogy félnek már tőle, a családot veri. Ilyen kicsi gyerekek „közveszélyes” agresszivitásának a panaszával a pszichológiai rendelésen gyakran találkozunk. A gyermek verekedik, harap a bölcsődében. Feldönti a gyerekeket a játszótéren. Viselkedésével a szülőt megszegényíti, s izolációra kényszeríti.

Az első interjúban az anya a kisfiú álmait sorolta: „föld-



rengésről" álmodik. Bennem képszerűen felelevenedtek a gyerekektérapiában szerzett tapasztalataim: a gyerekek rajzban, játékokban akkor szoktak katalizmákat megjeleníteni, amikor egzisztenciájukban veszélyeztetve érzik magukat, a családban valami nagy baj készülődik. Beszélgetésünk a szülővel sok mindenre kitért, a vége felé visszatértem az anya elképzelésére: Mit mond neki a kislány „földrengés”-képe? „Ilyen tapasztalata nem lehetett” – felelte. Az apa értette felvetésemet: Elmondta, nagyon jó állásajánlatot kapott egy külföldi cégtől, de ez azt jelentené, hogy a családjától sokat kellene távol lennie. Ő menni akar.

A következő alkalommal Peti és az anya jött el. Az anya egy papírt vett elő, leírta nekem Peti álmait. Egész sorozatot. A viselkedésén az érződött, hogy az álmok jelentőségével – mint maga is terápiába járó – tisztában van. „Lelkesedése” rám is átragadt, ritkán jutunk ilyen kis gyerekek álmaihoz. De nem tudtam az írást elolvasni, csalódottságot éreztem. Visszaadtam a papírt. Az anya olvasni kezdte, elkezdtem leírni, de olyan sebesen sorolta, hogy elvesztettem a fonalat. Se olvasni, se írni. Feladtam. Nem tudtam követni, és teljes figyelmi kapacitásom lekötötte, a gyerekekre nem maradt hely. A földön magára hagyottan játszógató kislány felé fordultam végül is ezért jöttek, az anyának van kihez fordulnia –, de úgy éreztem, mintha hátat mutattam volna neki.

Ebben a részletben jól követhető a hangolás és az érzelmi ráhangolódás nehézsége az anya-gyerekek kapcsolatban és a terápiás folyamatban. Az anya túlzottan azonosít a gyermekével. Be akar férkőzni élményeibe, s ezzel megakadályozza azt is, hogy kislány a terapeutával kapcsolatot alakítson ki. A baba-mama terápiák tapasztalatai szerint a kezelés sikere nem az elméleti orientáción, hanem a terapeuta megfelelő ráhangolódásán, a biztonságos terápiás kapcsolat kialakításán múlik. A csecsemő-megfigyelést végzettek kiemelik, hogy a folyamat hozzájárult ahhoz, hogy mélyebb szinten értsék meg a másikkal való talál-

kozások pszichodinamikáját, és önmagukat. Ezen túl speciális továbbképzéseken szerzett ismeretekre és gyakorlati tapasztalatokra van szükség. Ennek a szemléletnek és készségeknek az elsajátítására a résztvevő csecsemő-megfigyelés tapasztalataink szerint kiváló módszernek bizonyul.

Ezúton szeretném megköszönni az Ego Klinika gyermekterapeuta képzésben lévő csoportjának, Fülöp Magdának, Molnár Emesének, Tóth-Varga Violetának, hogy megfigyeléseik felhasználásához hozzájárultak.

Szakirodalom

- Adrigán, E. (2002) *Az ikrek anyja. Serdülő- és gyermekpszichoterápia*. Pszichoanalitikus szakfolyóirat. II/1. 15.
- Bick, E. (1964) *Notes on infant observation in psycho-analytic training*. International Journal of Psychoanalysis 45: 558-66.
- Bion, W. R. (1962) *Learnig from experience*. London, Heinemann.
- Bion, W. R. (2006) *Figyelem és értelmezés*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest
- Hédervári-Heller, É. (2008) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*. Animula Kiadó, Budapest.
- Rajnik, M. (2009) *A csecsemőmegfigyelés szerepe a pszichoterápiákban*. Előadás. Kutatás és terápia metszéspontjai konferencia.
- Symington, N&J. (1999) *W. Bion klinikai munkássága*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stern, D. N. (1995) *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Waddel, I M. (2006) *Infant observation in Britain: The Tavistock approach*. International Journal of Psychoanalysis 2006. 87. 1103-20.
- Winnicott, D. W. (2004) *A kapcsolatban bontakozó lélek*. Szerk.: Péley, B. ÚMK, Budapest.



A KÖTŐDÉS KULCSA: A CENTRÁLIS OXITOCIN RENDSZER

Dr. Varga Katalin

egyetemi docens, PhD, habil.doc.

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Pszichológiai Intézet

e-mail: vkata@vnet.hu

A társas kapcsolatok neurokémiaja igen összetett. Számos rendszer – a dopamin, a szerotonin, az opioidok, a GABA, a prolaktin, és még sorolhatnánk – kap szerepet úgy a szülői, mint a gyermeki kötődés folyamatában.

Vállalva a túlzó leegyszerűsítésből származó veszélyeket, és néhol spekulatív asszociációkig eljutva jelen dolgozat az oxitocin szerepével foglalkozik a társas kapcsolatok szabályozásában, különös tekintettel a szülés-születés időszakára. Abból indulok ki, hogy a szexualitáshoz és a szüléshez kapcsolódó hormonok – köztük az oxitocin – ismert szomatikus hatásukon túl számos érzelmi, motivációs és tudatállapot – módosító hatással is vannak a folyamatban részt vevőkre. Ezen pszichoaffektív hatások teszik lehetővé például, hogy a háborítatlan szülés esetén az erőteljes fizikai – testi érzések ellenére/mellett a szülés élménye euforikus, eksztatikus legyen.

Feltevésém szerint a szülés indítására és gyorsítására alkalmazott szintetikus anyagok (élükön az intravénásan adott oxitocinnal), valamint a fájdalomcsillapító gyógyszerek (főképp az EDA) nem hozzák létre ezeket az érzelmi – motivációs változásokat, ugyanakkor hevesen befolyásolják a testi folyamatokat. Így a tudatállapot – módosulás legtöbbször egyre élesedő negatív transz lesz. E feltevést igyekszem alátámasztani állatkísérletek, illetve humán adatok segítségével. Néhány példával illusztrálom a kapcsolati viselkedés természetes rendjébe való beavatkozás káros hatásait, és amellet érvelek, hogy minél inkább eredeti formájában és ritmusában hagyjuk

kibontakozni ezeket az összetett interakciós megnyilvánulásokat.

Centrális és perifériális oxitocinrendszer

Csak néhány éve került a tudományos elemzés látókörébe az oxitocin (OT) centrális, agyon belüli hatása. Ez minden bizonnyal azért van így, mert a perifériális hatás, ezen belül is a szüléskor a méhizomzatra, illetve a szoptatás során az emlőre kifejtett hatás olyan szembeötlő, hogy szinte fel sem merült, hogy az OT-nak más szerepe is lehet.

Egyre nagyobb figyelmet kap azonban az 1970-es évektől leírt agyon belüli OT-rendszer is. A hypothalamust elhagyó, a központi idegrendszeren belül különféle magcsoportokhoz futó OT-rostokat (Kendrick, 2000), illetve OT-receptorokat írtak le az agy különféle területein, elsősorban az amygdala, a ventromediális hypothalamus, a septum és az agytörzs területein. Igazolást kapott tehát mind az agyon belüli projekciós rendszer, mind a fogadó felületek léte. Mindez komolyan felvetette azt az eleinte bizarrnak tűnő lehetőséget, hogy az agy maga is célszerve az oxitocinnak. Más szóval: az OT azon túl, hogy a periférián ható hormon, egyúttal az agyon belüli neurotranszmitter, neuromodulátor szerepet is betölt.

Ezen centrális rendszer működése független a perifériálistól, olyan értelemben, hogy bizonyos ingerek hatására az OT-felzabadás a centrális, illetve a perifériális rendszerben nem korrelál egymással (Insel, 1992). A két OT-rendszer számos további szempontból is eltérő



jellegzetességeket mutat. Témánk szempontjából különösen lényeges, hogy felnőttben a perifériáról az OT a vér – agy gát (VAG) miatt nem tud visszajutni az agyba (esetleg igen magas perifériális koncentráció esetén 1-2%-a lép csak át a VAG-on). Így az OT-hez köthető viselkedéses, valamint pszichoemotív hatások a centrális rendszernek tulajdoníthatóak. A két rendszert elkülönítendő a továbbiakban a centrális esetben a cOT, a perifériális esetben a pOT jelölést használom.

Ezek alapján a méhösszehúzó, illetve tejkilövellő perifériális hatáson túl az OT egy hamadik alapfunkcióját is számon tartjuk: ez az OT szociális affiliációban (társas kapcsolatokban) betöltött szerepe (Insel, 1992). A társas kapcsolatok számos megnyilvánulási formát öltenek az állatvilágban és az embernél egyaránt. Ilyen viselkedésformák például maga a szülői viselkedés, az újszülöttnel kapcsolatos kötődési magatartásformák (pl. megkapaszkodás, izolációs vokalizáció), valamint felnőttkorban a reprodukív viselkedés, annak számos elemével. Ebbe a körbe tartozik a társas közegben végzett egymásba kapaszkodás, egymás közelségének keresése, a társak kurkászása, gondozása, nyalogatása, és így tovább (Insel, 1992; Insel, Winslow, 1998).

Az oxitocin pszichoemotív hatásköre

A cOT-rendszer hatásköre, társas és affektív folyamatokat is szabályoz. Az affektív hatások között élre kívánczik, hogy az OT csökkenti a szorongást, a félelmet (Huber, Veinante, Stoop, 2005), csökkenti a depressziót (Uvnäs - Moberg et al., 1999). Társas hatáskörén belül nemcsak egyszerűen csökkenti az antiszociális viselkedést, hanem elősegíti a társas támasz nyújtását és fogadását egyaránt (Grewen et al., 2005). Növeli a bizalmat (Damasio, 2005; Kosfeld et al., 2005; Zak, Fakhar, 2006). Erősíti a szociális viselkedést, akár autistáknál is csökkenti a repetitív tüneteket (Hollander et al., 2003). A legfontosabb hatása

azonban minden bizonnyal a stresszcsökkentés. A hagyományos, főképp maszkulin támadási – menekülési (fight or flight) stresszválasszal szemben egészen más reakciósort generál az OT alapú stresszválasz. A cOT megemelkedett szintje csökkenti a plazma kortizolszintjét. Az OT-rendszer tehát a stresszhelyzetre más válaszmintát indít el, mint a hagyományos megküzdési stratégia. Mindekenélőtt: a nyugtató hatásán keresztül az OT alapú stresszkezelés az adott helyen, társaival összefogva, nyugalomban tartja az egyedtet.

Az agyi ingerléssel megemelt cOT-szint az egerekben fájdalomcsillapító hatású (Miranda – Cardenas et al., 2003), és az OT gyorsítja a sebgyógyulást is. Ezt az a kísérleti elrendezés igazolta közvetlenül, amikor a magányos állatok egy részét oxitocinnal kezelték, míg másik részük OT antagonistát kapott. Az oxitocin mintegy kétszer olyan gyorsan javította a sebgyógyulást, pontosan úgy, mint akkor, amikor az állatok társaikkal voltak (Detillion et al., 2004). Mindebből az az összkép rajzolódik ki, hogy a társak jelenléte, még akut stresszhelyzetben is a kortizol alapú stresszválasz helyett az oxitocinszintet emeli, ami például a sebgyógyulást felgyorsítva segíti a túlélést.

Mindezt egybevetve az OT alapú pszichoaffektív hatásköre és stresszkezelési módja azt mutatja, hogy ez a rendszer főképp megfelelő szociális támasz közegében aktiválódik. Az egyedek nyugodtan, egymás közelségében néznek szembe a stresszel. A küzdj vagy menekülj móddal szemben ezt a „nyugalom és összetartozás” (calm and connection) névvel illetjük (Uvnäs - Moberg, Arn, Magnusson, 2005; DeVries, Gasper, Detillion, 2003, Petersson et al., 2005).

E stresszválasz adaptív jellegét többen kiemelik (pl. DeVries, Gasper, Detillion, 2003; Uvnäs – Moberg, 1998b; Uvnäs – Moberg, Petersson, 2004; Uvnäs – Moberg, Arn, Magnusson, 2005). A hagyományos életfelté-



telek között élő nők és gyermekeik nagyobb túlélési eséllyel bírtak, ha a leselkedő veszélyhelyzetekben nem a feltehetően esélytelen szembeszállást választották, hanem, – akár szó szerint – összekapaszkodva együtt maradtak, fizikai és lelki értelemben nyugodt(abb)an. Fontos látnunk, hogy milyen szépen megkomponált válaszmintázatról van szó: a stresszhelyzetben a „calm and connection” válasz nem a félelemtől remegő, tehetetlenségében passzív egyed (illetve inkább csoportot) rajzolja elének. Az OT pszichoemotív hatáseggyüttesének köszönhetően valóban nyugodtabbak maradtak, kevésbé féltek, vagyis az egész helyzetet kevésbé fenyegetőként értelmezve és megélve gondoskodtak önmaguk és gyermekeik biztonságáról. A rendszer bámulatos eleganciával magába foglal egy pozitív feedback kört is: a társak közelsége eleve magasabb OT-szinttel jár, ami a kölcsönös társas interakciók – pl. érintés, megkapaszkodás, simogatás – révén mind magasabb OT-szintet idéz elő. Ennek jótékony hatását érzékelve az egyedek még inkább nyitottabbá válnak a baráti, pozitív társas interakciókra, és így tovább. Úgy tűnik a természet alaposan előkészítette ezt a hatást.

A „calm and connection” stresszválasz ugyanakkor nem azt jelenti, hogy ez esetben az egyed teljesen feladja a küzdelmet. Kölyküket védő patkányanyák például igenis megtámadják a betolakodó szűz patkányt, mégpedig cOT-szintjük függvényében. Érdekes módon éppen az almot erőteljesebben védő patkányok agyában – az amygdala központi magja környékén – mutattak ki magasabb cOT-szintet, a még kevésbé harcias anyaállatok azonban alacsonyabb cOT-szintűeknek bizonyultak (Bosch et al., 2005).

Az oxitocin szerepe az anyai viselkedés és az újszülött oldaláról

Az állatkísérletek igen egyértelmű képet adnak az OT hatásáról az anyai viselkedésre nézve. 1979-ben Pedersen és Prange mutatták ki először, hogy közvetlenül az agyba jut-

tatott cOT egy órán belül kiváltja az anyai viselkedést olyan patkányokban is, akiknek még sosem volt kölykük, míg



természetes esetben egyáltalán nem mutatnak érdeklődést a patkánykölykök iránt, sőt gyakran megtámadják, felfalják azokat. Ugyanezt a hatást (intravénásan) a perifériára juttatott pOT nem hozza. Hasonlóképp: a cOT anyai viselkedést aktivizál még nem szült anyajuhokban is, akik egyébként kerülnék az újszülött juhokat, ezúttal explorálni kezdik, és gondoskodnak róluk. Mindennek az ellenkezője is beigazolódott: OT antagonistával „kivédhető” az anyai viselkedés, akár kísérletileg beindított, akár természetes szülésről van szó. Ezekben a vizsgálatokban az adatok arra utalnak, hogy a cOT szerepe nem az anyai viselkedésre magára hat főképp, hanem annak beindulására (Insel, 1997).

Embernél a pOT-koncentráció a szülés végére lesz igazán magas, így ellátva azt a kulcsszerepet, hogy magával a méh összehúzásával megakadályozza a szülést követő vérzést. Természetes esetben ugyanerre az időszakra csúcscsododik ki az az eksztatikus állapot is, amiért a cOT-rendszer felel.

A megfelelő kötődés kialakulásához az újszülöttnak is meghatározott viselkedésmintát kell mutatnia. A folyamatban az OT-nak több szinten van szerepe. Az egyik leg-
elemibb és legközvetlenebb hatás az anya szagának kialakítása. Patkánykísérletben igazolták, hogy az anya hasi (emlőtáji) részének lemosása hátráltatja a kölyköket abban, hogy megtalálják, és szopni kezdjék az emlőbimbókat. Az anya (perifériális) OT-kezelése helyreállítja ezt a folyamatot (Insel, 1992). Az OT tehát egyike lehet a



„mamaszag” előállításáért felelős mechanizmusoknak, hatására gyors kondicionált asszociáció építhető ki az anyaszagára, amit azonban az OT antagonistá lelassít. Ezt a feltevést tovább valószínűsíti, hogy az anyatejben az OT-koncentráció a plazmaszint arányában jelenik meg. Feltehető, hogy a szopással a gyerek szervezetébe jutó OT feszívódik és az agyba jut (Insel, 1997). Mindezt egybevéve: az OT a gyerek (kölyök) kötődését az anyához főképp azzal lát-szik segíteni, hogy facilitálja az anyához kötődő jelzőingerek rögzülését a gyermek memóriájában.

Megfelelő cOT-szint az utódban a biztonság élményét közvetítheti. A patkánykölykök ultrahang „izolációs hívással” fejezik ki azt, hogy anyuktól távol kerültek. Centrálisan alkalmazott OT – dózisfüggő módon – csökkentette az ilyen izolációs hívás arányát (Insel, 1992). A „nyugi, minden rendben” élmény (egyik) agyi közvetítője tehát az OT lehet. Emellett a bőr – bőr kontaktus fájdalomcsillapító hatása az emberi újszülöttnél is (Gray, Watt, Blass, 2000). Vegyük észre, hogy mindez milyen szépen illeszkedik a „nyugalom és összetartozás” (calm and connection) stressz kezelő rendszerhez. Az anya nyugalma és testközelsége a gyermek (kölyök) nyugalomát fokozza, fájdalmát enyhíti. Elmaradnak, vagy legalábbis enyhülnek azok a vokális szignálok, amelyek a regadozók figyelmét (is) felkelthetnék.

Az oxitocin társas hatása

Az OT társas viselkedés szabályozásában betöltött szerepével kapcsolatban tehát egyértelmű kép körvonalazódik: az agyi OT-szint növekedtével a reproduktív, illetve szülői/anyai viselkedés beindulása elősegíthető, a kölykök izolációs hívása csökken. Az OT antagonisták megakadályozzák e viselkedések megjelenését, noha a már kialakult viselkedésre nincsenek érdemi hatással. Feltehetően a szociális ingerek affektív minősítése lesz kedvezőbb megfelelő OT-szint hatására. Ne feledjük, hogy a társak közelsége, a velük való interakció nem „elvéle elrendelten”

kellemes. Az éppen nem anya állatok legtöbbje vagy egyáltalán nem mutat érdeklődést a kicsinyek iránt, vagy egyenesen megtámadja azokat. Közvetlenül az ellést követően különösen fontos az egyes viselkedésminták megfelelő „ki- és bekapcsolása”, ha megfontoljuk, hogy az emlős nőtények rendszerint maguk eszik meg a placentát, a magzatburkot. Ebbe a sorba nem kerülhet bele a kölyök. Hasonlóképp, az állatok szexuális közeledésének előfeltétele, hogy a szó szoros értelmében magához engedje a hímet a nőtény. Eredendően legtöbbször agresszív elutasítás az alapértelmezés. Mielőtt bármiféle pozitív kötelékről beszélünk, a negatívak legátlása a tennivaló. A szexuális és a szülői kötődés kulcsa tehát, átfordítani az elkerülő viselkedést érdeklődésbe, majd pozitív kapcsolatba (Insel, 1997). A romantikus szerelem és az anyai szeretet humán vizsgálatai ezen érzelmek átélésekor a jutalmazó központok aktivitása mellett épp a társak kritikus megítéléséért és ebből fakadó negatív érzelmekért felelős központok aktivitásának csökkenését regisztrálták, mintegy megtalálva az „elvakult szeretet” neurofiziológiai hátterét (Zeki, 2007).

A modern szülészeti gyakorlat a centrális oxitocin szemszögéből

Amikor Vincent du Vigneaud amerikai biokémikus izolálta az oxitocinmolekulát, leírta annak szerkezetét, és meghatározta teljes szintézisét, 1953-at írtak. A kívülről adagolható OT (továbbiakban exogén oxitocin, xOT) tökéletes eszköznnek tűnt a szülészorvos kezében. A szülés indítására, a nem „kellően gyorsan” haladó szülés gyorsítására, valamint a szülés végén, a lepényi szakban jelentkező erős vérzés csillapítására hatékony szernek bizonyult. Mindössze annyi a tennivaló, hogy intravénás (IV) bemenetet biztosítanak a szülő nőnél, amin keresztül tetszés szerinti dózisban juttatható xOT a nő szervezetébe. Pontosabban csak a perifériára.

