

VÁLOGATOTT FEJLŐDÉSPSZICHOLÓGIAI TANULMÁNYOK

ELMÉLETEK · GYAKORLATOK · ALKALMAZÁSOK



KÖSZÖNTŐ KÖTET
KALMÁR MAGDA
TISZTELETÉRE

SZERKESZTETTE
DANIS ILDIKÓ – TÓTH ILDIKÓ

Válogatott fejlődépszichológiai tanulmányok

elméletek · gyakorlatok · alkalmazások

Köszöntő kötet Kalmár Magda tiszteletére

Szerkesztette

Danis Ildikó – Tóth Ildikó

Budapest

2024

A kötet az ELTE PPK Pszichológiai Intézetének támogatásával, illetve az ELTE tan-
könyv- és jegyzettámogatási pályázatán elnyert forrás felhasználásával jelent meg.

Szerkesztők:

Danis Ildikó, Tóth Ildikó

Szerzők:

Cs. Ferenczi Szilvia, Danis Ildikó, Egyed Katalin, Eigner Bernadett, Gráf Rózsa,
Gyöngy Kinga, M. Ribiczey Nóra, Nagy Anett, Radványi Katalin, Szalai Gerda,
Tóthné Babos Edit

Lektorálta:

Gervai Judit

© Szerzők, 2024

© Szerkesztők, 2024

ISBN 978 963 489 704 0

ISBN 978 963 489 705 7 (pdf)



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ
Az ELTE hivatalos könyvkiadója



ELTE | PPK

eltebook.hu

Felelős kiadó: az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar dékánja

Projektvezető: Csanádi-Egresi Nóra

Kiadói szerkesztő: Tihanyi Katalin

Tipográfia, tördelés: Balázs Andrea

Borító: Balázs Andrea

Nyomda: Multiszolg Bt.

TARTALOM

Előszó helyett	7
Köszöntő sorok	11
Kalmár Magda: Szakmai életút	16
Kalmár Magda: Válogatott bibliográfia	18

RADVÁNYI KATALIN

A családi megterhelés jellemzői a gyermek atipikus fejlődése esetén	25
---	----

M. RIBICZEY NÓRA

Szülői kiegészítés	53
--------------------------	----

EIGNER BERNADETT

Atipikus interakciók, bántalmazás, traumák és transzgenerációs hatások a kötődési kapcsolatban	69
---	----

Cs. FERENCZI SZILVIA

A kisgyermek egyedisége a szülői nevelés kontextusában	103
--	-----

TÓTHNÉ BABOS EDIT

Sok lábon álló terápiák gyermekkorban: Az állatasszisztált terápiák elmélete és gyakorlata röviden	129
---	-----

GYÖNGY KINGA

A bölcsődei, óvodai nevelés hatásainak vizsgálata	167
---	-----

GRÁF RÓZSA – NAGY ANETT

Koraszülöttek eltérő idegrendszeri szerveződésének rizikója a kognitív fejlődés és az iskolai teljesítmény alakulása szempontjából	193
---	-----

EGYED KATALIN – SZALAI GERDA

Gyermekelemle-olvasás: A szülői mentalizáló-mentalitás (<i>mind-mindedness</i>) és jelentősége kora gyermekkorban	219
--	-----

DANIS ILDIKÓ

Kohorszhatások és kohorsz kutatások a fejlődépszichológiában és kapcsolódó tudományágakban	247
---	-----

Közreműködők: A kötet szerzői, szerkesztői, szakmai lektora	275
---	-----

ELŐSZÓ HELYETT

A szerkesztők köszöntő sorai

Amikor e tisztelgő kötet ötlete megfogalmazódott bennünk, arra gondoltunk, szeretnénk, ha oktatónk, mesterünk, kollégánk Prof. Dr. Kalmár Magda fejlődépszichológus 80. születésnapjára egy olyan ajándékot kapna, amit ő is egész szakmai életében ajándékozott tanítványainak: ismereteket, tudást, széles látókörű és bizakodó fejlődési szemléletet, színességet. Arra gondoltunk, hogy Magda munkásságát egy kötettel méltathatjuk leginkább, benne összegyűjtve néhány kurrens fejlődéslélektani téma áttekintését mind elméleti, mind pedig módszertani, gyakorlati alkalmazásokra lehetőséget adó területekről. Ilyen módon meghálálhatjuk mindazt, amit mi, közvetlen tanítványok tőle kaptunk, amit őrzünk, gazdagítunk, és amit mi is továbbadhatunk a következő generációk számára az alkalmazott fejlődépszichológiáról. Emellett a kötet sok kutató vagy segítő, fejlődéssel foglalkozó szakember tudását, szemléletét bővítheti, árnyalhatja, miközben egyúttal háttéranyagként szolgálhat a felsőoktatásban vagy továbbképzéseken.

Kalmár Magda több mint 50 éve az ELTE Pszichológia Intézetének oktató-kutató munkatársa, jelenleg Professor Emeritaként is aktív az új pszichológus generációk oktatásában. Az 1990–2000-es években az *Alkalmazott fejlődépszichológia szakirány* és a *Kognitív fejlődés doktori program* megalapításával több generáció képződő fejlődépszichológusait ihletett meg tudása és személyisége. Több évtizedig tett lépéseket a modern elméleti fejlődéslélektan és a gyakorlati prevenció és intervenció munka közötti híd építéséért, az alkalmazott fejlődépszichológia ismeretanyagának, szemléleti keretének és gyakorlatának térnyeréséért a klinikumban, gyermekvédelemben, pedagógiában, orvoslásban.

Magda több mint 50 éve tartó egyetemi pályafutása alatt sok ezer pszichológus hallgatót oktatott, közülük sok százan lettek fejlődépszichológusok, és közülük 9 doktorandusz írta és védte meg doktori értekezését az ő vezetésével alkalmazott fejlődépszichológiai témákban. Néhány fiatal tanítványával, kollégájával pedig hosszú, több éves, évtizedes együttműködés és/vagy rendszeres közös publikálás kötötte össze.

Közvetlen tanítványai és kollégái felkérésével indítottuk útjára ezt a kötetet. A doktoranduszok közül (a fokozat megszerzésének kronológiájában) tanulmányt írt Radványi Katalin, M. Ribiczey Nóra, Eigner Bernadett, Cs. Ferenczi Szilvia, Tóthné Babos Edit, Gyöngy Kinga, Nagy Anett és Gráf Rózsa (Medgyesi Patrícia és Sipos Lilla pedig részt vettek a köszöntő ünnepség szervezésében). A kötetbe Magda három olyan tanítványa is írt, akik bár nem az ő doktoranduszai voltak, közvetlen kollégaként, szerzőtársaként mégis hosszan követték és folytatták Magda munkásságát: Egyed Katalin, Szalai Gerda és Danis Ildikó. A kötet szerkesztőtársaként Tóth Ildikó és szakmai lektoraként Gervai Judit pedig arra a termékeny időszakra emlékezett munkájával, amely az 1990–2000-es évek aktív együttműködéséről szólt Magda ELTE-s és Judit MTA-s kutatócsoportja között megalapozva, segítve egymás kutatásait, szakdolgozók, doktoranduszok oktatását, mentorálását, fejlődépszichológiát hallgató BA-s, MA-s hallgatók képzését.

A felkérések során a szerzők szabadon, éppen aktuális érdeklődésüknek, tevékenységüknek megfelelően választhattak témát, azonban fontos volt, hogy vagy a doktori munkájukhoz, vagy Magdával közös érdeklődésükhöz igazítsák választásaikat. A paletta rendkívül színes lett: elméleti, módszertani és a gyakorlati intervenciók témakörök kidolgozására került sor, amelyek egyrészt méltatják Magda színes érdeklődését, nyitottságát, másrészt nem titkolt céllal segítik a jelenleg és közeli jövőben pszichológusnak vagy társszakmák képviselőinek képződő hallgatók oktatását, illetve már aktív, fejlődéssel foglalkozó szakemberek, kutatók ismeretszerzését néhány kurrens fejlődépszichológiai témakörben.

Ünneplő kötetünk létrehozásában és a köszöntő ünnepség megszervezésében a Pszichológia Intézet és a Fejlődés- és Klinikai Gyermekepszichológia Tanszék vezetői és munkatársai (Kende Anna, Koronczi Beatrix, Balázs Judit és Portörő Péter) támogattak minket, a könyv gondozását az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kara (Utas Boglárka képviselőjében), anyagi támogatásával az ELTE Eötvös Kiadó (Csanádi-Egresi Nóra, Turcsics István, Tihanyi Katalin és Balázs Andrea képviselőjében) vállalta fel. A tudományos szakirodalmak szabad digitális hozzáférhetőségének (Open Access) biztosítása az oktatás, kutatás, publikálás segítségével ma fontos lehetőség és felelősség, amit ezzel a kötetrel is szeretnénk volna támogatni. Köszönettel tartozunk minden kollégának, aki segítette e kötet ingyenes online megjelenését.

Kedves Magdi!

*Ezzel az ünneplő kötettel szeretnénk neked
nagyon boldog 80. születésnapot kívánni,
még sok aktív évet az egyetemen,
inspiráló élményeket tanítványaid és kollégáid körében,
és nyugodt, derűs, örömteli pillanatokat
családtagjaid társaságában!*

*Szeretettel minden alkotó és támogató
doktoranduszod, kollégád nevében:*

Danis Ildikó és Tóth Ildikó



Göd / Budapest, 2024. március 17.

**KÖSZÖNTŐ SOROK AZ ELTE PSZICHOLÓGIA INTÉZETÉNEK
KOLLÉGÁITÓL, A FEJLŐDÉS- ÉS KLINIKAI GYERMEKPSZICHOLÓGIAI
TANSZÉK JELENLEGI ÉS KORÁBBI VEZETŐJÉTŐL**

Kalmár Magda az ELTE-n egyet jelent az én generációm számára a fejlődépszichológiával, hiszen magam is, ELTE-s pszichológus hallgatóként, nála végeztem a Fejlődépszichológia 1. tárgyat. 2012-ben, amikor a Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológiai Tanszék munkatársa lettem, már nem Magda volt a tanszékvezető, mégis jelen volt a tanszéki munkában, de az egyetemi élet más tereiben is, amilyenek például a kari mikulásrendezvények, ahol rendszeresen találkoztunk unokástul/gyerekestül. Emberi melegsége, kedvessége mindig jelen lévő, de nem tola kodo volt, azóta is, a jelenben is. Különösen a specializációnkon tanuló nemzetközi hallgatókkal tudott és tud hamar egy hullámhosszra kerülni, talán mert az ő kisebb tanulócsoportjukban mozog a legotthonosabban, és mert fontos számára a hallgatói jóllét megteremtése, a szakmai szempontok mellett is. Szakmai iránymutatása nélkülözhetetlen nekünk most is, amikor ismét – ki tudja, már hányadszor – az MA program átalakításán gondolkodunk. Remélem, hogy jelenlegi tanszékvezetőként még nagyon sokáig számíthatok Magda pótolhatatlan emberi és szakmai jelenlétére, támogatására, és a hallgatóink is tanulhatnak tőle még sokáig a fejlődépszichológiáról úgy, ahogyan mástól nem tudnának.

Sok boldog születésnapot kívánok ezzel a tisztelgő tanulmánykötettel nemcsak a magam, a Tanszék, de a Pszichológiai Intézet és az egész Pedagógiai és Pszichológiai Kar nevében!

Koronczai Beatrix
a Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológiai Tanszék
jelenlegi tanszékvezetője

Budapest, 2024. március 16.

DRÁGA MAGDI!

Annyi minden jut eszembe, amit elmondanék most, a 80. születésnapodon. Először is, hogy mennyire zavarba ejtő és megtisztelő volt Tőled átvenni a Fejlődépszichológia Tanszék vezetését – és hogy Te ezt milyen egyszerűen, természetesen intézted. *Köszönöm, Magdi, most is!*

Aztán azt is el szeretném mondani Neked, hogy mennyire kristálytiszta volt a véleményed, amikor azon gondolkoztunk, hogy a mai mester programunkban szereplő Gyermekpszichiátria tárgyat hogyan nevezzük el. Ugyanis én felvettem, hogy „Gyermek- és serdülőkori pszichés zavarok”, vagy valami hasonló legyen a tárgy neve – nehogy arrogáns legyek itt az ELTE-n orvosként, hogy orvosi terminológiát erőltetek ide – de Te, Magdi, egyértelműen mondtad, hogy én gyermekpszichiáter vagyok, itt pedig az ELTE-n a pszichológusoknak egyebek mellett pont az én tudásomra is szüksége van, úgyszólván nevezük természetesen Gyermekpszichiátriának a tárgyat. Ez a személetet nagyon megkönnyítette a helyem megtalálását az ELTE profiljában.

Köszönöm Neked!

Nagyon hálás vagyok, Magdi, az elegáns együttműködésedért is, amit a tanszékvezetői munkám több mint egy évtizede alatt mindvégig éreztem. Emlékszem, amikor még csak pár hónapja vettem át Tőled a tanszékvezetői feladatot, egyszer bekopogtál a szobámba, és mondtad, hogy csak azt szeretnéd jelezni, hogy a következő héten pár napot külföldön leszel. Egyszerre nagyon zavarban voltam, és impresszionált, hogy igazán „bármit megtehetnél”, nemhogy pár napos utazást a tudtom nélkül, mégis szólsz erről.

Mindig tudtam Rád számítani a Tanszék életében, köszönöm!

Nagyon fontos volt Nekem, ha Te hozzászóltál a tanszéki értekezletekhez. Olyankor tudtam, hogy oka van, hogy elmondod a véleményed – szemléleted továbblendített fontos kérdéseket.

Köszönöm, hogy ezeket a gondolataidat megosztottad velünk!

Mindezen szakmai közös pontjainkon túl, olyan jó, hogy a magánéletünkben is lettek spontán közös szálaink: olyanok is kiderültek, amik már régen megvoltak, csak mi nem is tudtunk róluk, pl. a közös gimnáziumunk és az egymásra néző gyermekkori házaink. És az évek során lettek új közös ügyeink mint a flakonok gyűjtése a pszichiátriai betegeknek, ami miatt rendszeresen összefutottunk pár hetente, és kicsit beszélgettünk szakmai és magánéleti dolgokról.

Köszönöm ezeket a közös időket is!

Drága Magdi, nagyon boldog születésnapot kívánok Neked!

Sok szeretettel:

Judit

Balázs Judit
a Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológiai Tanszék
korábbi tanszékvezetője

Budapest, 2024. március 16.

KÖSZÖNTŐ A PÁLYA SZÉLÉRŐL

Amikor Magda 18 évesen választás előtt állt, akkor a Zeneakadémia helyett az ELTE Bölcsészettudományi Karán a pszichológia szak mellett döntött, ahol azután 1967-ben szerzett oklevelet.

Pár évi középiskolai tanári munka után 1972-ig három évet töltött a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézetében, ezután s azóta folyamatosan az ELTE pszichológus képzésében játszott szerepet tanári, kutatói, tudomány- és intézetszervezői beosztásokban. *Professor emeritaként* – immár több mint 50 éve – a mai napig tanít.

Bölcsészdoktori disszertációját „*Az élő természetről alkotott fogalmak fejlődési sajátosságai a felső tagozatra lépés időszakában*” címmel 1973-ban védte meg, 1983-ban speciális pedagógiai szakpszichológusi képesítést is szerzett. Brit, ausztrál és amerikai egyetemeken, tudományos társaságokban dolgozott vendégoktatóként és kutatóként, számos nemzetközi szakfolyóirat szerkesztőbizottságában vállalt feladatokat. Nemzetközi kapcsolatai jelentős hatással bírtak a magyarországi fejlődépszichológiai oktatás és kutatás ösztönzésében. 1994-ben védte meg kandidátusi értekezését, 2000-ben habilitált az ELTE-n.

A Fejlődéslélektani Tanszék vezetőjeként az 1990-es években, az akkor még ötéves osztatlan pszichológus képzésben létrehozta az *Alkalmazott fejlődépszichológia* szakirányt, amelynek tudásanyaga nagyban épített a kurrens nemzetközi elméleti elképzelésekre és gyakorlati alkalmazásokra. Kezdetől fogva oktató és témavezető volt a Pszichológiai Doktori Iskolában is, többedmagával létrehozta a *Kognitív fejlődépszichológia* doktori programot. Eddig kilenc témavezetettje nyerte el a PhD-fokozatot. Kutatásai a biológiailag veszélyeztetett (koraszülött) gyermekek értelmi fejlődése, az előrejelzés és az intervenció lehetőségei körül folytak, többnyire ezekbe a témákba vonta be tanítványait. Ugyanakkor, nyitott volt a más, önálló kutatási témákkal hozzá forduló hallgatók jelentkezésére is, az ő kutatásaikat is segítette tanácsaival.

Én magam 1988-ban ismertem meg Kalmár Magdát, amikor vakmerően, de tudatában korlátaimnak elhatároztam, hogy a paradicsomhalak tanulmányozása során szerzett viselkedéselemzési (és genetikai) ismereteimet/tudásomat az emberi viselkedés megfigyelésével teszem próbára. Ekkor, 1988 tavaszán már utolsó fázisában volt a *3. Európai Fejlődéslélektani Konferencia* előkészítése, amelynek fő szervezője a kiváló nemzetközi kapcsolatokkal rendelkező Magda volt. Ő bátorított arra,

hogy bemutassak a konferencián egy posztert a humánetológia területén tett első lépéseimről, amelyeket az Eibl-Eibesfeldt által vezetett Seewiesen-i Humánetológiai Intézetben tettem. Ott – a Soros Alapítvány ösztöndíjával – egy dél-amerikai Yanomami indián és egy, az óceániai Trobriand-szigeteki hagyományos életformát folytató közösségben felvett filmekben elemeztem anyák és segítők gondozói viselkedését. Magdát nagyon érdekelte az általam kipróbált etológiai, viselkedést leíró/elemező megközelítés, és későbbi együttműködésünk is ezen az érdeklődésen alapult. Ugyanakkor, korábbi tanulmányaink során nem találkoztunk, nem is ismerjük egymást, így Magda pályafutásának az első két évtizedben nem voltam tanúja.

Az MTA Pszichológiai Intézetében az általam vezetett Szociális Fejlődéslélektani Csoport 1996-ban elindította a *Budapesti Családvizsgálatot*, s a résztvevő, időre született csecsemők közül választottunk kontrollmintát Magda egyik, koraszülöttek fejlődését tanulmányozó longitudinális vizsgálatához. Az együttes vizsgálatban mindkét kutatócsoport doktori hallgatói részt vettek, több mérési módszert kölcsönösen megosztva. Több ízben közösen vettünk részt nemzetközi konferenciákon, ez is erősítette a csoportjaink közötti szakmai és baráti kapcsolatot.

Magda bevont engem és a doktori hallgatókat is a Fejlődépszichológiai Tanácsra folyó oktatásba; kurzusokat tartottunk, szakdolgozati témákat vezettünk sok éven át. Mind a kutatási, mind az oktatói együttműködés természetes módon gyengült meg az idő múlásával s azzal, hogy tanítványaink a saját szétágazó útjaikat kezdték járni. A Magda előtt tisztelgő jelen tanulmánykötet Magda hajdani tanítványainak írásait tartalmazza, amelyekből nyomon lehet követni, merre vezettek ezek a saját utak. A szerkesztők (volt doktoranduszaim) felkérésének eleget téve ezért is örömmel lektoráltam a tanulmányokat.

Gervai Judit
c. egyetemi tanár

Budapest, 2024. március 11.

KALMÁR MAGDA

Szakmai életút



Kalmár Magda (Budapest, 1944. május 13. –)
fejlődépszichológus, egyetemi tanár,
az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar (ELTE PPK)
Pszichológiai Intézetének *professor emerita* oktatója, kutatója.
Az ELTE Pszichológiai Doktori Iskola törzstagja.

Kalmár Magda felsőfokú tanulmányait az ELTE Bölcsészettudományi Kar (ELTE BTK) pszichológia szakán folytatta, oklevelét 1967-ben szerezte. Pályakezdőként a Móra Ferenc Középiskolai Leánykollégium és Egészségügyi Szakközépiskola tantestületében dolgozott mint kollégiumi nevelőtanár, pszichológiatanár és mint az Országos Pedagógiai Intézet kutatási ösztöndíjasa (1967–1969). 1969-től a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézetében tudományos segédmunkatársi, majd munkatársi beosztásban dolgozott. 1972 óta pedig egészen a mai napig az ELTE munkatársa: tanári, kutatói, tudomány- és intézetszervezői beosztásokban működött.

Bölcsészdoktori disszertációját *Az élő természetről alkotott fogalmak fejlődési sajátosságai a felső tagozatba lépés időszakában* címmel és témakörben 1973-ban védte meg, 1983-ban speciális pedagógiai szakpszichológusi képesítést szerzett, 1994-ben pedig megvédte kandidátusi disszertációját *Koraszülött és időre született gyerekek értelmi fejlődésének longitudinális összehasonlító vizsgálata* címmel. 2000-ben habilitált az ELTE-n. Pályafutása alatt hosszú évekig volt a Pszichológia Intézet Fejlődéslélektani Tanszékének vezetője, az 1990-es években kollégáival megalapította az Alkalmazott fejlődépszichológia szakirányt. A PhD-képzésbe is kezdettől fogva bekapcsolódott oktatóként és témavezetőként, kollégáival létrehozta a Kognitív fejlődés doktori programot. Pályafutása alatt 9 doktorandusza védte meg disszertációját alkalmazott fejlődépszichológiai témakörökben.

Szakmai ambíciói és kiváló (orosz, francia, angol) nyelvtudása révén egész pályafutása alatt széles körű nemzetközi kapcsolatokat ápolt. Nemzetközi tanulmányútjai során többek között az Egyesült Királyságban, az USA-ban és Ausztráliában oktatott, kutatót, rendszeres látogatója és szervezője volt nemzetközi konferenciáknak. Külföldi útjai során számos nemzetközi pszichológiai társaság és szakmai folyóirat munkájába is bekapcsolódott.

Kutatási érdeklődésének központi témája a fejlődés egyidejű és longitudinális összefüggés-mintázatainak vizsgálata a perinatális rizikó és a környezeti feltételek függvényében. Több OTKA-projektet vezetett, amelyek nagy részében a koraszülött gyermekek fejlődési pályájának vizsgálatával foglalkozott.

Az MTA Köztestületének tagja 1997-től. Pályája során számos egyéb tudományos tisztséget töltött be és számos elismerést, díjat kapott. Többek között Széchenyi Professzori Ösztöndíjban (2000–2003) részesült, a Magyar Pszichológiai Társaságtól megkapta a Társasági Emlékérmét (2008), az ELTE-től pedig a Pro Universitate arany fokozatát (2010).

Válogatott bibliográfia

- Pászthy, B., Danis, I., & Kalmár, M. (2024). Pszichés fejlődés. In Tulassay T. (szerk.) *Klinikai gyermekgyógyászat* (pp. 68–73). Medicina Könyvkiadó.
- Nagy, A., Kalmár, M., Beke, A. M., Gráf, R., & Horváth, E. (2022). Intelligence and executive function of school-age preterm children in function of birth weight and perinatal complication. *Applied Neuropsychology: Child*, 11(3), 400–411.
- Szanati, D., Nagy, A., & Kalmár, M. (2022). Impacts of premature birth and low birthweight on the development of language and executive function. *Gyermekevelés*, 10(3), 111–124.
- Gráf, R., Boross, G., Nagy, A., & Kalmár, M. (2021). A bronchopulmonális dysplasia hatása koraszülöttek fejlődésére. *Gyermekegyógyászat*, 72(2), 143–151.
- Gráf, R., Kalmár, M., Harnos, A., Boross, G., & Nagy, A. (2021). Reading and spelling skills of prematurely born children in light of the underlying cognitive factors. *Cognitive Processing*, 22, 311–319.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2020). A fejlődési pszichopatológia alapjai: Kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésselméletek és empirikus eredmények* (pp. 108–136). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2020). Modern alkalmazott fejlődésselméletek: Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka hátterében. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésselméletek és empirikus eredmények* (pp. 46–81). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Nagy, A., Kalmár, M., Beke, A. M., Gráf, R., & Horváth, E. (2019). Intelligence and executive functions in 9–10 year-old preterm children born with very low and extremely low birthweight. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(4), 421–440.
- Nagy, A., Beke, A. M., Cserjési, R., Gráf, R., & Kalmár, M. (2018). Az extrém kis születési súlyú koraszülöttek fejlődésének követése az óvodáskor végéig a perinatalis szövődmények tükrében. *Orvosi Hetilap*, 159(41), 1672–1679.

- Nagy, A., Beke, A. M., Gráf, R., & Kalmár, M. (2017). Extrém kis súlyú koraszülöttek kisgyermekkori fejlődése és a fejlődés háttértényezői. *Alkalmazott Pszichológia*, 17(3), 37–56.
- Sipos, L., Kalmár, M., Tóth, I., & Hunyadi, L. (2014). Túl korai kezdés – mitől függ a folytatás? Anya–csecsemő interakciók mikroanalitikus megfigyelése: Összefüggések a koraszülöttséggel és a mentális fejlődéssel. *Pszichológia*, 34(4), 311–337.
- Sipos, L., Pers, B. M., Kalmár, M., Tóth, I., Krishna, S., Jensen, M. H., & Semsey, Sz. (2013). Comparative network analysis of preterm vs. full-term infant–mother interactions. *Plos One*, 8(6), e67183.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas M., Herczog M., & Szilvási L. (szerk.), *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei* (pp. 76–125). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Hunyadi, L., Kalmár, M., Sipos, L., & Tóth, I. (2011). Az anya–gyermek interakció újszerű statisztikai megközelítése. *Statisztikai Szemle*, 89(9), 957–979.
- Kalmár, M. (2011). Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In Danis I., Farkas M., Herczog M., & Szilvási L. (szerk.), *A génektől a társadalomig: A koragyermekkori fejlődés színterei* (pp. 202–225). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Ribiczey, N., Kalmár, M., & Tóth, I. (2010). Anyák és egyéves gyerekeik interakciója játékhelyzetben: Számít-e, hogy a csecsemő koraszülött volt? *Pszichológia*, 30(1), 43–58.
- Ferenczi, Sz., & Kalmár, M. (2009). A temperamentum és a fejlődés kapcsolata koraszülött és időre született kisgyermekeknél. *Gyógyypedagógiai Szemle*, 37(4), 202–217.
- Ribiczey, N., & Kalmár, M. (2009). „Mozgó rizikó” koraszülött gyerekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, 11(1–2), 103–123.
- Kalmár, M. (2007). *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai: Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Kalmár, M. (2005). Megérthetjük-e az intelligencia fejlődésének egyéni útjait? *Alkalmazott Pszichológia*, 7(2), 141–156.
- Kalmár, M. (2005). On the effects of music education based on Kodály’s directives in nursery school children: From a psychologist’s point of view. In A. Carroll, & A. Carroll (Eds.), *Primary Music Teacher Inservice Course Textbook* (pp. 114–135). University of Queensland.
- Kalmár, M. (2004). The effects of music education on the acquisition of some attribute-concepts in preschool children. *Canadian Music Educator*, 30(2), 51–59.