A plazmában mutatkozó rövid, néhány perces felezési idő



külön előny, hiszen ezáltal viszonylag jól kalibrálható a kívánt dózis. Nem csoda, ha a mai modern szülészeti gyakorlat majdhogynem általános beavatkozási módjává lépett elő az xOT. Egy amerikai felmérés 1573 nő kórházi szülésére vonatkozóan azt találta, hogy az asszonyok 80%-ánál IV infúzió volt bekötve szülés közben. Ez önmagában, még ha – netán – semmi nem folyik rajta a nő szervezetébe, akadályozó a szabad mozgásban, helyváltoztatásban. Az intravénás felszerelés maga a „komoly beavatkozások” üzenetét hordozza, és ezáltal erős negatív szuggesztió arra nézve, hogy a szülés valami bonyolult dolog, ami folyamatos felügyeletet, ellenőrzést és beavatkozást igényel. Ha visszatérünk a felmérés adataira láthatjuk, hogy ezen az IV branülön az esetek 41%-ában mesterséges oxitocinos szülésindítás, 55%-ában mesterséges oxitocinos szülésgyorsítás folyt (szoros és átvitt értelemben egyaránt). A nők nagyjából fele tehát nem a maga természetes időpontjában és ritmusában szült. Mindennek „édestestvéreként” a szülések 93%-ában folyamatos CTG követte az anyai méhtevékenységet, illetve a magzat szív működését. A nők 86%-a fájdalomcsillapító gyógyszert kapott, 71%-a, tehát majdnem háromnegyede EDA-t (részletesen lásd később) és a szülések 33%-a császármetszéssel végződött (Lothian, 2007). Le-sújtó adatok ezek. Írماغja sincs a természetes, háborítatlan szülésnek. Majdnem minden anya és baba monitorizált, és kívülről bevitt anyagok avatkoznak a testi folyamatokba.

Nincsen tehát teljesen egyértelmű kép arról, vajon mi történik az endogén, centrális OT-rendszerrel, amikor a szülés indítására vagy gyorsítására xOT-t adnak be? Az ide vonatkozó cikkek, nyomtatott, illetve elektronikus szak-könyvek nem közölnek erről a kérdéstről konkrét adatot. Szinte mindenhol azt írják, hogy a beadott OT nem, illetve csak 1-2%-ban jut át a vér-agy gáton, így ennek központi idegrendszeri hatásaival nem számolnak. Vannak, akik egyértelműen kijelentik, hogy a szintetikus OT nem hozza a centrális pszichoemotív hatásait (Odent, n. d.; Buckley, 2008).

A szülési fájdalom csillapítására világszerte rendkívül elterjedt módszer az epidurális anesztézia (EDA), az epidurális térbe bejuttatott helyi érzéstelenítővel történő fájdalomcsillapítás, az epidurális analgészia.

Az EDA azon túl, hogy a fájdalom mellett elveszi a szülés természetes érzését is, ami önmagában fontos élménytől fosztja meg a szülő nőt, számos enyhe mellékhatással is jár – mint viszketés, hányinger, vérnyomásesés –, állapította meg az EDA-t elemezve egy átfogó tanulmány, egy évtized összes angol nyelven megjelent kutatásának áttekintésével (Mayberry, Clemmens, De, 2002).

Témánk szempontjából azonban a legfontosabb mellékhatás, hogy az EDA csökkenti az oxitocinszintet centrálisan és perifériálisan egyaránt, az anyában és a gyerekekben is, bár ennek pontos mechanizmusa még nem ismert (Buckley, 2005a, Jonas et al., 2007). Ennek következtében gyakran tapasztalható a méhtevékenység lanygulása (Rahm et al., 2002). Ez – látszólag – könnyen pótolható külsőleg bevitt, szintetikus oxitocin adásával, ám amint láttuk, ez nem hozza a cOT pszichoemotív kísérőjelenségeit. Ezzel szemben az EDA és xOT együttes hatása a magzat szívritmuszavarát idézheti elő, ami egyenes út a szülés gyors, műszeres befejezéséhez (fogó, vákuum vagy császármetszés). Egy ausztrál vizsgálat adatai szerint az EDA és xOT kombinációjában részesülő, első gyermeküket szülő anyák fele (!) esetében a szülés műtéti úton fejeződött be (Buckley, 2005a).

Az a paradox helyzet áll tehát elő, hogy az EDA-val eredetileg csak a fájdalmat akartuk csillapítani (ironikus módon a nők 10–15%-ánál nem hozza még ezt a célzott hatást sem). Ám alkalmazásával olyan folyamatok sora indul el, amelyek több kedvezőtlen testi következményen túl sajnos „kiütik” a szülés pozitív érzelmi megélését biztosító hormonokat. Az EDA az OT csökkentésén túl csökkenti a béta – endorfin – szintet is, ami ugyancsak fontos eleme a szülést eksztatikus élménnyé tevő hormonok-



télnak (Buckley, 2005b). Mindez – értelemszerűen – ahhoz vezet, hogy az anya (és sajnos a gyerek is) elesik a saját cOT-rendszer okozta kedvező érzelmi változások java részétől, ha nem egészétől. Az EDA mellett született gyerekek kevésbé éberek, kevésbé jól orientáltak közvetlen születésük-kor, és még akár hat hétig is gyakrabban sírnak, mint a természetes úton született társaik (Buckley, 2005a). Mindez kedvezőtlen helyzetbe hozza az így született gyerekeket az édesanyjukkal való első találkozás, illetve a korai egymásra hangolódás időszakában. Így azon már meg sem lepődünk, hogy az EDA-val született gyerekeknél rosszabb szopási



késztséget regisztráltak (Infant Breastfeeding Assessment Tool), mint háborítatlanul született társaiknál.

Az oxitocin rendszer(ek) saját rendje

Az OT perifériális hatásairól is egyre árnyaltabb képet rajzolnak a modern kutatások. A jól ismert(nek vélt) méhre, illetve emlőre gyakorolt hatásán túl számos szervre hat az OT. Kimutatták például, hogy az érfalban – a méhben és emlőben található receptorokkal azonos szerkezetű – receptorok találhatóak, amelyek vazodilatátoros hatást mediálnak (Thibonnier et al., 1999). Az OT szerepet kap a folyadékháztartás szabályozásában, a testhőmérséklet szabályozásában, kimutatták a herékben, nem terhes nők reproduktív szerveiben, ezek mellett az OT részt vesz az immunválaszok szabályozásában, a glikogén-, illetve inzulin – háztartásban, hat a vesékre, a zsírszövetekre, az étvágyra, és még sorolhatnánk (Evans, 1997; Tlippert et al., 2003).

Ha a jelen dolgozatban felvetett centrális OT-hatást figyelmen kívül is hagynánk (mint ahogy nem tehetjük), pusztán a perifériális hatások ezen széles arzenálja elég intő jel lenne ahhoz, hogy ne avatkozzunk e rendszer természetes működésébe igen nyomós indok nélkül. Az OT-hatásrendszer több millió éves evolúciós előzményéhez képest arcpirítóan szerény az az 5 évtized, ami óta a szintetikus változata rendelkezésre áll, és rutinszerű alkalmazásra kerül, mára egyes civilizált országok minden második gyermekének megszületésekor! Az imént csak nagy vonalakban felsorolt perifériális hatások is közvetlen asszociációt kínálnak napjaink számos egészségügyi problémájára: a kardiovaszkuláris zavaroktól az immunrendszer betegségein át a cukorbetegségig és az obezitásig bezárólag. Insel (1992) modellje szerint a természetes esetben az OT centrális és perifériális mechanizmusai egymással összefüggésben, egymásra épülve működnek a szociális kapcsolatok szabályozásában. Megfelelő (egyéb) hormonok jelenlétében a környezeti ingerek (pl. taktilis ingerlés, a mellbimbó vagy a nemi szerv ingerlése) beindítják az agyi OT-termelést, amely úgy a periféria felé, mint az agy saját rendszerén belül kifejti hatását.

Ne feledjük, hogy az OT csupán egyetlen eleme egy igen összetett neurokémiai rendszernek (Russell, Leng, Douglas, 2003), amelynek idői paramétereit és összefüggéseit távolról sem ismerjük. Igazolt ugyanakkor, hogy a szülés közben alkalmazott xOT hat az anyai adrenocorticotrop hormon és kortizolszintre (DeVries, Glasper, Detillion, 2003). Feltehető, hogy az OT akár a dopaminrendszeren keresztül vagy akár közvetlenül is hathat a prolaktin, illetve az endogén opiátok szintjére, amely anyagok szintén befolyásolják az anyai viselkedést (Insel, 1997). E neurokémiai rendszer testi (perifériális) hatásain túl rendkívül fontos érzelmi, euforizáló hatást ébreszt az anyában (Romano, Lothian, 2008), ami a szexuális orgazmushoz hasonlóan kulcsfontosságú ahhoz, hogy az interakciós partnerekkel (elsősorban az újszülötten, de együtt szülés



esetén az apával is) szoros érzelmi közösséget éljen át, ezzel is segítve a kötődést.

A szülés saját ritmusa kellően ki van találva. Ismert, hogy szülés és szoptatás során (de csakis ekkor) az OT-termelő sejtek akciós potenciáljai pulzálva jelennek meg, ezáltal néhány perces szünettel tarkított hullámokban termelődik az OT. Mind patkányban, mind emberben ez a mintázat biztosítja a leghatékonyabb és legeredményesebb méhtevékenységet (Russell, Leng, Douglas, 2003). A kívülről adagolt xOT nem követi ezt a ritmust, folyamatosan „bombázza” a perifériás OT-receptorokat. Emiatt a méh izmainak – és általában az anyai szervezetnek – nincs ideje kipihenni magát két hullám között. A természetes esetben a lassú lebomlású cOT fenntartja pszichoemotív hatásait, míg a gyors lebomlású pOT feltöltődési szüneteket hagy az anyának – és a gyerekeknek egyaránt.

A kötődés természetes kialakulása finoman hangolt és időzített folyamat (Insel, 1997). Amíg nem lehetünk biztosak abban, hogy az xOT-adagolás párhuzamosan és pontosan megfelelő ritmusban hangolja a centrális rendszert is, addig fennáll a veszélye annak, hogy a kívülről bevitt xOT-vel indukált testi változások előreszaladnak, és/vagy késik, vagy meg sem születik a folyamatban kulcsfontosságú érzelmi – motivációs áthangolódás.

A természet gondoskodott arról, hogy az újszülött sikeresen haladjon át a szülőcsatornán – feltéve, hogy a folyamat megfelelő ritmusú. Itt a „megfelelő” a se nem gyorsabb, se nem lassabb időzítést jelenti. Paradox módon a túl gyors áthaladás is káros lehet, hiszen előfordulhat, hogy még nem érett a gyermek agyát a hipoxia ellen védő rendszer – amit főképp a szülés adott fázisához igazodó katekolamin készít elő. Az indított szülésekből született gyerekekre valóban fokozott sérülékenység jellemző: háromszoros az asphyxia, többen szorulnak újraélesztésre, intenzív terápiás támogatásra, és kétszeres a halálozási arány is (Buckley, 2008).

Emellett az anyai szervezet - a magzatával összefüggő - hormonális változásainak sora épül egymásra, ideértve a méh izomzatában az OT-receptorok aktiválódását. Megfelelő számú aktív OT-receptor hiányában ugyanis hiába emelkedik drasztikusan az xOT-szint (pl. az IV adagolás hatására), nincs kellő fogadóhely ezeknek (Romano, Lothian, 2008). Így a mind magasabb xOT az anyai szervezetben nemkívánatos további perifériás hatásokat kelt, és egyre inkább támadja a védtelen magzati rendszert. Nem igazán ismert, mi történik az anyának szülés során intravénásan adott xOT-vel az újszülött agyában. Azt tudjuk, hogy az éretlen vér - agy gát átengedi az anyai pOT-t, de hogy ezután az újszülött mely agyterületein kötődik, és ott mit fejt ki, nem ismert. Intuitíve sejthető azonban, hogy az anyai szervezetben is megnövekedett plazmadózis a gyermek fiziológiás OT-dózisának többszörösét hozhatja létre (Insel, 1997).

Az indított szülések szisztematikus elemzése egyértelműen mutatja, hogy a természetes szülésekhez képest jóval több kedvezőtlen kimenetel fordul elő az indított esetben: több szülés szorul gyógyszeres fájdalomcsillapításra, EDA-ra, az újszülött újraélesztésére, több esetben fejeződik be műszeres beavatkozással, illetve császármetszéssel a szülés, gyakrabban fordul elő belázasodás, vállakadás (dystocia), gyakrabban szorul az újszülött intenzív ellátásra (Romano, Lothian, 2008).

Távolhatások

Svéd kutatók a szülés utáni 2. napon, szoptatás közben vett vérminta alapján hasonlították össze 17 sürgősségi császármetszéssel és 20 vaginális úton szült nő hormonális mintázatát, az OT-t, a prolaktint és a kortizolszintet elemezve. A szoptatás első 10 percében a hüvelyi úton szült nőknél megjelenő pulzáló OT-termelődés elmaradt a császármetszéssel szült anyák esetében. Utóbbiak a szoptatás 20–30. perce körül jelentkező prolaktinemelkedést



sem mutatták. Ez az eredmény bár látszólag még nagyon közeli hatás, de – sajnos – szépen illusztrálja a természetes szülés előnyét – ez esetben a szoptatásra nézve. A műtéti szülés nem hozza az OT-rendszer azon működési mintázatát, ami természetes esetben megjelenik, és fontos a szoptatás gördülékeny kialakulása szempontjából. Mindez nem azt jelenti, hogy a császárral szült nők ne tudnának szoptatni, „mindössze” arról van szó, hogy esetükben nem a természetes ritmus szerint támogatja a szoptatást a hormonális rendszer (Nissen et al., 1996). A születés módja, azon belül a magzatot (kölyköt) érő OT-hatások távoli következményeivel kapcsolatban egyre több adat kerül napvilágra. A születéskor jellemző OT-szint közvetlenül befolyásolhatja az autonóm idegrendszer egyensúlyát. Ráadásul ezzel a vérnyomásra, kortizolszintre, fájdalomküszöbre és a testsúlygyarapodásra oly módon hat, amely hatás egészen a felnőttkorig nem jelenik meg (Jonas et al., 2007).

A szorongás és félelem szabályozásában a vazopresszin és az OT szerepét elemző munkájukban Huber és munkatársai (2005) az amygdala szabályozó szerepét vizsgálták. Az amygdala extracelluláris folyadékában az OT- és a vazopresszinszint megemelkedik stressz hatására. Miután az OT a nyugtató, félelemcsökkentő, addig a vazopresszin az agresszív, félelmi hatásért felelős, így láthatjuk, hogy az egyén reakcióját a stresszhelyzetre végső soron a neurokémiai egyensúly alakulása szabja meg. A szerzők kiemelik, hogy ezek a negatív érzelmek jelentősen befolyásolják a szülői gondoskodást. Ezzel az utód szorongását és félelmét moduláló OT (és vazopresszin) receptorainak kifejlődésére is hatnak. Így a szülői érzelmek generációkon át meghatározhatják a nemzedékek affektív reakcióit.

A fentiek alapján azt gondolom, meggyőző adatsor gyűlt össze arra vonatkozóan, hogy messze indokolatlan és minden bizonnyal káros az xOT rutinszerű, kiterjedt alkalmazása a szülészeti gyakorlatban. Ráadásul egyre több olyan lehetőség ismert, amellyel természetes úton lehet akti-

válni úgy a centrális, mint a perifériális OT-rendszert. Így a szervezet „maga döntheti el”, milyen egyensúlyt tart fenn e két rendszer között, illetve, hogy milyen, a perifériális változásokkal összhangban levő pszichoemotív hatásokat indít el. Természetes OT-emelő lehetőség például minden intim kapcsolat, ideértve legfőképp a tartós, megalapozott társkapcsolatot.

A szexuális töltetű érintkezés, a mell simogatása, a csók és általában a „szeretni és szeretve lenni” élmény megélése egyaránt közvetlen, természetes útjai az OT-szint növelésének. Talán nem is kell mondani, hogy ezek – egyelőre – nem igazán illeszkednek a medikalizált, technikalizált szülészeti környezetbe. Magyarázatot kap viszont az, hogy miért lehet olyan jelentős segítség a szülő nő által ismert és elfogadott, érzelmi támaszt (is) nyújtó, a pozitív érzelmi érintéseket természetesen és kölcsönösen adó társ a szülésnél, legyen az a partner, egy dúla, a választott orvos vagy szülésznő (Hodnett et al., 2003; Lothian, 2007; Romano, Lothian, 2008; Simkin, O'hara, 2002; Simkin, Bolding, 2004).

Szakirodalom

Bosch, O. J., Meddle, S. L., Beiderbeck, D. I., Douglas, A. J., Neumann, I. D. (2005) *Brain oxytocin correlates with maternal aggression: Link to anxiety*. *The Journal of Neuroscience*, 25(29), 6807-6815.

Buckley, S. (2005a) *Epidurals: risks and concerns for mother and baby*. *Midwifery Today Int Midwife*, Spring, (81), 21–23, 63–66, illetve online <http://www.sarahjbuckley.com/articles/epidural-risks.htm>, le-töltve: 2008. 04. 24.

Buckley, S. (2005b) *Ecstatic birth – nature's hormonal blueprint for labor*. Online: <http://www.sarahjbuckley.com/articles/ecstatic-birth.htm>, le-töltve: 2008. 04. 24.

Buckley, S. (2008) *Oxytocin*. Publikálás előtt álló kézirat, a szerző szíves rendelkezésre bocsátásával



- Damasio, A. (2005) *Brain trust*. Nature, Vol. 435, 571-572.
- Detillion, C. E., Craft, T. K., Glasper, E. R., Prendergast, B. J., DeVries, A. C. (2004) *Social facilitation of wound healing*. Psychoneuroendocrinology, 29(8), 1004-1011.
- DeVries, A. C., Glasper, E. R., Detillion, C. E. (2003) *Social modulation of stress responses*. Physiology & Behavior, 79(3), 399-407.
- Evans, J. J. (1997) *Oxytocin in the human-regulation of derivations and destinations*. European Journal of Endocrinology, 137, 559-571.
- Gray, L., Watt, L., Blass, E. M. (2000) *Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns*.
<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/1/e14>
- Grewen, K. M., Girdler, S. S., Amico, J., Light, K. C. (2005) *Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact*. Psychosomatic Medicine, 67(4), 531-538.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2003) *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Art. No. CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2
- Hollander, E., Novotny, S., Hanratty, M., Yaffe, R., DeCaria, C. M., Aronowitz, B. R., Mosovich, S. (2003) *Oxytocin infusion reduces repetitive behaviors in adults with autistic and Asperger's disorders*. Neuropsychopharmacology, 28(1), 193-198.
- Huber, D., Veinante, P., Stoop, R. (2005) *Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala*. Science, 308(5719), 245-248.
- Insel, T. R. (1992) *Oxytocin, a neuropeptide for affiliation: evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies*. Psychoneuroendocrinology, 17, 3-35.
- Insel, T. R. (1997) *A neurobiological basis of social attachment*. American Journal of Psychiatry, 44, 207-219.
- Insel, T. R., Winslow, J. T. (1998) *Serotonin and neuropeptides in affiliative behaviors*. Biological Psychiatry, 44, 207-219.
- Jonas, W., Wiklund, I., Nissen, E., Ransjö-Arvidson, A. B., Uvnäs-Moberg, K. (2007) *Newborn skin temperature two days postpartum during breastfeeding related to different labour ward practices*. Early Human Development, 83(1), 55-62.
- Kendrick, K. M. (2000) *Oxytocin, motherhood and bonding*. Experimental Physiology, 85(Suppl 1), 111S-124S.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., Fehr, E. (2005) *Oxytocin increases trust in humans*. Nature, 435, 673-676.
- Lothian, J. A. (2007) *The coalition for improving maternity services: Discussion*. Journal of Perinatal Education, 16(1 – Supplement), 89S-92S.
- Mayberry, L. J., Clemmens, D., De, A. (2002) *Epidural analgesia side effects, co-interventions, and care of women during childbirth: a systematic review*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186(5 Suppl Nature), S81-93.
- Miranda-Cardenas, G., Rojas-Piloni, G., Martínez-Lorenzana, J., Rodríguez-Jiménez, M., López-Hidalgo, M., Freund-Mercier, M., Condés-Lara, M. (2003) *Oxytocin and electrical stimulation of the paraventricular hypothalamic nucleus produce antinociceptive effects that are reversed by an oxytocin antagonist*. Pain, 122(1-2), 182-189.
- Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widstrom, A.-M., Winberg, J. (1996) *Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route*. Early Human Development, 45(1), 103-118(16).
- Odent, M. (n. d.) *Drips of synthetic oxytocin*. Online: <http://www.wombecology.com/oxytocin.html>, letöltve: 2008. 07. 01.
- Petersson, M., Diaz-Cabiale, Z., Fuxe, K., Uvnäs-Moberg, K. (2005) *Oxytocin increases the density of high affinity alpha 2-adrenoreceptors within the hypothalamus, the amygdala and the nucleus of the solitary tract in ovariectomized rats*. Brain Research, 1049, 234-239.
- Rahm, V.-A., Hallgren, A., Hogberg, H., Hurtig, I., Odland, V. (2002) *Plasma oxytocin levels in women during labor with or without epidural analgesia: a prospective study*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81(11), 1033-1039.
- Romano, A. M., Lothian, J. A. (2008) *Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 37(1), 94-105.



Russell, J. A., Leng, G., Douglas, A. J. (2003) *he magnocellular oxytocin system, the fount of maternity: adaptations in pregnancy*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 24(1), 27–61.

Simkin, P., Bolding, A. (2004) *Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.

Simkin, P., O'hara, M. (2002) *Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5 Suppl Nature), S131-159.

Thibonnier, M., Conarty, D. M., Preston, J. A., Plesnicher, C. L., Dweik, R. A., Erzurum, S. C. (1999) *Human vascular endothelial cells express oxytocin receptors*. *Endocrinology*, 140(3), 1301-1309.

Thippert, T. H., Mueck, A. O., Seeger, H., Pfaff, A. (2003) *Effects of oxytocin outside pregnancy*. *Hormone Research*, 60(6), 262-271.

Uvnäs-Moberg, K. (1998b) *Antistress pattern induced by oxytocin*. *News in Physiological Sciences*, 13(1), 22-26.

Uvnäs-Moberg, K., Arn, I., Magnusson, D. (2005) *The psychology of emotion: The role of the oxytocinergic system*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 59–65.

Uvnäs-Moberg, K., Bjökstrand, E., Hillegaart, V., Ahlenius, S. (1999) *Oxytocin as a possible mediator of SSRI-induced antidepressant effects*. *Psychopharmacology*, 142(1), 95-101.

Uvnäs-Moberg, K., Petersson, M. (2004) *Oxytocin – biochemical link for human relations*. *Mediator of antistress, well-being, social interaction, growth, healing ... Läkartidningen*, 101(35), 2634-2639.

Zak, P. J., Fakhra, A. (2006) *Neuroactive hormones and interpersonal trust: International evidence*. *Economics and Human Biology*, 4, 412–429.

*

Köszönetemet fejezem ki az alábbi kollégáknak a kéziratmal kapcsolatos megjegyzéseikért, illetve a szakirodalom megszerzésében nyújtott segítségükért: Sarah Buckley, Bödecs Péter, Fritúz Gábor, Józsa Emese, Kulcsár Zsuzsanna, Molnár Márk, Ortutay András.

Jelen dolgozat az alábbi munka jelentősen rövidített változata: VARGA K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxytocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk) Polihistória -köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából, Akadémiai Kiadó, Budapest. pp. 449-476.



TERÁPIA A MINDENNAPOKBAN



REGULÁCIÓS ZAVAROK A GYERMEKORVOS SZEMÉVEL

Dr. Scheuring Noémi

csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus
 Heim Pál Gyermekkórház, Belgyógyászat
 e-mail: nosch@heimpalkorhaz.hu

A gyermekorvos és minden olyan szakember helyzete, aki kisgyermekkel foglalkozik, igen különlegesnek mondható, mely egyben csodálatos, de ugyanakkor nehéz is. A gyermekeknél kialakuló tünetek gyakran ijesztőek, melyek súlyos szervi, vagy működésbeli rendellenességre is utalhatnak. Számtalan kérdés merül fel ilyenkor az orvosban. Szükséges a részletes családi anamnézis, a várandósság időszakáról és a szülés körülményeiről kapott információ. Tudnunk kell, hogy milyen betegségei voltak előzőleg a gyermeknek, és a jelen problémáival kapcsolatosan minden fontos tényezőt ismernünk kell.

A kivizsgálás és a kezelés beállításának alapfeltétele a körülmények és a tünetek pontos ismerete. Az anamnézis felvétele nem mindig egyszerű. Szerencsés, ha a szülők kellően felkészültek, és helyesen figyelik meg gyermekeik állapotának meghatározó és körvonalazható jellemzőit. Így az orvos könnyebben haladhat a diagnosztikai lépésekben. A gyermekek megfigyelése nem könnyű feladat. Sokszor elhangzik az a mondat, hogy „*persze, nehéz a gyerekekkel, mert nem mondják el, hogy mi bajuk van*”. Ez bizonyos szempontból így is van. Mégis azt lehet mondani, hogy a gyerekek igenis, érthetően kifejezik állapotukat, csak másként, mint a felnőttek.

Elsőrendű szempont a gyermek általános állapotának megítélése – hogyan viselkedik a vizsgálat alatt, korának megfelelően hogyan vonható kontaktusba, milyen a tekintete, a testtartása, „mennyire tűnik betegnek”. A részletes fizikális vizsgálat során állapíthatóak meg azok az eltérések,

amelyek utalhatnak a kóros tünet(ek) kialakulásának oki tényezőire. A vizsgálat ideje alatt megfigyelhetjük a gyermek – szülő kommunikációját, és talán egy kicsit betekintést nyerhetünk kettejük kapcsolatába is. Az első találkozáskor a gyermek otthoni körülményeire nehezen kapunk választ, bár ennek is számos direkt és indirekt jele van, csak gondolni kell rá.



A betegségek kialakulása számtalan tényezőtől függ. A biopszichoszociális modell szerint, mely az általános rendszerelmélet alapján jött létre (Engel, 1977), a betegségek kialakulása több tényező együttes hatásának tulajdonítható. Ennek megfelelően a biológiai adottságok mellett a lelki és a társadalmi összetevők hatásaival is számolnunk kell. A rendszerelméletnek megfelelően a benne szereplő tényezők egymással összefüggenek, a változások pedig kihatnak a rendszer egyes elemeire, valamint az egész folyamatra is. Az egyik esemény egyik esetben ok, máskor okozat is lehet (Kopp, 2005). A biopszichoszociális modell alapján a kóros tünetek hátterének megállapításában az orvosi kivizsgálás eredményei mellett a fenti szempontokat is figyelembe kell venni.

A kisgyermekek nagyléptékű szomatomentális és pszichés fejlődése során több alkalommal is felléphet viselkedési „kisiklás”, valamint a pszichés fejlődés zavara. Ezek akár komoly organikusnak tűnő betegségben is megnyilvánul-



hatnak. A csecsemő és kisded korban kialakuló, pszichés és pszichoszomatikus megbetegedéseket nevezzük regulációs zavaroknak (Hédervári-Heller, 2008). Az időben való felismerésük teszi lehetővé a hatékony kezelést, mely csökkentheti a későbbi pszichogén megbetegedések kialakulásának kockázatát is.

A csecsemőkori viselkedési zavarok – regulációs zavarok – közé az állandó nyugtalanságot, a fokozott sírást, az alvászavart és a táplálkozási-, gyarapodási zavarokat soroljuk (Hédervári-Heller, 2008). A fenti problémával a gyermekorvost keresi fel általában a szülő és megoldást kell találnunk a helyzetre. A kérdést minden esetben először az orvosi oldalról kell megközelítenünk. Ki kell zárni az esetleges szervi, illetve működésbeli eltéréseket. Ezután tovább kell irányítanunk szakemberek felé, a regulációs zavarok pontos diagnosztikája és kezelése érdekében.

Az alábbiakban a különböző megváltozott viselkedési formák esetén felmerülő, gyakori organikus illetve funkcionális eltéréseket mutatjuk be.

1. Nyugtalanság és fokozott sírás

A csecsemők állapotukról és szándékaikról való közlésének legfontosabb módja a sírás és egyéb hangjelenségek hallatása. A csecsemők megszületésüket követően közel 45-50, egymástól elkülöníthető hang kiadására képesek, melyek közül mintegy negyven sírással kapcsolatos. Az anyák már az újszülöttjük 48 órában képesek felismerni több gyerek sírása közül a saját gyermekük hangját. A későbbiekben képesek arra, hogy a sírás jellege alapján következtessenek a sírást kiváltó tényezőkre is (Bereczkei, 2008).

Dr. Winnicott sok évtizedes gyermekorvosi és pszichoanalitikus gyakorlata alapján számtalan megállapítást tett, melyek között a sírást négy kategóriába sorolta: *elégedettség, fájdalom, harag és bánat*. Leírása alapján a sírás lehet egy érzés, miszerint a csecsemő „használja a tüdejét” (elégedettség), vagy valamilyen kellemetlenség érte (fájdalom), vagy dühössé válik (harag), vagy szomorúságot fejez ki

(bánat). A sírás során a csecsemő kinyilvánítja érzéseit, – egyben reagál is azokra. Így a sírás mindenképpen hasznosnak tekinthető bizonyos korlátokon belül (Winnicott, 2000). Egy érdekes feltevés, és azt követő kísérletek elvégzése alapján az ún. „normális sírás” – mivel igen energiaigényes tevékenység – erőteljes formában csak az egészséges csecsemőkre jellemző. Az *abnormális sírás* (magas, éles hang, rövid időtartam) – az alacsony súlyú, keringési –, anyagcsere betegségben szenvedő és szeptikus állapotú csecsemőkre jellemző (Bereczkei, 2008). A sírási jelleg megváltozását (az ún. „cephalicus sírás”) – gyermekorvosként is tapasztaljuk – mely a csecsemő szeptikus állapotával járhat együtt neuroinfekció esetén.

Fokozott sírás esetén – ha a csecsemő a születését követő három hónapban valamikor, legalább három héten át, hetente legalább három nap, naponta legalább három órát sír, vagy nyugtáskodik – több probléma is felmerül oki tényezőként. Az ilyen csecsemőkre jellemző az irritabilitás, a motoros nyugtalanság, a nehezen megnyugtathatóság, valamint a függőleges testhelyzet kedvelése (Hédervári-Heller, 2008). A szülők által megjelölt tünetek ilyenkor az alábbiak lehetnek:

- nyugtalanul és keveset alszik, gyakran felébred;
- „bizonytalan”, sokszor ijesztő rosszsulléteket produkál – végtágrángás (alvás ideje alatt), gyakori „összerezzenés”, „megfeszülés”, síráshoz kapcsolódó légzésvizsgálat (affekt apnoe);
- nehezen fogadja el a mellet, vagy a cumisüveget, meg kell előtte nyugtatni;
- hasfájás, mohó evés, aerophagia (levegőnyelés), gyakori bukás, melyeket fokozott sírás követ;
- etetéshez kapcsolódó, légzésvizsgálattal járó rosszsullét, melyet sírás, és/vagy tónuszavar követ.

A felmerülő tüneteknek megfelelően történik a kivizsgálás és a kezelés megtervezése. Csecsemőkorban a légzésvizsgálattal járó rosszsullétek és a háttérben álló tényezők a bölcsőhalál szempontjából veszélyeztető faktoroknak te-



kintendők. Kivizsgálásuk SIDS szűrés keretében történik. A tüneteknek megfelelően a probléma megoldásában társzakmák (neurológus, gasztroenterológus, gégeész, kardiológus, szemész és gyógytornász) segítsége is szóba jön.

Az esetek egy részénél azonban nem igazolódik kóros eltérés, melyet orvosolni tudnánk. A szülői oktatás, a részletes tanácsadás sokat segít, de kifejezett, tartósan fennálló sírás és nyugtalanság esetén a csecsemő-szülő kezelését ebben jártas szakemberek felé kell irányítani.

2. Alvászavarok

Az alvás és ébrenlét, életünk alapvető tudatállapotainak tekinthetők, melyek feltételezik, kiegészítik, és követik egymást. Az alvás és ébrenlét alatt zajló biológiai és pszichológiai folyamatok szervesen kapcsolódnak egymáshoz. Az alvás egy aktív folyamat, mely idején a motoros aktivitás csökkenése jellemző, valamint különféle reakciók és magatartásminták léphetnek fel (Köves, 2008). A gyermek szervezete számára a kiegyensúlyozott alvás-ébrenlét ciklus alapozza meg az optimális fejlődés menetét.

A csecsemő alvás-ébrenlét ciklusának kóros megváltozása minden esetben figyelmet igényel, mert bizonyos betegségek bevezető tünete is lehet.

A csecsemők alvási igénye, az alvási ritmusa, az éjszakai – nappali alvási idők kialakulása egyéni különbségeket mutat. A szülők számára igen megterhelő, ha csecsemőjük alvás igénye alacsony, vagy ha főleg a nappali órákban alszik sokat és éjszaka többször, hosszú ideig ébren van. A csecsemő alvás-ébrenlét állapotának fejlődési adottságaiból kiindulva, hat hónapos kortól beszélhetünk alvászavarról. A meghatározásban elalvási és átalvási nehézségek szerepelnek.



Ilyenkor a csecsemők nem vagy nehezen képesek elaludni – csak szülői segítséggel. Majd óránként, két óránként felébrednek, nehezen nyugtathatók meg. Főleg éjszaka vannak ébren, és nappal alszanak. Az elalvási, átalvási nehézségek nem egyformán jelentenek problémát a szülőknek. Az alvászavar megítélése szempontjából alapvető jelentőségű, hogy a szülő számára mit jelent az adott helyzet (Hédervári-Heller, 2008). A szülők az alábbi panaszokkal keresik fel általában a gyermekorvost.

- Elalvási – átalvási nehézség;
- Alacsony alvási igény;
- Alvás helyett sírás;
- Gyakori éjszakai ébrenlét – enni, inni kér, a cumit kéri, „társaság igénye van”;
- Aluszékonyság, alvás alatti nyugtalanság: háttérben állhat pl: belgyógyászati, neurológiai, gégeészeti betegség (OSAS - obstruktív sleep apnoe syndroma);
- Elalvási nehézség, gyakori éjszakai felriadás. Okozhatja fájdalom (pl: fogzás, fülgyulladás);
- Alvás alatti kóros jelenségek: izomtónusváltozás, légzészavar.

A tüneteknél minden esetben pontos anamnézis szükséges: előzmények, a tünetek kezdete, jellege, társuló egyéb problémák. A kivizsgálás a klinikumnak megfelelően történik. Majd ezt követően a kezelés beállítása. Az elalvási – átalvási zavarok jelentős részénél azonban nem igazolódik organikus eltérés, mely orvosi ellátásra szorulnia. Ilyenkor ebben jártas szakember segítségét kell kérni.

3. Táplálkozási és gyarapodási zavarok

Minden bizonnyal kijelenthető, hogy a csecsemők és kisdedek jelentős hányadánál előfordul időnként enyhébb táplálkozási zavar, mely különösebb problémát nem okoz a mindennapokban. A problémát a szülők eltérően ítélik meg. A zavar jelentőségének sem tulajdonítanak azonos jelentőséget. A csecsemő-kisded szomatomentális fejlődésének követése alapvető területi feladat, melynek során a házi gyermekorvosok és a védőnők találkozhatnak első-



ként a különféle táplálkozási és gyarapodási zavarokkal. Az újszülöttkor első heteiben szoptatási nehézségekkel találkozhatunk, melyhez gyakran társul gyarapodási zavar is. A „baba-mama” barát kórház adta lehetőségek, és az igény szerinti szoptatás elterjedése sokat segít a szoptatás optimális beindulása érdekében, mégis időnként nehézséggel kell számolni. A korai és megfelelő segítséggel a kezdeti problémák nagy valószínűséggel kiküszöbölhetőek. A egyes táplálkozás bevezetése újabb erőpróba elé állítja a csecsemőt és az anyát. Az anyák a gyermek táplálkozási szokásainak megváltozására nagyon gyorsan reagálnak, hiszen ijesztő számukra az étvágy csökkenése, az étel elutasítása, ilyenkor a táplálás nehézkes, a gyermek „ellenáll”. A táplálkozási zavarok nem szükségszerűen járnak együtt vontatott súlygyarapodással, vagy súlycsökkenéssel.

Milyen panaszokkal keresik fel leggyakrabban a szülők a gyermekorvost?

- Nehezen indul be a szoptatás, a csecsemő nyugtalan, kapkodja a fejét;
- Naponta sokszor – óránként – két óránként – szopik a csecsemő, több hónapos korában is, így is nyugtalaná, síróssá válik;
- Alkalmanként akár 45–60 percig is szopik a csecsemő, mégsem lakik jól;
- Gyakran bukik a csecsemő evés után akár néhány órával is;
- Etetéshez kapcsolódó rosszullet lép fel (elvörösödés, el-lilulás);
- Elutasítja az ételt, amit eddig szeretett;
- Nem kezd önállóan enni, nem fogja pl. meg a kanalat;
- Nem rág úgy, mint a többi gyerek már ilyen idős korában;
- Hányás lép fel;
- Hasfájásra utaló magatartása van;
- Haspuffadás alakult ki;
- Súlyfejlődési zavart észlelnek.

A tünetek hátterében tisztázni kell az organikus és/vagy funkcionális eltérés lehetőségét. Újszülött és kiscsecsemőkorban gondolni kell a fejlődési rendellenesség lehető-

ségére hasi tünetek és hányás esetén (pl: pylorus stenosis). Számos problémát okozhat a tehéntej fehérje allergia is, mely nyugtalanságot, hasfájásra utaló magatartást, a bélnyálkahártya allergiás gyulladást, és székletürítési zavarokat idézhet elő. A gyomorból való kóros visszaáramlás (GOR) komoly tünetekkel járhat, mely gyakori bukásban, és étvágytalanságban is megnyilvánulhat. A lisztes ételek bevezetését követő étvágytalanság, haspuffadás és gyarapodási zavarok esetén a lisztérzékenységre (coeliacia) kell gondolni. A fentiekben részletezett kórképeken kívül még több betegség okoz táplálási és gyarapodási zavart, melyekre most nem térünk ki.

A kivizsgálás menete meghatározott protokollok alapján történik, mely elvezet a diagnózishoz felállításához. A kezelés tüneti és oki terápiából áll. Olyan esetekben, amelyeknél nem igazolódik organikus és/vagy funkcionális eltérés, de a probléma megoldást kíván, a témában jártas szakembereké a szerep.

A gyermekekkel foglalkozó szakemberek feladata, a problémák időben való felismerése, és a megoldásra irányuló törekvés. A biopszichoszociális modell feltárja a betegségek kialakulásához vezető számos tényezőt, így utat mutat a teljes gyógyulás eléréséhez, és a megelőzést is elősegíti.

Szakirodalom

- Bereczkei, T.** (2008) *Evolúciós pszichológia*, Osiris Kiadó, Budapest
- Hédervári-Heller, É.** (2008) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*, Animula, Budapest
- Kopp, M., Berghammer, R.** (2005) *Orvosi pszichológia*, Medicina Kiadó, Budapest
- Köves, P.** (2008) *Alvásmedicina*, Bookmaker Kiadó, Budapest
- Winnicott, W. D.** (2000) *Kisgyermek család külvilág*, Animula Kiadó, Budapest



ÚTKERESÉS

Makónyi Judit

klinikai gyermek szakpszichológus

Hajdú-Bihar Megyei Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat

e-mail: makonyi@gmail.com

Makónyi Judit vagyok, pszichológusként dolgozom a Hajdú-Bihar Megyei TGYSZ Szakértői Bizottságában, gyermekvizsgálatokat és terápiát végzek, elsősorban gyámhivatali felkérésre.

A szülő-csecsemő konzultációval tanfolyami keretben ismerkedtem meg és elvégeztem a 100 órás tanfolyamot Dr. Hédervári-Heller Éva és Dr. Németh Tünde szervezésében. A tanfolyam után szupervízió keretében a csoport tovább dolgozott. Hosszas munka eredményeképpen a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen, szakirányú továbbképzés keretében további lehetőség nyílt a tanultak elmélyítésére, szélesítésére.

Cikkem arról az útkeresésről szól, mely az első lépésektől tart addig, míg megtaláltam a módszer helyét abban a közegben, ahol eddig végeztem a munkámat, illetve bemutatom a szülő- csecsemő konzultáció magyarországi és európai helyzetét. A koragyermekkorai prevenció és intervenció fontosságát a nyugat- európai országok már hosszú évekkel ezelőtt felismerték, a kezelés fontossága az utóbbi években központi kérdéssé vált. Németországban, Angliában, Ausztráliában, Ausztriában, Franciaországban, Kanadában, Svájcban, Svédországban, az USA-ban a kisgyermekes szülők számára elérhető a szülő-csecsemő konzultáció és terápia.

Magyarországon már a Budapesti Iskola képviselői felismerték az anya és kisgyermek korai kapcsolatának jelentőségét, mégis, hazánkban a módszer még kevéssé terjedt el. Elsőként a 2002. évi Családbarát Konferencia foglal-

kozott a koragyermekkorai regulációs zavarok elméleti alapjaival és kezelési lehetőségeivel. Ezen az alapon 2005-ben indult továbbképzés tette lehetővé, hogy különböző területen dolgozó szakemberek elsajátítsák e módszert, majd 2010-től egyetemi képzés keretében vált elérhetővé a módszer elsajátítása.

Magyarországon a módszer elterjedéséhez még számos olyan változásra van szükség, mely a képzések minőségében és a szakemberek hozzáállásában keresendő. A módszer sikeres alkalmazása nem csupán az alapos elméleti ismeretektől függ, hanem gyakorlati tapasztalat és a terapeuta személyisége nagy teret kap a munka során. Emellett fontos, hogy különböző területről érkező szakemberek egyenrangú, egymást segítő partnernek tekintsék egymást – ahogy ez az üzenet a terápiában is megjelenik – felhagyva a hierarchikus szemlélettel.

Debrecen környékéről elsőként végeztem el a tanfolyamot, így úttörő munka várt rám a kezdetektől fogva. Első lépésként át kellett gondolnom, hogy melyek azok a segítő szervezetek, melyek befogadva ezt az új módszert, támogató közeget jelentenének a rászoruló családok számára. Mint minden újdonság bevezetésekor,



most is szembe kellett néznem azzal a nehézséggel, hogy egy-egy (jól) működő rendszert megváltoztatni nagy feladat, hiszen rögzült struktúrákban kell változásokat elérni.

Elsőként a munkahelyemen kerestem lehetőséget arra, hogy a szülő- csecsemő konzultáció módszerét a gyakorlatban hasznosítsam. Lehetőségként felajánlották, hogy előadást tarthatok abban a két tanfolyami képzésben, melyet leendő nevelőszülőknek, valamint örökbefogadó szülőknek szervez a szakszolgálat. Emellett a mindkét tanfolyamon részt vettek (nevelő- és örökbefogadó szülők) számára lehetőség nyílna arra, hogy a terápiás és konzultációs lehetőségeket vegyenek igénybe. Ez jelenleg a megyében a nevelőszülő-hálózat esetében van kidolgozva, az örökbefogadás tekintetében azonban nincs. A fő nehézséget jelenleg az jelenti, hogy nincs megajánlott, a szakszolgálathoz visszavezető út, amellyel az örökbefogadó családok nehézség, probléma esetén a szolgálat szakembereihez fordulhatnak. Természetesen annak a gátnak az oldása is a tanfolyami felkészítők feladata lenne, ami az örökbefogadó családokban van a későbbi segítségkérés kapcsán (problémaérzékenység, bezártság, hiányzó kompetenciák).