- Kalmár, M., & Balaskó, G. (2004). "Musical mother tongue" and creativity in preschool children's melody improvisations. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 117, 77–86.
- Kalmár, M. (2002). Az intelligencia alakulása gyermekkorban: Egy 10 éves longitudinális vizsgálat módszertani tanulságai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(1), 171–209.
- Kalmár, M., & Boronkai, J. (2001). Az otthoni környezet minőségének szerepe koraszülött gyerekek hosszú távú értelmi fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(3), 387–410.
- Kalmár, M., & Csiky, E. (1999). Az intervenció feladatai és lehetőségei koraszülött gyerekeknél: Pszichológiai nézőpontból. *Alkalmazott Pszichológia*, 1(4), 43–54.
- Kalmár, M., & Medgyesi, P. (1999). Patterns and correlates of early development in preterm infants. *Enfance: Psychologie, Pédagogie, Neuro-psychiatrie, Sociologie*, 52(1), 43–51.
- Estefánné Varga, M., & Kalmár, M. (1997). Prematurely born children at school. *Acta Psychologica Debrecina* 1997, 155–164.
- Kalmár, M. (1996). The course of intellectual development in preterm and full-term children: An 8-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 491–516.
- Kalmár, M. (1995). Biological and environmental determinants of developmental outcome in prematurely born children. In Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (szerk.), *Inventory of European Longitudinal Studies in the Behavioral and Medical Sciences: Update 1990–1994* (pp. 76–77). Wissenschaftlicher Verlag Trier.
- Kalmár, M., & Csiky, E. (1994). A koraszülöttség fejlődépszichológiai implikációi. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34(3–4), 139–170.
- Kalmár, M. (1993). *Koraszülött és időre született gyerekek értelmi fejlődésének longitudinális összehasonlító vizsgálata*. Kandidátusi értekezés.
- Kalmár, M., Harkányi, A., & Boronkai, J. (1992). Mothers' retrospections of premature childbirth. *Resources in Education*, ERIC ED 343 669, 1–10.
- Kalmár, M., & Boronkai, J. (1991). Interplay of biological and social-environmental factors in the developmental outcome of prematurely born children from infancy to seven years. *International Journal of Disability Development and Education*, 38(3), 247–270.
- Kalmár, M. (1991). Young children's self-invented songs: Effects of age and musical experience on the singing improvisation of 4–7 year-olds. *Canadian Music Educator*, 33, 75–86.

- Kalmár, M., & Boronkai, J. (1991). Az otthon mint tanulási környezet: Koraszülött és időre született gyerekek értelmi fejlődésének összehasonlító vizsgálata a családi feltételek tükrében. *Pszichológia*, 11(2), 251–278.
- Kalmár, M., & Boronkai, J. (1990). Role of parental attitudes and the quality of the home learning environment in the mental development of prematurely born children. *Resources in Education*, ERIC ED 319 217, 1–18.
- Kalmár, M., & Boronkai, J. (1990). Effects of parental attitudes and other family variables on the mental development of prematurely born children. In M. Kallio-puska (Ed.), *Children and family structures* (pp. 165–186). University of Helsinki.
- Kalmár, M. (1990). Biological and environmental determinants of developmental outcome in prematurely born children. In W. Schneider, & W. Edelstein (Eds.), *Inventory of European Longitudinal Studies in the Behavioural and Medical Sciences*. Max Planck Institute for Human Development and Education.
- Kalmár, M., & Benis, M. (1989). A kreatív gondolkodás megalapozása óvodáskorban. In Keresztúri F., & Kovásznai K. (szerk.), *A gondolkodás fejlődése és fejlesztése óvodáskorban* (pp. 81–97). Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Kalmár, M., Kósa, É., & Salamon, J. (1989). *Fejlődépszichológia: Szöveggyűjtemény II.* Egységes jegyzet. Tankönyvkiadó.
- Kalmár, M., Kósa, É., & Salamon, J. (1989). *Fejlődépszichológia: Szöveggyűjtemény I.* Egységes jegyzet. Tankönyvkiadó.
- Kalmár, M. (1988). Biological and environmental determinants of mental development in “at-risk” children. In A. Fusco, F. M. Battisti, & R. Tomassoni (Eds.), *Issues in cognition and social representation: Selected papers from the Italian–Hungarian Psychology Symposium* (pp. 136–157). Franco Angeli.
- Kalmár, M., & Kalmár, Zs. (1987). Creativity training with preschool children. *Studia Psychologica*, 29(2), 59–66.
- Kalmár, M. (1985). Adalékok a kreativitás és az intelligencia viszonyának problémájához: nagyóvodás gyerekek vizsgálatának tapasztalatai. In Hunyadi Gy. (szerk.), *Pszichológiai tanulmányok XVI. kötet* (pp. 189–206). Akadémiai Kiadó.
- Kalmár, M. (1985). Piaget életműve és a pedagógia. In Mérei F. (szerk.), *Piaget emlékkötet: “Műhely”* (pp. 119–135). Akadémiai Kiadó.
- Forrai, K., & Kalmár, M. (1984). Musical creativity in early childhood. *Bulletin of the International Kodály Society*, 9(2), 14–17.
- Kalmár, M. (1982). The effects of music education based on Kodály’s directives in preschool children: From a psychologist’s point of view. *Psychology of Music*, 10(1), 63–69.

- Kalmár, M., & Páli, J. (1982). On the strategies of thinking in preschool and early school age. In Golnhofer E., & Nádasi M. (Eds.), *Annales Sectio Paedagogica et Psychologica* (pp. 131–147). ELTE.
- Kalmár, M. (1982). Some theoretical problems of assessing creativity in young children and experiences with a research instrument designed for use in preschool age. In Golnhofer E., & Nádasi M. (Eds.) *Annales Sectio Paedagogica et Psychologica* (pp. 123–130). ELTE.
- Kalmár, M. (1981). Katona Ferenc: Az öntudat ébredése. (Könyvrecenzió). *Pedagógiai Szemle*, 31(6), 551–553.
- Kalmár, M. (1981). Néhány gondolat a kreativitás fejlődéséről, fejlesztési lehetőségeiről, valamint a játék és a kreativitás kapcsolatáról. *Óvodai Nevelés: Szakmai-Módszertani Folyóirat*, 35(2), 42–51.
- Kalmár, M., & Benis, M. (1980). A kreativitás fogalma és fejlesztési lehetőségei óvodásoknál. In Horváth B. (szerk.), *Óvodapedagógiai Nyári Egyetem* (pp. 226–232). Kecskeméti Óvónőképző Intézet.
- Kalmár, M. (1980). Néhány gondolat a fejlődépszichológia helyzetéről. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 37(6), 610–617.
- Kalmár, M. (1980). A gyermeki alkotóképesség. In Kabainé Huszka A. (szerk.), *Tanuljunk meg gyermeknyelven* (pp. 224–229). Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Kalmár, M. (1980). Pszichológiai fejlődés a 10–14 éves korban. In Majzik Lászlóné (szerk.), *Osztályfőnöki kézikönyv: Az általános iskola 5–8. osztálya számára* (pp. 11–29). Tankönyvkiadó Vállalat.
- Kalmár, Zs., & Kalmár, M. (1980). Kísérlet a kreativitás fejlesztésére nevelőotthonban élő óvodásoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 37(1), 21–37.
- Kalmár, M., & Benis, M. (1979). Zenei fejlesztés hatása minőség-fogalomkörök alakulására óvodás korban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 36(1), 25–37.
- Benis, M., & Kalmár, M. (1978). Minőségjellemzők 3–6 éves gyermekek gondolkodásában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35(6), 570–581.
- Kalmár, M. (1978). Kabainé Dr. Huszka Antónia: Gyemekeink játéakai. (Könyvrecenzió). *Óvodai Nevelés: Szakmai-Módszertani Folyóirat*, 31(11), 444–445.
- Kalmár, M., Benis, M., & Szöllősi, K. (1978). Az elemi kreativitás megnyilvánulásai óvodásoknál bábjátékos improvizációban. *Óvodai Nevelés: Szakmai-Módszertani Folyóirat*, 31(10), 380–385.
- Kalmár, M. (1978). A kreativitásfejlődés jelentősége a személyiség alakulásában. *Óvodai Nevelés: Szakmai-Módszertani Folyóirat*, 31(2), 53–57.

- Kalmár, M. (1978). A fogalmi generalizáció és differenciáció néhány sajátossága felső tagozatba lépő tanulók élő természetről alkotott fogalmaiban. In Lénárd F. (szerk.), *Iffúság és pszichológia: Pszichológiai tanulmányok XIV.* (pp. 117–140). Akadémiai Kiadó.
- Kalmár, M., & Lendvainé Aba, I. (1975). *Társas kapcsolatok mikroszkóp alatt.* Tankönyvkiadó.
- Kósáné Ormai, V., Járó, K., & Kalmár, M. (1975). *Fejlődéslélektani vizsgálatok.* Tankönyvkiadó.
- Kalmár, M. (1973). *Az élő természetről alkotott fogalmak fejlődési sajátosságai a felső tagozatba lépés időszakában.* Bölcsészdoktori disszertáció.
- Kalmár, M. (1973). Az iskolai és kollégiumi tanulócsoportok társas szerkezetének vizsgálata. In Petrikás Á., & Zrinszky L. (szerk.), *A nevelés problémáinak kutatási módszerei* (pp. 127–131). Magyar Pszichológiai Társaság.
- Kalmár, M. (1972). Tíz éves tanulók élő természetről alkotott fogalomrendszerének logikai jellemzői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 29(2), 195–210.
- Kürti, J., & Kalmár, M. (1972). Kísérlet a heurisztikus tanulás fejlesztésére az élővilág tantárgy keretében. In Lénárd F. (szerk.), *MTA Pszichológiai Tanulmányok XIII.* (pp. 137–146). Akadémiai Kiadó.
- Beke, M., Fabriczius, I., Gefferth, É., Glauber, A. H., Grozdits, Zs., Kalmár, M., Masler, J., & Székely, Á. (1970). Organikus agykárosodást kimutató pszichológiai vizsgálatok eredményei 7–11 éves normál gyermekeknél és a módszerek klinikai alkalmazásának lehetőségei. In Barcy M. (szerk.), *Acta Iuvenum: Pszichológia* (pp. 156–187). ELTE Bölcsészettudományi Kar.
- Kalmár, M. (1970). Presztizs-struktúra alakulása egy középiskolai kollégiumi csoportban. *Pedagógiai Szemle*, 20(10), 905–915.
- Kalmár, M. (1970). Fiatalok tanulmányútja a Szovjetunióban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 27(2), 301–311.
- Kósáné Ormai, V., Kalmár, M., Homokiné Grozdits, Zs., & Fabriczius, I. (1970). Adatok az agysérült gyermekek pszichológiai vizsgálatának metodikájához. In Lénárd F. (szerk.), *A pszichológia módszerei* (pp. 307–321). Akadémiai Kiadó.
- Salamon, J., & Kalmár, M. (1968). A cselekvéses matematikaoktatás hatása alsó tagozatosok elemi konstruáló tevékenységére. In Lénárd F. (szerk.), *MTA Pszichológiai Tanulmányok XI.* (pp. 271–286). Akadémiai Kiadó.

A CSALÁDI MEGTERHELÉS JELLEMZŐI A GYERMEK ATÍPIKUS FEJLŐDÉSE ESETÉN

Radványi Katalin

BEVEZETÉS

Egy eltérő fejlődésű gyermek születése a családban valamennyi családtag számára rizikófaktort jelent: egyénenként, a családtagok kapcsolati rendszerében és a teljes család működése szempontjából is.

Ahhoz, hogy az összes érintett résztvevő lehetőleg minél kisebb sérüléssel tudjon megbirkózni a helyzettel, fontos megvizsgálni, melyek azok a tényezők, amelyek a leginkább hatnak ebben a megváltozott kapcsolati térben, és amelyek az alapját képezik a családok, családtagok számára biztosítandó segítségnyújtásnak a fejlődési zavar gyanújától, de legalábbis a diagnózist követő legkorábbi időponttól kezdve.

Ebben a tanulmányban áttekintjük az utóbbi évtizedek szakirodalmában megjelenő leggyakoribb szempontokat, melyeket a segítségnyújtás során is szükséges figyelembe venni.

A tanulmányban az *atipikus fejlődés* kifejezésen kívül az idézett szakirodalom nomenklatúráját vettük át, ezért eltérő megnevezésekkel találkozhatunk (*atipikus fejlődés, intellektuális képességzavar, fogycatékosság, pervazív fejlődési zavar*), azonban valamennyi esetben atipikus fejlődésű gyermekekről és családjaikról esik szó.

AZ ÉLETMINŐSÉG VIZSGÁLATÁRÓL

Az *életminőség* mint az *általános jól(l)ét mutatója*, nem újkeletű fogalom. A szakirodalomban az emberek objektív jólétét (*welfare*) megkülönböztetik a szubjektív jólététől (*wellbeing*) (Veenhoven, 2000). Nirje, a társadalmi elfogadást célzó normalizációs elv publikálója szerint az életminőség alapvető elemei pl. a cselekvési lehetőségek, a pozitív emberközi kapcsolatok, az önbecsülés, az önfogadás és az életöröm (Nirje, 1966).

A jólétet először az éhezés eltűnésével, a járványok feletti kontroll mértékével, a jövedelemmel és a jövedelmi egyenlőtlenségekkel mérték. Mérésére kétféle modellt, illetve ezek ötvözetét ajánlják. A skandináv modell középpontjában az *objektív jólét*, az erőforrások és az ezekből eredeztethető tényezők állnak, amelyeket tárgyilagosan és egyszerűen lehet mérni, akár egy kérdőív segítségével. Ebben a megközelítésben az életminőség tartalmát gyakran megpróbálják egyetlen mutatószámmal, indexszel kifejezni, melyhez a társadalmi, a gazdasági és/vagy a környezeti statisztikai adatok nyújtanak támpontot. Az amerikai modell mentén viszont a *szubjektív jólétet* vizsgálva, az érzékelésen és észlelésen keresztül próbálnak számot adni egy ember életének minőségéről. Feltételezik, hogy az ember maga képes a legjobban meghatározni, hogyan is érzi magát. A szubjektív méréseket leggyakrabban a pszichológia és az egészségtudományok területén alkalmazzák (Peterander és Speck, 1996; Radványi, 2006a; Szigeti, 2016).

Schalock (1999) szerint az *életminőséget* legjobban akkor érthetjük meg, ha úgy szemléljük mint egy dinamikusan alakuló konstruktumot, amely mérhető, az eredmények figyelembevételével pedig az emberek életfeltételei javíthatók. A Schalock által kidolgozott *nyolc alapelv* hangsúlyozza, hogy az életminőség az összes emberre vonatkozóan hasonló, és mindenki számára fontos faktorokból tevődik össze. Ezek az alapidimenziók tartalmazzák:

- a. az emocionális jólétet,
- b. az interperszonális kapcsolatokat,
- c. az anyagi jólétet,
- d. az egyéni fejlődést,
- e. a fizikai jólétet,
- f. az önállóságot,
- g. az egyén helyét a társadalomban és
- h. az alapvető emberi jogokat.

Az objektív tényezők önmagukban korántsem adnak teljes képet az életminőségről, azt jelentősen befolyásolja, hogy a személy mennyire képes élni a lehetőségekkel, és az objektív összetevők szubjektív megélése legalább olyan fontos, mint az objektív feltételrendszerek összessége. Amikor a környezet tagjai egyformán nehéz körülmények között élnek (pl. bizonyos történelmi helyzetekben, háborúban), a helyzet a benne élők számára elfogadhatóbb, kis különbségek is nagy jelentőségre tesznek szert, és pozitív irányba lendítik a személy megelégedettségét, az életminőség szubjektíve pozitív megélését (Radványi, 2006).

Bár az életminőség (*quality of life; QOL*) fogalomköre régóta kifejez egy implicit szakpolitikai célt is, megfelelő meghatározása és mérése nehezen megfogható. Az elmúlt évtizedekben különféle objektív és szubjektív mutatókat dolgoztak ki hozzá, számos tudományterületen és többféle skála segítségével. A szubjektív jóllét felméréseivel (*subjective well-being*) és a boldogság pszichológiájával kapcsolatos legújabb munkák szintén széles társadalmi érdeklődést váltottak ki.

A 20. század második felében egyre többet foglalkoztak a szakirodalomban az életminőség-modellekkel, az atipikus fejlődés területén különösen az intellektuális képességzavarral (IKZ) élő lakossággal kapcsolatban, amelyek vitathatatlanul ösztönözték a gyakorlati tennivalók feltárását, ezzel az életkörülmények javítását, és segítettek a visszaélések elkerülésében.

Bár összetett jelenségről van szó, a szakirodalomban az életminőségnek konszenzuálisan két aspektusa ismert: vannak objektív és szubjektív összetevői. Objektív összetevők például azok a tényezők, amelyeket a szocioökonómiai státusz (SES) meghatározóiként szoktunk felsorolni. Ezek a tényezők egy adott társadalomban, társadalmi csoportban meglétükkel általában pozitív irányban befolyásolják a személyek életének minőségét, hiányuk esetén a személyek az élet bizonyos területein hátrányt szenvednek (Radványi, 2006).

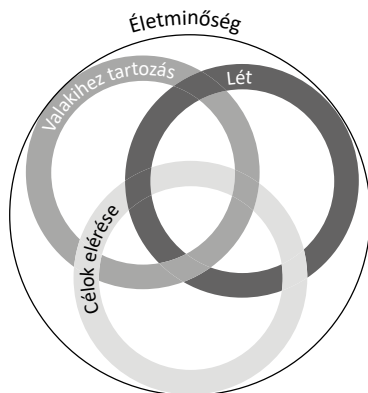
Az Institute for Scientific Information (ISI) adatbázisában 1982 és 2005 között végzett keresés több mint 55 000 akadémiai hivatkozást tárt fel, amelyekben az „életminőség” kifejezést használták, és amelyek a tudományágak széles skáláját ölelték fel (Constanza és mtsai, 2007, 2008). A kutatások eleinte többnyire az átlagos fejlődésű felnőttek világára vonatkoztak, csak később terjedt ki a figyelem a fejlődési eltérésekkel élő egyének helyzetére. Magyarországon pl. a környezet hatásait koraszülött gyermekek intelligenciájának alakulására Kalmár és Boronkai (1991, 1993) Kalmár és Csiky (1994), valamint Kalmár (2007) figyelték meg nyomon követő vizsgálataikban.

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) 1998-ban adta ki a *WHOQOL User Manualt*, „Division of Mental Health and Prevention of Substance

Abuse” alcímmel, amit 2016-ban átdolgoztak. A kérdőív 26 kérdése a megkérdezettek saját állapotára vonatkozóan gyűjt adatokat 5 fokú skálán (soha – mindig) történő bejelöléssel.

A Torontói Egyetem Egészségfejlesztési Központjának (Centre for Health Promotion, University of Toronto) kutatói alapvetően a gyermekek életminőségének vizsgálatára vonatkozó koncepcionális modellt dolgoztak ki, amely azonban mindenkre vonatkoztatható, függetlenül attól, hogy egy egyén fejlődési zavarral él-e vagy sem (Renwick és mtsai, 2003; Renwick, 2004). Koncepciójuk szerint *az életminőség az egyes emberek életében rejlő lehetőségekből és korlátokból fakad, tükrözi a személyes és környezeti tényezők kölcsönhatását*. A koncepció alapja az életminőséggel kapcsolatos szakirodalom eredményei és a kutatók saját vizsgálatait, vagyis szülők kikérdezéséből származó adatok elemzéseit voltak. A modell többdimenziós, azt feltételezi, hogy az életminőség holisztikus jellegű (1. ábra).

A koncepcionális modell előzetes kidolgozását követően a torontói közösségben élő atipikus fejlődésű és nem fogyatékos felnőttek, serdülőkorúak és idősebb felnőttek szigorú felülvizsgálatával tesztelték és finomították a modell relevanciáját.



1. ábra. Az életminőség konceptuális modellje (Renwick és mtsai, 2003, 1 alapján)

Az egészséggel kapcsolatos megfelelő életminőséget (health-related quality of life; HRQOL),¹ a vezető egészségügyi szervezetek minden ember számára célként határozták meg, valamennyi életszakaszban. Taylor és munkatársai (2008)

¹ Vö. Bakas és mtsai (2012): <https://link.springer.com/article/10.1186/1477-7525-10-134#ref-CR3>.

nyolc koncepcióelemzést végeztek el, amelyek mindegyikénél tapasztaltak korlátokat. Valamennyi fogalomelemzés felnőttekkel kapcsolatos szakirodalomra épült, így nem vette figyelembe a fejlődési változásokat, a nyelvi szintet, sem a fiatalok egészség- és betegségkonstrukcióját. Koncepcióelemzésekkel megállapították, hogy a krónikus betegségben szenvedő fiatalok általában ugyanúgy tekintenek magukra és saját életükre, mint egészséges társaik. Míg törekvéseiket gyakran korlátozza a betegség és a kezelés, a betegség és az élet kapcsolatára nem tekinthetünk az egyénre jellemző fejlődéstől elszigetelten.

Bakas és munkatársai (2012) szisztematikus szakirodalmi áttekintést végeztek, hogy azonosítsák és kritikai elemzés alá vegyék a leggyakrabban használt egészséggel kapcsolatos életminőségi (HRQOL) modelleket. Felhívták a figyelmet arra, hogy az áttekintett cikkek mintegy háromnegyede különféle modelleket alkalmazott, ahelyett, hogy egy közös modellt használtak volna, így a kutatási eredmények összehasonlítása nehezített volt. Az egészséggel kapcsolatos életminőség-kutatások jelentőségét ugyanakkor az is bizonyítja, hogy Magyarországon az *Alkalmazott Pszichológia* folyóirat tematikus kiadványt jelentetett meg 2014-ben.²

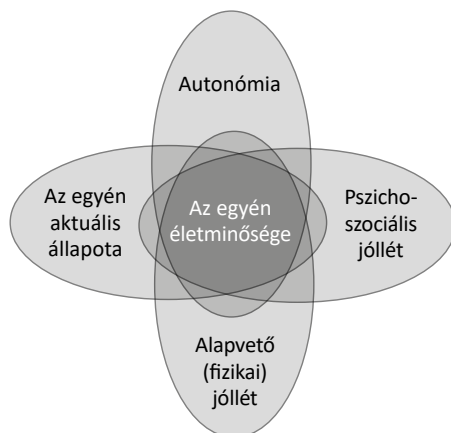
A gyermekek fejlődésére vonatkozó dinamikus elméletek (Sameroff, 1975, 1993, 2009; Sameroff és Chandler, 1975; Belsky 1983, 1989; in: Radványi, 2013) a fejlődő egyén és környezete egymásra hatására hívják fel a figyelmet. Ez is indokolja a gyermekek életminőségének hazai kutatását, amely fókuszcsoporthoz, eltérő fejlődéssel, illetve anélkül élő személyekkel végzett mélyinterjúk alapján készült. *Eredményeink alapján az életminőség három fő terület, a gyermek, a szülői és a családi környezet, valamint a tágabb környezet közötti folyamatos kapcsolatból fakad.* Ez a megállapítás megfelel Bronfenbrenner humánökológia-modelljében tett megállapításainak (Danis és Kalmár, 2020; Radványi, 2013).

Alborz (2017) konceptuális modelljében áttekinti az életminőséggel kapcsolatos multidiszciplináris kutatásokat, és egy összefoglaló elméleti modellt (2. ábra) mutat be az életminőség természetéről, amely Maslow szükségleti hierarchiáján (1987), valamint Ryan és Deci önmeghatározási elméletén (2000) alapul. Míg az első meghatározza a modell hatókörét, az utóbbi a személyi kontextus interakcióit tartja lényegesnek.

A modell négy aspektust különít el, ezek az alapvető jóllét, a pszichoszociális jóllét, az egyén aktuális állapota és az autonómia. Mindegyiknek további két aspektusa van: (1) az „egyéni” aspektus, amely olyan személyes szükségleteket ír le, amelyek

² Vö. APA (2014): *Alkalmazott Pszichológia*, 14(4). http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2015/07/AP_2014_4.pdf.

teljesülése a jobb életminőséghez kapcsolódik; és (2) a környezeti aspektus, amely leírja az ahhoz szükséges erőforrásokat, hogy lehetővé váljon az egyéni igények kielégítése.



2. ábra. Életminőség (QOL) modell (Alborz, 2017, 18 alapján)

Az életminőség vizsgálatával kapcsolatosan összességében elmondható, hogy még az átlagosan fejlődő emberek életében is fontos útmutatást jelenthet a segítségnyújtáshoz. Ennek felismerése nem újkeletű, a szakirodalomban egyre letisztultabb mérőeszközökkel találkozhatunk, a publikációkban ugyanakkor felhívják a figyelmet az életminőség mérésének buktatóira. Különösen fontos figyelni ezekre, ha intellektuális képességzavarral élő emberekről van szó.

AZ ÉLETMINŐSÉG JELLEMZŐI ATÍPIKUS FEJLŐDÉSŰ GYERMEKET NEVELŐ CSALÁDOKNÁL

A fogyatékoságügyben az életminőség mérését először felnőtt, illetve súlyos értelmi fogyatékos személyeknél vezették be. Angliában (Gunzburg és Gunzburg, 1996) a kiscsoportos lakóotthonokban fellépő veszélyekre figyeltek fel. Annak érdekében, hogy az ott élők ne kerüljenek újra nagy létszámú bentlakásos intézetekre jellemző helyzetbe, 1987-ben kifejlesztették az ún. „LOCO”-t (*Learning Opportunities Coordination*), egy vizsgálati eszközt, amely objektív információkat kíván nyerni

olyan helyzetek meglétéről vagy hiányáról, amelyek természetes tanulási lehetőséget nyújtanak az érintetteknek (Gunzburg és Gunzburg, 1987).

A jó minőségű élethez az intellektuális képességgal küzdő emberek számára szükséges lehet olyan támogatás, amire hasonló korú vagy hasonló élethelyzetben lévő társaiknak nincs feltétlenül szükségük. Ez a támogatás ezernyi formában megvalósulhat: pl. speciális felkészítés, életvezetési tanácsadás, külön segítség bizonyos élethelyzetekben, vagy éppen környezeti és társadalmi adaptációk sora.

Az életminőség jelenségekörének kutatása az elmúlt évtizedekben az intellektuális képességgal területén erőteljesen fejlődött. Ezeknek a kutatásoknak a jelentőségét bizonyítja, hogy az eredmények alapján olyan irányelveket dolgoztak ki, amelyek hozzájárulnak az egyének életminőségének javításához, valamint adott szakpolitikai célok megvalósításához, így pl. a fogyatékoságügyi támogatások eléréséhez. Segít az etikai kérdések kezelésében is azáltal, hogy az etikai megfontolások kulcsfontosságú iránymutatójaként szolgál. Az életminőség mérésére intellektuális képességgal esetén konkrét javaslatok is születtek (Schalock és mtsai, 2008, 2011, 2017).