Az első konzultációs képzésen részt vett hallgatók sokrétű háttértudása (orvosok, pedagógusok, pszichológusok, bölcsődei dolgozók) rámutat arra az interdiszciplináris megközelítésre, melyet maga a módszer megkíván, így a szociális ellátórendszer egyéb területein (családsegítők, gyermekjóléti szolgálatok) elsősorban a konzultáció irányvonala, mint kezelési vonal adódott úttörő tevékenységként.

Harmadik területként a védőnői ellátórendszer bevonását láttam fontosnak, hiszen szakemberként rendkívül fontos szerepet töltenek be az első három életév során. Velük folyamatos egyeztetések zajlottak, hogyan lehetne a módszert megismertetni a védőnőkkel, hogy szükség esetén a családok számára elérhető legyen. Ezen egyeztetések számos akadály ellenére folyamatban vannak.

Más lehetőségként adódott a gyermekorvosi praxis megközelítése, ami személyes ismeretségi alapon kezdődött. Szélesebb, teljes körű ismeretterjesztésre nem találtam utat, egyéni módon azonban egy-egy problémás eset megtalált a gyermekorvosok ajánlása alapján.

A védőnői hálózat, valamint a gyermekorvosok fölkeresése mellett felvettem a kapcsolatot a bölcsődei kollégámmal. A városban lévő valamennyi bölcsőde „egy kézben” van, egyetlen pszichológus látja el az intézményekben ezt a munkát. Mivel a kollégánál nagyon érdeklődő, lelkes és nyitott volt, nála szélesebb lehetőség kínálkozhat a módszer megismertetésére, bevezetésére.

Összességében az elmúlt félévben kedves biztatásra kezdtem átgondolni és az első lépéseket megtenni az irányban, hogy az elméletet és a módszert miként lehetne ismertté tenni Debrecenben. Az adott korosztállyal foglalkozó szakemberek kezébe egy olyan terápiás és preventív módszer kerülhetne, amellyel itt is több gyermek és család nehézsége oldódna meg, s a kapcsolatok egymásra hangolódása is erősödne.

6 hónapos kisfiú nagymamája keresett meg telefonon unokája evészavara miatt. A nagymama már a telefonon hosszasan és dramatizálva ecsetelte a kisfiú „tünetét”: már szinte semmit sem eszik a gyerek, az anya és ő már teljesen kimerültek, az orvos és a védőnő sem tud már tanácsot adni. A gyerek szinte senkitől és szinte semmit nem fogad el már két hónapja.

A megbeszélte találkozóra az édesanya érkezett a gyermekkel. A gyermek érkezéskor ébren volt, élénk, figyelmes, játékos volt. Fiatal édesanyjával érkezik, aki nagyon mosolygós, kedves és finoman bánik gyermekével. Elmondja, hogy D. az első gyermekük, ő nagyon várta, tervezte, a párja nem, de végül beadta a derekát, azzal a megegyezéssel, hogy az ő életét nem kötheti meg a gyermek, ő még „élni” akar, a szakmájában kiteljesedni, utazni, világot látni. Az édesapa a gyermek szüle-



tése előtti években is gyakran vállalt külföldi munkákat, az év nagy részét általában külföldön töltötte. Itthoni munkája mellett mindig keresett külföldi munkalehetőségeket, melyeket legtöbbször meg is kapott. Az édesanya nem kísérte ezekre az egy-két hetes kiküldetésekre, hanem itthon várta férjét. „Én nagyon itthon ülős vagyok, ő pedig nagyon menős, de így fogadtam el, ilyen volt mindig. A gyermekért vállaltam ezt.”

Amikor az anya a második hónapban volt, a férje új külföldi munkát kapott, azzal együtt, hogy tisztában voltak a gyermek érkezésével. A 3. hónapban kerül sor a kiutazásra.

Szülés után egy hétig volt otthon az apa, majd a gyermek négy hónapos korában jött haza, de akkor is csupán ünnepekre. Sem a várandósság idején, sem a szülést követő időkből nem volt jelen az anya és gyermeke életében.

A várandósságról úgy számolt be az anya, hogy első 3 hónapban sokat hányt, majd a 30. héttől egy hónapot feküdni kellett, mert keményedett a hasa. 40. hétre spontán szült, hosszas vajúdás után érett, egészséges újszülöttet hozott a világra.

D. a kezdetektől nem szopott. „A kórházban sem kaptam segítséget, csak sírt, ha bevette a bimbót, szívott kettőt, és ordítva fordította el a fejét. A végén lefejtem és cumisüvegből adtam neki.” Nagyon sok teje volt a kismamának, a gyermek azonban csak cumiból fogadta el a tejet. Ezzel együtt szépen fejlődött. Az étkezési gond kezdetéig nagyon hasfájós volt a kisfiú.

Az anya a saját anyjával él most is, míg az apa nincs otthon. A technika segítségével tartják a kapcsolatot, de az apa a jelenlegi problémához nem tud hozzászólni. Az itthonlét alatt próbált segíteni a helyzeten, de nem tudott, a frusztrált helyzet miatt.

Jelenleg: a gyermek 12-14 órán át is képes étkezés nélküli

kibírni, míg az anya 3-4 óránként próbálkozik. Már a kanalas evést is próbálná bevezetni, de azt nem fogadja el a kicsi, nem is nyitja ki a száját. Az anya fejében a gyermek hasfájása összekapcsolódott az evészavarral: etetés után jönnek a gyermek kínjai. De: „talán túl erőszakosan etetem. Nem is kérte volna, de én adtam, adtam, hiszen ennie kell.” Közben a gyermek egyre makacsabban ellenállt, egyre kevésbé fogadta el az ételt: „a lefejt tejet borogattam a kagylóba, én meg ettől borultam már ki.”

A jelenlegi etetések során a gyermek „cumival a szájában sír, majd végül megeszi az adagját. Éjjel nem sír olyan sokat az étkezésnél, mert félálomban nem olyan erős az ellenállása. Ilyenkor nagyon dühös vagyok D.-re is és az apjára is.”

A konzultációs keret módot adott arra, hogy az édesanya megfogalmazhassa és olyan módon átélhesse a probléma megoldásához vezető tudását, hogy az jelentős pozitív változást, javulást eredményezzen. Megfogalmazta a gyermek helyét a családban, szembesült azzal a ténnyel, hogy a gyermeket ő szerette volna elsősorban, a párja „ígéretéhez híven” kihátrált a gyermekkel történő együttlétekből. Helyzetében nem sikerült gyermekére figyelni, hiszen a férjével való kapcsolata kötötte le energiáit. Ahogy megfogalmazódott férje iránti düh – mely haragot a gyermekkel szemben is megélt – lehetőséget kapott, hogy figyelmét gyermekére fordítsa.

Öt alkalom keretében ő maga mondta ki: „Meg kell tanulnom D.-re és nem magamra figyelnem, és elfogadnom azt, amit mutat, tesz.”

A következő megbeszélés időpont előtt az édesanya fölhívott, hogy nem jönnének a megbeszélés konzultációra, mert 2 nappal az előző találkozó után D. elkezdett enni, és azóta is eszik. Megbeszéltük, hogy ha mégis adódna később probléma, fölkereshetnek. Nem kerestek. 3 hónappal későbbi telefonhívásomra elmondja az anyuka, hogy rendben vannak, D. azóta is rendszeresen eszik.



TANÁCSADÁS – KONZULTÁCIÓ

Török Sándorné

területi védőnő

Pécel Önkormányzat Védőnői Szolgálat

e-mail: vedonokpecel@gmail.com

A védőnői munka a kezdetektől óriási változáson ment keresztül. A múlt század elején létrehozott Országos Stefánia Szövetség feladata a szegénységben, rossz szociális körülmények között élő családok egészségügyi felvilágosítása, a fertőzések megelőzése, az anyai és perinatális csecsemőhalandóság csökkentése, a nagyfokú tudatlanság, elmaradottság felszámolása a *tanítás, nevelés eszközével*. A kor védőnője pl. megérkezve az újszülött családjához, illedelmesen köszönt, fölmérte a helyzetet, kinyitotta az ablakot, tiszta ágyneműt húzatott a gyermekágyas fekvőhelyére, rendet rakatott a szobában. *Elmagyarázta*, hogyan kell kimosni, tisztán tartani a baba-mama kelengyét, tanított a kézmosás fontosságára stb. Célja a tiszta, higiénikus környezet megteremtése és fenntartása volt. Jelenléte a családban tekintélyt követelt, szavának hitele volt. Eredményes munkája következtében tisztább, egészségesebb környezetben élhettek a családok, a fertőzéseknek kevésbé kitett gyermekek nőhettek fel.

A mai kor más kihívások elé állítja a védőnőt. Amikor 1975-ben, a főiskolai képzés első évében védőnő-hallgató lettem, az oktatás célja ennél sokkal összetettebb feladatok elvégzésére való képesítés volt. A magas szintű egészségügyi, pszichológiai-pedagógiai, társadalomtudományi képzés során megtanultuk, mit jelent az egészséges életvitel a megfelelő korban, hogyan ismerhetjük fel a kórust, a betegséget, mit kell tenni ilyen helyzetben, milyen kérdések merülhetnek fel a család gondozása során, ezekre milyen adekvát válaszokat adhatunk. Az egészségügyi team résztvevőjeként kellett a családok egészségnevelését, egészségtudatos viselkedését kialakítani, nevelni, támo-

gatni a várandós, csecsemő és gyermekgondozás területén. *„A gondozási munka célja az ismeretátadás, a megfelelő meggyőzés, amivel a gondozottat rávehetjük az általunk helyesnek vélt cselekvésre” /Székely-Széll-Szeles-Kispéterné: Védőnői módszertan/*. Ha csak a csecsemőtáplálás alapvető kérdéseire gondolok, mennyi harcba, érvelésbe, tanácsadásba került egy-egy kis lépés elérése a családi hagyományokkal, szokásokkal, hiedelmekkel szemben!

A jelenlegi törvények nagyobb kompetenciát adnak az önálló gondozási munkához. A családgondozás különböző szakaszaiban, a hatékonyabb és színvonalasabb egészségnevelés érdekében rövid, közép és hosszú távú tervet készítünk. Egyénenként meghatározzuk a problémákat, mit kell tenni jelenleg, milyen hatásai lesznek tetteinknek, hogyan érhetjük el a kívánt célt. Az állapotfelméréshez status vizsgálatot végzünk. Mindezeket a szülő jelenlétében, vele közösen végezzük. Igyekszünk figyelembe venni az összes megoldási lehetőséget, legyen lehetősége az anyának dönteni a kérdésben. Bár a ma ifjú anyái a gyermeknevelés ezer kérdésére információikat egyre inkább az internetes honlapokról szerzik be, még az előző generáció tapasztalatait is háttérbe helyezik egy-egy sokat látogatott weblap nyújtotta tudás javára, a védőnő még mindig az eligazo-



dási pont. Tanácsadásokon, látogatások alkalmával a gondozás feladata ma is a mértékadó, szélsőségektől mentes és tudományos ismeretek átadása, az egészséges étellel kapcsolatos tanácsok adása, a különböző problémák megoldásához vezető utak kijelölése.

A sok éves munka tapasztalata, a tudás reménybeli birtoklása mellett is gyakran éreztem a gondozási munka sikertelenségét. Bármennyire is igyekeztem személyre szabottan és az általam vélt legjobb válaszokat adni egy 2 hónapos baba hasfájása esetén, vagy a 2 éves kislány rendszeres éjszakai sétájához, vagy a másfél éves kisfiú étvágytalansága esetén, stb., a tanács néha bevált, máskor meg nem. Gyakran éreztem, hogy kifogytam az ötletekből, bár az anyával lelkesen próbáltuk megoldani a felmerülő gondot. Nem volt hiba a tanácsokban, nem volt hiba a megvalósítás szándékában. Csak az eredmény maradt el! Ekkor jött a standard válasz: „Az időjárás változás miatt nem alszik éjszaka a baba” vagy „Biztos jön a foga!”

Új dimenziókat nyitottak meg számomra a családgondozásban a szülő-csecsemő konzultáció képzésen szerzett ismeretek. Az eddigi megfigyelés témája a családnál a gyermek egészséges fejlődése szomatikusan, mentálisan, nincs-e veszélyeztetető tényező, milyen a szűkebb-tágabb értelemben vett környezet támogató jelenléte. A konzultáció a gondozási munka egészének új témát ad.

Már a várandósság ideje is kínál ilyen újdonságot: támogatni a szülővé válás folyamatát, a biztonságos, szeretetteljes párkapcsolatot. Nemcsak biológiai és gyakorlati ismereteket átadni, hanem megfigyelni a család kapcsolati rendszerét, beszélni arról mit jelent készülni az anyaságra, apaságra, mit jelent ez a változás a saját szüleikkel kapcsolatban, a környezetük többi szereplőivel kapcsolatban. Megfigyelni a kommunikációt, probléma-megoldó képességet. Mit, mennyit értenek meg a magzatuk üzeneteiből, hogyan értelmezik ezeket a jeleket. Milyen érzelmekkel készülnek a baba fogadására, fiút, lányt várnak.

A szülés élménye minden nő életében egy soha eléggé ki

nem beszélt téma. Az első gyermekágyas látogatáskor szívesen mesélik el ezeket a történeteket az anyák. A szülés körülményei más és más lelki folyamatokat vetíthetnek elő. Volt-e idő felkészülni az elengedésre, időben született-e a baba, volt-e rendellenesség, találkozott-e a „várt gyermek” és a „született gyermek” képe, hogy alakulnak az új diádikus kapcsolatok, és a család egészének a működése. Az eddigi „hagyományos” védőnői megfigyelés iránya bővült, jó irányba indulnak-e el a kapcsolati folyamatok, én mit gondolok erről, az anya mit jelez erről, mit jelez a baba.

A kompetens csecsemő fogalmának megismerése jelentette számomra a legnagyobb újdonságot a képzésben. Az anya és a gyermek kapcsolata folyamatos interakcióban nyilvánul meg. A baba képes arra, hogy bár szoros egységben él az anyával, mégis önálló lényként bizonyos szinten szervezze, irányítsa is a köztük lévő interakciót a hónapok múlásával más-más módon. *A csecsemő viselkedésének megfigyelésével* számtalan új információt nyerhetünk mind a csecsemőről, mind az anyáról, *a kettejük kapcsolatáról*. A látogatásokkor szívesen szánok időt arra is, hogy megfigyeljem, hogyan, milyen hangszívallyal beszélgetnek egymással anya és gyermeke, milyenek a mozdulataik egymás felé, milyen érzelmek tükröződnek az arcukon, hogyan vigasztalja meg babáját édesanyja, milyen is a kettejük együttléte. Amikor valamilyen zavar keletkezik ebben a kapcsolatban, akkor jelenik meg a tünet. Ha hasztalan kínálunk újabb és újabb megoldást a látszólag egészségügyi problémára, lehetséges, hogy a választ nem jó helyen keressük. A sírás, étvágytalanság, alvászavar, magatartásbeli zavarok nem szűnnek meg a védőnők által felkínált segítséggel, ha ezeknek oka a félresiklott interakcióban van. Ha ezek hosszútávon fennmaradnak, rögzülnek, a későbbiekben pszichoszomatikus betegségekhez vezethetnek el. A védőnő kezében munkája során ott van a lehetőség ezek korai felismerésére, és képzettségének megfelelően csecsemő-szülő konzultációban a korrekcióra.



Áttérni a védőnői szerepkörrel konzulenssé nem egyszerű. Nehéz kettéválasztani a két módszert. A helyszín meg-
egyezik, vagy a család lakása, vagy a védőnői tanácsadó
szoba. Bár pontosan meghatározom a kereteket, amiben
folyik a konzultáció, a családok számára ismeretlen, ho-
mályos marad, hogy mire is vállalkozunk, szemben a ha-
gyományokkal bíró védőnői gondozással szemben. Nem
beszélve a konzultáció fogalmáról, ami a köznapi nyelvben
elég színes tartalommal bír.

A konzultáció kereteinek meghatározása után az adat-
gyűjtés következik:

- „objektív információk: személyes, biográfiai adatok, vi-
selkedési formák, melyek „igaz, nem igaz” tartalmúak,
és könnyen ellenőrizhetők
- szubjektív információk: tartalmuk többé-kevésbé igaz
vagy nem igaz. Mérvadó az, hogy milyen fontosságúak a
páciens számára. Tartalmaz személyes viszonyulásokat,
véleményeket, kapcsolati viszonyokat, áttételi-viszon-
táttételi folyamatokat is.
- szcénikus vagy szituatív információk: a szubjektív ada-
toktól csak a súlypont megváltoztatásában különbözik.
Azt a jelenetet foglalja magában, ami a konzulens és a
páciens között az első pillanattól kezdve lejátszódik.”

Ezen adatok egy része már a gondozási munka során is-
mert. Mégis védőnői látogatáskor nem központi kérdés az
anya érzelemléte, érzelmi élményei, azok kihatása a cse-
lekvéseire, a tudatos-tudattalan világa.

A megfigyelés eszköze a videotechnika, amit együtt tu-
dunk újranézni, átbeszélni. Már a technikai eszközök be-
szerzése, magabiztos használata sem egyszerű feladat.
Nem beszélve a család idegenkedéséről egy filmes doku-
mentációval kapcsolatban. Fontos felismerni, hogy hol van
a védőnői-konzulens kompetencia határa. Bár a konzulensi
munka önálló tevékenység, de kell, hogy beágyazódjon az
egészségügyi team-munkába.

12 hónapos kislány édesanyjával érkezett tanácsadásra.

*Ismételt panasz, hogy a kislány nem eszik, étvágytalan. Az
előzményeket tekintve látható, hogy az amúgy is lassú súly-
gyarapodása a 10. hónapában megállt, sőt inkább fogyott,
ezután is csak alig fejlődött, a második félévben összesen 1
kg-ot hízott: 8000 g-ról 9100 g-ra gyarapodott. Az édes-
anya, megfogadva az orvosi-védőnői tanácsokat, már sok
mindent kipróbált, de sikertelenül. A pépes ételeket Vivi,
először örömmel kóstolta, később nem fogadott el az anya-
tejen kívül semmit. Az utóbbi időben már szopni sem akart.
Az egyébként nagyon kiegyensúlyozott, gondos anya, tele
volt feszültséggel, aggódással. Fizikális vizsgálat semmi-
lyen eltérést nem mutatott, labor eredménye is jó volt. A
kislány jó kedélyű, egészséges gyermek benyomását keltette.
Kapaszkodva járt, 6 foga is kibújtt. Szótagokat ismételt. Az
anya elmondta, hogy ő is nagyon rossz étvágyú kislány volt,
és vele is nagyon sokat küszködtek a szülei. Miután szervi
ok nem látszott az étvágytalanság hátterében, felajánlot-
tam, hogy egy új formában beszéljük át a problémát, felki-
náltam a konzultáció lehetőségét, és kértem, hogy
beszélgetésünk alapjául vegyenek fel videóra egy etetést. Az
anya nagyon lelkes volt, egy héten belül 6 alkalmat vett fel
videóra. Készülve a beszélgetésre, megnéztem a felvételt.*

*A konyhában ketten voltak: az édesanya és az ölében Vivi.
A tálka az étellel a mellettük lévő asztalon volt. Vivi az
édesanyja ölében testét kifeszítette a kanál közeledtére.
Fejét édesanyja testébe fúrta, miközben édesanyja, átfogva
karját, próbálta ellensúlyozni mozdulatait. Eközben az
anya hangosan mondta: „Egyél már, kislányom!” Vivi a
fejét ide-oda forgatta a kanál útjával ellentétesen. Nagyon
elkeseredett harcnak tűnt számomra. Mind a ketten fe-
szültek, idegesnek és elkeseredettnek látszottak. Végül az
anya, belefördülve a kamerába, nagyot sóhajtott, és azt
mondta: „Hát ez borzasztó, most sem evett semmit!” Majd
gyors, határozott mozdulattal letette Vivit a földre.
A következő felvételen Vivi egyedül van a konyhában. A
földön ül, egyik kezében egy tejfölös pohár, a másik kezében
egy kanál, az arca, a ruhája és a környezete tejfölös. Vivi,*



miközben próbálja a kanalat a szájába venni, hangosan visong. A szobába belép az édesanyja: „Jaj, mit csináltál kislányom, hogy nézel ki?!”- felkiáltással. A kezét összecsapva folytatja: „Levetted az asztalról a tejfölt? De hát nézd meg, mit csináltál! Ez borzasztó!” Áll az ajtóban és nagyon elégedetlennek tűnik. A kislány ránéz, megáll a mozdulat a kezében, és vár. Az anya odalép hozzá, és kivesszi kezéből a kanalat, tejfölt, próbálja magát védeni a maszattól, miközben fölemeli a lányt. „Látom, ízlik a tejföl!”- jegyzi meg most már szemmel láthatólag észrevéve a kislány derűs magatartását.

Ezeket a mozzanatokot emeltem ki a felvételekből. Feltételezésem szerint az anya a saját félelmeit vetítette kislánya felé. Ugyanakkor nem vette észre Vivi korának megfelelő érdeklődését az étel, az önálló tevékenység iránt. Egy évesen még nem volt szabad kanalat a kezébe venni, és azzal az egész étkezés alatt együtt „dolgozni” édesanyjával, nehogy piszkos legyen a környezet. Nem ülhetett önállóan az etetőszékben. Épp ezért nem látta meg, mennyire ügyesen és jó étvágyúan ette Vivi a tejfölt, számára ez is negatívan értékelendő esemény volt. Csak a részlet utolsó mondata utalt arra, hogy valamit mégis megsejtett. Erre a pillanatra alapozva mentem el hozzájuk.