A fogyatékoság jelenlegi filozófiai és emberi jogi megközelítései alátámasztják azt a nézetet, mely szerint *az intellektuális képességgal nem ok arra, hogy feltételezzünk egy ezzel együtt járó rossz életminőséget is.* Sőt, maguk az intellektuális képességgal élő emberek is jellemzően elég magasra értékelik saját életminőségüket. Brown és munkatársai (2009) azt találták, hogy néha a családok a fogyatékoságot úgy érzékelik, mint amely bizonyos szempontból hozzájárul a jó családi életminőséghez, bár ezt mérséklék a marginalizációt és a diszkriminációt támogató társadalmi konstrukciók. Boehm és Carter (2019) intellektuális képességgal élő gyermekek családjainak életminőségét vizsgálva az informális (pl. családi, baráti) és formális (pl. szakmai) társas kapcsolatok jelentőségére, valamint a spiritualitás/vallásosság relevanciájára mint az családi életminőséget befolyásoló tényezőkre mutattak rá. Bhoiti és munkatársai (2016) metaanalízist végeztek 0–8 éves, eltérő fejlődésű gyermekek családjainak életminőség-vizsgálattal kapcsolatos tanulmányokból: esetükben 18 tanulmányból 7 ugyancsak arról számolt be, hogy *a tágabb család és a barátok támogatása* nagyon fontos volt a szülők számára a családi életminőséggel (*family quality of life, FQOL*) összefüggésben. Úgy találták, hogy *a családi interakciók és a családtagok közötti kapcsolatok erőssége* ugyancsak kritikus fontosságú a család jó életminősége szempontjából.

A fogyatékoságtudományi tanulmányok (Disability Studies) és a kritikus fogyatékoságelmélet (Critical Disability Theory) alternatív perspektívát kínálnak

az atipikus fejlődésre: az emberi lét sokszínűségének pozitív és szükséges aspektusaként értékeli azt, és kiemeli hozzájárulását a társadalmi diverzitáshoz.

Az intellektuális képességzavar családi életminőségre gyakorolt hatása napjainkban fontos kutatási területté vált. Brown és munkatársai (2006) a családi életminőség jellemzőit vizsgálták eltérő fejlődésű gyermekek családjainál három családtípusra: Down-szindrómás gyermeket nevelő családoknál, autista gyermeket nevelő családoknál és hasonló összetételű, de fogyatékos gyermek nélkül élő családoknál. *A családok szükségleteit és választásait összefüggésbe hozták a gyermek diagnózisával.* A három csoport adatait mennyiségi és minőségi információk alapján elemezték. Az eredmények azt mutatták, hogy *a családok elégedettsége és szükségletei a 2. ábrán bemutatott életminőség-területeken belül változtak*, ami kérdéseket vet fel a támogatással és a gondozással, valamint a családok azon képességével kapcsolatban, hogy képesek-e elérni a kívánt céljaikat. (Az eredményekről bővebben írunk e tanulmány későbbi, „Szülői stressz és coping stratégiák” c. fejezetében.)

Magerotte (2000) 10 ország 20 tanulmányát vetette össze, amelyek atipikus fejlődésű személyek életminőségéről szóltak. Ezek a tanulmányok bemutatták az életminőség-kutatások, a szakpolitika és a programfejlesztések akkori állását. Különböző nézeteket találtak arra vonatkozóan, hogy *az életminőség objektív és szubjektív tényezőit hogyan kell bevonni a kutatásokba, a döntések és a programok tervezésébe.* Úgy látták, valójában az objektív és szubjektív életminőség kapcsolata, vagyis az objektív körülmények, illetve a lehetőségek szubjektív értékelése (ld. fentebb kifejtve) közötti különbségek jelentik az egyik fő feszültségforrást, amelyet számos tanulmány készítői megfigyeltek.

Van még egy szempont, amire néhány szerző felhívja a figyelmet: Verdugo és munkatársai (2005), Brown és munkatársai (2009), valamint Shalock és munkatársai (2005) kultúraközi vizsgálatok esetében hangsúlyozzák, hogy a kutatásokban ne csak az univerzális szempontokat, hanem az adott kultúrára jellemző jelenségeket is vegyük figyelembe. Az interkulturális szempontok részletes kibontására e tanulmány nem tud vállalkozni.

CSALÁDI KRÍZISHELYZET

Hill és Rogers (1964, magyarul in: Komlósi, 1989; Radványi, 2013) már évtizedekkel ezelőtt leírta az úgynevezett „családi életciklus modellt”. Ennek lényege, hogy a szülőkből, majd gyermekekből is álló, szoros életközösségben élő kis csoport az élet során bizonyos fordulópontokhoz jut (például ilyen az első gyermek

megszületése, a gyermekek intézményes ellátásba kerülése, amikor a gyerekek elhagyják az iskolát, majd a családot, vagy amikor a szülők nyugdíjba mennek). Jóllehet, ezek a fordulópontok mindig újfajta problémahelyzetet jelentenek, egyben a család együttműködésének folyamatos fejlődésével is együtt járnak.

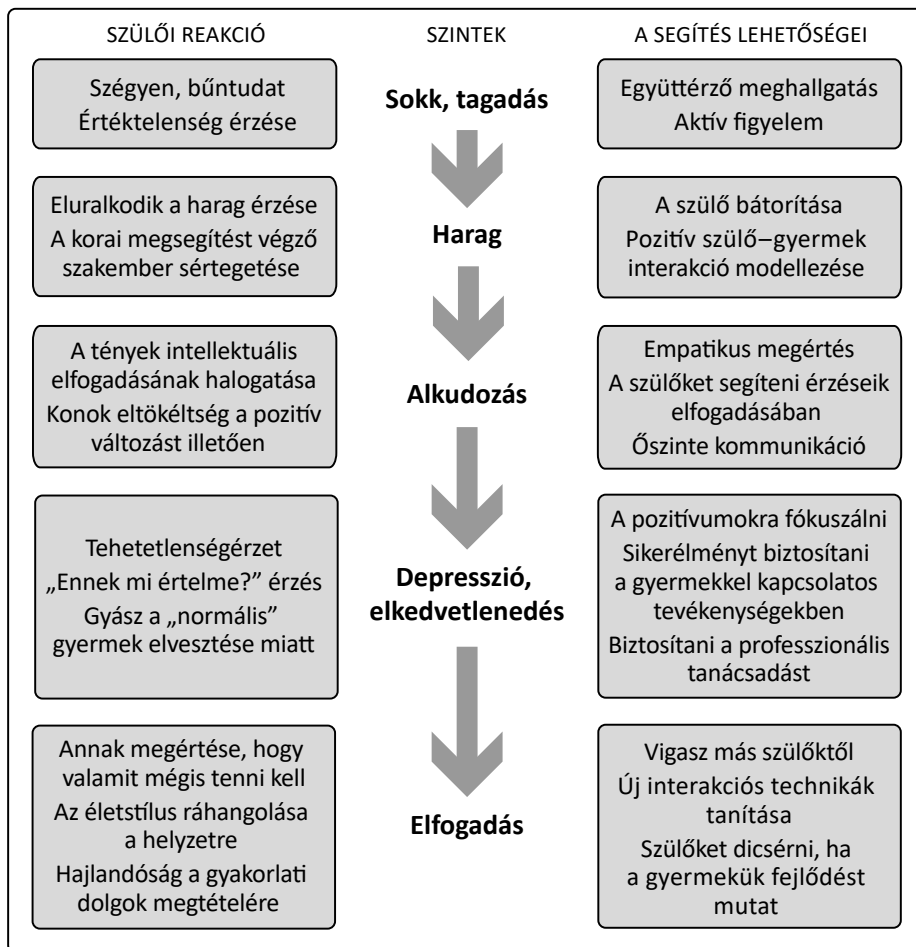
Az egyes életciklusok közötti átmenet alkalmazkodást, rugalmasságot igényel. Ha ez hiányzik, normatív krízisek alakulnak ki. Léteznek ezenkívül úgynevezett akcidentális (paranormatív) krízisek is, ezek a családi életciklusoktól független, hirtelen, váratlanul bekövetkező változások miatt kialakuló krízisek (Hajduska, 2010).

A krízishelyzet jellemzője, hogy az ideiglenesen megbillent rendszer keresi az új egyensúlyt, amely lehet minőségileg jobb vagy az előzőnél labilisabb (mindez az egyének és a család ellenállókészségének, megküzdési stratégiáinak a függvénye), de általában 6–8 hét alatt lezajlik. Amennyiben az alkalmazkodási nehézség ennyi idő alatt nem rendeződik, a krízis különböző, tartósan fennálló pszichés tünetekbe torkollhat. Az alkalmazkodás szakaszában bekövetkező újabb provokatív események elhúzódóvá tehetik az adaptálódás időszakát, kimerítve az egyének és a család érzelmi, frusztrációkat toleráló tartalékait (Radványi, 2006).

Hogyan értelmezhetjük mindezt egy atipikus fejlődésű gyermeket nevelő család esetén?

A helyzet elfogadásában a családtagok számára vannak jellemzően nehezítő tényezők:

1. Az atipikus fejlődés diagnózisa számos érzelmi reakciót válthat ki a szülőkhöz és a családtagokhoz, amelyek hatással lehetnek a rendszer dinamikájára. A diagnózis közlése nyomán kialakult negatív érzelmi állapotok és a következményes szülő–gyermek kapcsolati nehézségek oldását tartja Sarimski (2003, in: Radványi, 2013) a pszichológiai tanácsadás elsődleges szempontjainak.
2. Figyelembe kell venni, hogy a veszteség, a gyászfolyamat melyik fázisánál tartanak a családtagok (Hardman és mtsai, 1996, in: Radványi, 2013; 3. ábra).



3. ábra. A fogyatékoság feldolgozásának folyamata és szintjei (Hardman és mtsai, 1996, in: Radványi, 2013, 73 alapján)

A veszteségélmény feldolgozását segítő tényezők

A fogyatékoság tényének megfelelő közlése

Még abban az esetben is, ha az eltérő fejlődésű gyermekek szülei és a szakemberek között az együttműködés elvárt útjára lépünk, és ezzel párhuzamosan a szülők multidiszciplináris *team*megbeszélésen vehetnek részt (Burton és mtsai, 2008;

Krause, 2005; Radványi, 2013), a gyermekek szülei gyakran a diagnózis közléséhez tartozó jogaik hiányáról panaszkodnak, üres, tanács nélküli diagnózisközlésekről számolnak be, és arról, hogy a diagnózist közvetlen érintettség nélkül, érzelemmentesen mondják ki. Ezek az adatok összevethetők a külföldi szakirodalomban leírt szülői elégedettség (elégedetlenség) mértékeivel (lásd bővebben: Radványi, 2013. 5. fejezet). Bár egy évtizede elkészült Magyarországon a „Ritka betegségek diagnózisközlésének protokollja” (in: Radványi, 2013, 147–153.), az érintett szülők beszámolóai alapján sajnálatosan nem történt jelentős változás ezen a területen. Néhány fontos szempont a diagnózis megfelelő közléséhez:

- megfelelő helyszín biztosítása (ne mások előtt történjen);
- lehetőleg mind a két szülő és a csecsemő/gyermek is legyen jelen;
- kompetens személy közölje a tényt;
- a közlés tartalma egyértelmű és lényegre törő legyen (minden lényegeset tartalmazzon, idegen kifejezéseket, jóslásokat viszont ne);
- legyen megfelelő a közlés stílusa (empátia, biztatás, odafigyelés, megismételni az elmondottakat, több alkalmat, lehetőséget nyújtani a beszélgetésre);
- legyen biztosítva a megfelelő információnyújtás (pl. kiadványok);
- más szülőket is be lehet vonni az információnyújtásba (pl. Magyarországon a Down Alapítvány hasonló sorsú, de az elfogadás szintjét elért szülői segítőkét alkalmaz, ez a Down Dada Szolgálat);
- lényeges már a kezdetektől a megfelelő intézményrendszer biztosítása, beleértve a pszichológiai segítségnyújtást, a szülőcsoportokban való részvételt, a biztonságos jövőkép kialakítását.

A veszteség és a gyász folyamatának figyelembevétele

A helyzet néhány specifikuma a szülőkkel történő pszichológusi munka tapasztalataiból:

- Nem született meg a gyermek, akit vártak és élni véltek, de megszületett valaki, akire nem számítottak.
- Amennyiben rögtön születés után kiderül a fogyatékoság, az anyának gyakran már kialakult a ragaszkodása a gyermekhez, az apának kevésbé.
- Nincs látható tárgyi vagy személyi veszteség, „nem illik” sírni – hiszen él a gyermek.
- Míg halálesetnél az adott kultúrára jellemző, kialakult rítusok segítenek a gyászfolyamatban, itt nincsenek ilyenek.
- Hiányzik a szociális dimenzió, a közösség támogatása, a közös emlékezés lelki támaszt nyújtó funkciója.

- A környezet tagjai nem tudnak igazán empátikusnak lenni a szülőkkel, hiszen nehéz számukra egy hasonló helyzetet elképzelni, tudat alatt annyira tiltakoznak ellene: „Velünk ilyen nem fordulhat elő”.
- Hiányoznak a társadalmi intézményformák, amelyek előírásokkal támogatnák a gyászolót, segítenének a veszteségélmény feldolgozásában azzal, hogy kidolgozott módszereket nyújtanak.
- A gyermek valóban ott van, foglalkozni kell vele, ez önmagában sok energiát vesz igénybe (pszichés energiák lekötődnek).

A családban az újszülött megérkezése sok esetben krízishelyzetet okozhat, ez atipikus fejlődésű gyermek esetén kulturálisan hagyományozódó módszerekkel nem oldható (Radványi 2013).

SZÜLŐI STRESSZ ÉS *COPING* STRATÉGIÁK

A téma iránt érdeklődőknek érdemes elolvasni Crnic és Low (2002) „Everyday stresses and parenting” című összefoglaló tanulmányát, amelyben a családi kapcsolatokra, a családtagokra vonatkozóan valamennyi területre és elméletre kitérnek érintve a megküzdés formáit és nehézségeit.

A szülői stressz mérésére több próbálkozás is volt az elmúlt évtizedekben, erről rövid összefoglalást gyűjtöttünk össze. Érdemes lenne a Trute és Hiebert-Murphy (2002) által összeállított skálát Magyarországon is kipróbálni. A 15 tételből álló FICD (*Family Impact of Childhood Disability*) rövid betekintést nyújt mind a pozitív, mind a negatív szülői értékelésekről, egy teljes eltérési pontszámmal, amely előrevetíti a hosszú távú szülői stresszt (Guyard és mtsai, 2012).

Az atipikus fejlődésű gyermekek szüleinél a többi szülőhöz képest nagyobb kockázata van a pszichés stressznek. *Úgy találták, hogy a gyerekek magas szintű internalizációs és külsőleges problémái hozzájárulnak ehhez a megnövekedett stressz-szinthez.* Kevés tanulmány foglalkozott viszont a hatások fordított irányával azokban a családokban, ahol a gyermek atipikus fejlődést mutat.

Ugyanakkor korábbi vizsgálatok alapján elmondható, hogy az atipikus fejlődés nem minden formája mutat a szülőknél hasonló mértékű stresszt. Esbenstein és Mailick Seltzer (2011) összefoglalja a korábbi kutatásokat és azok eredményeit, melyek arra a megállapításra jutottak, hogy Down-szindrómás (a továbbiakban DS) gyermekek anyái jobb pszichoszociális jóllétet mutatnak más intellektuális képességzavart mutató gyermekek anyáihoz képest. A szerzők részletezik ennek

a „DS-előnynek” a lehetséges okait. Nem találtak összefüggést sem az anyai életkorral, sem a szociális támogatás mértékével, összefüggést találtak viszont a gyermek viselkedési problémái, illetve az anya szubjektív terhei mint a családi állapot, a gyermek kora és neme között. A DS-gyermekek apáival kapcsolatosan vizsgálták Ricci és Hodapp (2003), a kutatásban a gyerekek személyisége, életkora és maladaptív viselkedése mutatott kapcsolatot az apák stressz-szintjével.

Három különböző genetikai eltérésnél, Down-szindrómás, Williams-szindrómás és Smith–Magenis-szindrómában szenvedő kisgyermekek szüleinél vizsgálták a stressz szintjét Fiedler és munkatársai (2000). A Down-szindrómás gyermekek családjai szignifikánsan kevesebb pesszimizmust mutattak, mint a másik két etiológiájú csoport; és lényegesen kevesebb szülői és családi problémát tapasztaltak, mint a Smith–Magenis-szindrómás gyermekek családjainál. A szülői és családi problémák legerősebb előrejelzője mindhárom szindróma esetében a gyermek maladaptív viselkedése volt. Hasonlóan, a gyermek viselkedésével talált összefüggést a szülői stressz esetében Hastings (2002). Vizsgálatok metaanalízisét végezték el Hayes és Watson (2013) autizmus spektrumzavarral élő, illetve más atipikus fejlődésű gyermekek szüleinél. Azt találták, hogy az autizmus spektrumzavarral (ASD) küzdő gyermekek családjai több szülői stresszt élnek át, mint azok a családok, ahol tipikus fejlődésű gyermekek élnek, vagy más típusú fogyatékkal (pl. DS, cerebrális parézis, intellektuális képességzavar) diagnosztizáltak ők. Érdemes lenne hazai összehasonlító vizsgálatokat is végezni a gyermek maladaptív viselkedése és a szülői stressz korrelációjáról tipikus és atipikus fejlődésű gyermekek szüleinél.

Woodman és munkatársai (2015) kutatásában a gyermeki viselkedési problémák és az anyai stressz közötti tranzakciós összefüggéseket vizsgálta 176 olyan családban, amelyben korán diagnosztizált atipikus fejlődésű gyermeket neveltek. A tizenöt éves vizsgálati időszak során bizonyítékot találtak mind a gyermek, mind a szülő által vezérelt hatásokra a kora gyermekkortól (3 éves kortól) a serdülőkorig (18 éves korig), összhangban a fejlődés tranzakciós modelljeivel. Megállapították, hogy a szülő–gyermek tranzakciók különböző életszakaszokban – éppúgy, mint a viselkedési problémák különböző területein – változnak.

Több tanulmányban a *tranzakcionális elmélet* alapján megfordítják a hatások vizsgálatát, azt figyelve, hogy a szülői stressz mennyiben befolyásolja az atipikus fejlődésű gyermek viselkedését. Woodman és munkatársai (2015) arra hivatkozva, hogy a szülői stressz hozzájárul a gyermekek viselkedési problémáihoz a tipikusan fejlődő gyermekeket nevelő családokban is, 15 éven át tartó nyomon követő vizsgálatot végeztek atipikus fejlődésű gyermeket nevelő családokban a korai időszaktól

kezdve. Ugyancsak korábbi vizsgálatokat is figyelembe véve úgy látják, hogy tipikusan fejlődő gyerekeknél az externalizáló viselkedések átlagos szintjének csökkenése, valamint az internalizáló viselkedés stabilitása vagy enyhe növekedése jellemző a kor előrehaladtával. Atipikus fejlődésű gyermekek nagyobb mértékű viselkedési problémákat mutatnak nemüknek és életkoruknak megfelelő társaikhoz képest, de a változás mintázata hasonló. Azt találták, hogy érdemes a viselkedési problémák két területét, az internalizációt és az externalizációt külön-külön figyelembe venni az anyai stressz kapcsán. Internalizáló magatartásproblémáknál találtak tranzakciós összefüggést az anyai stresszsel, az externalizáló viselkedések pedig előre jelezték a szülői stresszt a későbbi gyermekkorban (bár a korai gyermekkorban, 3–5 éves korban nem). A hatások fordított iránya szintén nem volt megfigyelhető. Ez a mintázat éles ellentétben áll a koragyermekkori internalizáló magatartások esetében megfigyelt mintával, ahol mindkét keresztezett hatás jelentős volt. Előfordulhat, hogy a DS-gyermekek által mutatott externalizáló magatartást a szülők normatívaabbnak tekintik ebben az időszakban, míg a korai életkorban fellépő internalizáló magatartások rávilágíthatnak a gyermekeik és a többi gyermek közötti fejlődési különbségekre.

A szülők érzelmi megküzdésével és *coping* stratégiáival kapcsolatos kutatást folytatott le az Egyesült Államokban Al-Yagon (2015) tanulási zavarokkal élő és átlagos fejlődésű 8–12 éves gyermekek szüleinél. Ebben a vizsgálatban *az apák és az anyák megküzdési erőforrásaiban (gyerekekkel kapcsolatos probléma aktív/kerülő megküzdése, koherencia érzése) szignifikáns különbség mutatkozott, különösen a tanulási zavart mutató gyermekeknél.*

Más kutatások a *reziliencia* (magyarul lásd bővebben itt: Danis és Kalmár, 2020) kérdésével foglalkoznak. Gerstein és munkatársai (2009) megfigyelték, hogy a szülői stressz következetesen magasabb az intellektuális képességzavarral élő (IKZ) gyermekek szüleinél; mégis, néhány család képes ellenállni és boldogulni ezekkel a kihívásokkal szemben. 36–60 hónapos korú gyermekek szülei esetében vizsgálták a napi stresszt, valamint specifikus családi kockázati és rezilienciátényezőket, amelyek befolyásolhatják ezeket a pályákat, beleértve a szülők pszichés jóllétét, a házassági alkalmazkodást és a pozitív szülő–gyerek kapcsolatot. Utánkövetéses vizsgálatokban különbséget találtak az apák és az anyák között: az anyák által napi szinten megélt, a gondozással–neveléssel összefüggő stressz mértéke az idő múlásával jelentősen megnőtt, míg az apáké állandóbb maradt. Az anyai stressz csökkenése az észlelt házassági alkalmazkodással, valamint a pozitív apa–gyermek kapcsolattal volt összefüggésben. Az apák stresszének napi csökkenését azonban csak az anya jólléte és a szülők házassági kapcsolata befolyásolta jótékonyan.

A szülők megküzdési stratégiáit vizsgálta Glidden és Natcher (2009), ennek során nem találtak jelentős különbségeket az anyák és apák között, a megküzdési stratégiák terén sok hasonlóság mutatkozott. Kandel és Merrick (2007) kiemeli: míg korábban az eltérő fejlődésű gyermekekre koncentrálna a betegség és a stressz, a házastársi feszültség és a családon belüli alkalmazkodási problémák hangsúlyozása volt megfigyelhető a kutatásokban (rizikószemlélet), az utóbbi évtizedekben inkább figyelembe veszik az egész családot, a pozitív alkalmazkodás, az elégedettség, az elfogadás, a házastársi harmónia kérdéseit (rezilienciaszemlélet). A szakirodalom viszont még mindig kevésbé hangsúlyozza a szülők pozitív megküzdési stratégiáit, inkább hajlamosak a megküzdési folyamat negatív aspektusait kiemelni. Bujnowska és munkatársainak (2021) vizsgálatai szignifikáns különbséget mutattak atipikus és tipikus fejlődésű gyermekek szülei között a megküzdési stílusok tekintetében. Az atipikus fejlődésű gyermekek szülei ritkábban alkalmazták az elkerülő stílust és az érzelmi támogatási stratégiát. Mindkét szülői csoportban a feladatorientált stílus volt a domináns megközelítés. A pszichológiai flexibilitást emeli ki Gur és Reich (2023) a szülőkkel folyó munkában. Tanulmányukban szisztematikusan áttekintik a fogyatékos gyermekek szüleinek pszichológiai rugalmasságáról szóló irodalmat, hogy ajánlásokat fogalmazzanak meg a gyakorlat számára. Arra a következtetésre jutnak, hogy a pszichológiai rugalmasság kérdésköre rendkívül fontos a fogyatékosági kutatások szempontjából, és tovább kell vizsgálnodni a különböző szülői jólléti és működési szempontokkal kapcsolatban. A szakembereket arra ösztönzik, hogy az elfogadás és elköteleződés terápiái elveit építsék be a fogyatékos gyermekek szüleivel folytatott munkájukba.

Egyre nő azoknak a tudományos közleményeknek a száma, amelyek térő kultúrákban vizsgálják a szülői stresszt atipikus fejlődésű gyermek esetén (pl. Upreti és Singh, 2016; Ausserhofer és mtsai, 2009; Arif és mtsai, 2021; Arasu és Shanbhag, 2021; Savari és mtsai, 2023). A korábbi hazai kutatásokról lásd Kis (2016).

Li és munkatársai (2023) az atipikus fejlődésű gyermekek szüleinek kognitív alapú beavatkozásokat javasolnak. Széleskörűen definiálják az atipikus fejlődés fogalmát, és a segítség jelentőségét hangsúlyozzák többek között arra hivatkozva, hogy az Egyesült Államokban végzett korábbi országos felmérések kimutatták: a fejlődési zavarok prevalenciája közel 13%-ról 18%-ra nőtt az elmúlt 20 évben (Magyarországon hasonlóan: emelkedés tapasztalható az előfordulási gyakoriságban). Tekintettel erre a növekedésre és a gondozási szükségletekre, jellemzően jelentős támogatásra van szükség, valamint olyan erőforrásokhoz és beavatkozásokhoz való hozzáférésre a gyermekek és családjaik számára, amelyek hosszú távon javíthatják ezeknek a gyerekeknek és családoknak az életminőségét.

A tipikus fejlődésű gyermekek szüleinek támogatása és pszichológiai jóllétük javítása érdekében számos kognitív alapú beavatkozás létezik, beleértve a kognitív viselkedésalapú terápiát (CBT), a dialektikus viselkedésterápiát (DBT), a *mindfulness*-alapú beavatkozásokat (MBI), ezen belül a *mindfulness*-alapú stresszcsökkentést (MBSR) és a *mindfulness*-alapú kognitív terápiát (MBCT), amelyek nem ítélkező módon ösztönzik a résztvevők figyelmét/tudatosságát, hogy hatékonyabban birkózzanak meg az élet stresszoraival, és javítsák általános jóllétüket. Ezek a kognitív alapú beavatkozások ígéretes eredményekről számoltak be a stressz, a depressziós tünetek és a szorongás csökkentésében a speciális igényű gyermekek szüleinél is (Bourke-Taylor és mtsai, 2021; Parmar és mtsai, 2021, in: Li és mtsai, 2023). Az összesített eredmények azt mutatták, hogy a kognitív alapú beavatkozások szignifikáns hatással voltak a szülői stressz csökkentésére, valamint hatékonynak bizonyultak a depressziós tünetek és a szorongás oldásában a kontrollcsoporthoz képest.