Beszélgetésünk először arra irányult, mit is jelent ténylegesen az, hogy Vivi nem eszik. Megnéztük az általam kiválasztott első részletet, Vivi viselkedését az étel elutasításának vélte. Arra a felvetésre, hogy esetleg más testhelyzetben, az asztalnál ülve, kanállal a kezében hogy enne, enne-e, kételkedve válaszolt. Félti Vivit, hogy beteg lesz, mint ahogy ő kiskorában. Elmesélte, milyen gyakran volt beteg, hogy mennyire nehéz volt, amikor neki meg kellett ennie az ételt, bár nem kívánta. Arról kezdtünk beszélgetni, vajon, hogy érezhette magát Vivi az ő karjaiban. Mit szeretett volna ő tenni és mit Vivi? Majd lejátszottuk a második részletet is, kiemelve Vivi elégedett arcát, amikor ő belépett a helyiségbe. Jelezttem, hogy korához képest milyen ügyesen használja Vivi a kanalat, és bár elég sok

tejföl van mindenféle, a pohár üres, mégis a nagy részét láthatólag a kislány ette meg. Biztos jóllakott vele. Az anya először próbálta kislánya szemszögéből értékelni az evést, eszébe jutott, hogy esetleg nem az étellel van a baj, hanem Vivi is szeretne részt venni az etetéseken. Gondolatokat fogalmazott meg, hogy hogyan érezné magát jobban Vivi. Ezeket foglaltuk össze a találkozás végére. A következő látogatás előtt felhívtam telefonon a családot időpont egyeztetés céljából. Egy vidám hangú anya újságolta, hogy a kislánya nagyon szívesen eszik az etetőszékben, ügyesen használja a kanalat, alig kerül valami a földre. Szerinte Vivi élvezzi az evést, bár sokat egyszerre nem eszik, lassan fogy az étel, de már kerekedik az arca is. Örömet a következő súlymérés is igazolta.

Ez a történet nagyon egyszerűen megoldódott, talán ha olyan szerencsés lettem volna, hogy épp etetés idején megyek hozzájuk látogatni, valamit észrevehettem volna a problémából. Az érzelmek és az interakciók síkján azonban sokkal több történt, mint egy szimpla nem evéses probléma. Az, hogy az anya mit gondol a problémáról, észreveszi-e a gyermek jelzéseit, jól értik-e egymást, eldönti, hogy később hogyan alakul a kapcsolatuk, illetve, hogy megoldódik-e vagy rögzül a probléma.

Összegezve: a védőnői munka célja elsősorban ma is az egészséges pszichoszomatikus fejlődés biztosítása, szakmai támogatása a családoknak, ezen belül elsősorban az anyáknak. Ebben a munkában nélkülözhetetlen új eszköz a csecsemő-szülő interakciójának megfigyelése, az interakcióban jelentkező zavarok korai észlelése. Mint elsődleges szűrő, a védőnő alkalmas arra, hogy segítsen a zavarok, tünetek hátterének megértésében, növelve ezzel saját kompetencia érzését, segítve munkájának hatékonyságát. Így munkájával szemben támasztott elvárásokat hatékonyabban elégíti ki, ezzel a családok elégedettsége nő, hivatását valóban be tudja tölteni. Jó lenne, ha minden védőnőnek módja lehetne közelebről megismerkedni ezzel a módszerrel!



„BÖLCS–BÖLCSŐ–BÖLCSŐDE” A SZÜLŐ–CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓ ÉS TERÁPIA LEHETŐSÉGEI AZ INTÉZMÉNYESÍTETT GYERMEKNEVELÉSBEN

Prém Ildikó

klinikai gyermek szakpszichológus

Egyesített Szolgáltató Központ, XVII. Kerület

e-mail: premj@t-online.hu

Mit jelent a címben szereplő három „B”?

„**Bölcs**” – nagyobb tudás, a tapasztalatok gazdag tárháza, érettség, szellemi szabadság, bölcsesség – jelen esetben mindazon elméleti alapismeretek, kutatások, kutatók, akik gondolataikkal, munkájukkal lehetőséget teremtettek egy új módszer, a szülő–csecsemő konzultáció és terápia megszületéséhez. Gondolok itt elsősorban: a pszichoanalitikus elméletekre, a modern fejlődépszichológiára, pedagógiára, a csecsemőkutatásra és a kötődéseméletre. (Felsorolok – a teljesség igénye nélkül – néhány gyakorlati jelentőségű elméleti koncepciót: „megfigyelt”, reális csecsemő, mentalizáció, reflektív funkció, szociális tükrözés, szociális interakciók, kötődéseméleti alapfogalmak.)

„**Bölcső**” – mely nem állandó tartozéka a lakásnak, csakis addig volt szokás a házban tartani, amíg rászoruló kisded élt a családban. A bölcsőben ringatózó kisdedet korábban passzív, differenciálatlan, az ösztöneinek és környezetének kiszolgáltatott lénynek tekintették. Ma a régi felfogással szemben, a kutatások azt bizonyítják, hogy a bölcsőben egy aktív, differenciált és kapcsolatképes csecsemőt látunk, aki a korábban lehetségesnek tartottakat messze meghaladó képességekkel és érzésekkel rendelkezik. Születésétől kezdve maga is aktívan részese a korai interakciós és kommunikációs folyamatoknak, vagyis egy „kompetens” csecsemő néz vissza ránk a bölcsőből.

„**Bölcsőde**” – az intézményesített gyermeknevelés első láncszeme, mely elsőként Pesten 1852. április 21-én nyitotta meg kapuját.

Mi hívta életre a bölcsődét?

A nők munkába állása tette szükségessé a létrehozását. A gyárban és máshol dolgozó anyák gyermekeire felügyeltek, ugyanis korábban gyakori volt, hogy a dolgozó anyák bezárva magukra hagyták vagy a valamivel idősebb testvérre bízták gyerekeiket. Ennek drámai következményei voltak, (lásd: József Atilla: *Iszonyat* című verse), s e probléma megoldására született a bölcsőde. A kezdetekben a gyermekmegőrzés, a szociális és családsegítő funkció határozta meg a bölcsőde működésének szakmai alapjait.

A bölcsődék történetének következő időszaka 1945–1970-ig tartott. Ezen idő alatt már tömegessé vált a női munkaerő alkalmazása, emiatt a bölcsődék fontos szerepet kaptak. A korábbi funkciók mellett újak is megjelentek például a szocialista nevelés néhány alapelve, mint például a mielőbbi közösséghez szoktatás.

A bölcsődék történetének következő szakaszát 1970-től, a Bölcsődék Országos Módszertani Intézetének /BOMI/ létrejöttétől számítjuk. A Módszertani Intézet irányításával, a terepen dolgozó, változásra nyitott bölcsődevezetők és gondozónők bevonásával, egy dinamikus fejlődés következett be a bölcsődei szakmai munkában. Mindez megjelent a gyakorlatban is: a bölcsőde szociális és családsegítő funkcióinak fejlesztésében, a családok igényeihez való alkalmazkodásban, a családokat támogató szolgáltatások bevezetésében, a szakemberek képzettségének korszerűsítésében, a továbbképzések és szakmai konferenciák színességében, új módszertani levelek, valamint a gyakorlati munkát segítő szakmai dokumentumok, hírlevelek formájában.



Az 1980-as évek végén, a 90-es évek elején a gyermeklétszám csökkenése, és az önkormányzatok anyagi nehézségei miatt sok bölcsődét megszüntettek, vagy átalakítottak. A szakma országosan nehéz helyzetbe került, mivel a férőhely csökkenéssel gyakorta együtt járt a bölcsődék szükségességének megkérdőjelezése.

Az európai és a tengeren túli tanulmányok szerint, azon gyermekek értelmi fejlődése, akik megfelelő személyzettel dolgozó, jól felszerelt bölcsődékbe járnak, legalább olyan jó, mint azoké, akik otthon, a szüleik mellett nőnek fel.

A bölcsőde szociális előnye, a gyermekek társas fejlődésére gyakorolt pozitív hatás, a kortárs csoportban megszerezhető tapasztalatok, például megtanulni a csoportba való bekapcsolódást, a társsá válást, és az elutasítás elfogadását. Összességében, mind az értelmi fejlődésben, mind a társas kapcsolatok fejlődésében egyértelmű a bölcsődei nevelés – gondozás fejlődést segítő hatása.

Mi a helyzet ma a bölcsődékkel?

Napjainkban megnőtt az igény a bölcsőde iránt. Budapest XVII. Kerületében, ahol dolgozom, az idei évben már nyi-

tottak egy 40 férőhelyes bölcsődét, ennek ellenére, majdnem 100 gyermeket nem tudtak felvenni, pedig a bölcsődei csoport létszámot a Gyermekvédelmi Törvény megemelte 12 főről 14 főre olyan bölcsődei csoportban, ahol csak 24 hónapot betöltött gyermekek vannak. A bölcsődék igyekezete arra irányul, hogy a napközbeni gyermekellátás személyi és szakmai feltételei megfeleljenek a családok igényeinek, a kor követelményeinek.

Elkészült a „Bölcsődei Nevelés- Gondozás Országos Alapprogramja” a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet és a Magyar Bölcsődék Egyesületének jeles képviselői által. Az alapprogram a bölcsőde nevelő-gondozó munkájának minimum követelménye. Meghatározza az ott folyó pedagógiai munka alapelveit, és egyben elismerése a bölcsődékben folyó nevelői-gondozói munkának. Ennek alapján készítik el az egyes bölcsődék a saját nevelési-gondozási programjukat a helyi lehetőségek mentén.

A szülő-csecsemő konzultáció és terápia véleményem szerint illeszthető az Alapprogramhoz. Bevezetőjében deklarálja, hogy elfogadja a pszichológiai és a pedagógiai kutatások eredményeit, márpedig a csecsemő konzultáció és terápia a legújabb hazai és nemzetközi, pszichológiai - pedagógiai kutatások alapján jött létre.

József Attila Iszonyat (részlet)

A szobakonyhán félhomály van. Az alkóv mögött szendereg csücsörgő szájjal, rongy pólyában s fölnyög néha egy kisgyerek.	... dagadt szemét nyitja s menten fölsír a csöpp fiúgyerek. A lányka végigméri: csendben megmelegíti a tejet.	A gyermek irtózáttól nyirkos, – ha adja, miért veszi el? A lány hideg, mint a gyilkos. Az udvaron vak énekel.	Mikor munkába siet reggel, készít egy kis tízórait s indul. A kislány is felkel s míg ruhát ölt, fogadkozik.
Rezeg, rándul, mint őszi szélben tócsa a rideg köveken. Egy kislány, gondolkodva mélyen, ül a sarokban félszegen.	Majd az ordító szájba tolja a tejes üveg cucliját. A fiú köhög fuldokolva s mint bot, ha török, úgy kiált.	Az anya este – hetek óta így van ez – ölébe veszi fiát, az öt marokra fogja s az édes tejet nem eszi.	De nyomja nagy magánya itt benn, kín löki – játsszék odakint. Ismét fölsír a gyermek s minden előlről kezdődik megint.
A kislány hétéves. Kiszökne s itt benn ugrálni sem lehet. A mama lelkére kötötte ezt a dögöt, a gyermeket.	Mint tenger, ráng az apró termet, a cucli csöpög, mint a csap, a lány elveszi és a gyermek nyel, vonít és utánakap.	Éjjel a csillagok nem égnek, évszakok sírnak és egek. Álmában sír az anya s ébred, azt hiszi, sír a kisgyerek.	



A BÖLCSŐDEI NEVELÉS-GONDOZÁS ORSZÁGOS
ALAPPROGRAMJA
2008

A Magyar Bölcsődék Egyesületének felkérésére írták:

A Szociálpolitika és Munkaügyi Intézet részéről
Szombathelyiné dr. Nyitrai Ánes, Rózsa Judit, Korintus Mihályné dr.

A Magyar Bölcsődék Egyesülete részéről

Balogh Lászlóné, Kissné Fazekas Ibolya, Pósfai Ferencné, Észak-alföldi Regionális
Módszertani Bölcsőde munkatársai

A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja

- Az ANSZ Emberi jogok nyilatkozata,
- Az ENSZ Egyezmény a gyermek jogairól,
- Az Európa Tanács Miniszterek Bizottsága Rec. (2002) 8 –as ajánlása a tagállamok számára a napközbeni gyermekel-
látásról,
- Az 1997.évi XXXI. Törvény a gyermek védelméről és a gyámügyi igazgatásról,
- A 15/1998.(IV.30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények,
valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeitől,
- A 14/1994.(VI.24.) MKM rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról,
- 259/2002./XII.18) Korm. Rendelet a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltató tevékenység engedélyezéséről,
valamint a gyermekvédelmi vállalkozói engedélyezésről
- A pszichológiai és pedagógiai kutatások eredményei,
- Az első életéveknek a későbbi fejlődés szempontjából is meghatározó szerepének elismerése,
- A bölcsődei nevelés-gondozás története alatt felhalmozott emberi és szakmai értékek, ezeken belül is a hangsúlyo-
zottan A bölcsődei nevelés-gondozás minimumfeltételei és szakmai munka részletes szempontjai c. kiadvány
(OCSGYVI, 1999), valamint a módszertani levelek, útmutatók, ajánlások.
- A bölcsődei ellátás nemzetközileg elismert gyakorlata

figyelembevételével határozza meg a bölcsődékben és a bölcsődei-óvodai integrációban működő bölcsődei csoportok-
ban folyó nevelő-gondozó munka szakmai alapelveit, melyek érvényesek a speciális csoportokra és a szolgáltatásokra is,
a sajátosságaiknak megfelelő kiegészítésekkel.

Ezeknek az elveknek az elfogadása és a gyakorlatban való érvényesítése a bölcsődei nevelő-gondozó munkájának mini-
mumkövetelménye.

„A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja” keretül szolgál a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátás ke-
retein belül a 0-3 éves korosztály ellátására vonatkozó szakmai standardok és a bölcsődei nevelés-gondozás egyes terü-
leteihez kapcsolódó módszertani javaslatok kidolgozásához.



Az Alapprogramban megfogalmazott nevelési-gondozási alapelvek közül a családi nevelés elsődlegességének tisztelete, a gyermeki személyiség tisztelete, az aktivitás, az önállósulás segítésének elve, közvetve a csecsemő és kisgyermek konzultáció és terápia során is megjelennek. (Lásd az Alapprogram 2. pontjában)

A bölcsődei élet megszervezésének elveiben kiemelt szerepet kap a szülőkkel való kapcsolattartás – például családlátogatás, szülőcsoportos beszélgetések, szervezett programok stb. – a családok segítése, a szülői viselkedérepertoár és kompetencia erősítése.

Az Alapprogram támogatja a bölcsődéket abban, hogy – az alapellátás prioritása mellett – családtámogató szolgáltatásokat szervezzen, illetve más szolgáltatók felkérésére szakmai segítőként közreműködjön azok megvalósításában (lásd az Alapprogram 6. pontját).

A szülő és csecsemő konzultációt és terápiát kezdetben, mint alapellátáson túli szolgáltatást lehetne megvalósítani mind a bölcsődébe járó, mind az egyéb szolgáltatásokat igénybe vevő szülők és gyermekeik részére. A szolgáltatás igénybevételének módját, a díjazást írásban lehetne rögzíteni, az egyéb szolgáltatásokhoz hasonlóan.

Az tehát az eddigiekből megállapítható, hogy a szülő-csecsemő konzultációnak és terápiának, helye lehet a bölcsődék programjában, szinkronban az Alapprogrammal.

Kérdés: indokolt-e a szülő-csecsemő konzultáció a bölcsődében?

Mielőtt ezt a kérdést megválaszolnám, röviden összefoglalom a *szülő-csecsemő konzultáció és terápia lényegét*.

A szülő-csecsemő konzultáció és terápia a 0-3 éves korú gyermekek kezelésével foglalkozik. Tudományosan megalapozott, preventív és intervenciós módszer a csecsemő- és kisgyermekkor pszichés és pszichoszomatikus betegségek (regulációs zavarok) gyógyításában, enyhítésében. Egyik kiindulási alapja Winnicott megállapítása:

„Olyan dolog, hogy csecsemő, nem létezik... Ahol cse-

csemő van, ott anyai gondoskodás is, anyai gondoskodás nélkül nem lenne csecsemő”

Ebből a gondolatból is fakad, hogy a módszerben a szülő és a gyermek együtt páciens, kezelésükkel hatunk a szülő és csecsemő kötődési kapcsolatára, melynek eredménye, hogy a gyermek biztonságban érzi magát, és megváltozik a szülő értelmezése a gyerek viselkedéséről. A konzultáció a gyermek tünetétől függően 1-10 találkozásig terjedhet, egy-egy alkalommal 1-2 óráig tart. A módszer része a videófeedback alkalmazása. Megkérjük a szülőket, hogy otthon készítsenek felvételt a meglévő regulációs zavaráról, majd ezt közösen visszanezzük.

Kérdés: indokolt-e a szülő-csecsemő konzultáció a bölcsődében? A válaszom igen, mert:

- A fiatalok sokkal inkább felkészültek egyéb szerepeikre, mint a szülőire.
- Hiányoznak a fiatalok számára követendő minták, nem veszi körül őket nagycsalád, nincs a közelben nagyszülő, vagy ha van, még dolgozik.
- A szülővé válás folyamata még a legjobban működő párok számára is kihívást és stresszt jelent.
- A szülőséghez való adaptáció a gyermektervezéstől akár az első gyermek megszületése után pár évre is megnyúlhat.

A szülők bizonytalanok szülői szerepükben és magukra maradnak nevelési kérdéseikkel, problémáikkal. Egymástól, könyvekből, internetes forrásból próbálnak válaszokat keresni, ami tapasztalataim szerint sokukat még jobban elbizonytalanít, és gyakorta rögzíti a rossz beidegzéseket. A gyermekorvoshoz, védőnőhöz elsősorban a gyermek betegsége esetén fordulnak.

Miközben tudományosan bizonyított a korai életévek jelentősége a személyiség fejlődése szempontjából, tudjuk, hogy annyit tanul a gyermek, mint soha többé a későbbiekben. Tudjuk, hogy a szülői oldalon is változások szükségesek az újszülött megérkezésével, ennek ellenére a szülők számára nyújtott segítség jelenleg kevés. *Hová fordulhat a*



szülő, ha csecsemőjével, kisgyermekével gondja van, mert nem eszik, nem alszik, erősen dacol stb.?

A bölcsődékben országosan is, csak néhány helyen segíti a szülőket és a gondozónőket, mentálhigiénikus, pedagógus, pszichológus, de a téma szempontjából ez nem tekinthető megoldásnak, mivel a szülő-csecsemő konzultáció komplexitása tőlük is külön elméleti továbbképzést, megfigyelési tapasztalatok megszerzését, valamint a szupervízióval kísért esetvezetést igényel. Mindez természetesen rám is érvényes. Klinikai pszichológusként dolgozva a bölcsődében, szakmai kihívásnak érzem a csecsemő és kisgyermek konzultációt, de ahhoz, hogy biztonsággal, felkészülten, a módszerben jártasan végezzem ezt a munkát, folyamatos továbbképzésre van szükségem.

A tanuláshoz erős motivációt jelentett az a bölcsődei tapasztalatom, hogy a szülők évről évre hasonló problémákkal keresnek fel. A szülők által jelzett tünetek jórészt besorolhatók a regulációs zavarok körébe. Ezen kívül gyakori: az adaptációs nehézség, az elválastól való félelem, dacos, dühös viselkedés, a szülőkre, önmagára, társakra, tárgyakra irányuló agresszív viselkedés, testvérféltékenység, a „játszani nem tudás”, a szabályok, határok betartásának nehézsége. Hasonló az élményem a Baba-Mama Klubokat látogató szülők körében is. Ugyanakkor, még nagy az igény és nyitottság szülőkből a szakemberek által nyújtott segítség igénybe vételére, ha az létezik és elérhető. Ebben fontos szerepe van a gondozónők szakmai felkészültségének, gondozási – nevelési helyzetekben való jártasságának, segítő magatartásának, valamint a bölcsőde egész létkörének.

A magam részéről igyekszem már az első szülői értekezleten bemutatkozni az új gyermekek szüleinek, ezzel jelezve, képviselve, hogy csecsemő és kisgyermekkorban is jelentkezhetnek lelki problémák, pszichés fejlődési zavarok, melyek nem organikus hátterűek. Bátorítom a szülőket arra, hogy preventív szerepe lehet az időben történő zavar felis-

merésének, jelzésének, kezelésének. Amennyiben a szülők nem kapnak hatékony támogatást mindennapi problémájuk megoldásához, az a családi rendszer egyensúlyának felbomlását eredményezheti. A kezdetben enyhe tünetek pedig, súlyosabbá válva regulációs zavarhoz vezethetnek.

A szülők mellett nélkülözhetetlen a gondozónőkkel, egy bizalomra épülő szakmai munkakapcsolat kialakítása – esetmegbeszélés, kiscsoportban történő önismereti munka, szakmai konferencia, a gondozónők tájékoztatása a módszerről, az intervenciós és kezelési lehetőségekről. Bizonyított ugyanis, hogy a közvetlen gondozói környezet minősége alapvetően hat a korai életévek fejlődésére.