A TESTVÉREK HELYZETE

A család működéséből nem hagyhatók ki a testvérek (Radványi, 2006). Kapcsolatuk a többi családtaggal jelentős mértékben hozzájárul a családi működéshez, vagy éppen gátolja azt. Gamble és McHale (1989) közel negyedszázaddal ezelőtt írtak a stresszel való megküzdésről a testvérkapcsolatokban, összehasonlítva az atipikusan és a tipikusan fejlődő testvérrel való kapcsolatot. Figyelték a gyermekek napi stresszes eseményeinek átélését a testvéreikkel, érzelmeiket, az eseményekre adott válaszokat és stratégiáikat a stresszorokkal való megbirkózásban. Az elemzések feltárták, hogy a két csoport alapvetően hasonló értékelést kapott a testvéreiket érintő stresszorok gyakoriságáról és hatásintenzitásáról, emellett a fiúk és lányok közötti különbségek gyakoribbak voltak, mint a csoportok közötti különbségek. A két csoport tendenciaszinten eltért a megküzdési stratégiák alkalmazásában. *A gyerekek saját jóllétére és a testvéreikkel szembeni attitűdjükre és viselkedésükre vonatkozó értékelések összehasonlítása során kiderült, hogy a fogyatékos testvérekkel rendelkező gyerekek gyengébb pontszámot értek el alkalmazkodásukban, de pozitívabban értékelték a testvérükkel szembeni viselkedésüket.* A korrelációs elemzések azt a tendenciát mutatták ki, hogy az önirányított gondolatokat magában foglaló megküzdési stratégiák pozitívan kapcsolódnak a jólléti és testvérkapcsolati mérőszámokhoz.

Heller és Arnold (2010) áttekinti az intellektuális képességzavarral és autizmussal élő testvérek helyzetével kapcsolatos szakirodalmat. Az autizmus spektrumzavarokkal küzdő gyermekek testvéreiről szóló szakirodalom áttekintése vegyes eredményeket mutat be a testvéri kapcsolatnak a gyermekkori és serdülőkori pszichoszociális jellemzőkre gyakorolt hatásáról. A szerzők szerint, bár sok tanulmány megemlíti a gyengébb kapcsolatok fokozott kockázatát, nehéz szétválasztani az autizmus spektrumzavarral élő gyermek testvéreire gyakorolt genetikai és környezeti hatásokat.

Az atipikus fejlődésű felnőttek testvérei számára kulcsfontosságú kérdés az átmenet megtervezése, amikor a szülők már nem tudnak gondoskodni a fogyatékossgággal élő személyről. Gyakran a családok nem készítenek konkrét terveket a jövőbeli életkörülményekről és pénzügyi kilátásokról. Noha a testvérek lesznek nagy valószínűséggel a jövőbeli gondozók, a családok ritkán vonják be őket a tervezésbe. Ezért fontos a testvérek jelenlegi kapcsolatának megfigyelése mellett a várható jövőbeli kapcsolatok és szerepek vizsgálata is. Eisenhower és munkatársai (2005) beszámolnak kutatásukról, amelynél úgy találták, hogy Down-szindrómás gyermekeket nevelő anyák többsége úgy érezte, hogy a többi gyermekükre pozitívan hatnak a fogyatékossgággal élő testvéreik. Az anyák körülbelül fele olyan választ adott, hogy a nem fogyatékos testvérek nem aggódnak azért, hogy nekik Down-szindrómás gyermekük születik. Ami az önbecsülést illeti, Burton és Parks (1994) megállapította, hogy a fogyatékossgággal vagy anélkül élő emberek testvérei hasonló szintű önértékeléssel rendelkeznek. Griffiths és Unger (1994) viszont úgy találta, hogy a szülőkhöz képest a nem fogyatékos testvérek nagyobb pesszimizmusról és több szorongásról számoltak be fogyatékossgággal élő testvérük képességeivel kapcsolatban. A kutatás szerint a szülők egyértelműen azt akarták, hogy a nem fogyatékos gyermekeik felelősséget vállaljanak fogyatékos gyermekükért. Úgy tűnt, hogy ez a szülői perspektíva elősegíti a testvérek közötti szoros interakciót.

Fishman és munkatársai (1996) 3 éves longitudinális vizsgálatban pervazív fejlődési zavarral élő, illetve DS-gyermekek, kontrollként pedig tipikus fejlődésű gyermekek testvéreit vizsgálták jóllétük szempontjából, bevonva az adatközlésbe a szülőket és pedagógusokat is. Érdekes eredményt kaptak, amennyiben a házassági elégedettség, a szülői depresszió hiánya, az összetartó család és a meleg, konfliktusmentes testvérkapcsolat a jóllét szempontjából védelmet nyújtott a normál kontrollcsoportbeli és a Down-szindrómás testvérek számára, de nem volt ilyen összefüggés a pervazív fejlődési zavarral küzdő gyermekek testvéreinél.

A nem fogyatékos és fogyatékos testvérek közötti kapcsolat gyakorisága és típusa változó. Egy tanulmány megállapította, hogy a testvérek rendszeresen érintkeztek értelmi fogyatékossgal élő testvéreikkel, és érzelmi támogatást nyújtottak nekik (Krauss és mtsai, 1996), valamint jól ismerték a fogyatékkal élő testvéreik igényeit, pozitív kapcsolatban álltak velük. A tanulmányok a testvérkapcsolatot befolyásoló számos tényezőre is rámutattak, beleértve a fogyatékossg típusát (Down-szindróma, autizmus), a fogyatékossg mértékét, a testvérek nemét és életkorát, valamint hogy a testvérek milyen közel laknak egymáshoz. Autista felnőttek testvéreivel összehasonlítva a Down-szindrómás emberek testvérei szorosabb és melegebb kapcsolatot mutattak (Hodapp és Urbano, 2007).

A gyakorlatban, a családokkal folyó pszichológiai munka során gyakran hívjuk fel a figyelmét a szülőknek arra, hogy a testvér élhesse szabadon az életkorának megfelelő életet, ne kelljen neki az atipikus fejlődésű testvérét gondoznia. Leane (2019) foglalkozik ezzel a kérdéssel, indokolva ennek jelentőségét azzal, hogy az intellektuális képességzavarral (ID) élő felnőttek hosszabb élettartama és az autizmus spektrumzavarok (ASD) diagnosztizálásának növekvő aránya azt jelenti, hogy a szülők valószínűleg nem maradnak elsődleges gondozók az ID-vel és ASD-vel küzdő felnőttek élete során. Az ID/ASD-s emberek nem fogyatékos testvéreit egyre nagyobb valószínűséggel vonják be testvéreik támogató és gondozási szerepébe. Ilyen helyzetek vizsgálatánál azt találták, hogy *a testvérek a gyermekkorban kialakult kapcsolatot érzelmi elkötelezettségként élték meg.* Az autonómia és a rokoni kötöttség közötti dilemmák a testvéreket érzelmileg megterhelhetik, emiatt gyakran a neheztelés és a bűntudat érzésével küszködnek. A szerzők elengedhetetlennek tartják, hogy a szolgáltatók és a szakemberek megértsék és elismerjék ezt az erkölcsi és érzelmi dinamikát, amikor ID/ASD-vel és családtagjaikkal dolgoznak.

Végül következzen egy gyakorlati irányultságú tanulmány, amely a testvéreket támogató csoportokkal kapcsolatos. Az atipikus fejlődésű gyermek mellett való felnövekedés összefügg a pszichés nehézségek enyhén megnövekedett kockázatával és az egészséges testvérek kisebb ellenálló képességével. Vatne és Zahl (2017) 11 és 16 év közötti testvérekkel folytatott 17 csoportos beszélgetést. A testvérek arról számolnak be, hogy nehéz érzelmi élményeik vannak, amikkel megpróbálnak megbirkózni mások támogatása nélkül. A kutatások azt mutatják, hogy a támogató csoportok kivédhetik a testvérek pszichológiai sérülését. Az atipikus fejlődésű gyermekek testvéreinek fontos lenne ilyen csoportokban részt venniük a tapasztalatok megosztása, az érzelmek kifejezése érdekében. A korábbi kutatásokkal összhangban a gyerekek negatív érzelmeiket fejezték ki a támogató csoportok során, azonban míg a korábbi tanulmányok úgy találták, hogy a gyerekek

főleg implicit módon fejezik ki érzelmeiket, ebben a tanulmányban az expliciten megjelenő aggodalmak magas arányát figyelték meg. Az egyéni eltéréseket az életkorral és a nemmel nem tudták magyarázni.

MEGBESZÉLÉS

Meglehetősen nehéz egy ilyen fontos és szerteágazó témában, mint a család helyzete, atipikus fejlődésű gyermek születése esetén kiválasztani a legrelevánsabb tanulmányokat. Nem tagadható, hogy a szerző saját tapasztalatai, szubjektív szempontjai is befolyásolták a válogatást. Több, korábban összegyűjtött tanulmány is kimaradt a felsorolásból, sokra csak utaltam. Mind a külföldi, mind a hazai szakirodalomban ismertetett eredményeknek hozzá kell járulniuk ahhoz, hogy még nyilvánvalóbbá váljon, mennyire indokolt a családot, a családtagokat támogató pszichológiai segítségnyújtás. A tanulmány rávilágít olyan hiányterületek befedésének szükségességére, mint pl. a testvérekkel való foglalkozás.

A legfontosabb területeket igyekeztem érinteni: a szülők veszteségfeldolgozását, a segítő szakember lehetőségeit, illetve, hogy a pszichológusi munka ezekben az esetekben is mennyire szerteágazó és sok figyelmet igénylő beavatkozás. Integráló terület ez: a gyász feldolgozása, a családterápia, a személyiségfejlesztés és sok más terület bevonódik, nincs előre kijelölhető irány.

Mégis remélem, hogy a fentebb megfogalmazottak közelebb visznek a megfelelő út megtalálásához, amin egy-egy esetben elindulhatunk.

Bár a magyar szakirodalomból kevés került be a válogatásba – feltételezve, hogy azt az olvasó valószínűleg úgyis ismeri –, reményeim szerint kibontakozik az a kép, hogy a hazai szakirodalom is elhelyezhető a nemzetközi mezőnyben annak köszönhetően, hogy voltak és vannak olyan kutatóink, akik szívügyüknek tekintik ezt a területet.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Alborz, A. (2017). The nature of quality of life: A conceptual model to inform assessment: the nature of QoL. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 15–30.

- Alós, F. J., Garcia, A. G., & Maldonado, M. A. (2022). Coping strategies in parents of children with disabilities: A case-control study. *Brain Behavior*, 12(8), e2701.
- Al-Yagon, M. (2015). Fathers and mothers of children with learning disabilities: Links between emotional and coping resource. *Learning Disability Quarterly*, 38(2), 112–128.
- Arasu, S., & Shanbhag, D. (2021). Quality of life and burden of caregiving among the primary caregivers of children with disability in rural Karnataka. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(8), 2804–2809.
- Arif, A., Farzana, A., & Nusrat, A. (2021). Stress and coping strategies in parents of children with special needs. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(5), 1369–1372.
- Alkalmazott Pszichológia* (2014). Az életminőséggel kapcsolatos tematikus szám. *Alkalmazott Pszichológia*, 14(4). http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2015/07/AP_2014_4.pdf
- Ausserhofer, D., Mantovan, F., Pirhofer, R., Huber, M., & Them, C. (2009). Die Belastungen pflegender Eltern von Kindern und Jugendlichen mit schweren Behinderungen in Südtirol. *Pflege*, 22(3), 184–192.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 134.
- Belsky, J. (1983). Child maltreatment and ecological integration *American Psychologist*, 5, 320–335.
- Belsky, J. (1989). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83–96.
- Bhothi, A., Brown, T., & Lentin, P. (2016). Family Quality of Life: A key outcome in early childhood intervention services: A Scoping review. *Journal of Early Intervention*, 38(4), 191–211.
- Bohm, T. L., & Carter, E. W. (2019). Family Quality of Life and its correlates among parents of children and adults with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 124(2), 99–115.

- Brown, R. I., Macadam, J., Wang, M., & Iarocci, G. (2006). Family Quality of Life when there is a child with a developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(4), 238–245.
- Brown, R., Schalock, R. L., & Brown I. (2009). Quality of Life: Its application to persons with intellectual disabilities and their families—Introduction and overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 2–6.
- Bujnowska, A. M., Rodríguez, C., García, T., Areces, D., & Marsh, N. V. (2021). Coping with stress in parents of children with developmental disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100254.
- Burton, S. L., & Parks, A. L. (1994). Self-esteem, locus of control, and career aspirations of college-age siblings of individuals with disabilities. *Social Work Research*, 18(3), 78–185.
- Burton, P., Lethbridge, L., & Phipps, S. (2008). Mothering children with disabilities and design. *Canadian Public Policy*, 34(3), 359–378.
- Costanza, R., Fisher, B., Saleem, Ali, S., Snapp, R. et al. (2007). Quality of Life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267–276.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., et al. (2008). An integrative approach to Quality of Life measurement, research, and policy. *Sapiens*, 1(1), 17–21.
- Crnic, K. A., & Low, Ch. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting, Volume 5: Practical Issues in Parenting*. (2nd ed.) (pp. 243–268). Lawrence Earlbaum.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2020). A fejlődési pszichopatológia alapjai: Kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletemek és empirikus eredmények* (pp. 108–136). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Department of Occupational Therapy: The Quality of Life Model. Used in research projects, carried out by the Quality of Life Research Unit, was developed at the Centre for Health Promotion, University of Toronto. http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm

- Esbenstein, A. J., & Mailick Seltzer, M. (2011). Accounting for the “Down Syndrome Advantage.” *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(1), 3–15.
- Fidler, D. J., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2000). Stress in families of young children with Down syndrome, Williams syndrome, and Smith–Magenis syndrome. *Early Education and Development*, 11(4), 395–406.
- Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., Gillis, B., Freeman, T., & Szatmari, P. (1996). Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychology*, 35(11), 32–41.
- Gamble, W. C., & McHale, S. M. (1989). Coping with stress in sibling relationships: A comparison of children with disabled and non-disabled siblings. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 10(3), 353–373.
- Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blacher, J., & Baker, B. L. (2009). Resilience and the course of Daily Parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(12), 981–997.
- Glidden, L. M., & Natcher, A. L. (2009). Coping strategy use, personality, and adjustment of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(12), 998–1013.
- Griffiths, D. L., & Unger, D. G. (1994). Views about planning for the future among parents and siblings of adults with mental retardation. *Family Relations*, 43(2), 221–227.
- Gunzburg, H. C., & Gunzburg, A. L. (1996). Kiscsoportos lakóotthonok: Az intézeti-esítés új formája? In Lányiné Engelmayer Á. (szerk.), *Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása. Fordításgyűjtemény*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.
- Gunzburg, H. C., & Gunzburg, A. L. (1987). *LOCO: Learning Opportunities Coordination: A Scale for Assessing Coordinated Learning Opportunities in Living Units for People with a Handicap*. SEFA Publications.
- Gur, A., & Reich, A. (2023). Psychological flexibility of parents of children with disabilities: A systematic literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 136(10), 104490.

- Guyard, A., Michelsan, S. I., Arnaud, C., Lyons, A., Cans, Ch., & Fauconier, J. (2012). Measuring the concept of impact on parents: Validation of a multidimensional measurement in a cerebral palsy population. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1594–1604.
- Hardmann, M. L., Drew, C. J., & Winston-Egan, M. (1996). *Human Exceptionality* (5th ed). Allyn and Bacon.
- Hajduska, M. (2010). *Krízislélektan*. 2. átdolgozott kiadás. ELTE Eötvös Kiadó.
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(3), 149–160.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629–642.
- Heller, T., & Arnold, K. (2010). Siblings of adults with developmental disabilities: psychosocial outcomes, relationships, and future planning. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 16–25.
- Hill, R., & Rodgers, R. H. (1964). The developmental approach. In H. Christensen (Ed.), *Handbook of Marriage and the Family* (pp. 171–211). Rand McNally.
- Hodapp, R. M., & Urbano, R. C. (2007). Adult siblings of individuals with Down syndrome versus with autism: Findings from a large-scale US survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 1018–1029.
- Kalmár, M., & Boronkai, J. (1991). Az otthon, mint tanulási környezet: koraszülött és időre született gyermekek értelmi fejlődésének összehasonlító vizsgálata a családi feltételek tükrében. *Pszichológia*, 11, 251–278.
- Kalmár, M., & Boronkai, J. (1993). The quality of home and the long-term outcome of prematurely born children. *Paper presented at the Vth European Conference on developmental Psychology*, Bonn.
- Kalmár, M., & Csiky, E. (1994). A koraszülöttség fejlődépszichológiai implikációi. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34, 139–170.

- Kalmár, M., Boronkai, J. (2001). Az otthoni környezet minőségének szerepe koraszülött gyerekek hosszú távú értelmi fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56, 387–410.
- Kalmár, M. (2007). *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai: Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Kandel, I., & Merrick, J. (2007). The Child with a disability: Parental Acceptance, management and coping. *The Scientific World Journal*, 7, 1799–1809.
- Kis, N. (2016). Eltérően fejlődő gyermek a családban *Gyermeknevelés*, 4(3), 1–15.
- Komlósi, P. (1989). A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In Gerevich J. (szerk.), *Közösségi mentálhigiéné* (pp. 21–55). Gondolat.
- Krause, M. P. (2005). Psychologische Aspekte der Diagnosemitteilung. In B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch* (pp. 136–156). Hogrefe.
- Krauss, M. W., Seltzer, M. M., Gordon, R., & Friedman, D. H. (1996). Binding ties: The roles of adult siblings of persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 34(2), 83–93.
- Leane, M. (2019): Siblings caring for siblings with Intellectual Disabilities: Naming and negotiating emotional tensions. *Social Science & Medicine*, 230, 264–270.
- Li, S., Yong, Y., Li, Y., Li, J., & Xie, J. (2023). Cognitive-based interventions for improving psychological health and well-being for parents of children with developmental disabilities: A Systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2023, 06063.
- Magerotte, G. (2000). Qualité de Vie pour les Personnes Presentant un Handicap (Perspective Internationales) *Revue Francophone de la Defficiency Intellectuelle*, 11, 97.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and Personality* (3rd ed). Harper & Row Publishers.
- Nirje, B. (1996). A normalizációs elv: 25 év után. In Lányiné Engelmayer Á. (szerk.), *Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása* (pp. 118–139). BGGYTF.
- Peterander, F., & Speck, O. (1996). Subjektive Belastungen: Mütter Schwerbehinderter Kinder in der Frühförderung. *Geistige Behinderung*, 2, 95–106.

- Radványi, K. (2006). Sérült gyermek a családban. In Várkonyi Á. (szerk.), *Ismerj meg, ... hogy megérts! Ismeretek a sajátos nevelési igényű gyerekeket gondozó és nevelő szakemberek és családtagok részére* (pp.15–23). Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar.
- Radványi, K. (2006a). A gyermek szocializációját elősegítő tényezők a korai gyógy-pedagógiai segítségnyújtásban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 34(4), 266–275.
- Radványi, K. (2013). *Legbelső kör: A család*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Ran, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Renwick, R. (2004). *Research summary of the Children's Quality of Life Project Quality of Life for Children with Long-Term Disabilities Instrument: Development and validation*. University of Toronto.
- Renwick, R., Schormans, A. F., & Buga, Z. (2003). Quality of Life for children with developmental disabilities. *Journal On Developmental Disabilities*, 10(1), 107–114.
- Ricci, L. A., & Hodapp, R. M. (2003). Fathers of children with Down's syndrome versus other types of intellectual disability: Perceptions, stress and involvement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4–5), 273–284.
- Sameroff, A. J. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18(1–2), 65–79.
- Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanach (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 3–13). Guilford.
- Sameroff, A. J. (2009). Conceptual issues in studying the development of self-regulation. In S. L. Olson, & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial Regulatory Processes in the Development of Childhood Behavioral Problems* (pp. 1–18). Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaker casualty. *Review of Child Development Research*, 4(1), 187–244.
- Savari, K., Naseri, M., Savari, Y. (2023). Evaluating the role of perceived stress, social support, and resilience in predicting the Quality of Life among the parents of disabled children. *International Journal of Disability, Development and Education*, 70(5), 644–658.

- Schalock, R. L. (1999). Three decades of quality of life. In M. L. Wehmeyer, & J. R. Patton (Eds.), *Mental Retardation in the 21st Century* (pp. 335–358). Austin.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., & Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural survey of QOL indicators. Institute on Community Integration-Faculty of Psychology, University of Salamanca. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4), 298–311.
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181–190.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M., & Gomez, L. E. (2011). Quality of Life model development and use in the field of intellectual disability. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities* (pp. 17–39). Springer.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R. A., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., & Parmenter, K. D. (2017). Conceptualization, measurement, and application of Quality of Life for persons with intellectual disabilities: Report of an International panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457–470.
- Szigeti, F. (2016). Az életminőség mérési rendszerei. *Educatio*, 2016/1, 130–139.
- Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). Concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 823–833.
- Trute, B., & Hiebert-Murphy, D. (2002). Family adjustment to childhood developmental disability: A measurement of parent appraisal to family impacts. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 271–280.
- Upreti, R., & Singh, R. (2016). Coping strategies for perceived stress among parents of mentally challenged children across their gender. *International Journal of Humanities and Social Sciences*, 5(6), 213–222.
- Vatne, M., & Zahl, E. (2017). Emotional communication in support groups for siblings of children with disabilities *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2106–2108.
- Veenhoven, R. (2000). Wellbeing in the welfare state. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2000/2, 91–125.

- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of Life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Researches*, 49(1), 707–717.
- WHO (1998). *WHOQOL User Manual: Programme on Mental Health*. World Health Organization. Elérhetőség: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
- Woodman, A. (2014). Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. *Family Relations*, 63(1), 39–54.
- Woodman, A. C., Mawdsley, H. P., & Hauser-Cram, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 264–276.

SZÜLŐI KIÉGÉS

M. Ribiczey Nóra

BEVEZETÉS

A szülők mentális egészsége nemcsak a saját felnőtt életük szempontjából jelentős, hanem kihatással van a család működésére és a gyermekek fejlődésére is. A nukleáris családok elterjedésével, az anyák munkába való visszatérésével, a megnövekedett társadalmi elvárásokkal és az időről időre megjelenő további nehezítő körülményekkel (pl. pandémiás helyzet) párhuzamosan sok családban megnövekedett stresszel kell szembenéznük a szülőknek. A *család–munka–magánélet közötti egyensúly* megtalálása sokaknak nagy kihívást jelent, a különböző elvárásoknak való megfelelés, az egyensúly kialakítása az életterek és feladatok között nehézséget okoz a szülők számára (Sztányi-Szekér és mtsai, 2023). Amikor az erőforrások nem elegendők a stresszel való megküzdéshez, akkor kialakulhat a szülői kiégés, mely negatív hatással van a szülőre és gyermekére egyaránt. A munkahelyi kiégés vizsgálata nagyobb múltra tekint vissza (Maslach és Jackson, 1981), így számos publikáció olvasható e téren, ugyanakkor a szülői kiégés kutatása még gyermekcipőben jár. A szülői kiégés jelenségével kapcsolatos kutatások terén kiemelendő a Belgiumban tevékenykedő Moira Mikolajczak és kutatócsoportjának munkássága (Mikolajczak és mtsai, 2021). Annak ellenére, hogy a szülői kiégés egy friss kutatási terület, mára már számos bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a munkahelyi kiégéstől és más szülői mentális problémáktól, mint például a depressziótól is elkülöníthető konstruktrumról van szó, kialakulásához egyéni, családi, szociális és kulturális szintű rizikótényezők is hozzájárulnak. A szülői kiégés együttjárása a szülői menekülési gondolatokkal, valamint a gyermek elhanyagolásával és bántalmazásával pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy fontos a kiégés megelőzése, felismerése,

és kialakulása esetén csökkentése, aminek első lépése, hogy a családokkal foglalkozó szakemberek tudjanak a jelenségről és arról, hogyan lehet segíteni a családokat a szülői kiégés előfordulása esetén.

A SZÜLŐI KIÉGÉS MEGHATÁROZÁSA

A szülői szerephez rengeteg pozitív érzelem társul, számos jutalmazó aspektusa ismert, pozitív élményt nyújthat a gondoskodás megélése, a kapcsolódás, de akár az élet értelmének növekedését is magával hozhatja (Nelson és mtsai, 2013). Ugyanakkor nem kérdés, hogy a szülőséghez számos kihívás és elvárás is társul, szülőnek lenni igen megterhelő, kimerítő tud lenni, a szülőségnek tehát pozitív és negatív oldalai is vannak (Mikolajczak és Roskam, 2018). Lényeges, hogy egy adott szülő milyen mértékben éli át e két oldal egyensúlyát, van-e elbillenés a negatív irányba.

A szülők gyakran élnek át stresszel teli helyzeteket (Crnic és Low, 2002). A mindennapi feladatokon túl a gyermekek viselkedésével, egészségével, oktatásával, vagy akár a munka és a család összeegyeztetésével kapcsolatos kérdésekben is megjelenhetnek stresszforrások a szülők számára. Ezek többsége átmeneti, és sok szülő megfelelően meg tud küzdeni mindezekkel, vagyis a stressz nem feltétlen vezet kiégéshez. *A szülői kiégés nem egyenlő a szülői szereppel járó stresszel, hanem lényege, hogy milyen reakciót ad a szülő a stresszre: kiégés esetén gyakori reakció a kimerültség, fáradtság, a szülői bevonódás csökkenése, a gyermektől való eltávolodás, és az inkompetencia-érzés megjelenése* (Mikolajczak és mtsai, 2019). A szülői kiégés a szülői szerephez kapcsolódó jelentős kimerültség állapotát takarja, mely a gyermektől való érzelmi eltávolodással, valamint a szülői kompetencia és énhatékonyság megkérdőjelezésével járhat (Roskam és mtsai, 2017). A szülői kiégés akkor jelenik meg, ha hosszabb távon éli át a szülő, hogy erőforrásai nem elegendők a szülőséggel járó stresszel való megküzdéshez. A szülői kiégés kontextus-specifikus, vagyis kifejezetten a szülőséggel összefüggő krónikus stresszre adott reakcióként értelmezendő. A szülői kiégés során az egyén azt élheti meg, hogy a mindennapi szülői feladatokat (étkezések, gondozási feladatok, lefektetési rutin stb.) képes ugyan ellátni, mintegy „túlélő” üzemmódban, ám ezen felül nem tud energiát, időt szánni gyermeke(i)re, nem tudja élvezni a gyermekkel töltött együttlétet (Mikolajczak és mtsai, 2021). A fentieket átmenetileg minden szülő érezheti, ám ha tartóssá válik ez a működés, akkor már szülői kiégésről beszélünk.

A kiégés jelenségét a munkával kapcsolatban jóval régebb óta kutatják (Maslach és mtsai, 2001), a munkahelyi kiégés – mint a munkával kapcsolatban megélt krónikus

stressz következtében fellépő kimerülés, negatív attitűd kialakulása a munkával szemben, és az inkompetencia érzése – vizsgálata vezetett ahhoz a gondolathoz, hogy más kontextusokban, így a szülői szerepben is megjelenhet a kiégés, hiszen a tartósan magas stressz nem csak munkahelyi környezetben fordulhat elő.