Végül remélem, hogy a csecsemő-kisgyermek konzultáció és terápia, erősítheti a bölcsőde, mint természetes támogató rendszer preventív szemléletét és gyakorlatát, védőfaktoroként működve az egészséges fejlődést támogatva. Továbbá bízom abban, hogy a bölcsőde a jövőben is olyan hely marad, ahová bizalommal fordulhatnak a szülők a szülővé válás, a „szülőnek lenni” szép és nehéz feladatában.

A gondozónő közvetítésével, 33 éves anya kéri a segítségem. 2 éves 8 hónapos kislánya a bölcsőde „nagy” csoportjába jár.

Panasz: „Nem tudom kezelni a fiam hisztijét. Egy hónapja már saját kezét is harapja, fejét a falba veri úgy, hogy nagyot koppan és engem is megüt. Mióta bölcsődébe jár, azóta jobban hisztizik, de csak otthon. A bölcsődei csoportban szót fogad a gondozónők szerint. Engem bánt, hogy ilyen. Van, hogy direkt kiborít ételt, italt, lesepör tárgyakat. Nagyon elkeseredek, mert szerintem



tudja, hogy rosszat csinál. Ugyanakkor nagyon anyás. Nem tudok tőle semmit sem csinálni otthon, főleg a bölcsődébe járás óta. Tud szeretni is, sokszor bújós, pusztit ad. Amióta megszületett együtt alszunk, mert amíg felébred éjjelente, én mindig mellette szeretnék lenni. Egy éves korában már volt egy hisztis időszaka. Az anya a gyermekorvosától kért tanácsot, aki azt mondta, hogy a pszichológushoz még kicsi a gyerek, ne figyeljen a hisztire, majd elhagyja. Ez akkor bevált, de most nem. Az anya hiába magyaráz, nyugtat, csap a fenekére, kitartó hisztijével eléri, amit akar. A hiszti oka az anya szerint az, hogy minden pillanatban igényli az anyai odafigyelést. „Nem lehet elmenni tőle sehová. Ez már így volt csecsemő korában is, ha az anyósomnál hagytam, amíg ügyet kellett intéz-nem, úgy kellett meglógni előle, hogy ne vegye észre, mert különben ordított utánam.”

Családról: Egy lakótelepi lakásban élnek, a szülők nem házasodtak össze. Mindketten dolgoznak, anya betanított munkás, apa géplakatos. Gyermek nélkül négy évet éltek együtt. A kisfiú egyéves korában az apa elköltözött. Jelenleg ismét egy lakásban élnek, de nincs élettársi kapcsolat köztük. Az apa a gyereket elköltözése alatt látogatta. Játsszani szokott a gyermekkel, „bohóckodik” vele.

A gyermek fejlődési adatai: A gyermeket mindkét szülő akarta, bár voltak párkapcsolati problémáik. Anyának ez a második terhessége, másfél évvel korábban volt egy vetélése, várandóssága harmadik hónapjában. Veszélyeztetett volt a terhessége, nem is dolgozott. Az első három hónapban sokat aggódott a babáért, és mindvégig a párkapcsolatáért. Maga a szülés problémamentesen zajlott. 4010 grammal, apa jelenlétében született. Az anya szop-tatta, de a teje nem volt elég tápláló. A baba 3 hetes ko-rában kiszáradt. Kórházba kerültek, ahol infúziót kapott. Ezután az anyatej mellett pótlást kapott tápszer formájában egy ideig, de hamar elkezdtek a főzelék és bébiétel-evést. Mozgásfejlődésével nem volt gond. Beszédfejlődése

lassabban haladt, de a bölcsődébe járás óta jelentősen bő-vült a szókincse és mondatokban beszél. Szobatisztasága még nem alakult ki teljesen. Játéka: autózik, épít. Szívesen játszik együtt nála idősebb gyerekekkel. A mesehallgatást nem szereti, inkább csak a TV-ben néz mesét. Otthon játszva igényli anyja jelenlétét. Bölcsődébe szoktatása könnyen zajlott, kicsit sírt, inkább beletörődő volt a visel-kedése. Ez meglepte az anyát, nagyobb ragaszkodásra, erős sírásra számított. Az anya számára nehéz volt a beszokta-tás. Sírással küszködve mondta: „korábban éjjel-nappal csak velem voltam, nagyon hiányzik nekem. Napközben sokszor eszembe jut, hogy vajon most mit csinál, gondol-e rám, hiányzom-e neki.” Amikor megszületett a fia, úgy gondolta, hogy 3 évig otthon marad, de az anyagiak miatt vissza kellett menni dolgozni, és a régi helyét is elveszíti, ha vár még egy évet.

Tünettel kapcsolatos feltevések: Esetemben a gyermek bölcsődébe helyezése kényszerítő körülmények hatására történt, nem az anya döntése volt. Bármilyen is legyen azonban a szülői motiváció, egy új helyzetet jelentett az anyának, és a gyermeknek egyaránt. A bölcsődei beszok-tatással járó tünetek, mint a fokozott sírás, evés-alvás zavar, szeparációs szorongás, nyugtós viselkedés, anyához való ragaszkodás, ezen új helyzetre adott – adekvátnak te-kinthető – reakciók. Legtöbb esetben átmenetiek, az idő múlásával veszítenek intenzitásukból, majd megszűnnek. Jelen esetben azonban érzelmi zavar formájában – erős dac az anyával szemben, autoagresszív viselkedés – fennma-radtak. Az anyánál, a fiáért való aggódás, ragaszkodás, váltakozott a tehetetlenség és harag érzésével: nem értette viselkedését. Büntudatot érzett amiatt, hogy 3 éves kora előtt, a gyermek bölcsődébe adása mellett döntött. A kisfiú első találkozásunk alatt, az anya ölében, vagy szorosan mellette ült egy kisszéken. A játékpólcról egy autót vett le, de azt is anyja segítségével. Feltételezésem szerint, az egymástól való elválás problé-mája állhat a tünet hátterében. Az anyában – hónapokkal



a gyermek bölcsődébe kerülése után – sem csitult az elszakadás fájdalma. Azzal, hogy korábban „meglógott” a gyermek elöl, elkerülte az elszakadás fájdalmát, de egyben elmulasztotta, a fájdalom elviselésének „tanítását,” és gyakorlását mindkettőjük számára.

Az anyával öt találkozásban állapodtunk meg, melyen minden alkalommal a gyermek is résztvett. A konzultáció lényege az alábbiakban foglalható össze:

Az anyánál fia elengedését megnehezítette a származási családjából eredő probléma: édesanyjához szoros érzelmi szálakkal kötődött. Anyja nagyon figyelt rá, s ő jó kislányos viselkedéssel hálálta ezt meg. Amikor nagyobb lett, táborozni sem ment el, nem hagyta magára. 16 éves korában szülei elváltak, de továbbra is együtt laktak a megosztott lakásban. Nővére hamar kilépett a családból. Az anya 28 éves volt, amikor elköltözött otthonról. „Nem volt túl jó az életünk. Anyámmal mi csak egymásnak voltunk. Apám már óvodás koromban keményen ivott, bántotta anyámat, gyakran menekültünk.” Nehezen, a szégyen érzésével küzdve idézte fel gyermekkori emlékeit. Úgy éreztem, hogy véd- és dacszövetség alakult ki anya és lánya között. A szövetségben belüli erős érzelmi közelség erősítette összetartozásukat, de megnehezítette az anya autonómiáját, szeparációját a családtól. D. Stern szerint „az anyaság állapotának folyamán megújulnak a kötelek az anyafigurákkal”, és követendő vagy elvetendő mintául szolgálnak. A konzultáció során érintettük az anya, saját anyjához fűződő kapcsolatát, a múlt emlékeinek hatását a jelenre. Beszélgettünk nevelési kérdésekről, az önkontroll képességének alakulásáról, a szülői határállítás fontosságáról, az agresszió témájáról. Közösen visszaneztük az otthoni játékról készített rövid felvételt. Időhiány (bölcsőde nyári zárása, szeptembertől óvodás lesz a kisfiú) miatt nem érintettük részleteiben a párkapcsolati problémát. A gyermek autoagresszív tünete a második találkozás után megszűnt. A konzultációs órákon kezdeti gátolt viselkedése oldódott. Amikor hisztiző viselkedése megjelent, igyekeztem az anyát támogatni, hogy kézben tudja tartani a

dolgokat. A kisfiú hisztis viselkedése gyakoriságában csökkent, az anya számára pedig kezelhetőbbé vált, ami szülői kompetenciáját erősítette a tehetetlenség érzésével szemben.

Szakirodalom

BOMInfo. *A bölcsőde és család kapcsolata.* Hírcsomag 2008/4. Hírlevél 140. Pro Excellentia Alapítvány a Napközbeni Kisgyermekellátásért

BOMInfo. *A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja* 2008. Hírcsomag 2008/4. Hírlevél 141. PRO Excellentia Alapítvány a Napközbeni Kisgyermekellátásért.

Daniel N. Stern, D. N. (1995) *Az anyaság állapota.* Animula Kiadó, Budapest

Danis, I. (2010) *A szülővé válás társadalmi és pszichológiai folyamatai.* Pázmány Péter Katolikus Egyetem Szülő-csecsemő konzulens képzés, Kézirat

Éva Hédervári-Heller, É. (2008) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia.* Animula Kiadó, Budapest.

Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2008) *Áttekintés a családról* 2. kötet. Animula Kiadó, Budapest

Michael Cole, M., Cole S. R. (2006) *Fejldéslélektan.* Osiris Kiadó, Budapest

Selma H. Fraiberg, S. H. (1990) *Varázsos évek.* Park Könyvkiadó, Budapest

Nagy Bandó András: Kicsinyke vágycak

Figyelj rám, mintha jel volnék,
Keress úgy, mintha nem volnék,
Vigyázz rám, mintha gyöngy volnék,
Fizess úgy, mintha szolgálnék,
Evezz úgy, mintha tó volnék,
Idébb ülj, mintha tűz volnék,
Melengess, mintha jég volnék,
Etess úgy, mintha éhezneék,
Itass úgy, mintha szomjazneék,
Olvass úgy, mintha vers volnék,
Hallgass úgy, mintha dal volnék,
Szeress úgy, mintha jó volnék.



ALVÁSZAVAR, ALVÁS – ZAVAR? HOGYAN SEGÍTHET A SZÜLŐ-CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓ A HÁZI GYERMEKORVOS SZÁMÁRA?

Dr. Nagy Ilona

csecsemő- és gyermekgyógyász
15/3 Órjázat Gyermekrendelő
e-mail: nagyica@freemail.hu

Nem ismerünk olyan testi vagy lelki zavart, amely bizonyos mértéket meghaladva ne okozna alvászavart.

Akkor beszélhetünk az éjszakai pihenés zavaráról, ha az egyén alvását a korábbihoz képest megváltozottan éli meg, és ez számára panaszt okoz (mennyiségi, minőségi, pszichés tényezők). A meghatározás alapján láthatjuk, hogy a probléma súlyosságának megélése erősen függ a páciensről és annak kulturális környezetétől. Felnőttek esetében az átmeneti alvászavarok előfordulása eléri a 30–40%-t, krónikus formában pedig a lakosság 10–15%-a szenved. Ezen betegek 5%-a beszél meg problémáit háziorvosával és felmérések szerint közülük csak 20% részesül megfelelő terápiában. Gyermekes esetében még magasabb előfordulási aránnyal számolhatunk (9 hónaposan 42%). A gyermekek alvászavara a szülő alvászavarát is okozza, ami mindkettőjükénél kialvatlanságot, aluszékonyságot, testi tüneteket és betegségeket okozhat. A kialvatlanság rontja az ember teljesítőképességét, növeli a balesetek kockázatát, és csökkenti az immunrendszer védekező képességét.

Az alvás biológiai jelentőségét sokféleképp magyarázzák. Ilyenkor történik a szervezet regenerálása, fizikai és szellemi működés pihentetése, keringés reguláció, ami energia megtakarítással jár. Viszont a REM fázisban nagyaktivitású agyműködés zajlik jelentős energia felhasználással. Az álomtevékenység alatt valószínűleg (mely lehet NREM fázisban is) az információ feldolgozás, a viselkedés minták, az érzelmi viszonyulás programozása folyik. Az alvás kiemelkedő jelentőségét bizonyítja, hogy a tartós alvásmegvonás halálhoz is vezethet. Állatkísérletek-

kel igazolták, hogy a REM fázis megvonása a csökkent energia felhasználású fázisok alvásmennyiségének megmaradása mellett is, egyre súlyosabb kialvatlanságot okozott, majd a teljes alvásmegvonáshoz hasonlóan, a kísérleti állatok pusztulását okozza. Az alvásciklusok megvonása után pótló (rebound) hatás érvényesül az adott alvás stádiumra. Ahhoz, hogy megértsük az alvászavarokat, tekintsük át a normál alvás jellemzőit.

Prechtl és Beintema az éberség foka szerint gyermekeknél a következő stádiumokat különbözteti meg: mély alvás, gyors szemmozgásokkal járó alvás, szendergés, nyugodt éber állapot, aktív éber állapot, erős sírással járó éber állapot. Az alvásfázisok meghatározására Reschtschafffen és Kales 1968-ban kidolgozott standardját használják (1. ábra).

A normál alvás során szabályos rendben zajlanak az egyes alvásfázisok, ez adja az alvási mintázatot (2. ábra). Lefekvés után az alvási latencia (az alvás kezdete) 5–10 percet vesz igénybe. Ezután a LHA egyre mélyülő fázisai következnek, majd a LHA egyre felületesebb fázisai, és végül a REM 10–15 percig. Ez ad egy alvásciklust, melynek ideje 90–120 perc. Ezen belül a REM latencia 80–100 perc. A REM fázis után következik az felébredés. Az éjszakai alvás során 4–6 alvásciklus követi egymást. Reggel fele az alvási ciklusok szabálytalanabbá, felületesebbé válnak. A REM időtartama a reggeli ébredéshez közeledve nő, 10 percről 5–40 percig is. Felnőttekben a LHA/REM 80/20% a teljes alvás során, gyermekek esetében a REM aránya magasabb.



Polygráphiás EEG regisztrátum	Éber állapot	LHA 1-es fázis Szendergés (Lassú Hullámú Alvás)	LHA 2-es fázis Felületes-középmély alvás	LHA 3-as fázis Középmély-mély alvás	LHA 4-es fázis Mély alvás	PA Paradox alvás, álmfázis, REM-fázis
EEG	Lapos, desynchronizál	Szakaszos alfa aktivitás, lapos szabálytalan théta-hullámok megjelenése	Hullámbő, polyritmikus, théta és delta összetevőkkel (alvási orsó és K-komplex)	Delta aktivitás 30-50%-ban, elmosódó alvási orsó, összekapcsolódó K-komplexek	Delta aktivitás több, mint 50 %-ban	Alacsony feszültségű, desynchronizált EEG, szabálytalan gyors tevékenységgel (hasonlít az aktív éber állapotra)
Szemmozgások	Szemmozgás, pislogás	Lassú szemmozgások lehetnek	nincs	Általában nincs	Általában nincs	Szakaszosan gyors szemmozgások (Rapid Eye Movements)
EMG	Nyugalmi izomtónus és spontán mozgások	Inkább csökkent	renyhe	renyhe	renyhe	Teljesen lecsökkent, kivéve oculomotor rendszer és diaphragma, finom myoclonusos rángások, végtagmozgások

1. ábra

Az alvás alatti vegetatív változások elsősorban ultradián ritmus szerint változnak, a sympatikus rendszer aktivitását a parasympatikus rendszer túlsúlya váltja fel. A szívritmus, a vérnyomás a LHA mélyülésével, felületessé válásával szinkron változik. A légzésszám REM alatt jelentősen nő. A testhőmérséklet már elalvás előtt csökken, majd REM alatt jelentősen nő. A verejtékezés LHA mélyülésével, felületessé válásával szinkron változik, REM alatt leáll, ennek megfelelően a bőrellenállás LHA mélyülésével, felületessé válásával reciprok változik. A belsőelválasztású mirigyek REM alatt átmenetileg aktívak, LHA fázisban viszont a növekedési hormon elválasztása indul meg. A nemi szervek esetében álmotartalomtól függetlenül REM fázisban átmeneti erectio lép fel (ennek hiánya férfiakban a keringési rendszer betegségét is jelentheti). Az alvás korfüggő jellegzetességeket mutat. A korrallal csökken az alvás igény, a Lassú Hullámú Alvás (NREM) 3. és 4. stádium aránya is csökken.

Az újszülött a megszületése utáni 1-2 órát LHA 4. stádiumban tölti, majd első néhány nap alvásának 10%-át adja a LHA 4. stádium. A második naptól kezd felváltani magzatra jellemző REM alvást az idősebb csecsemőkre és kisgyermekekre jellemző alvásminta. A REM stádium aránya 50%-ra tehető. Átlagosan a csecsemő a nap kétharmadát alvással tölti, ez naponta 5–10 alvásperiódust jelent.

Kisdéd korra alakul ki a nappali ébrenlét dominanciája, az alvás-ébrenlét diurnális ritmusa. Egy éves korra éjszaka 14-16, délelőtt és délután 2–4 órát alszanak a gyermekek. Két éves korra éjszaka 12–14 órára csökken ez az idő, a délelőtti alvás megszűnik, a délutáni alvás még megmarad, fokozatosan csökkenve az iskoláskorig. Óvodás gyermekek általában éjszaka 10-11 órát alszanak. Az életkor előrehaladtával a REM dominanciája csökken.

Serdülők esetében a napközi álomosság nő, az alvási latencia csökken, ami nem csak a serdülők megváltozott élet-



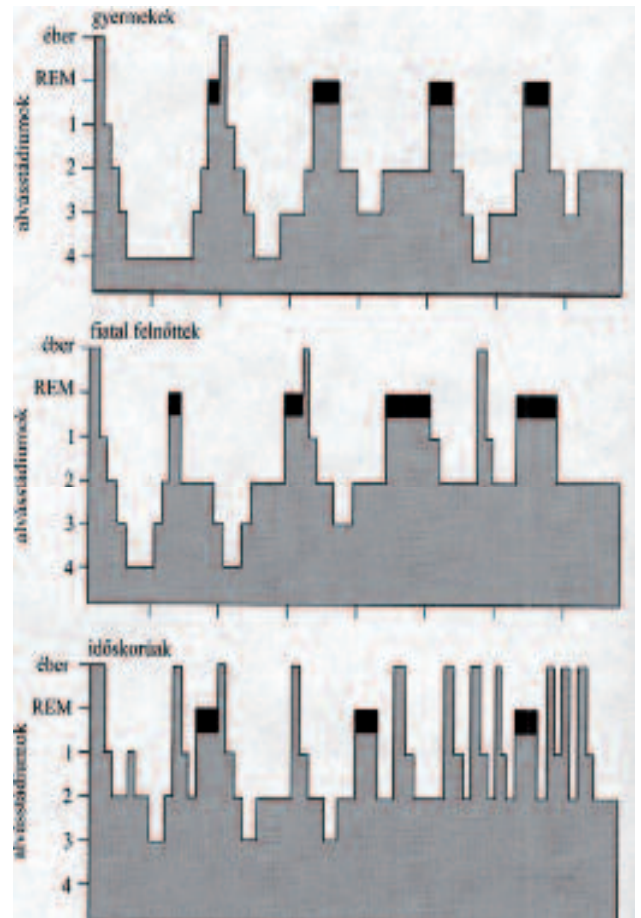
módjának, hanem hormonális hatásoknak is köszönhető (növekedési hormon, gonadotropinok).

Felnőtteknél a REM fázis az alvási idő 20%-t teszi ki. Idős korra csökken az alvástartam, nő az ébrenlét időszaka. Feltöredezik az alvás ciklicitása, növekszik az éjszakai felébredések száma és nappali felületes alvási periódusok jelentkeznek. (2. ábra)

A cirkadián alvás-ébrenlét ritmust a szervezet biológiai órája („időadó” (Zeitgeber)) szabályozza. Ez az óra a nucleus suprachiasmaticusban található. Az itt lévő receptorok a corpus pineáleban a sötétség hatására termelődő melatoninra érzékenyek. A fényen kívül egyéb exogén impulzusok (sötétség, külső hőmérséklet, táplálék, folyadék felvétel, társas kapcsolatok) és endogén (belső hőmérséklet) tényezők is hatnak. Ha kísérleti körülmények között kiiktatunk minden külső impulzust a szervezet cirkadián ritmusa 10-11 perccel hosszabb, mint 24 óra és inter-, ingerlésre és individuálisan stabil.

Kísérleti adatok alapján az éber állapot fenntartásáért a thalamus, a formatio reticularis magasabban fekvő részei felelősek. LHA stádiumokban az alsó agytörzs, a hypothalamus raphe magvak aktiválódnak, míg a REM fázisban a híd locus coeruleus (REM-on neuronok acetilkolin agonista aktívák) területe aktív.

A kémiai szabályozás elsősorban a LHA fokozására hat (DSIP (Delta Sleep Inducing Peptid), muramil dipeptid, IL-1). A hormonális rendszerben az arginin vazotocin, a kolecistokinin, a GH, a GHRH, az inzulin, az interferon a LHA idejét növelik. A somatostatin, a vasoaktiv intestinalis polipeptid a REM szakaszt növeli. A neurotranszmitterek közül a katekolaminok a LHA kisebb mértékű csökkentéséért, a REM kialakulásáért felelősek, az éber állapot/REM befolyásolásában játszanak szerepet. A szerotonin serkenti az éberséget fékező rendszereket, aktiválja az alvást. Az acetilkolin a REM szabályozásában az



2. ábra Normális alvásciklusok

Forrás: Ganong W. F. Az orvosi élettan alapjai

Ach/NorA rendszeren keresztül vesz részt. A hisztamin-1 receptor antagonisták elősegítik az alvást, míg az opiátok gátolják a normál alvást. A thalamus formatio reticulárisában a GABA-erg sejtek gátló hatása biztosítja, hogy a külvilágból érkező éberséget fokozó ingerek ne kerüljenek az agykéregbe.