A szülői kiégés tünetei Mikolajczak és Roskam (2018) alapján a következők: (1) *a szülői szereppel kapcsolatos fizikai és érzelmi kimerültség*, erőteljes fáradtság érzése, vagy az, amikor a szülő már attól kimerülnék érzi magát, ha arra gondol, hogy egy napot vagy tartósabb időt a gyermekével fog tölteni. Ez a kimerültség lehet fizikai és érzelmi is, annak megélése szintén ide tartozhat, hogy „elfogytak” szülőként, „felélték összes tartalékukat”. A következő tünetcsoport (2) *a gyermek-től való érzelmi eltávolodást* takarja. Megjelenhet a szülői involváltság csökkenése, a kimerültség miatt kevesebb energia és idő juthat a gyermekek érzelmi szükségleteivel való foglalkozásra, a szülőnek csak a praktikus, mindennapi élethez elengedhetetlen feladatok ellátására juthat energiája. Végül a tünetek közé tartozhat (3) *a szülői kiteljesedés megélésének hiánya, az inkompetencia érzésének megjeleneése, akár a szülői szereppel kapcsolatos ellenérzések felerősödése*, például a szülő már nem leli örömét a gyermekekkel töltött időben, elege lesz szülői szerepéből. Mindezzel együtt járhat azzal, hogy a szülői önértékelés csökken, a szülő saját magába vetett azon hite, hogy hatékony a szülői szerepében, meginog. További nehézséget okozhat annak megélése, ha a szülő úgy érzi, egy olyan kellemetlen szerepben, helyzetben ragadt, amiből nincs kiút (Hubert & Aujoulat, 2018). A szülői kiégéshez az az érzés is hozzátartozhat, hogy a szülő a korábbi megéléséhez képest érzi önmagát kevésbé jónak, azt éli meg, hogy már nem tud úgy helytállni, vagy éppen jelen lenni szülőként, mint korábban (Roskam és mtsai, 2018).

Kevés kutatás foglalkozott azzal, hogy a szülői kiégés jelenségét hogyan lehet elkülöníteni más, szülőknél leírt mentális egészséggel kapcsolatos konstruktumoktól. Nunes Tuna (2018, idézi Hubert és Aujoulat, 2018) a szülői kiégés és a posztpartum depresszió összevetése kapcsán az átfedő sajátosságok (pl. csökkent energia, fásultság) mellett az alábbi különbségeket emeli ki: más a két jelenség megjelenésének ideje, hiszen a posztpartum depresszió az első 18 hónapban leírt jelenség, míg a szülői kiégés nem korlátozódik erre a korai időszakra. Továbbá a szülői kiégés inkább kapcsolódik a szülői személyiségjegyekhez (erről lásd később), és kevésbé a szociális tényezőkhez vagy a házastársi rendszer működéséhez; a levert hangulat pedig szülői kiégés esetén nem generalizáltan jelenik meg, hanem a szülői szereppel kapcsolatos feladatokhoz kötötten. Mikolajczak és munkatársai (2020) alátámasztották a szülői kiégés és a munkahelyi kiégés egymástól való elkülönítését is, kiemelve, hogy a két jelenségnek specifikus kimenetei

vannak, amely következmények a depresszió tüneteivel sem jósolhatók be. A szülői kiégésre tehát érdemes elkülönült konstrukciónak tekinteni, mely kontextus-specifikus (szemben a depresszióval), és specifikus következményekkel jár együtt (mint például a szülő menekülési gondolatai és a gyermek elhanyagolása, részletesen lásd később). Ugyanakkor Mikolajczak és munkatársai (2020) hozzátesszik, hogy a depresszió és a szülői kiégés jelenségének elkülönítése nem zárja ki, hogy ezek összefüggjenek, pl. hogy a szülői kiégés vezethet major depresszióhoz.

GYAKORISÁG ÉS KULTURÁLIS KÜLÖNBSÉGEK

A szülői kiégés előfordulása 2–12% közöttire becsülhető (Roskam és mtsai, 2017). Egy 42 országot felölelő, kulturális összehasonlítást végző felmérés szerint (Roskam és mtsai, 2021) a szülői kiégés előfordulása nagy eltéréseket mutat az egyes országok között. Az *individualista kultúrákban találtak magasabb előfordulási gyakoriságot*, s bár az összefüggések feltárásához további kutatások szükségesek, az eredmények feltehetően azt tükrözik, hogy az individualista kultúrákban az utóbbi évtizedekben a családokra egyre növekvő teher hárul, jellemző tendencia, hogy a szülők terhei megnövekedtek, egyre nagyobb nyomás nehezedik rájuk, és az elvárások is nőttek azzal kapcsolatban, kit tart a társadalom jó szülőnek. A nyugati társadalmakban gyakran jelen lévő individualizmus, teljesítményalapú értékelés, magas társas összehasonlítás a szülői szerep vonatkozásában megnehezítheti a szülői helytállást és a szülői mentális egészség megőrzését (Mikolajczak és mtsai, 2021).

Egy további tényező, ami befolyással lehet arra, hogy milyen magas a szülői kiégés előfordulása, az a nemek közötti egyenlőség mértéke az adott kultúrában (Sorkkila és Aunola, 2020). Egy kulturális összehasonlító vizsgálat szerint (Hagqvist és mtsai, 2017) *azokban a kultúrákban, ahol a nemek közötti egyenlőség inkább jelen van a munkavállalás terén, a szülők – leginkább az anyák – alacsonyabb jóllétről számoltak be, mint a tradicionálisabb nemi szerepeket előnyben részesítő országokban élő szülők*, feltehetően azért, mert ugyanezen anyák a munkavállalásban való helytállás mellett a szülői és háztartási feladatokban továbbra is megnövekedett felelősséget vállalnak. Hazánkban is hasonló kép rajzolódik ki a kutatások alapján, a női munkavállalás egyre általánosabbá válásával párhuzamosan a háztartási feladatokban való kiegyensúlyozottabb részvétel a nők és a férfiak között nem jelenik meg, a nők átlagosan jóval több házimunkát végeznek, mint a férfiak (Spéder, 2011).

Magyarországon egy friss felmérés szerint a megkérdezett szülők 5,8%-a mutatja a szülői kiégés tüneteit (Hamvai és mtsai, 2022), az anyáknál 6,6%, az apáknál 2,4%-os előfordulás figyelhető meg. Ez az előfordulás hasonló más individualista országokban találtakhoz.

A SZÜLŐI KIÉGÉS ELŐZMÉNYEI, KIALAKULÁSA

A szülői kiégés kialakulásának megértéséhez érdemes lehet a munkahelyi kiégés jelenségénél használt egyik modellhez, az igénybevétel–erőforrás modellhez (Demerouti és mtsai, 2001) visszanyúlni. Ez a modell azt hangsúlyozza, hogy akkor nő a munkahelyi kiégés valószínűsége, amikor az egyén a munkahelyi elvárásokat, követelményeket, az igénybevételt magasnak, az erőforrásokat azonban korlátozottnak észleli. Mikolajczak és Roskam (2018) ezt az elképzelést a szülői szerepre vonatkoztatva úgy véli, hogy *a szülői kiégés akkor jelenik meg, amikor a szülői erőforrások elégtelenek ahhoz, hogy a szülőséggel járó elvárásoknak, követelményeknek eleget tegyenek*, bárhog is definiálják a szülők, hogy mik ezek a követelmények. E tekintetben *a tartós egyensúlytalanság a két tényező között (erőforrás mint protektív vs. igénybevétel mint rizikófaktor) vezethet a szülői kiégéshez*. Ugyanakkor, ha a szülői kiégésre mint stresszel összefüggő jelenségre tekintünk, akkor a szülőséggel járó stressz szintjét növelő tényezők (mint például házimunkák mennyisége, szülői perfekcionizmus, vagy egy nem támogató szülőtárs) és a stresszt csökkentő komponensek (például szociális támogatás, szülői szabadidő) közötti egyensúlytalanságot is tekinthetjük felelősnek a szülői kiégés kialakulásáért (Mikolajczak és Roskam, 2018). Érdekes további szempont, hogy *nem az erőforrások objektív szintje lehet a kiégés szempontjából jelentős, sokkal inkább a szubjektív megélés, az, hogy a szülő milyennek észleli saját erőforrásait*. Például előfordulhat, hogy a szülő túl sokat vár el magától, ezért érzi úgy, nem elég jó szülő a gyermeke számára; vagy az is, hogy kérhetne ugyan külső segítséget, de ezzel nem él, akár azért, mert az a kép él benne, hogy egyedül kell boldogulnia (Hubert és Aujoulat, 2018).

Egy kismintás, interjútechnikát alkalmazó belga vizsgálat (Hubert és Aujoulat, 2018) eredményei szerint a szülői kiégés előzménye lehet a *túlvállalás, a perfekcionizmus, a gyermek jövőjéért való túlzott felelősségérzet* is. Mindezek mögött az attól való félelem állhat, hogy a szülő azt gondolja, nem elég jó szülője gyermekének. Gyakori érzelmek, melyek a szülői kiégéshez társultak az idézett vizsgálatban: a bűntudat, a szégyen, a magányosság és az attól való félelem, hogy a szülő árt a gyermekének.

A SZÜLŐI KIÉGÉS ÖSSZEFÜGGÉSE MÁS FAKTOROKKAL

Prevenációs és intervenciós szempontból is jelentőséggel bírhat azon faktorok azonosítása, melyek rizikótényezőknek tekinthetők a szülői kiégés kialakulása szempontjából, vagyis amely tényezők növelik a szülői kiégés megjelenésének valószínűségét. A szülő(k) munkanélkülisége, a család anyagi nehézségei, mint stresszel járó tényezők, továbbá a szülői szabadidő hiánya és az alacsony társas támogatottság mind együtt járnak a szülői kiégéssel (Lindström és mtsai, 2011). A család szocioökonómiai státusza ugyanakkor nem áll jelentős összefüggésben a szülői kiégéssel (Mikolajczak és mtsai, 2018b), legalábbis, ha más tényezők (pl. szülői személyiségvonások) szerepét is vizsgáljuk, akkor a szülők végzettsége és a család anyagi helyzetének szerepe elenyészővé válik. Ez az eredmény összhangban áll azzal, hogy a szülői kiégésben nem az objektív körülmények, lehetőségek, események játszanak döntő szerepet, hanem ezek szubjektív megélése, vagyis hogy a szülő milyennek észleli erőforrásait, helyzetét.

További családi tényezők, melyek megnövelhetik a stresszt és így a szülői kiégés megjelenésének valószínűségét: a sok gyermek jelenléte a családban, a testvérek közötti kis korkülönbség, a gyermek(ek) alacsony (5 évnél fiatalabb) életkora, az egyszülős nevelés és az alacsonyabb szülői életkor (Sorkkila és Anuola, 2020; Vigouroux és Scola, 2018). Megnövelheti a szülői kiégés előfordulását, ha a szülő kevés támogatást kap szülőtársától, ha közöttük sok az egyet nem értés a gyermeknevelés terén, ha a szülő azt éli meg, hogy szülőtársával nem egyeznek reakcióik egyes gyermeki viselkedésekre (Mikolajczak és mtsai, 2021).

Finn szülők körében végzett kutatás eredményei alapján (Sorkkila és Anuola, 2020) az anyáknál magasabb arányú a kiégés, mint az apák esetében, és a fiatalabb szülőség is megnövelheti a szülői kiégés valószínűségét. Ha a gyermek speciális szükségletű, krónikusan beteg vagy eltérő fejlődésmenetű, mindez szintén nagyobb kihívás elé állíthatja a szülőket, és megnövekedhet a szülői kiégés előfordulása. Így például Lindhal-Norberg (2007) agytumoron átesett gyerekek anyái körében mutatott ki magasabb fokú szülői kiégést összevetve egészséges gyerekek anyáival, és más kutatások is (pl. Sorkkila és Anuola, 2020) találtak összefüggést a szülői kiégés és a gyermek speciális szükséglete között. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy *a fenti családi, kontextuális tényezők és gyermeki sajátosságok, bár mutatnak összefüggést a szülői kiégéssel, mégis összességében csak kis százalékat (mintegy 8%-át) magyarázzák a szülői kiégés variációjának* (Sorkkila és Anuola, 2020).

A kontextuális tényezőkön és a gyermek sajátosságain túl a szülői személyiségjegyek összefüggése a szülői kiégéssel is érdekes kérdés. Az *anyák alacsony*

önbizalma és magas igénye a kontrollra például rizikótényezőnek bizonyult a szülői kiégés tekintetében (Lindström és mtsai, 2011). Egy másik vizsgált sajátosság, a *perfekcionizmus is jelentős tényező lehet a kiégés tekintetében*, mint ahogy már fentebb említettük. Flett és Hewitt (2002) meghatározása szerint perfekcionizmusról akkor beszélhetünk, amikor az egyén hajlamos saját maga számára extrém magas elvárásokat felállítani, tökéletes teljesítményre törekedni és kritikusan értékelni saját működését. A perfekcionizmus egyik formája (Hewitt és Flett, 1991) a szelforientált perfekcionizmus, melyben az egyén saját maga számára ír elő kiemelkedően magas elvárásokat, és magas önkritika jellemzi; míg a másik forma a társas közeg által előírt perfekcionizmus, amely azzal a hittal jár, hogy mások állítanak fel magas vagy akár irreális elvárásokat az egyénnel szemben, és az egyén úgy érezheti, csak akkor fogadják el őt, ha ezeknek maradéktalanul megfelel. Frost és munkatársai (1990) japán szülők körében mutatták ki, hogy a perfekcionizmusból fakadó aggodalmak (a hibázástól és a negatív megítéléstől való félelem) előrejelezték a szülői kiégést. A fentebb már említett finn vizsgálat (Sorkkila és Anuola, 2020) pedig arra jutott, hogy önmagában a szelforientált perfekcionizmus nem jár együtt a szülői kiégéssel, azonban a társas közeg által előírt perfekcionizmus pozitív összefüggést mutat a konstruktummal. Így tehát elmondható, hogy azok a szülők, akik úgy érzik, hogy környezetük magas szülői teljesítményt vár el tőlük, vagy éppen attól tartanak, hogy negatívan ítélik meg őket mások, vagyis *akik úgy érzik, hogy a magas elvárások kívülről érkeznek, és nekik maguknak nincs kontrolljuk efelett, vélhetően nagyobb szülői stresszt élnek át, ami növelheti a szülői kiégés megjelenését*. Ezek a szülők fenyegetve érezhetik önértékelésüket, szorongást érezhetnek szülői szerepükben, és mivel a szülői szerepből a legtöbb szülő nem lép(het) ki, ezért a családban jelen maradván a gyermektől való érzelmi eltávolodással reagálhatnak, ami a szülői kiégés egyik markáns tünete. A finn kutatás érdekes eredménye továbbá, hogy a társas közeg által előírt perfekcionizmus erőteljesebben hatott a szülői kiégésre, ha szelforientált perfekcionizmus is jellemezte a szülőt, vagyis a két forma együttes jelenléte lehet az, ami a leginkább bejósolja a szülői kiégés megjelenését. Összességében tehát azok a szülők, akik, tökéletességre törek-szenek, és akár belsővé tették azt a társadalom által sugallt képet, hogy milyen is egy ideális család vagy szülő, nagyobb veszélynek vannak kitéve a szülői kiégés tekintetében. Az attól való félelem, hogy nem elég jó szülők, gyakori érzés a szülői kiégésben (Hubert és Aujoulat, 2018).

Az anyáknál megjelenő gondolat, hogy nyomást éreznek arra, hogy tökéletes anyák legyenek, Meeussen és Van Laar (2018) eredményei szerint is összefüggésben áll a szülői kiégéssel. Eredményeik szerint a tökéletes anyaság belső elvárása

együtt járt a magasabb szülői stresszel, a hibázás elkerülésére való fókuszálással, és azzal is, hogy az anyák kevesebb feladatot adtak át partnerüknek, maguk tartották kézben a gyermek körüli teendőket (lásd „anyai kapuőr viselkedés”, Schoppe-Sullivan és mtsai, 2015). Ezen érzelmi, kognitív és viselkedéses sajátosságok viszont megnövelték a szülői kiégés megjelenésének valószínűségét. Az eredmények abból a szempontból is elgondolkodtatók, hogy az *intenzív anyaság*¹ (Hallstein, 2006) jelenségének negatív következményeire hívják fel a figyelmet. A kutatók az anyákkal szembeni társadalmi elvárások jelentőségét is felvetik, mivel az anyák belső elvárásainak alakulásában ezek jelentős szerepet játszhatnak.

A SZÜLŐI KIÉGÉS MÉRÉSE

Az első próbálkozás a szülői kiégés megragadására még a munkahelyi közegre kialakított *kiégésleltárral* történt (*Maslach Burnout Inventory*, MBI; Maslach és Jackson, 1981; Pelsma és mtsai, 1989). Az első szülői kiégés kérdőív, mely specifikusan szülőséggel kapcsolatos állításokat tartalmaz, Roskam, Raes és Mikolajczak (2017) munkája, és a *Szülői Kiégés Leltár* (*Parental Burnout Inventory*, PBI) nevet viseli. Ez a kérdőív az MBI (Maslach és Jackson, 1981) tétteleiből indult ki, ám szülői kontextusba helyezte át azokat. A három dimenzió mindkét kérdőívben azonos: (1) érzelmi kimerülés, (2) deperszonalizáció (ez a faktor a *Szülői Kiégés Leltárban* az „érzelmi eltávolodás” elnevezést kapta) és (3) a kiteljesedés megélésének csökkenése. A kutatócsoport továbbfejlesztette a mérőeszközt, és a végleges formát *Szülői Kiégés Kérdőívnek* (*Parental Burnout Assessment*, PBA) nevezte el. A 23 ítemes mérőeszköz 4 dimenziót ölel fel, melyek (1) a szülői szerepben való kimerülés, (2) a szülői szereppel való meghasonulás, (3) a telítődés (annak érzése, hogy a személynek elege van a szülői szerepéből), valamint (4) a gyermektől való érzelmi eltávolodás.

A PBA hazai adaptációját (PBA-HUN) Hamvai és munkatársai (2022) végezték el. Az 1215 fős mintán végzett felmérés megerősítette a négy dimenzió jelenlétét, és az összpontszám, vagyis a *globális szülői kiégés faktor* használatának relevanciáját is; továbbá megállapították, hogy a kérdőív kiváló pszichometria mutatókkal

¹ Az *intenzív anyaságról* (Hays, 1996) alkotott elképzelés szerint az anya a gyermekek elsődleges és legjobb gondozója, akinek feladata minden idejét és energiáját a gyermeknek szentelni, hiszen az anya felelőssége a gyermek fizikai, érzelmi és mentális fejlődésének támogatása. A jelenség magában foglalja azt a gondolatot is, hogy a nőknek van elsőbbsége a gyermeknevelésben. Az *intenzív anyaság* olyan elvárásokat állít az anyák elé, melyben a gyermektől való szeparáció, más tevékenységek keresése anyaként, vagy akár a munkába való visszatérés büntudattal terhelt lehet.

jellemezhető a magyar mintán is. Példák a négy dimenzió itemeire: *Úgy érzem, hogy szülőként minden erőm elfogyott.* (kimerülés); *Azt hiszem, már nem vagyok olyan jó anyja / apja a gyereke(i)mnek, mint voltam.* (szülői szereppel való meg hasonulás); *Nem jelent örömet együtt lenni a gyerekeimmel.* (telítődés); *Éppen csak annyit csinálok meg a gyerek(ek)ért, amennyit muszáj, de semmi többet.* (érzelmi eltávolodás a gyermektől).

A PBA-HUN pontszámok a kívánt irányban mutattak összefüggést más mért sajátosságokkal, így fordított összefüggés volt kimutatható az étellel való elégedettséggel és pozitív összefüggés az észlelt stresszel, a depresszióval, valamint az általános kimerültséggel.

KÖVETKEZMÉNYEK

A szülői kiégés hatással lehet a szülő mentális egészségére, a párkapcsolatára és a családban növekvő gyermekekre is. A kutatások e téren, még gyerekcipőben járnak, az első átfogó empirikus kutatás a témában Mikolajczak és munkatársai (2018) nevéhez kötődik. A kutatás keresztmetszeti elrendezést alkalmazott, így annak megállapítása, hogy valóban a kiégés okozza-e a vizsgált kimeneteket, nem lehetséges. Mindenesetre eredményeik szerint a szülői kiégés összefüggést mutat a szülők öngyilkossági és menekülési gondolataival, az addikciókkal, alvási problémákkal, továbbá a párkapcsolati konfliktusokkal. A kilépési, vagy menekülési fantáziák megjelenése a munkahelyi kiégés kontextusában is leírt jelenség, ugyanakkor elmondható, hogy míg egy munkahelyet vagy akár szakmát elhagyhat az egyén, a szülői szerepből nem lehet „betegállományba menni”, és a szülőségből való kilépés helyzete és felelőssége nem hasonlítható egy munkahely elhagyásához. A menekülés vagy kilépés így akár a gyermektől való érzelmi eltávolodás, akár szerhasználat formájában is manifesztálódhat.

A fenti kutatásban a legerősebb összefüggést a szülői kiégés és a gyermek felé mutatott elhanyagoló és bántalmazó viselkedés között találták. Mikolajczak és munkatársai (2018a) ezt azért is tartják fontos eredménynek, mert ha tudjuk, hogy a szülői kiégés kevésbé kötődik a család alacsony szocioökonómiai státuszához (Mikolajczak és mtsai, 2018b), akkor ez felhívhatja a figyelmet arra, hogy *képzettebb, kedvezőbb anyagi körülmények között élő családokban a szülői kiégés jelentős előrejelzője lehet a bántalmazásnak, amire a családokkal foglalkozó szakembereknek kiemelten érdemes figyelniük.*

A fenti kutatócsoport (Mikolajczak és mtsai, 2019) egy egyéves longitudinális vizsgálattal, ahol 3 mérési pontban gyűjtöttek adatokat egy év során, megerősítette,

hogy a szülői kiégés erőteljesen megnöveli a szülői menekülési fantáziákat, valamint a gyermek felé mutatott elhanyagoló és bántalmazó viselkedést.

Újabb kutatások (Brianda és mtsai, 2020) a szülői kiégéssel járó biológiai szintű változások megragadását is célul tűzték ki, és kimutatták a kortizolkoncentráció (*hair cortisol concentration*, HCC) kétszer magasabb szintjét szülői kiégést mutató szülőknél, összevetve a kontrollcsoporttal. A szülői kiégéstől szenvedő szülők 36,1%-ánál ez a szintkülönbség a kortizolkoncentrációban nem jelent meg, vagyis a HCC korlátozottan tekinthető biomarkernek a kiégés terén, mert az esetek jelentős kisebbségében nincs kimutatható eltérés benne. A megemelkedett kortizolszint azonban jelzi, hogy a szülői kiégés az érintett egyének egészségi állapotára is veszélyt jelenthet,² és a gyermekbántalmazás megjelenését is magyarázhatja.

PREVENCIÓS ÉS INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

Mint fentebb láttuk, a szülői kiégést csak az utóbbi évtizedben kezdték intenzíven kutatni, így célzott prevenciós és intervenciós programok e téren még nem láttak napvilágot. Ugyanakkor érdemes lehet összegyűjteni a szülői kiégéssel kapcsolatos kutatásokból levonható tanulságokat a jövőbeni programokkal kapcsolatban.

Fontos lehet azonosítani azokat a családokat, ahol a szülői kiégés nagyobb valószínűséggel lép fel. Ehhez *a stresszt növelő tényezők és a család erőforrásai közötti egyensúly vizsgálata lehet segítségünkre* (Mikolajczak és mtsai, 2021). Hazánkban a védőnői rendszerben használt rizikókérdőívek és a védőnői konzultációk erre lehetőséget adhatnak. Ugyanakkor kíváncsún lenné a jelenségről szélesebb körben beszélni, hogy más, családokkal foglalkozó szakemberek is érzékenyek legyenek a szülői kiégés jeleinek észlelésére, és tudatában legyenek annak, hogy ezek a szülők segítséget igényelhetnek.

Mikolajczak és munkatársai (2021) két intervenciós irányt jelölnek ki, melyek mind társadalmi, mind egyéni szinten teret kaphatnának. Az egyik *a szülői stressz szintjének csökkentését* célozza, ide sorolható minden olyan beavatkozás, mely a szülőkre nehezedő nyomást csökkenti. A másik út *a szülői erőforrások növekedése*, a szülők támogatása, hogy meg tudjanak küzdeni a stresszel. A stresszfactorok és az erőforrások közötti egyensúlytalanság kiküszöböléséhez sok tényező hozzájárulhat, például a társas támogatás nyújtása, a pszichoedukáció, a szülői észlelések,

² A munkahelyi kiégés és az egészség összefüggéseiről készítettek magyar nyelvű összefoglalót pl. Kiss és munkatársai (2018).

belső elvárások és képzetek formálása stb. A szülői kiégés megelőzéséhez tehát társadalmi szintű és egyéni megsegítés is szükséges lehet.

Egyéni szinten *kognitív fókuszú programok* is segíthetik a szülői kiégés megelőzését vagy csökkentését, amennyiben elő tudják mozdítani, hogy az erősségekre, szülői sikerekre való fókuszálás tudja dominálni a szülői percepciókat, és ne a hibázás elkerülésére fókuszáljanak szülőként (Meeussen és Van Laar, 2018). Hasonlóképpen: az anyaképpel, elvárásokkal, önfogadással, vagy a szülői szerepben megjelenő perfekcionizmus csökkentésével, átkeretezésével kapcsolatos segítségnyújtás is hozzájárulhat a szülői kiégés megelőzéséhez vagy kezeléséhez (Sorkkila és Aunola, 2020). Mások (Hubert és Aujoulat, 2018) *érzelemfókuszú megközelítések* lehetőségét vázolják fel a szülői kiégés megelőzése terén kiemelve, hogy a szülők érzelmi intelligenciájának fejlesztése, az érzelmek és szükségletek kifejezésének támogatása segíthet a szülőségben való kimerülés prevenciójában. További lehetőség olyan stratégiák tanítása a szülőknek, melyekkel csökkenteni tudják a stresszt, segítséget tudnak kérni, vagy éppen hagynak maguknak feltöltődésre időt (Mikolajczak és mtsai, 2021).