A normál alvást, álmoságot el kell különítenünk az aluszékonyságtól, amikor az eszmélet a külső stimulus megszűnte után hosszabb-rövidebb ideig még tiszta marad, a páciens réveteg, álmosan tekint maga elé, környezetével



nem törődik, de direkt ingerekre reagál, kérdésekre adekváтан válaszol. Neurológiai károsodásokban gyakori tünet, melyből az állapot rosszabbodásával letargia, sopor és végül coma alakul ki. Laikusok számára ezek az állapotok szinte elkülöníthetetlenek, így az alvás-halál félélmek alapja lehet, különösen, ha a családban már előfordult alvás közbeni halál vagy SIDS.

A bonyolult idegi, neurotranszmitter és neurohumorális szabályozás miatt több modell is született az alvás-ébredés szabályozás magyarázatára. A reciprok antagonista modellben két rendszer, ébresztő és elaltató rendszer működik egymástól elhatároltan, de együttesen. A modell továbbfejlesztett változatában egyetlen oszillátoron belül kolinerg, kolinocéptív REM-aktív, és aminerg, aminocéptív LHA-aktív sejtcsoportok is vannak, melyek gátló- és serkentőimpulzusainak aktiválódása adja az alvás ritmusát. A patológias eltérések magyarázatára Borbély „Két folyamat modellje” a legalkalmasabb. Ebben az alvást segítő anyagok felhalmozódása, bomlása és a cirkadián alvásküszöb oszcillációja (maximum délután, minimum hajnalban) adja az alvás-ébredés ritmusát.

Az alvászavarok leggyakoribb formája az insomnia, ami az elalvás és az éjszaka átválásának nehézségét jelenti. Jellemzője a megnyúlt alvási latencia, gyakori ébredés, felszínes alvás, fárasztó, nyugtalan álmok, elégtelen pihenés. Ezzel ellentétben a hypersomnia, mely a túlságosan hosszú vagy mély alvást jelenti, melyből a beteg csak erőteljes ingerekkel ébreszthető. A fokozott alváskészség, az éjszakai alvási és a nappali éber állapotra is vonatkozhat. Ébredés utáni hosszantartó álomittasság, nappali dezorientációs jellegű élményzavarok, alvási attackok jellemzőek (Klein-Lewin szindróma, narcolepsia, agyi károsodás, depresszió, toxikus szerek, heveny fertőzések).

Az alvás-ébredés ritmusának változása is alvászavarhoz vezet. Ilyen problémát jelent több időzóna hirtelen átug-

rása utazás során („jet-lag”), vagy a több műszakos munka („shift work”) és a hétvégi napirend felborulás („Sunday night” insomnia).

Jellegzetes panaszokkal járnak a parasomniák. Ezek főképp gyermekekre jellemzőek. Ilyen az alvajárás, mely legtöbbször mély LHA-ban (3., 4. fázis) részleges ébredéssel jár (különleges formája az éjjeli falánkság); a pavor nocturnus, a LHA fázis alatt is álomműködéshez kapcsolódóan, ébredés után zavartsággal járva; a lidérces álom (incubus), mely álomtevékenységhez kapcsolódóan REM alvás idején és nincs ébredés utáni zavartság; az enuresis nocturna, amely elsősorban a LHA jelensége, részleges ébredési hajlammal; a somniliquia, a bruxismus, a jactatio capitis, a robbanó fej szindróma, az alvási hallucinációk (hipnogog és hipnopomp), az alvási paralízis, a REM viselkedészavar, szexszomnia.

A szerteágazó problémakörből foglalkozunk most csak a gyermekek (0–18 év) insomniájával, ami természetesen maga után vonja a szülők insomniáját is.

Kiváltó okai a következők lehetnek: testi (fájdalom (3. ábra), pruritus (4. ábra), nycturia (5. ábra), éjszakai iz-zadás (6. ábra), alvási felszabadulások jelenségei (akaratlan mozgások) (7. ábra), szívdobogásérzet (8. ábra), légzési rendellenességek (9. ábra), az alvás-ébredés ritmusának felborulása (10. ábra), parasomniák (10. ábra)), lelki megbetegedések (11. ábra), környezeti tényezők (gyógyszer, alkoholfüggőség serdülők körében!) (10. ábra), és az alvássalap helytelen szülői megítélése.



Fájdalom

Acut fertőzésekhez társuló fájdalmak átmeneti alvászavarral járnak
(banális virális és bakteriális fertőzések, herpes zooster, myalgia epidemica, lymphadenitis mesenterialis, myocarditis, endocarditis, mediastinitis, hepatitis, májtályog, rekesz alatti tályog, epehólyag gyulladás, stb)

Krónikus betegségekhez kapcsolódó fájdalom

Idegrendszer

Liquornyomás növekedése (vízmérgezés, túlzott sómegszorítás, veseelégtelenség, A-hypervitaminosis)
Térfoglaló folyamatok, aneurizmák
Migrain
Epilepszia speciális formái
Arteria spinalis anterior sy
Neuritis plexus brachiális
Scalenus-szindróma
Ischialgia

Gyomor-, bélrendszer

Gyomorégés (terhesség, GOR)
Gyomorfekély, nyombélfekély
Appendicitis chronica
Colitis ulcerosa, Crohn betegség, colon irritabile

Passzage zavarok (vak bélkacs-szindróma, diverculitis, gastritis polyposa, intstinális polyposis, cardiaspasmus stb)

Hasi migrain
Pangásos máj

Csont-izomrendszer

Növekedési fájdalom
Sérülések, fáradásos törések, osteonecrosis, epiphyseolysis, posttraumás fájdalom, fantom fájdalom
Izületi fájdalmak (arthritis parainfectiosa, haemarthros, sarlósejtes anaemia)
Fertőzések (osteomyelitis, arthritis, spondylitis, trichinosis,)
Autoimmunbetegségek (Dermatomyositis, rheumatoid arthritis, juvenilis rheumatoid arthritis, febris rheumatica, periarteritis nodosa, polymyositis acuta, lupus erythematodes)
Osteochondrosisek (Behcet kór, Schlatter-Ossgood-kór, Perthes-kór, Scheuermann-kór stb.)
Osteoporosis, rachitis, scorbut
Discus hernia
Tietze-szindróma
Sérvek, hiátus hernia
Porphyria
Spondilolisthesis Coccygodynia, levator ani szindróma
Familiáris földközi-tengeri láz
Familiáris osteolysis
Synchondrosis ischiopubica Van Neck, meralgia paraesthetika Jeans
Izomglycogenesis
Myopathiák

Térfoglaló folyamatok

Carcinoid-szindróma
Különböző csont- és lágyszövet-daganatok (haemangiómák, leucaemiák, histiocytosis X, Zollinger-ellison-szindróma, phaeochromocytoma, extra- és intramedulláris daganatok)

Krónikus mérgezések (tallium, ólom, fluor)

Depresszió

3. ábra Gyakoribb, alvászavarhoz vezető fájdalmak



Pruritus

Rovarcspés
Urticaria
Allergia
C1 észteráz hiány
Angineurotikus oedema
Gombás fertőzés
Scabies
Oxyuriasis – prurigo ani
Atópiás dermatitis
Ekzema
Májbetegség
Icterus, biliaris atresia
Histiocytosis X
Diabetes mellitus
Uraemia
Precancerosus állapot
Leukémia
Gyógyszer
Táplálék
Allergia
Magas hisztamin tartalom
Házipor
Irritáló saját verejték
Tisztálkodás hiánya vagy túlzásba vitele
Nem megfelelő alsónemű, ágynemű (műszál, gyapjú)

4. ábra

Nycturia, polyuria, enuresis

Diabetes mellitus
Diabetes insipidus
Krónikus veseelégtelenség, tubulopathiák, AGS
Húgyúti fertőzés
Hypercalcaemia
D-vitamin túladagolás
Conn-szindróma
Csökkent húgyhólyagkapacitás
Irritabilis húgyhólyag
Pszichogen polydipsia

5. ábra

Éjszakai izzadás

Acut vagy krónikus infekciók
Hipoglikémia
Növekedési hormon hiány
ACTH hiány
Cortizol hiány
Androgenitalis-szindróma
Zetterstörn-féle adrenális
elválasztási hiány
Elégtelen glukagon termelés
Hiperinzulinizmus
Nesidoblastosis
Insulinoma
PCO
Latens juvenilis diabetes mellitus
Leucinérzékeny hipoglikémia (Cohran)
Máj csökkent glikonogenezeise (glycogen
szintetáz, glukóz 6 foszfatáz, amilo-
1,6-glukozidáz, májfoszforiláz hiány)
glikogenesisok
galactosaemia
fructóztolerancia
fruktóz-1,6-difoszfatáz hiány
aminosav anyagcserezavarok
tyrosinosis
jávorfaszörp-betegség
Pajzsmirigyfunkció zavarai
Hipotireosis
Gyulladás
Enzimhiány (jódfelvétel, jód-tirozin
kapcsolás, dejodinálás, T4 felhasználás)
gyógyszerek
Hipertireosis
Thyreoiditis
Gyógyszerek
Tumor (Sypple-szindróma,
Recklinghausen kór)
Feokromocitoma
Neuroblastoma
Hodgkin-kór
Tbc
Gyógyszer
Higanymérgezés
Hipermotilitás

6. ábra



Akaratlan mozgások	
Éjszakai myoclonus	
	Postencefalitises myoclonus
	Lassúvírus fertőzések, SSPE
	EBV vírusfertőzés
	Myoclonus epilepszia
	Infantil
	Progresszív
	Neurometabolikus betegségek
	Jávorszörp betegség
	PKU
	Mérgezés (piperazin, rezepin)
	Motorikus nyugtalanság
TIC	Nyugtalan lábak szindróma
	Jactatio capitis
	Spasmus nutans
	Gilles de la Tourett-szindróma
	Epilepszia

7. ábra

Szívdobogás érzet	
Tachycardia	
	Supraventricularis
	WPW-szindróma
	Postinfectiosus
	Ebstein anomális
	Gyógyszer (efedrin, köptető, atropin, chinidin)
	kamrai
	myocarditis
	diphtheria
	febris rheumatica
	Paroxysmalis tachycardia
	Hyperkinetikus keringés
	Veszületett illetve szerzett szívhibák
	(Kawasaki-szindróma, endocarditis, scarlatina)
	Feokromocitoma
	Hyperthyreosis
	Lázás betegség
	Bradycardia
	Extrasystole
	Szívizomgyulladás
	Diphtheria
	Hyperthyreosis
	AV blokk
	Digitalis túladagolás
	Bakteriális góc
	Testi és emocionális túlterhelés
	Szorongásos dyspnoe

8. ábra

Légzési rendellenességek

Sleep Apnoe	
	Obstructív Sleep Apnoe Syndroma (desaturáció) 2-8 éves korban 2-35 %
	Szűk csontos felsőlégutak
	Mikrognathia
	kis maxilla
	craniofacialis abnormalitások (Treacher-Collins-szindróma, Robin-sequens, Crouzo szindróma, achondroplasia, Arnold-Chiari malformáció)
	choanal atresia,
	szeptum-deviáció
	gótikus szájjpad
	Neuromusculáris betegségek
	Daganat (craniopharyngeoma, glioma)
	encephalitis, meningitis és maradványtünetei
	myastheni gravis, infantilis spinalis izomsorvadás
	Lágy szövetek eltérései
	Nyirokszövetek hyperplasiája és gyulladása (a mandulák relatív mérete és alakja játszik döntő szerepet)
	orrkagyló-duzzanat, rhinitis
	polypositas nasi (mucoviscidosis, allergia)
	haemangioma
	laryngeal web/stenosis
	papillomatosis
	laryngomalatia
	obesitas (gyermekkorban 7-22%) és ezzel járó szindrómák
	Cushing- szindróma
	hypothyreotikus myopathia, myxoedema
	macroglossia
	Acromegalia
	Pompe betegség
	Down-kór
	GOR
	Alkohol
	Gyógyszerek – szedatívumok
	Centrális apnoe (központi idegrendszer rendellenessége)
	Primer alveoláris hypoventilláció
	Agytörzsi laesio, stroke
	Encephalitis, meningoencephalitis
	Tumor
	Agyideg beidegzési zavar, sérülés
	Mérgezések
	Kevert apnoe
	Epilepszia
	Trachea szűkülete (malatia, érgyűrű, térfoglaló folyamatok)
	Éjszakai asztma, obstructív bronchitis
	Krónikus légúti fertőzés, idegentest
	Alfa 1 antitripszin hiány
	Tüdőeredetű nehézlégzés (Williams-Campbell-, Willson-Mikiti-szindróma, bronchiectasia, stb.)
	Szíveredetű nehézlégzés (cardiomyopathiák, glycogenosis, fejlődési rendellenességek, infantilis arteriosclerosis, fibroelastosis endocardii)

9. ábra



Alvás-ébrenlét ritmusának változása

Spontán inverz alvás

- Diencephalikus károsodás
- Tumor (craniopharyngeoma, glioma)
- Encephalitis, meningitis

Deszinkronizációs alvászavar (nem 24 órás alvás-ébrenlét fázis)

- Késleltetett vagy előrehozott alvásfázis szindróma

Akaratlagos alvási inverzió

- (szülői 3 műszak, „jet leg”, „Sunday night” insomnia)

Parasomniák

Alvajárás

- Éjjeli falánkság

Pavor nocturnus

Lidérces álom

Enuresis nocturna

Somnilinquia

Bruxismus

Jactatio capitis

Robbanófej szindróma

Hipnogog és hipnopomp hallucinációk

Alvási paralisz

REM viselkedés zavar sexszomnia

Környezeti tényezők

- Fogékonyság alvás alatt speciális ingerekre (anya-gyermeksírás)

Mozgásszegénység

Nem megfelelő alváshigiéne

Túl meleg szoba, száraz levegő

Rendszertelen étkezés

Gyógyszer mellékhatás, abusus, megvonás

Stimulánsok (tea, kakaó, kávé)

Alkohol (tinik alkoholizmusa!), dohányzás

10. ábra

Pszichés okok

- Az alvás túl gyakori szülői ellenőrzése

- Szülői depresszió, aggodalmaskodás

- Családi konfliktus

- Szülő becsvágya

- Feszültséget keltő izgalom (TV, krimi, nappali élmények)

- Másnapi felkészülés következményekkel járó elmaradása (iskola)

- Félelem (rabló, zaj, villámlás, szülőktől, gyermektől való elszakadás, válás, halál, környezet, kortárs, stb)

- Bölcsőde-, óvoda-, iskolakezdés

- Depresszió

- Egyéb gyermekkorban kezdődő pszichiátriai betegségek

- Pszichogen polydipsia

11. ábra

A szerteágazó okok nagy része gondos, minden részletre kiterjedő anamnesis felvétellel, a gyermek pontos megfigyelésével, fizikális vizsgálatával, alvásnapló vezetésével kizárható. Anyagcserezavarokra, hormonális, kardiológiai, pulmonális, renális, hepatikus, idegrendszeri betegségre utaló eltérések esetén vér-, vizelet- és képalkotó vizsgálatokat kell végeznünk, melyek egy része házi orvosi gyakorlatban is elérhető, más része kórházi, szakrendelői háttérrel igényel. Amennyiben obstruktív alvási apnoe gyanúja merül fel polyszomnográfias alvászvizsgálatot kell kérnünk (a zajosan alvóknak csak 20%-a szenved OSAS-ban, prevalencia 1–3%), hogy tisztázhassuk és minél előbb megszüntethessük a kiváltó okot. Az OSAS késői szövődményei (magas vérnyomás, ritmuszavarok, cor pulmonale, pectus excavatum, akár hirtelen szívhalál) relatíve későn 15–25 év múlva jelentkeznek, de akkor páciensünk még csak a felnőttkor elején tart!

Ha kizártuk az organikus, patológiás eltéréseket, milyen terápiát javasol csecsemő- és gyermekgyógyászok számára a vezető gyermekgyógyászati tankönyv?

Szülői támogatás, megnyugtatás, bátorítás. Kerüljük a büntetést, fenyegetőzést. A szülői magatartás legyen nyugodt, megértő, szilárd. A lefekvésnek legyen pontos ideje, rituáléja, ugyanígy a reggeli felkelésnek is. Ne bátorítsák a gyermeket, hogy a szülői hálóba meneküljön, testvére szobájában aludjon. Legyen a szobában gyenge éjszakai fény, tartsák nyitva az ajtót, a szoba hőmérséklete 20°C-ot ne haladja meg, a páratartalom 50-60% közötti legyen. A hálóruha legyen kényelmes, puha, nedvszívó pamutból. A lefekvés előtti időszak legyen nyugodt, csendes, mellőzzük a TV-t. Lefekvés előtt vegyen a gyermek meleg fürdőt, kapjon kellemes falatot, de ne igyon sok folyadékot és ürítse ki hólyagját. Rendezzük az emésztést-táplálkozást, még órákkal a lefekvés előtt se adjunk élénkítő hatású italokat (kóla, tea, kakaó). Állítsuk helyre a fizikai és a szellemi terhelés egyensúlyát. Lefekvés előtt legyen szülővel eltöltött meghitt beszélgetés, könyvolvasás. Tisztázzuk a szorongás okát, adjunk támogatást a gyermeknek.



Új módszerként alkalmazhatjuk Tervezett Szenzomotoros Tréninget (TSMT), amelyben mozgásos feladatok által serkentjük a nehezen kezelhető és leköthető gyermekek értelmi és a szociális funkcióinak fejlődését. Ha ezek nem használnak, gyógyszeres kezelést (diazepam, imipramin) alkalmazzunk.

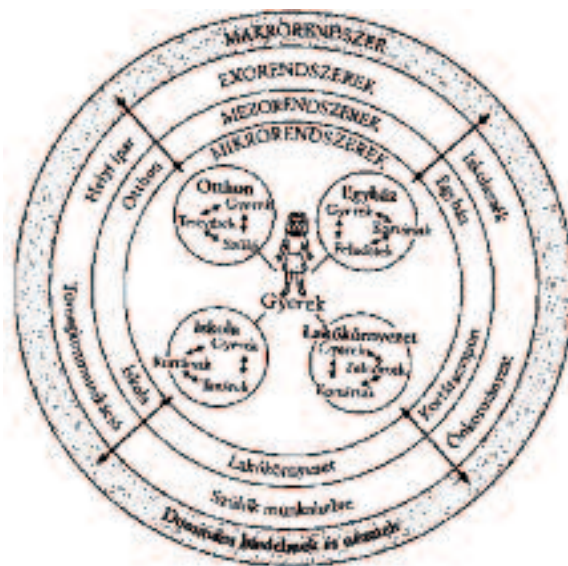
Mit tegyünk akkor, ha az utolsó pont kivételével mindezeket már végigpróbáltuk és még sem hoztak eredményt? Vagy a gyermek még túl kicsi ahhoz, hogy szorongását szakban ki tudná fejezni, a szülő pedig nem vesz tudomást ilyen problémáról vagy nincs elérhető közelségben kisdokkal foglalkozó pszichológus. Biztos, hogy már csak a gyógyszeres kezelés az egyetlen út?

A „hagyományos” orvoslás során a tüneteket, jobb esetben a tüneteket hordozó beteget kezeljük, így próbáljuk megszüntetni a panaszokat. Ez olyan esetekben, amikor igen erős pszichés háttérű eltérésekről, betegségekről van szó, gyakran kudarchoz vezet.

A szülő-csecsemő konzultáció új szemléletmódot jelent a problémák kezelésében. Ez az új szemlélet ökológiai rendszerben gondolkodik.

A gyermek problémáját a szülő-gyermek, szülő-szülő diádikus és a szülő-szülő-gyermek triádikus kapcsolatban vizsgálja a nukleáris családon belül. Mindez a szűkebb környezetünkbe (tágabb család, munkahely, helyi közösségek, segítő szervezetek) és a kultúránkba van beágyazva. Ebből következik, hogy egy probléma valaminek a kiváltó oka és valaminek a következménye is egyben. A gyermek problémájának oka és következménye, nemcsak a gyermeket érinti, hanem a családon belüli és kívüli kapcsolatokat is. A szülő problémája ugyanígy megjelenhet a gyermek tüneteiben is. (12. ábra) Feladatunk ennek a félrecsúszott kapcsolati rendszernek a felderítése, a szülő-gyermek kapcsolat-viselkedés pontos megfigyelése, a

család rávezetése a problémára és a nekik legjobb megoldásra. Ez a folyamat nem jelent mindig hosszadalmas terápiás üléseket.



12. ábra Az ökológiai megközelítés
Forrás: Cole, M.-Cole, S. R. Fejlődéslélektan

Esetünkben egyórányi beszélgetés történt – a szülő-csecsemő konzultációs tanfolyam elvégzése után pár hónappal, így a kevés tapasztalat birtokában a végkifejlet igen meglepett.

A kisdaddal homeopátiás rendelésre jöttek, mert a kisfiú fél éve éjszaka négyszer kel, és a visszaalváshoz az anyát igényli. A fenti tanácsok közül mindent kipróbáltak. Az édesanyja már nagyon fáradt, mert a nagyobb testvéreket is el kell látnia, és mellette pszichológusként dolgozik. A kisfiúnak három nagyobb féltestvére van: 4, 6 és 8 évesek, egészségesek. Édesanyja lisztérzékeny, édesapjának egészségi problémái nincsenek.