ZÁRSZÓ

Szülőnek lenni a 21. században sajátos kihívásokkal jár. A nukleáris családok elterjedése, a társas támogatottság csökkenése, az eredetcsaládból jövő szülői minták elérhetetlensége, vagy annak a vágya, hogy a szülő nem szeretné tovább vinni hozott mintáit mind abba az irányba mutatnak, hogy sok szülő egyedül maradhat szülői feladataival. Ugyanakkor a megnövekedett elvárások (lásd például *intenzív szülőség*), a tökéletességre törekvés, a félelem a hibázástól, a szociális média által sugallt kép az ideális szülőségről, vagy akár az anyák *kapuőr* viselkedése tovább növeli annak kockázatát, hogy a szülőnek mentális problémákkal kelljen szembenéznie. További tényező a családokon belüli egyensúlytalanság a munkamegosztásban, annak nehézsége, hogy az anyák hogyan találjanak egyensúlyt a család–munka–magánélet világában. Ráadásul nincs könnyű helyzetben a szülő, ha informálódni szeretne, hiszen a szociális médiából jövő üzenetek, a túlidealizált családkép és az ellentmondásos információk igen elbizonytalanítók lehetnek a fiatal szülők számára. Mindezek tükrében kiemelt jelentősége van a korszerű tudással rendelkező szakembereknek abban, hogy támogatást nyújtsanak a szülőknek, csökkentsék bizonytalanságukat, növeljék kompetenciaérzésüket, hozzájáruljanak mentális jóllétük fenntartásához.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Brianda, M. E., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Hair cortisol concentration as a biomarker of parental burnout. *Psychoneuroendocrinology*, 117, 104681.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting, Volume 5: Practical Issues in Parenting* (pp. 243–268). Erlbaum.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands–resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research and Treatment* (pp. 5–31). American Psychological Association.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
- Hagqvist, E., Gådin, K. G., & Nordenmark, M. (2017). Work–family conflict and wellbeing across Europe: The role of gender context. *Social Indicators Research*, 132(2), 785–797.
- Hallstein, D. L. O. B. (2006). Conceiving intensive mothering. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 8(2–3), 96–108.
- Hamvai, C., Hidegkuti, I., Vargha, A., & Konkoly Thege, B. (2022). Parental burnout in Hungary: Development and psychometric evaluation of the Hungarian Parental Burnout Assessment (PBA–HUN). *European Journal of Mental Health*, 17(1), 47–61.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale University Press.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470.
- Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). Parental burnout: When exhausted mothers open up. *Frontiers in Psychology*, 9, 1021.
- Kiss, T., Polonyi, T. É., & Imrek, M. (2018). Munkahelyi stressz és egészség: A Burnout-szindróma a 21. században: Kutatás, mérés, elmélet és terápia. *Alkalmazott Pszichológia*, 18(2), 75–103.

- Lindhal-Norberg, A. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 130–137.
- Lindström, C., Åman, J., & Lindhal-Norberg, A. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100, 1011–1017.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018a). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134–145.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter?. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319–1329.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2021). Beyond job burnout: Parental burnout! *Trends in Cognitive Sciences*, 25(5), 333–336.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., Stinglhamber, F., Lindahl Norberg, A., & Roskam, I. (2020). Is parental burnout distinct from job burnout and depressive symptoms? *Clinical Psychological Science*, 8(4), 673–689.
- Mikolajczak, M., Raes, M.-E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018b). Exhausted parents: Sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and family functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 602–614.
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: The balance between risks and resources. *Frontiers in Psychology*, 9, 886.
- Meeussen, L., & Van Laar, C. (2018). Feeling pressure to be a perfect mother relates to parental burnout and career ambitions. *Frontiers in Psychology*, 9, 2113.
- Nelson, S. K., Kushlev, K., English, T., Dunn, E. W., & Lyubomirsky, S. (2013). In defense of parenthood: Children are associated with more joy than misery. *Psychological Science*, 24, 3–10.

- Nunes Tuna, A. (2018). *Le diagnostic différentiel: burnout parental, dépression, dépression post-partum. Comment faire la différence?* Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain.
- Pelsma, D. M., Roland, B., Tollefson, N., & Wigington, H. (1989). Parent burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with a sample of mothers. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 22(2), 81–87.
- Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E., Arikan, G., Artavia, M., Avalosse, H., Aunola, K., Bader, M., Bahati, C., Barham, E. J., Besson, E., Beyers, W., Boujut, E., Brianda, M. E., BrytekMatera, A., Carbonneau, N., César, F., Chen, BB., ... Mikolajczak, M. (International Investigation of Parental Burnout Consortium) (2021). Parental burnout around the globe: A 42country study. *Affective Science*, 2, 58–79.
- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758.
- Roskam, I., Raes, M. E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 163.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Altenburger, L. E., Lee, M. A., Bower D. J., & Kamp Dush C. M. (2015). Who Are the Gatekeepers? Predictors of Maternal Gatekeeping. *Parenting*, 15(3), 166–186.
- Sorkkila, M., & Aunola, K. (2020). Risk factors for parental burnout among Finnish parents: The role of socially prescribed perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 648–659.
- Spéder Zs. (2011). Ellentmondó elvárások között...: Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon. In: Nagy I., & Pongrácz T. (szerk.), *Szerepváltozások 2011* (pp. 207–227). TÁRKI.
- Sztányi-Szekér B., Hőgye-Nagy, Á., & Szemán-Nagy, A. (2023). A családi élettel, párkapcsolattal való elégedettség és a munka–magánélet egyensúly összefüggései a gyermekes nők életében. *Új Munkaügyi Szemle*, 4 (2), 17–26.
- Vigouroux, S. L., & Scola, C. (2018). Differences in parental burnout: Influence of demographic factors and personality of parents and children. *Frontiers in Psychology*, 9, 887.

ATIPIKUS INTERAKCIÓK, BÁNTALMAZÁS, TRAUMÁK ÉS TRANSZGENERÁCIÓS HATÁSOK A KÖTÖDÉSI KAPCSOLATBAN

Eigner Bernadett

*„A szülői bánásmód és pszichopatológiai tünetek közt
a kötődési kapcsolatok hatására kialakult
mentális reprezentációk közvetítenek.”
(Unoka, 2007, 27)*

BEVEZETÉS

A gyermekkori érzelmi–szociális fejlődést a korai interakciók jelentősen befolyásolják. Ha nem optimális az interakció, illetve a bánásmód, akkor zavar következhet be a gyermek fejlődésében és társas kapcsolati működésében. A rossz bánásmóddal terhelt atipikus interakciók a dezorganizált kötődés talaján részint a kapcsolat zavarához, részint akár súlyos pszichopatológia kialakulásához is vezethetnek. A mentális és viselkedészavarok tüneteit mutató gyermekeknél gyakran találhatjuk meg a háttérben a korai kapcsolati traumatizációt. Akiknél a korai időszakban nincs lehetőség reparációra, rehabilitációra, azoknál a későbbiekben akár súlyos személyiségpatológiák is kifejlődhetnek. E folyamat néhány sajátosságát mutatom be a tanulmányban.

Az anya és gyermeke közötti interakció és az alakuló kapcsolódási folyamat tartalmazhat *természetes, normatív félresiklásokat*, kommunikációs tévesztéseket, félreértéseket, olyan átmeneti nehézségeket, melyeket az alapvetően biztonságos

kapcsolatban korrigálni lehet. A nem optimálisan alakuló kapcsolatban nagy szerepük van a pszichoszociális stresszoroknak, a szülő érzelmi elérhetetlenségének, a családi működés diszfunkcióinak, a szülő atipikus, elhanyagoló, bántalmazó viselkedésének, egyéb veszélyeztető tényezőknek (Eigner, 2013). Ezekben az esetekben súlyosabb fejlődési traumatizáció zavar (DTD, *Developmental Trauma Disorder*; Kuritárné és Tisljár-Szabó, 2015) és kapcsolati zavarok alakulhatnak ki, esetleg kötődési traumatizáció mint legsúlyosabb állapot.

A skála végpontján tehát a *kötődési trauma* áll – azaz a trauma a kötődési kapcsolatban következik be. Az interperszonális (emberek által okozott) trauma általánosságban az emberektől és a személyközi kapcsolatoktól való félelmet, a kötődési trauma pedig az érzelmi közelség–távolság szabályozásának zavarát, illetve a függéstől vagy épp a függetlenségtől való rettegetést idézheti elő. Mindezek különösen ártalmasak gyermekkorban, mert akadályozzák a fejlődést és a reziliencia alakulását (Allen és mtsai, 2011). A hosszan tartó, kumulatív stressz traumatizáló hatásának következménye átfogóbb személyiség- és viselkedésváltozás is lehet (Eigner, 2022a). A családon belüli bántalmazás és traumatizáció gyakran áll a gyermekek későbbi szomatikus, pszichés és viselkedési tünetei, kórképei mögött.

A kapcsolati zavarral veszélyeztetett párosok (diádok) interakciós, kommunikációs jellegzetességeinek feltárására szolgál az általam kidolgozott, a korai anya–gyermek interakciók mérésére alkalmas kódrendszer (KDIK) (Eigner, 2012a, 2014), mely az intervenciót segíti. Az érzelmi–szociális fejlődésben, a viselkedésben klinikai tüneteket mutató gyermekek és családjuk ellátása eredményesen történik meg az *integratív játékterápia* (IJDT) módszerével (Eigner, 2022b, 2018). Az integratív játékterápia gyermek- és családközpontú, kapcsolati és traumafókuszú, komplex módszer, mely a szülőket is aktívan bevonja a folyamatba. A korai kapcsolati félreértések, sérülések, traumatizációk (akár generációkon átívelők is) későbbi, terápiás és szülőkonzultációs intervenciók során átdolgozhatók az együttműködő szülőkkel.

KORAI INTERAKCIÓK, ABÚZUS, TRAUMA, MENTÁLIS ÉS KAPCSOLATI ZAVAROK

A korai interakciók szerepe az érzelmi–szociális fejlődésben: Többirányú hatások

A gyermek fejlődését genetikai tényezők, veleszületett temperamentumjellemzők és a szülőkkel való kora gyermekkori interakciók formálják. Kernberg (2010) szerint

a belső tárgykapcsolatok¹ a veleszületett affektív diszpozíciók² és a kötődési kapcsolatok interakciójában jönnek létre: az alkatilag meghatározott affektív állapotok a gondozókkal való interakciókban formálódnak, szabályozódnak, melyekből idővel *kapcsolati mintázatok* internalizálódnak (Clarkin és mtsai, 2012). A *Buda-pesti Családvizsgálat* (Gervai, 2005) kutatói feltételezték, hogy a szülői viselkedésre hatással vannak a következő tényezők: demográfiai háttér, jelentős életesemények, szülők mentális egészsége, egyes személyiségvonásai, a családi működés jellemzői. Összefüggésben állnak egymással a gyermek veleszületett biológiai jellemzői, temperamentuma, az anyai és az apai viselkedés, a kötődés az anyához és az apához, valamint a szülői és tágabb környezeti tényezők.

A modern fejlődésmodellek kiemelik a fejlődésben a többirányú hatásokat, a komplexitást, a változást kiváltó tényezőket. Lewis (1972) interakciós modellje azt hangoztatja, hogy a fejlődés mindig az aktuálisan elért állapotnak és az éppen aktuális eseményeknek a hatásaként jön létre. Lewis értelmezése a fejlődésről még egyirányú: véleménye szerint a környezet hat az egyénre, és ezek a hatások befolyásolják a fejlődést (Danis és Kalmár, 2020). Sameroff tranzakciós fejlődésmodellje ezen túlmenően kiemeli, hogy a környezeti hatásokat az egyén is formálja mint saját fejlődési feltételeinek aktív szervezője, így mintegy *folymatos „párbeszéd” alakul ki az egyén és környezete között* (Sameroff és Fiese, 2005; Sameroff, 2009). A közvetlen szülő–gyermek interakciókban a felek viselkedése hatással van egymásra, amely visszahat a reprezentációkra, és viszont, a reprezentációk befolyásolják, melyik fél hogyan vesz részt az interakciókban (Danis és Kalmár, 2020). Bronfenbrenner ökológiai modellje még komplexebb: a fejlődés, különösen képpen a korai időszakban, az aktív egyén és közvetlen illetve tágabb környezete komplex, kölcsönös interakcióinak folyamataiban megy végbe, melyek hatékonyságát a rendszerességük adja meg. A szerző által *proximális folyamatoknak* nevezett interakciók a családon belül a szülő–gyermek, és a gyermek–gyermek kapcsolatokban találhatók meg. A megfigyelések szerint *az optimális anya–gyermek interakciók csökkenthetik vagy kivédhetik a kedvezőtlen tágabb környezeti hatásokat a gyermek fejlődésére* (Bronfenbrenner, 1994).

Az egyéni önszabályozás fejlődésében jelentős szerepe van az elsődleges gondozó szabályozó képességének és szenzitivitásának. Az interakciók során az érzelmi

¹ *Belső tárgykapcsolat*: Bowlby a kötődési viselkedésben kognitív mechanizmusok működését ismerte fel, melyet reprezentációs mintáknak, illetve „*belső munkamodellnek*” nevezett el. Felfogása szerint a belső munkamodell minden más kapcsolat prototípusa.

² *Affektus*: magában foglalja az érzelmeket, érzéseket, hangulatokat, az affektív reakciók teljes skáláját.

és viselkedéses állapotok közös szabályozása zajlik, ez vezet el az önszabályozás kialakulásához. A hatékony önszabályozás a mentális egészséghez és a reziliens működéshez kapcsolódik, számos összetevője van, köztük érzelmi, motivációs és kognitív faktorok, a folyamatok részben tudattalanul, részben tudatosan zajlanak. Szorosan összekapcsolódik a végrehajtó működésekkel (Cs. Ferenczi, 2020). Az önszabályozás összetett folyamat, itt most az *érzelemszabályozás*³ szerepét emelem ki. A pozitív érzések átélése, gazdagítása mellett a negatív érzések kifejezése, befolyásolása, kontrollja a társas működés, a szocializáció szempontjából meghatározó. Összetevői között implicit, automatikus és explicit folyamatok állnak, a szerveződő stratégiák a korai kapcsolati tapasztalatok függvényében alakulnak ki (Greenberg, 2008).

Az érzelemszabályozás stratégiáinak, mintázatának kialakulásában az örökletes faktorok és a környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak. Ez utóbbiak közül első sorban az anyai válaszkészségnek, érzékenységnek, melegségnek, támogatásnak és az elsődleges kötődés jellemzőinek van kiemelt jelentőségük (Mogyorósi-Révész, 2019). A biztonságos kötődés megalapozza a jól működő érzelmi szabályozást, stresszkezelést, önszabályozást, a pszichés egészséget, a társas kapcsolatok megfelelő funkcionálását, míg a korai ártalmas tapasztalatok mint például az anya érzelmi elérhetetlensége, inszenzitív interakciós működése ellenkező hatásúak (Perry, 2009, 2014).

Atipikus folyamatok a kapcsolati fejlődésben

A nem optimális interakciók: Az összehangolódás zavarai, kapcsolati traumatizáció

A korai kapcsolati zavarok megnyilvánulásai lehetnek az interakciókban rendszeresen megjelenő, ismétlődő mikrofrusztrációk, kellemetlen tapasztalatok, illetve erősebb frusztrációk, esetleg a rossz bánásmód miatt kialakult traumák (Eigner, 2013). A korai interakciók diszfunkciói meghatározók lehetnek a kora gyermekkori kötődési biztonságra és következményesen a gyermek fejlődésének alakulására.

³ Az *érzelemszabályozás* azokat a tudatos vagy tudattalan, automatikus vagy szándékos viselkedésformákat, készségeket, stratégiákat foglalja magában, melyek az érzelmi élményeket és kifejezéseket modulálják, gátolják vagy növelik (Calkins és Leerkes, 2011, in: Cs. Ferenczi és Németh, 2020, 216)

Saját doktori kutatásomban fő célkitűzésem az interakciók jellemzőinek, minőségének megismerése volt, a korai diszfunkcionális interakciók felismerését szolgáló új mérési eszköz, a *Korai Diádikus Interakció Kódrendszer* (KDIK) kidolgozásával (Eigner, 2012a). Ennek során kiemelt jelentősége volt az *anyai interakciós stílusok* (kiegyensúlyozott, feszült, kontrolláló vagy érzelmileg nem elérhető) és az erre kialakuló *csecsemő reaktív stratégiák* (kiegyensúlyozott, elkerülő vagy ellenálló) mintázatának azonosításának. Az anya interakciós stílusát optimális esetben fizikai és érzelmi elérhetőség, bevonódás, érzékeny válaszkészség jellemzi. Nem optimális szülői viselkedés esetén a csecsemőnek interakciós viselkedésével kényyszerűen alkalmazkodnia kell olyan módon, ahogyan nem viselkedne, ha a környezete meleg, elfogadó, szeretetteljes lenne. Ezek legfőbb szerepe a védekezés a károsító, traumatikus hatásokkal, vagyis a veszélyhelyzetekkel, az elutasítással, a szeparációval, a kiszámíthatatlansággal szemben.

Evolúciós nézőpontból a nem optimális szülői üzenetekre, viselkedésformákra azok észlelésével, beazonosításával kialakítja a csecsemő a maga ún. „*feltételes stratégiáit*” (Hinde, idézi Péley, 2000), melyek adaptív védekezésmódoknak tekinthetők a megzavart helyzetek kezelésében. Túlélésének maximalizálása vezeti a csecsemőt akkor, amikor nem optimális gondoskodást tapasztalva megpróbálja saját biztonságát optimalizálni ebben a helyzetben. Reaktív stratégiái a megküzdés bizonyítékai.

A töredezett, feszült, szélsőségesen váltakozó anyai viselkedés ellenállást vagy távolodást eredményezhet a csecsemő részéről (Eigner, 2015). Kötődési traumatizációt eredményez a feldolgozatlan traumával élő anya (nem szándékos) ijedt és ijesztő, dezorientált viselkedése, az érzelmi kommunikáció hibái vagy a negativitás és a visszahúzódnak megjelenése, amely tényezőket a saját kódrendszeremben is vizsgáltam, építve az AMBIANCE kódrendszer kategóriáira is (Novák és Lakatos, 2005). Fonagy transzgenerációs traumaátviteli modellje szerint a korai interakciók sorozatában a gyakori hiányok, kihagyások, lefagyások, melyeket a csecsemő rövid szeparációkként, distresszként él meg, viselkedésében előbbiek következtében szokatlan, bizarr elemek megjelenését idézhetik elő, vagy szétesett, disszociatív viselkedéseket, melyek aztán dezorganizált kötődési típushoz vezethetnek (Hámori, 2020a).

A szülő felől a gyermek felé érkező hatások tárgyalásakor fontos kiemelnünk azt a klinikai tapasztalatot, miszerint a gyermek egyes sajátosságai, viselkedési reakciói mozgíthatnak meg olyan érzéseket, indulatokat a szülőben, melyek nem (kizárólag) az „itt és most”-ről, az aktuális helyzetről, a valószínű gyermekről és kapcsolatról szólnak, hanem akár a szülő terhelt jelenéhez (pl. veszteség, gyász),

akár a szülő gyermekkorában átélt kellemetlen affektusokhoz, élménymaradványokhoz társulnak. Ilyenkor a szülő saját traumájával összefüggő fájdalom, fenyegetettsége „kapcsol be”, erre az élményre reagál a szülő akár ijedten, ijesztően, ami a gyermek számára értelmezhetetlen, nem kongruens, és félelmet kelthet. *A kötődési rendszer aktiválódása a gyermeket az anyával való közelség keresésére készítetné, ugyanakkor az ijedt/ijesztő anya érzékelésének rémülete az anyától való menekülést indítja be.* A két viselkedési rendszer konfliktusa feloldhatatlan, a következmény a gyermek viselkedésének szétesése stresszteli helyzetben. Ez az anyai viselkedés nem csupán bántalmazó vagy rossz életkörülmények között élő családokra lehet jellemző (Hesse és Main, 2000, 2006).

Az anya depressziója, egyéb mentális vagy hangulatzavara, leterheltsége, feszültségei következtében bár fizikailag jelen lehet folyamatosan, és gondoskodhat is a gyermekről, érzelmileg nem igazán elérhető, és nehezen képes kielégíteni csecsemője, gyermeke érzelmi–kapcsolati igényeit (Eigner, 2012b).

A nem optimális korai kapcsolatban megélt nehézségek, következtelenségek, vagy akár töredezettség, érzelmi, fizikai elérhetetlenség következtében – mivel a fejlődő személyiség a fontos másikkal való korai tapasztalatait, érzelmi állapotait belsővé teszi, belső reprezentációkat hoz létre a kapcsolatból, a kapcsolatban megélt saját és a másik fél működéséről, jellemzőiről, viszonyulásairól („*belső munkamodell*”, Bowlby, 1973) – a személyiség kapcsolati működéseinek, interakciós stílusának alapjává a problematikus, konfliktusos vagy akár súlyosan patológiás interakciós tapasztalat válik, melynek következményeként a későbbi kapcsolatokban is zavarok keletkezhetnek. Ha az anya nem kellően empátikus, nem ad megfelelő jelzéseket és visszajelzéseket, ha nem elérhető, nem válaszkész – a *szenzitív válaszkészség* (Ainsworth, 1979) a mérvadó –, ha nem hitelesíti, nem adekvátan tükrözi csecsemője érzéseit, nem ad elég pozitív megerősítést, akkor a gyermek szelfje nem tud megfelelően fejlődni, nem kap meg a fejlődéséhez fontos minőségeket, hiányállapotok fognak kialakulni. A tartós *hiányállapotok* a pszichodinamikus nézőpont szerint patológiás működések, védekezések egész sorát hozhatják létre a gyermekben. A szerveződő én szétesésre, töredezettségre lesz hajlamos, narcisztikusan sérülékeny, sebezhető szelf alakulhat ki, sérült kötődési tapasztalatokkal (Fonagy és mtsai, 2022; Clarkin és mtsai, 2012).

A dezorganizált kötődés és a kapcsolati zavarok

A személyközi kapcsolatról kialakított *belső munkamodell* reprezentálja magát a gondozót és a szülő–csecsemő kapcsolat minőségét is. A csecsemő a kötődési kapcsolatról alkotott reprezentáció segítségével képes elvárásokat kialakítani

a gondozó fizikai és érzelmi elérhetőségéről, válaszkészségéről, s ez vezérli viselkedését a kötődési személlyel való érintkezései során. Ahogyan a szülői törődés minőségével kapcsolatos élmények, úgy az esetleges bántalmazással vagy elhanyagolással kapcsolatos tapasztalatok is beépülnek a mentális reprezentációba (Tóth, 2011). Az anya elvesztése, a tőle való tartós szeparáció mély gyászfolyamatot indíthat el, az elvesztés csalódása, félelme és szomorúsága, a magárahagyatottság, a frusztráció érzése pedig traumatizációhoz, depresszív és szorongásos érzésekhez vezethet. Bowlby (1958, 1973) kötődésméletemében a szorongás és az agresszió eredetét a kötődési szükségletek frusztrációjában, illetve az anya elutasító viselkedésében látta, hangsúlyozva az anyai szenzitivitás és válaszkészség jelentőségét, szemben azzal a pszichodinamikus feltételezéssel, hogy pusztán a libidinális ösztönkésztetések frusztrációjából fakadó belső konfliktust élne meg a gyermek (Hámore, 2020a).

A Mary Ainsworth (1969) által leírt három klasszikus kötődési mintázat – biztonságos, bizonytalan-elkerülő, és bizonytalan-rezisztens – hátterében jelentős szerepe van a szülői szenzitivitásnak, szenzitív válaszkészségnek, illetve az inszenzitivitásnak. A bizonytalanul kötődő gyermekek stresszkezelése, önszabályozása hiányos, megzavart lehet. Egy negyedik kötődési típusként (Main és Solomon, 1986) lehet azonosítani a *dezorganizált-dezorientált*, ún. *D-típusú kötődést*, mely már nem strukturált mintázat, hanem éppen a szervezetlenséggel, a viselkedés-, az érzelemszabályozás szétesésével jellemezhető.

Kutatásokból mára egyértelművé vált, hogy az érzelmi kommunikáció súlyos hibáit nagy gyakorisággal mutató anyák csecsemői válnak dezorganizált kötődésűvé (Tóth, 2011). A csecsemőkori rossz bánásmód elvezethet a dezorganizált kötődéshez, melynek lényege, hogy a gyermek nem tud következetes stratégiát, strukturált kötődési viselkedést kialakítani a(z öt bántalmazó) kötődési személlyel. Main (1999) ezért *megoldás nélküli rémületnek* nevezi a dezorganizált kötődést.

A szülő saját kora gyermekkori élményeiből fakadó hiányállapotai, feldolgozatlan veszteségélményeinek maradványai és tudattalan szorongásai megjelenhetnek a csecsemővel, kisgyermekkel folytatott interakciókban. Az abuzív vagy a traumás élményeivel elárasztott, lefagyott viselkedésű szülő befelé forduló, diszszociatív állapotba kerülhet, időnként átmeneti rövidzárlatok, pánikreakciók, lefagyások alakulhatnak ki, az elfojtott trauma tudatközei helyzetbe kerülhet, ilyenkor a feltörő szorongást el kell háritani. Ilyen „megoldás” lehet, amikor a szülő „kikapcsol”, disszociál. Ha ez megtörténik, *a gyermek elveszíti a szülőt ezekben a pillanatokban, a kapcsolat megtörik*. A Laza Kontingencia Kapcsoló hipotézise szerint (Koós, 2010) a szülői bántalmazásra, illetve a feldolgozatlan gyász vagy

trauma állapotára jellemző, hogy olyan deviáns környezeti kontingencia mintázata jön létre, melyben a csecsemő ismételten átéli a kötődési személyre irányuló kontingens kontrolljának váratlan, drasztikus mértékű elvesztését. A gondozó személy olykor rémisztő, veszélyes, a gyermek pedig akként introjektálja a kapcsolódó szorongásokat mint kívülről jövő valóságot. A szorongás így az implicit memóriába rögzített nem tudatos interakciós mintázatokkal beépül a gyermek kötődési struktúrájába. Ezek a mintázatok később betörhetnek a gyermek élményvilágába, és a közelség vagy a távolság pánikszerű keresése, valamint az anyától való elválás rettegése váltakozva jelenhet meg (Eigner, 2022). A saját kötődési élményeikben traumatizált szülők gyermekeinél tehát nagyobb arányban alakul ki D-típusú bizonytalan kötődés, disszociatív állapotokkal.

A pszichodinamikus nézőpontok szerint a disszociatív szelf-mag e hiányállapotokat tartalmazza: a megszakadt kontaktus és a szabályozatlan érzelmi kapcsolat élményeit, mely törést okozhat. A gondozó (érzelmi) elérhetetlensége és/vagy a fenyegetettség érzése aktív cselekvéses megküzdést, menekülést vagy extrém helyzetekben disszociációt válthat ki válaszként a gyermeknél is. A kezdetben adaptív stresszreakciók tartós fennállása poszttraumás tüneteket okozva a szervezetet károsító hatásúvá válik. Nem maga a traumatikus esemény, hanem annak megélése és feldolgozása mérvadó. Ha gyermekkorban nincs senki, aki segítene, a különlegesen fenyegető helyzetekben életbe léphet az élmény azonnali disszociációja, azaz a traumatikus élmény részleges vagy egészében vett szétkapcsolódása a személyes tudattól. Előfordul, hogy a *hiperarousal* és a disszociatív állapotok viszonylag gyors egymásutánban váltakoznak. Ha a fájdalom, rettegés, kiszolgáltatottság, fenyegetettség érzése elviselhetetlen mértékűvé válik, akkor disszociatív mechanizmusok kapcsolnak be (lefagyás, érzéketlenség) (Mogyorósy-Révész, 2019).

A korai kötődés több ponton is töredezett, sérült, traumatizált lesz, ha az anya ijesztőnek éli meg a kicsi erőteljes, elkeseredett reakcióit, mely saját traumáit aktívválthatja, és a szülői kompetenciaérzéseket megingathatja. Ezek üres vagy dezorganizált pillanatok, helyzetek lehetnek, melyek nehezítik a megfelelő kötődési struktúra kialakulását. Az érzelmi kommunikáció súlyos hibáit nagy gyakorisággal mutató anyák csecsemői dezorganizált kötődésűvé válnak, mert az atipikus anyai gondozás során a csecsemő vagy ellenséges, erőszakos, bántalmazó viselkedéseket tapasztal meg, vagy az anya riadt, visszahúzódó, tehetetlen viselkedése a csecsemőben stresszt vált ki, vagy fokozza azt ahelyett, hogy a szülői jelenlét megnyugtatót jelentene számára (Tóth, 2020).

Azoknál a gyermekeknél, akikre nem figyelnek a szülők, nem támogatják és bátorítják őket, közönyösek vagy elutasítók, megfigyelhető

a kezdeményezőkézségük megtörése, és az, hogy alternatív utakat fognak keresni a szüleikkel való kapcsolódáshoz. Ez egy – evolúciós értelemben – reaktív stratégia a részükről, mellyel alkalmazkodni igyekeznek a környezetük jelzéseihez, elvárásaihoz. A pszichodinamikus megközelítések szerint ez a stratégia gyakran *hamis szelf*⁴ kifejlődéséhez vezet (Winnicott, 2004), mely a szülői követelések, elvárások miatt túl korai alkalmazkodásra kényszerített gyermek védekezése lesz. Ilyen áron valósulhat meg a nem optimálisan gondozó és elérhető (esetleg bántalmazó vagy elhanyagoló) szülőkkel mégis a kötődési kapcsolat. Traumás kötődés alakul ki: ugyanaz az ember kínálja a vigaszt, aki elkövette a bántalmazást.⁵ Az *atipikus fejlődésirányok* kialakulásának talán minden típus esetén az lehet a hátterében, hogy az illető személy a károsító környezeti hatások miatt nem úgy valósíthatta meg önmagát, ahogyan az természetes vagy optimális lett volna.

Különbőség van a kapcsolati zavarok, a kötődési bizonytalanság és a kötődési zavarok között. A bizonytalan kötődés legfontosabb ismérve a mások érzelmi elérhetőségébe és támogatásába vetett bizalom hiánya (Gerhardt, 2009). A bizonytalan kötődés valamely típusa adaptív megküzdésnek tekinthető, nem zavar. A kötődési zavar – mellyel jelen írásban nem foglalkozom – szélsőséges körülmények fennállása esetén, ritkán előforduló kórkép. A fejlődés és a gyermek mentális egészsége szempontjából már patológiásnak tekintett, korábban kötődéshiánynak nevezett klinikai diagnózist mára frissebb kategorizáció váltotta fel, és a mentális betegségeket osztályozó DSM-5 (APA, 2013/2022) hasonlóképpen a BNO-10 (WHO, 1992/1995) és a DC:0-5TM (ZERO TO THREE, 2016/2019) kézikönyvekhez, két kötődési zavart különít el. Az egyik a *reaktív kötődési zavar*, a másik a *gátolatlan társas kapcsolati zavar*. Mindkettő a végletes társas elhanyagolás vagy „patológiás gondozás” olyan körülményei során alakul ki, amik megfosztják a kisgyermeket attól a lehetőségtől, hogy egy kitüntetett gondozóval személyspecifikus kapcsolatot alakíthasson ki (Tóth, 2020). A kapcsolati nehézségek vagy kapcsolati zavarok a hivatalos diagnosztikai klasszifikációs rendszerekben (DSM-5, BNO-10) nem szerepelnek. Kivételt képez a DC:0-5TM, mely

⁴ Winnicott írta le: a korai anya–gyermek kapcsolatban, ha az anya saját igényei és szükségletei, esetleg indulatai által vezérelve rendszeresen félreértelmezi a gyermek jelzéseit elvárva tőle bizonyos reakciókat, a gyermek elrejtí valós énjét az ún. *hamis szelf* mögé, ezzel próbál „alkalmazkodni”, megfelelni a közvetlen érzelmi környezete elvárásainak, vagy akár védekezni annak „veszélyeivel” szemben (Lénárd, 2020).

⁵ *Stockholm-szindróma*nak nevezték el azt a lelki folyamatot, amikor a rab kötődni kezd a fogvatartójához, és védelmezni kezdi őt, miközben az továbbra is terrorizálja és bántalmazza. Ezt a fogalmat bántalmazott nőkre is alkalmazzák (Bancroft és mtsai, 2013). Az áldozatban sajnos lassanként összekeveredik a szeretet és a bántalmazottság élménye.

a klinikai zavarok fejezetében külön tárgyalja a kapcsolatspecifikus zavarokat, valamint egy külön fejezetben jellemzi a kapcsolati kontextust, vagyis a csecsemő/kisgyermek és a gondozói személy közötti társas-érzelmi viszonyt, kapcsolati adaptációt (alkalmazkodást).

A szülői tükrözés, a mentalizáció és a játékosság hiányosságai

Az érzelmi ráhangolódás, a tükrözés, a mentalizáló viszonyulás alapvető fontossággal bír az adaptív érzelemreguláció kialakulásában. A mentalizáció⁶ lényege, hogy az egyik tudat tartalmazza a másikat, vagy másképpen az egyik ember elméje tartalmazza a másikat. Képzeletünkben célirányos mentális állapotokhoz társítva fogjuk fel vagy magyarázzuk a viselkedést (Allen és mtsai, 2011). A mentalizáció a másikkal való kapcsolatban, interakciók során formálódik. „A pszichológiai szelf azáltal fejlődik, hogy önmagunkat gondolkodó és érző lényként látjuk visszatükröződni a másik ember elméjében” (Allen és mtsai, 2011, 9). Kiemelkedő ebben a folyamatban az anyai érzelemtükröző kommunikáció szerepe. A szülői érzelemtükrözés által mint egyfajta természetes szociális *biofeedback*-mechanizmus által a korábban nem tudatos procedurális szelfállapotok (alapérzelmek) tudatosan detektálhatóvá válnak (Gergely és Watson, 1999). Az elmélet szerint a csecsemő negatív érzelemkifejezésének szülői visszatükrözése érzelemszabályozó hatást képes gyakorolni a csecsemőre. Ez a visszatükrözés speciális módon megy végbe annak érdekében, hogy a szülő a gyermek negatív állapotait ne erősítse fel, inkább megpróbálja módosítani, enyhíteni. Ahhoz, hogy eredményes legyen ez a visszatükröző kommunikáció, a következő fontos megkülönböztető jegyekkel kell rendelkeznie (Gergely és Watson, 1999): jelöltség, a diszpozicionális következmények felfüggesztése, valamint a magas fokú kontingens viszony. Az érzelemszabályozás képessége akkor tud fejlődni, ha az anya a csecsemője mentális állapotait jól képes értelmezni és ahhoz (időben és minőségben is) kongruensen viszonyulni, az érzelemtükröző kommunikációra pedig a „jelöltség” jellemző, vagyis, hogy az anya úgy fejezi ki a csecsemője érzelmeit, hogy közben (játékosan torzítva) jelzi, hogy az nem az ő sajátja. Az ún. *patológiás tükrözés* (Gergely és Watson, 1998) a mentalizáció (Fonagy és mtsai, 2001) és a szelf koherens fejlődésének, az egészséges érzelemszabályozás folyamatának gátjává válhat, dezorganizált kötődéshez vezethet. Bizonyítékok vannak arra, hogy a hiányosan jelölt és kontingens tükrözés hathónapos korban összefüggést mutat a 12–18 hónapos korra kialakult dezorganizált kötődéssel

⁶ *Mentalizáció*: az a képességünk, hogy magunknak és másoknak belső állapotokat, vágyakat, hiedelmeket tulajdonítunk, és ezeken keresztül értjük meg a másikat és magunkat is (Lénárd, 2020).

(Koós és Gergely, 2001). Az ilyen gyermekek megdermedhetnek, hintázhatnak, önsértően viselkedhetnek, szétesett állapotokba kerülhetnek, majd a gyermekkor közepére erős kontrolláló oppozíciós viselkedés alakulhat ki, kamaszkorukra pedig disszociatív jegyek mutatkozhatnak, érzelmi diszreguláció és a szelfkontroll zavara is kialakulhat (Allen és mtsai, 2011). Ha inkongruens, torzított az érzelmi tükrözés, a pszichodinamikus megközelítés szerint a gyermekben nárcisztikus személyiségstruktúra, hamis szelf alakulhat ki, ha jelöletlen, akkor pedig eláraszthatja a csecsemőt kellemetlen érzésekkel, ami eszkalálódáshoz, és nem az érzelmek szabályozásához vezet (Fonagy és mtsai, 2020).

A kötődés és a mentalizáció fejlődése szorosan összefügg egymással. A biztonságos kötődés lenne az alapja a fejlett mentalizációnak, ezért, ha a kötődési kapcsolatban trauma következik be, az következménnyel lesz az elmeolvasás képességére is, de az összefüggés fordítva is igaz lehet. Maga a bántalmazás és az érzelmi elérhetetlenség, közömbösség már azt jelenti, hogy a gondozó képtelen mentalizálni, az okozott trauma egyben elmevaktságot is jelent a gyermek számára (Allen, 2007). A szülők a saját megoldatlan traumatikus élményeik miatt elkerülhetik a saját érzelmeik átélését, ami megnehezítheti számukra, hogy „olvassák” a gyermek érzelmi állapotát, és megfelelően válaszoljanak arra. A gyermek közelségkereső magatartása előhívhatja saját traumatikus élményeiket. Személyes fenyegetésként vagy provokációként értelmezhetik a gyermek traumára adott viselkedéses reakcióit. A bántalmazott gyermek közelség iránti egyidejű igénye és félelme előhívhatja a szülő saját veszteséggel, elutasítással vagy bántalmazással kapcsolatos élményeit (Kurítárné és mtsai, 2018).

Kutatásokban az alacsony mentalizációs szintű anyák gyakrabban mutatnak atipikus anyai interaktív viselkedést az AMBIANCE kódrendszerrel (magyarul: Novák és Lakatos, 2005) mérve, és gyakrabban jellemző rájuk az AAI (*Felnőtt Kötődési Interjú*, George és mtsai, 1985) szerint a feldolgozatlan/dezorientált kötődési stílus (Clarkin és mtsai, 2012). A szülő rémisztő vagy riadt, rémült viselkedése stresszt vált ki, vagy fokozza azt a gyermekben. A rendszeresen előforduló, ellenséges betolakodás (intruzív interakciós viselkedés) és a tehetetlen visszahúzódás is két mintázat, ami zavart okozhat a gyermeknél – az anya nem képes a ráhangolódásra, az együttérző kommunikációra, sőt, akár averzív érzései vannak a gyerek kötődési viselkedésével szemben (Allen és mtsai, 2011). Ha nem érvényesül a gondozó viselkedésében a *mentális koherencia* elve, akkor cselekedetei kiszámíthatatlanok, következetlenek, egymásnak ellentmondóak lesznek. Az abuzív gondozó egyszer kedves és nyugodt lehet, majd váratlanul félelmetessé és indulatossá (akár szadisztikussá is) válhat. A gyermek számára ez érthetetlen, és lehetetlen hozzá

igazodni, szorongást és tehetetlenségérzést okoz. A kommunikációban fontos a *kongruencia* is, mely a közlést hitelessé teszi, ha ez nincs meg, akkor a disszonancia vagy az ambivalencia érzékelhető a másik fél számára, különösen a gyermeket zavarja ez meg alapjaiban.

Az állandó fenyegetettségnek kitett gyerekek aktivációs alapszintje megváltozik, belső nyugalma felborul, érzékenyített készenléti választ adnak, hiperérzékenyen „túlolvassák” a verbális és nem verbális jeleket, ami testi szinten is fokozódó reaktivitást is hoz magával. *Kialakulhat az érzelemszabályozás folyamatában hiperaktivációs, illetve deaktivációs (hipoaktivációs), disszociatív jellegű stratégia* (Mogyorósi-Révész, 2019). Ha nem biztonságos a környezet, elhanyagoló, kiszámíthatatlan vagy bántalmazó, akkor a gyermek elfordul gondozója elméjétől, nem lesz érdekelt mentális állapotának azonosításában, hiszen az veszélyes a számára. A bántalmazó kapcsolat miatt kialakuló mentalizációs deficit mint a bántalmazó személyre vonatkozóan a mentalizáció gátlása, vagy épp az ún. túlmentalizálás megakadályozza a gyermek számára a későbbiekben saját és mások mentális állapotainak reális észlelését, felismerését, megértését és azok szabályozását (Allen és Mtsai, 2011).

A szülő játékosságának, *játékképességének* hiányosságai, zavarai alapvető szerepet töltenek be a korai érzelmi–szociális fejlődésben. Gergely és Watson (1998) hipotézise, hogy az érzelemszabályozó szülői tükrözés és a szimbolikus *mintha*-játékkal megvalósuló érzelmi önszabályozás képességének megjelenése között fejlődési kapcsolat van. A játékosság hiánya az érzelmtükrözés és a mentalizáció eltéréseihez, zavaraihoz vezet. Akiket a szülők nem megfelelő bánásmódban részesítenek vagy bántalmaznak, azok ki vannak téve annak a veszélynek, hogy saját magukat nem lesznek képesek intencionális lénynek látni, érzelmi és mentalizációs képességeik beszűkülnek, traumatizálódnak. A bántalmazott gyermekek nem képesek adekvátan részt venni később a szimbolikus játékokban sem, mivel legtöbbször anyjuk számára sem sikerült annak idején a megfelelő játékos hozzáállás és viselkedés a gyermekkel való korai interakciók során. Nem tudtak kellően figyelni rájuk, szükségleteikre, jelzéseikre, és nem tudtak pozitívan visszajelezni a gyermeknek. Ha nem sikerül időben megtörni ezt a zavart okozó folyamatot, az súlyos fejlődési pszichopatológia kialakulásához, az interperszonális kapcsolatok kiépítésének általános zavarához és tartós felnőttkori személyiségzavarokhoz vezethet. Mind az anya, mind a gyermek mentalizációja, játékossága fejleszthető az *integratív játékterápia*⁷ módszerével (Eigner, 2018, 2022b).

⁷ <http://www.eignerbernadett.hu>; <http://www.kapcsolatszerviz.hu>

A fejlődés során átélt stresszek, rossz bánásmód, bántalmazás

Kumulatív stressz, krónikus gyermekbántalmazás a családban

A WHO definíciója szerint: „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, amely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul.” (Krug és mtsai, 2002) Sok tényező függvénye, hogy a bántalmazás milyen mértékű károsodásokat okoz. Az *ártalmas gyermekkori élmények* (angol kifejezéssel: *Adverse Childhood Experiences*, ACE, Felitti és mtsai, 1998) a bántalmazásnál komplexebb fogalom, lefedi a gyermek ellen elkövetett bántalmazást és elhanyagolást (direkt ártalmak), továbbá a gyermeket körülvevő családban megtapasztalható környezeti (indirekt) ártalmakat is. Mindez azt jelenti, hogy az ártalmas gyermekkori élmények koncepciója a WHO szerinti bántalmazási formákon túl a diszfunkcionális családi körülményeket (különélés/válás, anya elleni erőszak, szerhasználó családtag, mentálisan beteg vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, börtönviselt családtag) is a gyermek életére kedvezőtlenül ható ártalomtípusoknak tekinti, noha azok nem direkt módon irányulnak a gyermek ellen (Kovács-Tóth és Kuritárné Szabó, 2023).

A családon belüli rossz bánásmód egyéni, interperszonális és hosszan tartó kitettséget jelent. Formái: fizikai bántalmazás, fizikai elhanyagolás, érzelmi/pszichológiai bántalmazás, érzelmi/pszichológiai elhanyagolás, szexuális bántalmazás. A különböző bántalmazási formák kombinálódhatnak, lehetséges, hogy egyszerre több típusú bántalmazást is elszenved a gyermek, ezek hatásai felerősítik egymást. Az újabb kutatásokban még egy kategória körvonalaázódik, az extrém mértékű túlvédés/túlkontrollálás, mely káros hatásokkal járhat a személyiség fejlődésére nézve (Lénárd, 2020). Egy másik személy (testvér, szülő, nagyszülő) bántalmazásának látványa is traumatizáló hatású. Ez rettegéssel és tehetetlenség érzésével tölti el a gyermeket. Kiemelem az *érzelmi bántalmazás* során a gyermekkel szemben megnyilvánuló *elutasítást és ellenségeskedést*. Ez súlyosan károsítja a gyermek érzelmi, társas és kognitív fejlődését. Ide tartozik a gyermek megalázása, hibáztatása, megfélemlítése, ijesztgetése, kicsúfolása, bűnbakká tétele, korlátozása, elutasítása. Mindezek azt közvetítik a gyermek számára, hogy értéktelen, hibás, nem méltó a szeretetre, nem lehet örülni a létezésének.

Érdeemes elkülöníteni a diszfunkcionális és a kifejezetten bántalmazó/elhanyagoló (veszélyeztető) szülői nevelést, bánásmódot. Sok hasonlóság mellett van két fő különbség a szegényes/diszfunkcionális szülői bánásmód és az érzelmi bántalmazás között: az érzelmileg bántalmazó és elhanyagoló szülői magatartás krónikus, súlyos és eszkalálódó mintázata, valamint a folyamatos stressz miatt a bántalmazott gyermek érzelmszabályozásának megfelelő kialakulása akadályozott, ezért nagyobb lesz a pszichológiai sérülések vagy fejlődési elakadások valószínűsége (Babity, 2013). Más módszerek lehetnek hatékonyak a bántalmazás/elhanyagolás és a diszfunkcionális családi működés kezelése, terápiája során, utóbbi esetben nagyobb az esély a szülő együttműködésének, bevonásának megteremtésére.

Herman (2011) kiemeli a következő tényezők szerepét a krónikus gyermek-bántalmazásban:

- mindent átható terror, totalitárius uralom van;
- semmivel nem tudja kivédeni a gyerek, ezért a teljes önmegadás stratégiáját veti be;
- az állandó veszélyhelyzet állandó készenléti állapotot szül, a disszociáció, a „dermedt figyelem” feszült állapota jellemző;
- megtapasztalja a gyermek, hogy a többi felnőtt nem védi meg, ezért közönyt, árulást, elhagyatottságot él meg;
- annak érdekében, hogy megőrizhesse szüleibe vetett hitét, felmenti őket, mert meg kell őriznie a kötődést;
- a bántalmazást a lelkében változtatja meg, tagadás, elfojtás, disszociáció, amnézia és más elhárító mechanizmusok segítségével;
- tisztátalan, megbélyegzett identitást alakít ki a bántalmazott gyermek.

A szülő rengeteg tudattalan fantáziát vetíthet a gyermekére, a kommunikáció során azt a gyermekéről alkotott képet közvetítheti felé, amelyet róla alkotott és hordoz magában. Mindez kapcsolatban lehet a saját traumatizált, bántalmazott múltjával. Ennek forrását a szülő saját gyermekkorából származó belső tárgyai jelentik.

Herman (2011) szerint komplex, hosszan tartó, kumulatív traumatizáció hatására szerveződhet a *borderline* személyiségstruktúra. A gyermek az otthon fogságában él, a szülők kontrollja alatt, nincs hová menekülnie, egyéb kapcsolataitól is elszigetelődik. A gyermek gyakran képtelen védelmező szülőpótlékot találni, gyakran míg az egyik szülő az aktív bántalmazó, a másik szülő is áldozat, nem egyszerűen cserbenhagyó, de ezt a gyermek később így élheti meg. Az extrém magára hagyatottság kínzó élménye párosul a rettegéssel, titkokkal teli, kiszámíthatatlan családi légkörrel (Kuritárné, 2016).

Mint fentebb már részletesen láttuk, a bántalmazott gyermekeknél az érzelmek felismerésében, beazonosításában megfigyelhető nehézségek mellett a társas megismerés zavarairól és az elmeteória késleltetett kialakulásáról is beszélhetünk (Cicchetti és mtsai, 2003). Fennáll annak a veszélye, hogy a tartós trauma hosszú távú dezorganizációt okozhat a kötődésben, amit a szociális kogníció fejletlensége és pszichopatológia esélye kísér (Allen és mtsai, 2011). A bántalmazás lelki szenvedést is okoz (fájdalmas tapasztalat érzékelni a haragot, indulatot, kegyetlenséget vagy közönyt), és megakadályozza az érzelemszabályozás, öngondoskodás fejlődését. A kötődési trauma ezért azt indukálja a gyermekben, hogy meghátráljon a mentális világ elől, védekező visszahúzódással vagy extrém externalizációval. Ez azt eredményezi, hogy reflektív képessége gyenge lesz, nem lesz képes megfelelően részt venni *mintha*-játékokban, és nehezen hozzáférhetők a belső állapotai. A csökkent mentalizáló képesség pedig lehetetlenné teszi, hogy megbirkózzon a bántalmazó kapcsolattal. Ördögi kör alakul ki. (Allen és mtsai, 2011)

A gyermekkori trauma és következményei

Trauma, traumatikus esemény, élmény

Nem az a trauma, ami velünk, hanem ami ennek hatására bennünk történik. Nem maga az esemény, hanem az idegrendszerre gyakorolt hatása lesz a mérvadó. A trauma megszakadt kapcsolat a testtel, a vitalitással, a valósággal és másokkal (Máté és Máté, 2022). A trauma az élet része, sok esemény történhet az egyénnel, amiben benne rejlik a sokkhatás lehetősége, de az élet része a rugalmas ellenálló képesség is, vagyis az, hogy a traumát követően visszaálljon az egyensúlyunk (Levine és Klein, 2021). A *trauma* fogalma olyan állapotot jelöl, amely váratlan, heveny jellegű, pszichés dezorganizáltsághoz vezető, azonnali emocionális sokkal járó esemény következtében alakul ki (Bakó, 1992), míg a *traumatizáció* kifejezést olyan folyamatokra alkalmazzuk, amikor a traumatikus hatás lassabban jelenik meg, és az ártalmas ingerek mintegy kumulatív módon fejtenek ki károsító hatást (van der Kolk, 2011). A tartós és/vagy gyakran ismétlődő stresszhatás, azaz a *krónikus traumatizáció* (van der Kolk, 2011) egyik hosszú távú következménye, hogy a traumatizált személy toleranciaablaka (Siegel, 1999), azaz az ingerek kiváltotta emóciók kezelésének, az információk produktív feldolgozásának képessége jelentősen szűkül (Ogden és mtsai, 2006). A trauma a tapasztalat szélsőséges formája, melyhez megpróbál alkalmazkodni a szervezet aktívan, meneküléssel vagy támadással, vagy passzívan, lefagyással, elkerüléssel, disszociációval.

Az *arousalkontinuum* változásaival összefüggésben kognitív, emocionális és viselkedéses változások tapasztalhatók (Perry, 2004). Ha az agytörzsi és középagyi rendszerek a kiterjedt és ismétlődő aktivitás miatt túlérzékennyé válnak, ez alapvetően megváltoztatja az agy vészműködési rendszerének az érzékenységet (Péley, 2013). A mindennapokban a hétköznapi interakciók során rendszeresen vagy folyamatosan tapasztalt mikrofrusztrációk vagy mikrotraumák érzékenyebbé, sérülékenyebbé teszik a fejlődő agyat és a hormonális rendszert.

A *traumatikus élményeket* általában súlyosságuk alapján is megkülönbözteti a szakirodalom. Egyéni és kollektív, imperszonális (természeti katasztrófák, tömegszerencsétlenségek, terrorcselekmények) és interperszonális (a személy ellen elkövetett erőszakos cselekedetek, megerőszakolás, rablótámadás), továbbá 1-es és 2-es típusú traumatizációt különböztet meg a szakirodalom (Kuritárné és Tisljár-Szabó, 2015). Az 1-es típusú traumatizáció egyszeri, váratlan, hirtelen bekövetkező konkrét esemény. A 2-es típusú traumatizáció hosszan tartó, időben ismétlődő, ilyen többek között a családon belüli bántalmazás. Ezt komplex traumatizációnak is nevezzük (Herman, 2011). Sok esetben a különböző bántalmazási formák egyidejűleg vannak jelen, ekkor komplex traumatizációról, poliviktimitizációról beszélünk (Kuritárné és Tisljár-Szabó, 2015). A legsúlyosabb traumatípus a kötődési kapcsolatban elkövetett bántalmazás, melyet Fonagyék (2007) kötődési traumának neveztek el. A gyermek fejlődésre fordítható erőforrásait a túlélésre kell fordítania. Ha nem áll rendelkezésre egy megbízhatóan válaszkész gondozó, a bejósolhatatlanság és a kontrollálhatatlanság a veszély legnagyobb forrása egy gyermek számára (Cicchetti és Lynch, 1995). Traumás reakciók akkor alakulnak ki, amikor az egyéni cselekvés hatástalan (Herman, 2011).

Akár egyetlen intenzív élmény olyan erővel érheti a gyereket, hogy letaglózza, elválasztja, elidegeníti a testétől, lelkétől. Különösen a tartós, családon belüli bántalmazás esetén az addigi megküzdések nem elégségesek, a gyermek tehetetlennek érzi magát, állandósul a fájdalom és az idegfeszültség, a hosszú ideig fennmaradó stresszválasz felőrli a gyermeket, felemésztí az egészségét, önbizalmát, életeterejét. A gyermeknek nincs választása, elfojtáshoz (a pszichodinamikus gondolkodásmód szerint primitív elhárító mechanizmusokhoz) kell folyamodnia, ha nincs a közelében egy segítő tanú, ha ki van szolgáltatva bántalmazóinak. Csak felnőtt korában lesz lehetősége lehasított érzései újra megtalálására, és a tettek elítélésére (Miller, 2017). Minél fiatalabb egy gyerek, annál kevesebb önvédelmi erőforrása van. Elengedhetetlenül fontos lenne, hogy a közeli felnőttek a segítségére siessenek, és biztonságot, megnyugvást adjanak, de éppen ez nincs meg akkor, ha maga a szülő a traumát okozó személy.