A 2,5 éves gyermek panaszmentes várandósságból, időre, komplikáció nélkül született. Korának megfelelő szomatikus fejlettségű. Mozgásfejlődése kortársainál kicsit később, de még a normál tartományon belül indult. Beszédfejlődése a szokásos kornál előbb kezdődött.



A gyermek horkol, de légzéskimaradásai nincsenek; ez már a felébredések előtt is jellemző volt rá. Pohárból csak szívósállal iszik, vizet nem iszik. Strandon vízbe nem megy. Tiltásra hamar hisztiben tör ki. Fél a költözéstől, repülőtől, építkezéstől, mindentől, ami hangos, erős inger. Közösségben először nagyon tartózkodó, nehezen oldódik fel, de utána már kezdeményező. Ha ő akarja, szívesen szerepel mások előtt. Szorongás, bánat esetén a biztonságos személyhez (anya, óvó néni) odabújik, de puszilgatni nem enged magát.

Az anya elmondása szerint a kisfiú 4 hónapos koráig rossz alvó volt. 4 hónapos korától 2 éves koráig az éjszakát átaludta. 2 éves kor után egy nyaralás kapcsán, „dőlt be” a dolog: nem volt elég hely a nyaralóban, így az anyával egy ágyban aludt, és éjszaka négyszer ébredt (12, 2, 4, 6 órakor). A nyaralásra már csak az anya és a gyerekek mentek, mert a házasság megromlott. Szeptemberben a szülők elváltak.

Az anya elmondása szerint a válás, olyan volt, mint egy dél-amerikai szappanopera: az apa megfenyegette, hogy elveszi tőle a gyerekeket. Az anya nagyon retteget attól, hogy az apának ez tényleg sikerül a válóper során. Amikor a válásról van szó, az addig a rendelőben játszó kisfiú az anya mellé húzódik.

Az ébredések a nyaralás óta minden éjszakára jellemzőek, de a kisfiú a saját ágyában alszik. Az elalvási rituálé 15-20 percig tart, szabályok szerint: felébredéskor iszik, de csak meghatározott ízű teát (ha nem olyan az íze, nem kéri – ételekben is csak a szokott ízeletet, puha ételeket fogadja el), a visszaalváshoz az anyának mellé kell feküdnie (de ha anyának kávé szaga van, eltolja magától, és annak nem kell mellé feküdnie).

Ha az anya a felébredés után később ér oda, nem válik zaklatottá. A tünetek lehetséges magyarázatai a követke-

zők. Az anya lisztérzékenysége miatt figyelni kell az ételekre: amit már ismer, az nem okoz problémát. A költözéstől való félelem összefügghet azzal, hogy a válás is költözéssel járt, az egyik szülőt elvesztette.

Az erős ingerek, hangok a viharos válást idézhetik fel. A kisfiú viselkedése (az anya mellé húzódik, ha a válásról van szó), jelzi a probléma valódi okát: az anya félelme a gyermek elvesztésétől nem oldódott fel a válóper befejeztével.

A beszélgetés további részében az alvásról, mint elválásról, a gyermek időleges „elvesztéséről” gondolkotunk és párhuzamot vontuk a válás során bekövetkezett fenyegetettség – a gyermek elvesztése – között. A kisfiú a beszélgetés alatt végig mellettünk játszott.

Két hét múlva az anya oltási időpontért hívott fel. Elmondta, hogy a beszélgetés „valamit nagyon megmozgalt”, mert a kisfiú mostanra átalussza az éjszakát, pedig a homeopátiás golyócskákat még ki sem váltotta.

Az eset alapján elmondhatjuk, hogy saját problémájában még egy szakember sem feltétlenül lát mindig tisztán. Különböző szemszögből való tényfeltárás, a szülő támogató rávezetése a lehetséges kapcsolatokra a saját problémái és a gyermek tünetei között, a gyermek jelzései alapján, meglepően gyors javulást hozott egy hagyományos szemlélettel (a gyermek alvászavara és nem a szülő szorongása, ami gyermekben okoz tüneteket) igen nehezen kezelhető problémában.

A szülő-csecsemő konzultáció beépítve a hagyományos házi gyermekorvosi munkába képes arra, hogy egy kicsit több időráfordítás árán a későbbi munkánk mennyiségét csökkentsük, mert a probléma nem jut el a pszichoszomatikus betegségig (alvászavar, asztma stb.), így nem csak a szülők, hanem a házi gyermekorvos elégedettsége is nő.



Szakirodalom

- Békefi, D.** (szerk.) (2003) *Gyermekgyógyászati Vademecum*. Melinda Kiadó, Budapest, 107-110
- Benedek, P.** (2009) *A gyermekkori obstruktív alvási apnoe szindróma*. Gyermekgyógyászat, 60. évfolyam 2. szám
- Berkow, R.** (1994) *MSD Orvosi Kézikönyv The Merck Manual*. Melánia Kiadó, Budapest, 614-615, 1398-1402, 1444-1450, 1589, 1597-1603, 2095-2098
- Cole, M., Cole, S. R.** (2006) *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest, 150, 165-168
- Danis, I.** (2008) *A szülői és tágabb környezeti tényezők szerepe a szülővé válás folyamatában és a korai anya-gyermek kapcsolat kialakulásában*. Doktori értekezés, ELTE, Budapest 8-34
- Danis, I., Gervai, J.** (2007) *Környezeti rizikó: életesemények felmérése*. Család, gyermek, ifjúság, 15, 14-20
- Dornes, M.** (2002) (1993) *A kompetens csecsemő*. Pont kiadó, Budapest
- Everbeck, H.** (1989) *Gyermekkori elkülönítő diagnosztika*. Medicina, Budapest, 76-83, 88-90, 177-180, 203-204, 221-228, 250-252, 298-300
- Ganong, W. F.** (1990) *Az orvosi élettan alapjai*. Medicina, Budapest, 197-203, 241, 702-703
- Nelson** (1995) *A gyermekgyógyászat tankönyve*. Melánia, Budapest, 17, 59, 462, 532, 1122-1123
- Hédervári-Heller, É.** (2008) *Szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő és kisgyermekkorban. Animula, Budapest
- Magyar, I.** (szerk.) (1993) *Pszichiátria*. Semmelweis kiadó, Budapest, 85-93
- Molnár, T.** (2009) *Alvászavarokban alkalmazható mozgásterápiás lehetőségek gyermekkorban*. Gyermekgyógyászat, 60. évfolyam 2. szám
- Petrányi, Gy.** (szerk.) (1983) *Belgyógyászati diagnosztika*. Medicina Könyvkiadó, Budapest 484-485
- Scheuring, N., Vajda, ZS., Axmann, E., Gergelyné Jaskó J., Czinner, A.** (2009) *Csecsemőkori légzésszavarral járó kórképek differenciáldiagnosztikája SIDS-szűréssel*. Gyermekgyógyászat 60. évfolyam 2. szám
- Schuller, D.** (1992) *Gyermekgyógyászat*. Medicina kiadó, Budapest, 30-31, 704-705
- Scientific American Medicine, Orvostudomány** (1992/3) VI. *A légzésszabályozás és rendellenességei ébrenlét és alvás alatt*
- Stern, D.** (2007) *Az anyaság állapota*. Animula, Budapest
- Stern, D.** (1997) *Egy baba naplója*. Animula, Budapest
- Vajda, Zs.** (2009) *Endokrin eltérések kapcsolata az obstruktív alvási apnoe szindrómával, különös tekintettel az elhízásra*. Gyermekgyógyászat 60. évfolyam 2. szám



Országos Gyermekegészségügyi Intézet
www.ogyei.hu

PÁCIENS TÁJÉKOZTATÓ

Engedje meg, hogy röviden bemutassuk az Intézetünkben folyó rendeléseket!

Intézetünk Bolgárkerék utcai telephelyén családtervezési- és prevenció tanácsadást és szakrendeléseket nyújtunk a lakosság részére.

Családtervezési programunkban 1984 óta fogadjuk a gyermekeket tervező párokat. A program segítségével a gyermekek egészségesebben jönnek a világra, csökken a veleszületett rendellenességek aránya, a koraszülés, a méhen kívüli várandósság.

A program keretében lehetőségük nyílik rá:

- hogy felmerülő kérdéseiket, problémáikat a védőnővel megbeszéljék,
- hogy egészségi állapotukat részben alapos kikérdezéssel (anamnézis felvétele), részben szűrővizsgálatok elvégzésével megismerjék,
- hogy a várható gyermekáldás esetleges nehézségei időben kiderüljenek.

Mikor javasoljuk, hogy részt vegyen a tanácsadáson?

Ha Önök a közeljövőben szeretnének gyermeket vállalni, de még a várandósság nem jött létre, illetve meddőség gyanúja nem merült fel Önöknél (erre akkor kell gondolniuk, ha fogamzásgátlás nélküli rendszeres nemi élet ellenére 12 hónap alatt nem következett be a várandósság). Ha szeretnének tenni azért, hogy születendő gyermekük egészséges legyen.

Mi történik majd?

Egy védőnő vezeti Önöket a program során, de a javasolt vizsgálatokon több munkatársunkkal találkozhatnak. Szükség esetén a szakorvosi rendelésekre irányíthatják Önöket. Munkacsoportunkban az alábbi szakemberekkel találkozhatnak: nőgyógyász, andrológus (férfigyógyász), genetikus, pszichiáter, pszichológus, gyermekgyógyász, védőnő, dietetikus, szoptatási tanácsadó.

A program részei:

- Védőnői tanácsadás általában három alkalommal 1-1 órában, majd folyamatos kapcsolattartási lehetőség a felmerülő kérdésekről
- Nőgyógyászati vizsgálat (rákszűrés, nőgyógyászati vizsgálat, hüvelyi ultrahangszűrés, konzultációs lehetőség, majd koravárandóssági ultrahang)
- Rubeola és bárányhimlő védettség ellenőrzése
- Spermavizsgálat
- Dietetikai tanácsadás
- Down-kór szűrés vérből (kombinált teszt).

Genetikai tanácsadónkban előre megbeszélte időpontban fogadjuk a pácienseket a hét minden napján. A genetikai tanácsadás olyan pároknak szóló szolgáltatás, akik valamilyen feltételezhetően genetikai hajlam talaján kialakuló betegség miatt aggódnak. A betegségek nagyobb részéhez szükséges genetikai hajlam. Ilyenek például a leggyakoribb halálokot jelentő szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a depresszió. Azok a betegségek, amiket kromoszóma-rendellenességek, vagy egy kóros gén (génpar) okoz, nagyon ritkák, ezek legtöbbször magasabb kockázattal öröklődnek. Ezeknél gyakran molekuláris genetikai vizsgálat, magzati diagnosztikai vizsgálat is lehetséges.

Akiknél, vagy akik gyermekeinél már jelentkezett genetikai betegség, azok a kórisme pontosítása miatt szokatlan fordulni, akik gyermeket terveznek, azokat általában a megelőzés lehetőségei érdeklik. Az első találkozás alkalmával egy részletes adatfelvételre, beszélgetésre, esetleg orvosi vizsgálatra kerül sor és ha szükséges, akkor vizsgálatokra visszarendeljük, vagy beutaljuk a hozzánk fordulókat. Intézetünk Családtervezési Programjában és Genetikai Ta-



nácsadásán részvevő pácienseink ingyen igénybe vehetik az Intézetünk mellett működő Magzati Diagnosztikai Központtal megkötött együttműködésnek köszönhetően a „**Kombinált teszt**”-nek nevezett Down-kór szűrést. A szűrővizsgálatot – amely nem helyettesíti a magzati kromoszóma vizsgálatot –, az Intézetünkben történő vérvétel és a képzett nőgyógyász által végzett ultrahangvizsgálat leletei alapján Londonban végzik el. Ennek eredménye egy esélyhányados, aminek ismeretében eldönthető, hogy az adott esetben szükség van-e magzati kromoszóma vizsgálatra.

Intézetünk **allergia-megelőző programot** kínál allergia szempontjából magas kockázatú kisbabák számára. Minden kisgyermek, akinek szülei vagy testvérei allergiás betegségben szenvednek, magas kockázatúnak számít allergia szempontjából. Ők ugyanis nagy valószínűséggel (30–80%) öröklik az allergiára hajlamosító géneket. Ha az Önök születendő kisbabája is közéjük tartozik, ne ijedjenek meg! Sajnos mindenki örököl szüleitől valamilyen betegségre való hajlamot. Mi, megelőzéssel foglalkozó orvosok, azon fáradozunk, hogy a magasabb kockázat ellenére igyekezzünk megakadályozni a várható betegség vagy betegségek megjelenését.

Szülői hivatásra felkészítő kurzusunkat, mely 12 alkalomból áll, várandós kismamák, párjuk és a várt baba testvére részére tartjuk. Hetente egy alkalommal, több szakemberrel, ugyanazokkal a team tagokkal (gyerekgyógyász, szülész, gyógytornász, pszichológus) közösen beszélgethetnek a szülésről, a szülővé válásról. A találkozásokon a témához kapcsolódó filmeket is bemutatunk, s utána megbeszéljük a felmerülő gondolatokat, érzéseket. Az „érintéses relaxáció” módszerével is megismerkednek a résztvevők, mely olyan lazító gyakorlat, ami segít a szülőknél, hogy már magzati korban közeli kapcsolatba kerülhessenek gyermekükkel. A relaxáció segítségével az anyák – testük tudatos irányításával – megkönnyíthetik a maguk és gyermekük számára a szülést. A programon minden alkalommal kismamatornát is tartunk. A felkészítő kurzus során az előző csoportokon részt vett párok „élménybeszámolót” tartanak a szülésről, a szoptatásról és az életük otthoni alakulásáról.

A program zárásaként a megszületett gyerekekkel együtt találkozunk az ún. „Bababálon”, ahol mindenki beszámol a tervezett és valós élményeiről.

A **premenstruális szindrómát** (PMS) először 1931-ben írták le, olyan tünet-együttesként, mely 4–14 nappal a menstruáció előtt jelentkezik, és rögtön a vérzés megindulásakor vagy röviddel azután megszűnik. A menstruáció előtti napokban a nők kb. 95%-a észlel enyhe panaszokat, melyek részben testi (pl.: mellfeszülés, has-, és deréktáji- és izomfájdalmak) részben pedig lelki (pl.: lehangoltság, nyugtalanság, hangulati ingadozás, bizonyos ételek (édes-ség, csoki) megkívánása) természetűek. A testi és lelki panaszokat felölelő problémák a nők 5%-ában a mindennapi életvitelt lehetetlenné tévő, kb. 48%-ban azt megnehezítő körülményt jelentenek. A PMS-ben szenvedő nők között 5-6-szor gyakoribb a depresszió előfordulása, 86%-uk élete folyamán súlyos hangulati betegséget él meg. Különösen veszélyes időszak a szülés utáni életszakasz.

Intézetünkben szeretnénk segíteni abban, hogy a gyermekágyi depressziót megelőzzük (ez PMS esetén 50–60%-os veszélyt is jelenthet). Ezért rákérdezzünk a jellemző tünetekre, hogy amennyiben veszélyeztetett lenne, tanácsot nyújtunk a depresszió kivédéséhez.

A csecsemők, és kisgyermek egy bizonyos hányada olyan viselkedési problémákat mutat, melyek intenzitásukban és tartósságukban eltérnek az átlagtól. Kutatók becslése alapján a csecsemők mintegy 5–10%-ánál alakul ki vagy már születésétől fogva vannak jelen regulációs problémák.

Regulációs zavar alatt a csecsemők és kisgyermekek állapotainak, magatartásának és testi fejlődésének szabályozási nehézségeit értjük. Ezek a zavarok az első életévben leggyakrabban erőteljes sírás, krónikus nyugtalanság, alvászavar, valamint táplálkozási és gyarapodási rendellenességek formájában mutatkoznak meg. A második életévben zavarok léphetnek fel a szülő-gyermek kötődési kapcsolataiban, megjelenhet a testvérek között rivalizálás, a dacos ellenkezés, az elválástól való félelem és a kontroll nélküli dühkitörések. A problémára irányuló konzultáció mellett teret kap



többek között a csecsemő és kisgyermek normális fejlődésére, nevelési kérdésekre, a párkapcsolatra, a család jelenlegi helyzetére, a szülők gyermekkori élményeire és a szülők saját családjukra és problémájukra irányuló témakörök.

A **Csecsemő klub** kéthetente (minden páratlan hét) csütörtökön 9–11 óráig találkozási és információs lehetőség a családok részére. Minden alkalommal jelen van egy szakember is a foglalkozáson, akinek kérdéseket tesznek fel a szülők. A klubot azért hoztuk létre, hogy az újonnan alakuló családokat igényük szerint támogassuk, illetve részüljenek egymás örömeiben. Támogatást kaphatnak a napirend, az étkezési és alvási szokások kialakításához, a mozgás és játéktevékenység optimális tárgyi környezetének megteremtéséhez. Kimozdulási lehetőséget biztosít a kisgyermekes anyáknak.

A **Kisgyermekes klub** kéthetente (minden páros hét) csütörtökön 9–11 óráig csoportos játszás, foglalkozás várja a gyermekeket. Az együttlétek alkalmával szeretnénk lehetőséget biztosítani arra, hogy egymással és szakemberekkel a gyermeknevelés aktuális kérdéseiről konzultáljanak. A csoportos játékok és együttlét során a szülők megfigyelhetik, hogy a gyermekük hogyan teremt más kisdedekkel kapcsolatot, hogyan játszik, hogy viselkedik konfliktus esetén. A szülők mintát kaphatnak a szakemberektől, a játék során kialakult nézeteltérések kezelési módjáról, valamint kérdéseik során saját megoldásaik megtalálásához.

Szoptatási tanácsadás

A szoptatás természetes folyamat, melynek készsége velünk születik. Csaknem minden édesanya képes rá, hogy gyermekét szoptassa. A természetes táplálás, a szoptatás a csecsemő egészséges fejlődéséhez nagyban hozzájárul.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása szerint, gyermekünk hat hónapos koráig kizárólag anyatejet kapjon, egy éves korig a táplálék túlnyomórésze anyatej legyen, különböző élelmiszerekkel kiegészítve. Ha a szoptatással kapcsolatban bármilyen problémája adódna, akkor sincs gond, mert megoldásukra képzett egészségügyi szakemberek és laktációs tanácsadók állnak az anyukák rendelkezésére.

A szoptatási tanácsadáson az anya mellének és a kisbaba szájának megtekintése és manuális vizsgálata, a szoptatás megfigyelése, adatok felvétele és elemzése történik. Segítséget nyújtunk a mellre helyezésben, a fejésben, a szoptatással összefüggő felmerülő kérdésekben.

Mikor javasoljuk, hogy keresse fel a szoptatási tanácsadást?

- Ha Önnek problémája van a szoptatással és személyes tanácsadásra lenne szüksége.
- Ha a csecsemő mellre helyezésével kapcsolatos kérdése van.
- Ha gyermeke valamilyen oknál fogva nem akar szopni.
- Ha érzékeny, kisebesedő a mellbimbója, fájdalmas a szoptatás.
- Ha úgy gondolja nem elegendő a teje gyermeke számára.
- Ha mellgyulladás van.
- Ha táplálással kapcsolatos kérdése van.

Intézetünk *pszichológusi konzultációs rendelést kínál első gyermeküket tervező/váró pároknak*. Tapasztalataink szerint ugyanis a gyermekvállalás öröme mellett kevesebbet beszélünk a baba érkezésének feszültségekkel teli részéről, családba illeszkedésének megfelelően az immár szülővé vált házastársaknak.

Mivel a kutatások azt mutatják, hogy a házastársi kapcsolatban nagyon sokszor akkor kezdődnek a problémák, amikor az első gyermek megszületik, – és ez súlyosabb problémákhoz vezethet, akár váláshoz is – fontosnak tartjuk, hogy a szülők tisztában legyenek a nehézségekkel is. Korai felismeréssel, a változásra való felkészüléssel a szülőpárok időben segítséget kaphatnak a további együttfejlődés erősítéséhez, s megelőzhetővé válnak a későbbi, nem szükségszerű krízisek.

Várjuk Önöket szeretettel!

1148 Budapest, Bolgárkerék utca 3.

Bejelentkezni az alábbi telefonszámokon lehet:

363–2229, 363–5272, 383–8477



AZ EDDIGI CSALÁDBARÁT KONFERENCIÁK TÉMÁI

- | | | |
|-------|------|--|
| I. | 1995 | A rooming-in különböző vetületei Magyarországon |
| II. | 1996 | A korai hazaadás lehetőségei hazánkban |
| III. | 1997 | Másság – Ki?...Mikor?...Hogyan?...mondja meg |
| IV. | 1998 | A primer prevenció és minőségfejlesztés az egészségügyben |
| V. | 1999 | Várandósgondozás és az örökbeadás-örökbefogadás kérdései
Gyász a szeretetben és a családban |
| VI. | 2000 | Köszöntés helyett búcsú – Veszteségeink és a perinatális gyász |
| VII. | 2001 | Tükör – A szülés és a születés élménye |
| VIII. | 2002 | „A család mint egység, mint érték” |
| IX. | 2003 | (Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit? |
| X. | 2004 | Egészség – Jövőkép; Egészséges generáció; Az egészség dimenziói |
| XI. | 2009 | Mit tehetünk? – Pszichés zavarok a perinatális időszakban |



Kiadja: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 1113 Budapest, Diószegi u. 64.

Felelős kiadó: Dr Mészner Zsófia főigazgató

Szerkesztő: Dr. Németh Tünde, Bürger Nóra, Kovács Réka

Kivitelezés: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal – Nyomda

Táskaszám: 1084/2010

ISBN szám: 978-963-88560-1-2