A családon belüli erőszakkal és a gyermekkori szexuális visszaélésekkel foglalkozó kutatások a pszichés trauma tünetegyüttesét helyezték a középpontba. Hat éves kor alatt traumatizáló lehet az események (halál, sérülés, erőszak) közvetlen átélése, azok látványa tanúként, illetve a szülőt ért traumatikus eseményekkel kapcsolatos hír. Betolakodó tünetek lehetnek: visszatérő, akaratlan és nyomasztó emlékek, álmok, disszociatív reakciók, pl. *flashback*ek, intenzív és hosszan tartó pszichológiai szenvedés kifejezett élettani reakció. Az ingerek tartós kerülését és a kogníciók negatív megváltozását lehet megfigyelni (gyakori érzelmi állapotok: félelem, bűntudat, szomorúság, zavartság, szégyen); a jelentős tevékenységek iránti érdeklődés és azokban való részvétel csökken, ilyen például a játék is, mely beszűkülhet, megváltozhat. Irritábilis viselkedés léphet fel, emberek vagy tárgyak ellen irányuló verbális vagy fizikai agresszió, pl. extrém hisztériás rohamok, hipervigilancia, koncentrációs nehézségek, alvászavarok és kifejezett disszociatív tünetek is megjelenhetnek (deperszonalizáció, derealizáció). A fentiek mind a *poszttraumás stressz zavar* tünetei, amely a hosszan tartó, többszörös bántalmazás egyik lehetséges és gyakori következménye. (Kuritárné Szabó és mtsai, 2020; ZERO TO THREE, 2016/2019; APA, 2013/2022)

Gyermekkori következmények: Mentális zavarok, PTSD, atipikus személyiség szerveződés irányai

A gyermekkori ártalmak mentális zavarok kialakulásában játszott jelentős szerepe régóta ismert és bizonyítékokra alapozott a szakirodalomban (Sethi & mtsai, 2013). A mentális egészség tekintetében a *multifinalitás* elve érvényesül: a korai ártalmakat sokféle kimenet követheti. Ezek az élmények – főleg kisgyermek számára – nagyon nehezen vagy egyáltalán nem verbalizálhatók, sok esetben testi szinten kommunikálhatók, nehezen diagnosztizálhatók, és változatos testi és pszichés tünetegyüttesek megjelenéséhez vezethetnek (Havelka, 2012). A komplex ártalmakat elszenvedett gyermekek érzelmszabályozási elégtelenséggel, koncentrációs és figyelmi nehézségekkel küzdenek, jellemző továbbá a sajátosan torzult önkép és kapcsolati mód, az impulzuskontroll zavara, valamint a poszttraumatikus tünetek jelenléte (Ujhelyiné Nagy és Kuritárné Szabó, 2020).

A traumatizált gyermekek diagnózisai nem tartalmazzák a trauma eredetét, sokszor nem megfelelők. Számos esetben ezeket a diagnózisokat kapják a gyermekek: szeparációs szorongás, fóbia, ADHD, ASD, oppozíciós zavar, magatartászavar, kötődési zavar. A jelenleg érvényes DSM-5 (APA, 2013/2022) referencia-kézikönyv a 'Traumával és stresszszorral összefüggő zavarok' körében tárgyalja a 'Reaktív kötődési zavart', a 'Gátolatlan társas kapcsolati zavart', a 'Poszttraumás stressz zavart'

(PTSD), az 'Akut stressz zavart', az 'Alkalmazkodási zavarokat', az 'Elhúzódó gyász zavart', valamint az 'Egyéb meghatározott, traumával és stresszszorral összefüggő zavart', és a 'Nem meghatározott, traumával és stresszszorral összefüggő zavart'. PTSD minden életkorban előfordulhat. A DC:0-5TM (ZERO TO THREE, 2016/2019) klasszifikációs rendszere az I. tengelyen, a 'Klinikai zavarok' körében tárgyalja a 'Trauma, stressz és depriváció okozta zavarokat' ('Poszttraumás stressz zavar', 'Alkalmazkodási zavar', 'Komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban', 'Reaktív kötődési zavar', 'Gátolatlan társas kapcsolati zavar', 'Egyéb trauma, stressz és depriváció okozta zavar a csecsemő- és kora gyermekkorban').

A DSM-5 rendszerében jelennek meg külön kategóriaként az 'Egyéb, klinikai figyelmet igénylő állapotok' körében a bántalmazás és elhanyagolás, és a kapcsolati problémák (APA, 2013/2022). Ami nem került be a DSM-5-be, az a *fejlődési traumatizáció zavar* (*Developmental Trauma Disorder*; DTD), a *környezet indukálta komplex fejlődési zavar* (Kuritérné és mtsai, 2015, van der Kolk, 2009), mely sok esetben nem kerül felismerésre, és hasonló tüneti képe miatt gyakran helyette az ADHD-diagnózist kapja a gyermek. A gyermekkori mérgező környezetben a tünetek és pszichés mechanizmusaik az adaptív megküzdési próbálkozásokat jelentik (Eigner, 2022b).

Nehezen eldönthető, hogy maga az abúzus, vagy az abuzáló családokra jellemző súlyosabb általános diszfunkció-e a személyiségzavarok kialakulásáért felelős tényező. Linehan (2010) kiemeli a *borderline* patológia szempontjából az „érvénytelenítő környezet” fogalmát, melyben nem veszik számításba a gyermek sérülékenységét, nem orvosolják deficitjeit, hanem tovább rontják a szabályozási képességeit. A gyermekkori érzelmi és viselkedészavarok főbb rizikófaktorai: anyai pszichopatológia, mentális egészségi állapot, szegényes anya–gyermek kapcsolat, perinatális rizikó, devianciák a családban, hátrányos szocioökonómiai tényezők, korai kezdet, fejlődési késés. A traumatizált gyermeknek az erőforrásait a túlélésre kell fordítania, nem az egyszerű növekedésre és fejlődésre. A gondozóval a közös szabályozás nehézségei az önszabályozás hiányosságaihoz vezetnek. Neurobiológiai szempontból vizsgálva a trauma megakadályozza a jobb és bal féltekei agyműködés integrációját is, ami miatt a stresszhatásokra a traumatizált gyermekek sokszor irracionális viselkedésmintázatokkal reagálnak, és így a korai életkorban elszennvedett traumatizáció szignifikánsan összefügg az impulzuskontroll-zavarok kialakulásával. Ezek a túlradó stresszre adott védekezési reakciókként értelmezhetők. A gyermekek újrajátszhatják az általuk átélt trauma egyes viselkedéses aspektusát (pl. agresszió, kontrolláló kapcsolati dinamika), melyek lehetnek automatikus válaszreakciók, vagy olyan kísérletek, melyekkel nehéz élményeik felett igrkezeknek kontrollt vagy uralmat szerezni (Kuritérné és mtsai, 2018).

Felnőttkori következmények

A gyermekkori bántalmazás – különösen ha korán kezdődik, hosszan tart, súlyos, rendszeres, és ha a bántalmazó egyben közeli vagy kötődési személy – nemcsak gyermekkori zavarokat, tüneteket, sérüléseket eredményez, hanem ezek a zavarok a későbbiekben is befolyásolják a személyiségszerveződést, a kapcsolati mintákat, az érzelmszabályozást, a kognitív képességeket, a stresszérzékenységet, az idegrendszer fejlődését. A kötődési traumatizáció károsíthatja a mentalizációs képességeket, és megnehezíti a másokkal való kölcsönös biztonságos és bizalmon alapuló kapcsolódás lehetőségét (Allen és mtsai, 2011; Kuritárné és mtsai, 2018; Fonagy és mtsai, 2022).

Számos kutatás eredménye igazolja, hogy a gyermekek bántalmazásának nemcsak egészségügyi/népegészségügyi következményei vannak, hanem társadalmi, oktatási és gazdasági következményei is súlyosak (Kovács-Tóth és Kuritárné, 2023). *Az erőszakos bánásmódot elszenvedett gyermekek felnőve sajátos viselkedési mintázatot mutatnak.* Kamaszkorukban veszélyeztetettek az addiktív viselkedések, a mentális betegségek kialakulására, gyakran találunk körükben szocializációs és beilleszkedési nehézségeket, tanulási nehézségeket, korai iskolaelhagyást, párkapcsolati problémákat, korai terhességet, a hibás szocializációs minták továbbadását. Fiatal felnőttként ezek a hatások gyakran egészségkárosodáshoz, társadalmi deprivációhoz, elszegényedéshez, a kapcsolati háló gyengüléséhez és idő előtti halálához vezetnek. A felnőttkori káros magatartásformák, úgymint dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás, pozitív korrelációt mutatnak a gyermekkori traumatikus élmények meglétével (Tománé és mtsai, 2022).

Kovács-Tóth és Kuritárné Szabó (2020) tanulmányában felhívja a figyelmet arra, mennyire elhanyagolt kutatási terület a gyermekkori ártalmak és következményeik vizsgálata, holott a preventív és terápiás beavatkozásokat gyermek- és serdülőkorban ennek ismeretében lehetne célzottan megtervezni. Bemutatják az ártalmas gyermekkori élmények előfordulására vonatkozó nemzetközi adatokat. Részletesen tárgyalják az ártalmak összefüggéseit a gyermek- és serdülőkorban jelentkező biológiai és kognitív károsodásokkal, kötődési zavarokkal, az externalizációs és internalizációs zavarokkal, a szomatikus megbetegedésekkel, továbbá az egészségkárosító magatartásformákkal. A korai életkorban kezdődő, krónikus és komplex traumatizáció (több típusú ártalom együttes jelenléte) jár a legsúlyosabb következményekkel. Általánosságban elmondható, hogy minél fiatalabb a gyermek a bántalmazás időpontjában, tehát minél korábban kezdődik a bántalmazás, annál összetettebbek és súlyosabbak a következmények, továbbá az ismétlődő/hosszan tartó bántalmazás következményei súlyosabbak, mint az egyszer fellépő terhelt élethelyzeté.

Számos adat igazolja, hogy a multiplex bántalmazást elszenvedő gyermekek felnőttkorban fokozottan ki vannak téve különböző szomatikus és mentális zavarok megjelenésének. Több szomatikus betegség és egészségkárosító magatartásforma valószínűsége megnő bántalmazás esetén, például a dohányzásé, az alkohol- és droghasználaté, a kardiovaszkuláris, a légzőszervi, az emésztőrendszeri megbetegedéseké, a daganatos megbetegedéseké, a cukorbetegségé, a szexuális úton terjedő betegségeké, valamint a korai halálozása (Ujhelyiné Nagy és Kuritárné Szabó, 2020). Az alkoholhasználati zavar kialakulásának okai gyakran már a kora gyermekkori tapasztalatokból eredeztethetők. A gyermekkorban átélt tartós traumák szignifikáns összefüggést mutatnak a későbbi életszakaszokban kialakuló szomatikus és mentális egészségi problémákkal, a szerhasználattal, beleértve az alkoholfüggőséget is. Tanulmányukkal a szerzők fő célja, hogy felhívják a figyelmet a traumafókuszú gondolkodás és a *traumainformált megközelítés* jelentőségére az egészségügyi ellátórendszerben, az addiktológiai intervenciók és szolgáltatások tervezésében. Bár a szakirodalom egyre szélesebb körben tárgyalja az ártalmas gyermekkori élmények és az alkoholfüggőség közötti összefüggést, a hatásmechanizmus egyelőre nem teljesen tisztázott. Egyes kutatások szerint az ártalmas gyermekkori élmények következményeként olyan érzelemszabályozási diszreguláció alakul ki, melynek mentén kamasz- és felnőttkorban maladaptív stratégiaként jelenik meg az alkoholhasználat. Az ártalmas gyermekkori élmények hatással vannak az impulzivitásra is, mely magában foglalja az impulzív személyiségjegyeket, aminek következményeként az önszabályozás problémássá válik, és az egyén nagyobb eséllyel válik alkoholfüggővé (Gubucz-Pálfalvi és mtsai, 2023).

A mentális betegségek közül többek között a depresszió, a poszttraumás stressz zavar, a szorongásos és disszociatív zavarok, a szomatizáció, a konverziós zavarok és egyes személyiségzavarok (pl. *borderline*) aránya nagyobb a gyermekkori bántalmazást és kapcsolati traumatizációt elszenvedett felnőttek körében. A korán kezdődő, halmozott és hosszan fennmaradó ártalmas élmények, az ismétlődő extrém stressz megzavart idegrendszeri fejlődést idézhet elő, az immunrendszer és az endokrin rendszer módosulásaihoz vezethet. A gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás kedvezőtlenül befolyásolja az agyi érési folyamatokat, és neurológiai zavarokat okoz (Ujhelyiné Nagy és Kuritárné Szabó, 2020). A legújabb elképzelések szerint a trauma transzdiagnosztikus faktorként fogható fel, vagyis nem specifikus sérülékenységi tényezőként, több különféle diagnózis létrejöttében is szerepet játszik (Lénárd, 2020).

Transzgenerációs folyamatok

Kurilla Zsófia Mária (2023) kutatása kiemeli, hogy társadalmunkban a mai napig is aktívan alkalmazzák a bántalmazást a gyermekek körében nevelési célzattal. Ez nagy mértékben kihat az áldozat pszichés és mentális állapotára. Mint láthattuk, *a korai rossz bánásmód komplex károsodást okozhat az érintett gyermek életében: rombolja társas kapcsolatait, kognitív képességeit, testi-lelki egészségét.* A megfigyelések szerint e trauma(tizáció) generációról generációra öröklődik, elterjedtsége és következményei miatt kiemelt figyelmet érdemel (Révész, 2015). A bántalmazott gyermekek kb. egyharmada válik felnőttként bántalmazó szülővé, továbbá a gyermekkori ártalmas élményeknek való kitettség növeli a bántalmazóvá válás és a reviktimizáció kockázatát az egész élet során (Kovács-Tóth és Kuritárné Szabó, 2023). A szociális tanuláselmélet a családon belüli erőszakos viselkedés mintáinak generációkon történő átívelésére vonatkozóan szolgál magyarázattal. A családon belüli erőszakkal kapcsolatos tapasztalatok bántalmazói mintaként beépülnek a személyiségbe, és befolyásolják a gyermek felnőttkori kapcsolatainak minőségét (Ujhelyiné Nagy és Kuritárné Szabó, 2020).

A bántalmazó kapcsolatban felnövő gyermekek támogatás és kompenzáló tényezők hiányában, életük későbbi szakaszaiban is a bántalmazás dinamikája szerinti szerepekbe kerülhetnek, újrajátszva, megismételve azokat a kapcsolati-dinamikai sajátosságokat, amelyekben felnőttek. Olyan családi és párkapcsolati helyzetekbe kerülnek, ahol újra bántalmazottá, áldozattá, vagy akár mindkettővé válhatnak. Ez gyermekeikre is érvényes lehet, így nagy a veszély a bántalmazás transzgenerációs átadására, a kapcsolati erőszak következő generációban való megismétlődésére. A pszichés trauma transzgenerációs jellege egy újabb érv, amely amellet szól, hogy gyermekbántalmazás esetén minél korábbi és komplex, rendszerszemléletű beavatkozásra van szükség: kapcsolati traumatizáció esetén prevenciós szempontból részben a „jövőnek dolgozunk”, a következő generációnak (Lénárd, 2020).

Intervenciós lehetőségek

A korai kötődési traumatizáció esetén, a legtöbb prevenciós, intervenciós, terápiás módszer a minél korábbi, kora gyermekkori, 0–5 éves korban történő beavatkozást részesíti előnyben. Azt az életkori szakaszt, amikor a legnagyobb a veszély a fejlődés negatív irányú alakulására, ugyanakkor az agyi plaszticitás miatt nagy a lehetőség a pozitív beavatkozás kedvező hatására, a reparációra (Lénárd, 2020). Mivel a kora gyermekkori önszabályozás alakulásában a gyermekről gondoskodó

felnőtteknek hatalmas szerepe van, érdemes az intervenciókat úgy tervezni, hogy a felnőttek saját önszabályozási és önszabályozást támogató képességeit, valamint a gyermekekkel való kapcsolatukat célozzák. Az intervenciók irányulhatnak a szülőkre, illetve a kisgyermkekkel foglalkozó szakemberekre.

A gyermekükkel elutasítóan viselkedő, gyermekkorukban bántalmazott anyák között gyakoribb a *rossz bánásmód ismétlődése*. Azoknál az anyáknál azonban, akik képesek voltak feldolgozni korábbi traumás tapasztalataikat, élményeiket, a bántalmazás valószínűsége rendre lecsökken. Az anyák, elsődleges gondozók reflektív, mentalizáló képességének fejlesztése megszakíthatja akár a hátrányos környezeti hatások transzgenerációs átörökítésének ciklusát is.

Ahhoz, hogy megelőzhessük az élethosszig tartó káros hatásokat, fontos lenne a korai, sokszor nehezen látható és érzékelhető kapcsolati folyamatok elemzése, alapos ismerete. Ha a legkorábbi interakciókban sikerülne szélesebb körben felismerni és megállítani az atipikus jellemzőket, folyamatokat, akkor lehetnénk igazán hatékonyak a gyermekek (és majd az ő gyermekeik) testi-lelki jóllétének megteremtésében. Komplex jelenség a gyermekbántalmazás, és széles a skála a megnyilvánulási formái tekintetében. Míg a tartós, intervencióknak ellenálló *családon belüli bántalmazás/elhanyagolás* a gyermek biztonsága érdekében a családból való kiemelését teheti szükségessé, addig a kisebb mértékű, átmeneti *családi diszfunkciók* sokkal inkább jótékonyan reagálhatnak a család támogatását célzó intervenciókra, a sokrétű oktatási, egészségügyi, gyermekvédelmi, szociális és terápiás intervenciók szolgáltatásaira.

Kiemelem a szülő–gyermek interakciós fókusz és a korai interakciós zavarok felismerésének és korrigálásának fontosságát a további negatív hatások megelőzése érdekében. Fontos minél előbb, a lehető legkorábbi időszakban felismerni az atipikus bánásmódot és interakciókat, hogy szülő–gyermek kapcsolati fókusszal terápiás segítséget nyújthassunk az érintetteknek (Eigner, 2015, 2019, 2021). Gyakori, hogy a szülőt saját traumái akadályozzák meg abban, hogy értő, érzelmeket jól tükröző és mentalizáló szülője tudjon lenni gyermekének. Ebben az esetben – más megközelítések mellett – segíthet például az integratív játéktérápia, mely egyidejűleg nyújt segítséget a szülő saját nehézségeinek átdolgozásában, a gyermeknek a megküzdésben, és kettejük kapcsolatának harmonizálásában. Az *Integratív Játékdiagnosztika és Játéktérápia* (IJDT) komplex korai intervenciók stratégia, melynek sajátos szemlélete, alapelvei, vizsgálati és terápiás fázisa, eszközei és módszerei vannak. Gyermek- és családközpontú megközelítés, nondirektív és kevert típusú játéktérápia, aktív konzultációs szülőkapcsolat jellemzi, kiemelt figyelmet fordít a környezeti tényezők megismerésére a családi és intézményi megfigyelések

keretében (Eigner, 2018). A játék egyszerre a megismerés és a kezelés eszköze; a módszerhez integratív, interaktív, kapcsolatközpontú, konfliktus- és traumafókuszú módszerei és minőségi eszköztár tartozik. Az integratív játékkerápiának alapvetően az a célja, hogy az abban „játszótársként” dolgozó szakember a gyermek-szakember, szülő-gyerek közötti, játékban megmutatkozó interakcióiból „olvasson”, azaz ismerje fel, ha kapcsolati, kommunikációs problémák, zavarok állnak fenn vagy vannak kialakulóban. Igyekszik az interakciók megfigyelése és megértése után azokba bekapcsolódni, és a szükséges mértékben azokon változtatni. Az integratív játékkerápia komplex módszertana alap- és gyakorlati továbbképzéseken elsajátítható⁸, az alapképzés egészségügyi oktatási intézményekben, a gyakorlati a pedagógus továbbképzési rendszerben akkreditált.

A kisgyermekek számára választandó kezelés a szülő-gyermek diádikus modellen alapul (Kuritárné és mtsai, 2018). Az elsődleges cél a szülői érzékenység, ráhangolódás alakítása, fejlesztése, a szülő szövetségesként való megnyerése, a „jobb szülővé válás” elősegítése (Novick és Novick, 2014). Akkor a legjobbak az esélyek a gyógyulásra, ha az intervenció korai és a szülő-gyermek kapcsolatra fókuszál. Fontos, hogy a szülő a gyermek érzelmeire, belső állapotaira, és ne a külső, viselkedéses megnyilvánulásaira reagáljon. Az anya érzékenyítése gyermeke érzelmi megtámogatására hangsúlyos a szülőkonzultációs munkánkban és az integratív játékkerápiában (Eigner, 2018) is, ahol a kapcsolatorientált, interaktív megközelítés van a fókuszban.

Megfelelő beavatkozással a folyamatok visszafordíthatók, a probléma súlyosbodása, kiterjedése és a következményes hatások megelőzhetők lesznek. Feltételezzük, hogy minél korábban kerül erre sor, az intervenció annál gyorsabb és hatékonyabb lesz. Kora gyermekkorban a klinikai vizsgálatoknál (és terápiáknál) fontos észben tartani a *szomatikus és lelki egészség*, valamint a *gyermek és a gondozó viselkedésének kölcsönhatásait*. Az egész diagnosztikus és terápiás folyamatban fontos, hogy erős, együttműködő munkakapcsolat alakuljon ki a szülőkkel. Nemcsak a gyermek egyéni fejlettségi szintjét, állapotát, képességeit (mozgásos, kognitív, nyelvi és érzelmi-szociális fejlődését, temperamentumjellemzőit) kell vizsgálni, hanem ezzel együtt a család szocioökonómiai, szociokulturális hátterét, a szülők mentális egészségét, a káros családi hatások jelenlétét is (családi működési zavarok, függőségek a családban, nem optimális nevelési hatások, bántalmazás, elhanyagolás, stresszek, traumák). A felmérésnek multidiszciplinárisnak és kapcsolatfókuszúnak kell lennie, *teammunkában* történjék. Ennek része a szülőkkel,

⁸ <https://eignerbernadett.hu/osszes-kepzes/>

gondozókkal, egyéb fontos személyekkel végzett interjúk, anamnézis, a kérdőívek, a megfigyelések, a családi működés tanulmányozása, különböző helyzetekben (főleg szabad játékban) a szülő–gyermek interakciók megfigyelése, többféle vizsgálat. A fejlődési területek leírása, a fejlődési mérföldkövek alakulása, a környezeti hatások, a szülői működés és kompetenciák, a nevelés, a családi háttér, a szülő–gyermek kapcsolat minősége, az interakciók jellemzői, a gondozási szokások, stresszorok, szülői percepciók szerepelnek a véleményalkotásban.

A gyermekbántalmazás megelőzésében fontos, ha társadalmi szinten elutasítjuk a bántalmazás minden formáját, hisz mint fentebb láttuk, az ártalmas gyermekkori élmények egész életre kiható testi-lelki, egészségi és személyiségfejlődési zavart okoznak. Súlyos bántalmazás esetén kimutathatók a transzgenerációs hatások is. A bántalmazott gyermekekből bántalmazó szülők válhatnak. Ilyen módon a hibás szociális minták generációról generációra átadódhatnak (Tománé és mtsai, 2018). A bántalmazás átadásának rizikófaktorai lehetnek tartósak (a szülő maga is bántalmazott volt) vagy átmenetiek (stressz, veszteségek, betegségek, krízisek stb.), védőfaktorai pedig szintén tartós (a szülői modellek jók voltak, a szülők között jó a kapcsolat), vagy átmeneti (gazdasági, szociális helyzet javulása, házassági harmónia, fejlődési krízisek megszűnése) tényezők lehetnek (Révész, 2015). A prevenciós munka célja a káros folyamat megszakítása. Ebben az egészségügyi alapellátásban dolgozó védőnőknek, valamint a szociális és gyermekjóléti rendszer dolgozóinak kulcsszerepük van. Kiemelt feladat a bántalmazás veszélyeire felhívni a figyelmet; fokozottan nyomon kell követni a rizikócsoportokat; elengedhetetlenül fontos támogatni a szülőket a pozitív szülői attitűdök alkalmazásában (Tománé és mtsai, 2018).

ZÁRSZÓ

A gyermekkori bántalmazás és az abból fakadó traumák miatt megváltozott életutak egyre nagyobb kutatói és társadalmi figyelmet kapnak, de még mindig nagyon sok ezen a téren a tennivaló. Óriási szükség lenne a traumatudatos szemlélet és módszertanok (pl. a traumatudatos gondozás; *trauma-informed care*, TIC) bevezetésére jól képzett szakemberekkel, ezek elterjesztésére és a bántalmazás megállítására, illetve prevenciójára (Kovács-Tóth és Kuritárné Szabó, 2023). A szülői jóllét, valamint a csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség gyakorlati támogatása évtizedek óta interdiszciplináris, ágazatközi feladat a tengerentúlon és Nyugat-Európa országaiban. Számos bizonyítékokon alapuló, protokollal működő,

kapcsolatfókuszú intervenciók program is ismeretes a szülő–gyermek kapcsolatok megerősítésére (Danis, 2021).

A korai interakciókban megmutatkozó *diszfunkcionális mintázatok* felismerése és felhasználása a célzott intervenciókban erős preventív értékkel bírna hazánkban is. Egy *komplex prevenciók program* a következőket tartalmazhatná:

- a kölcsönös interakciók elemzése és fejlesztése, a kapcsolat harmonikus fejlődésének elősegítése;
- az anyai játékoság fejlesztése;
- a kötődési biztonság támogatása;
- családi megfigyelések és együttműködések, videóelemzések és videós visszajelzések a szülőség optimalizálása és a családi harmónia támogatása érdekében;
- multidiszciplináris együttműködések, *teammunka*;
- mindezzel a kedvezőtlen szomatikus, kognitív, érzelmi–szociális és társadalmi kimenetek megelőzése.

A továbbiakban nagy szükség lenne a társadalmi érzékenyítésre, szülői tréningek és programok bevezetésére, a szakemberek specifikus – bántalmazás-, trauma- és kapcsolati fókuszú elméleti és gyakorlati – ismereteinek bővítésére, kapcsolódó képzések, kutatások, módszertani segédanyagok készítésére. Hatékony, több szakmát összefogó *teammunka*, korszerűbb szemlélet, a diagnosztikus és terápiás protokollok, módszertanok továbbfejlesztése támogatná e szakterület fejlődését, biztosítaná a gyerekek és a családok jóllétét.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Ainsworth, M. (1969). *Individual Differences in Strange-Situational Behaviour of One-Year Olds*. John Hopkins University.
- Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
- Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai.

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Press. (Magyarul: APA (2022) *DSM-5-TR referencia kézikönyv a DSM-5-TR diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai)
- Babity, M. (2013). *A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata (magas kockázatot képviselő gyermeknevelési attitűdök, a szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek és néhány lehetséges közvetítő tényező összefüggései)*. Doktori (Ph.D.) értekezés. Pszichológia Doktori Iskola Személyiség- és Egészségpszichológiai Doktori Program, Pécsi Egyetem.
- Bakó T. (1992). *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Animula Kiadó.
- Bancroft, L., Silver, J.G., & Ritchie, D. (2013). *Lehet-e jó apa a bántalmazó? A partnerbántalmazás hatása a szülő-gyermek kapcsolatra*. Háttér Kiadó – NANE Egyesület.
- Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol.1: Attachment*. Basic Books.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology, Vol 2: Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 32–71). John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Maughan, A., Toth, S. L., & Bruce, J. (2003). False belief understanding in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 15(4), 1067–1091.
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., & Gabbard, G. O. (2012). *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Oriold és Társai Kiadó.
- Cs. Ferenczi, Sz., & Németh, T. (2020). Az önszabályozás alakulása és jelentősége kora gyermekkorban. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények* (pp. 202–243). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.

- Danis, I., & Kalmár, M. (2020). Modern alkalmazott fejlődéslméletek: Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka háttérében. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéslméletek és empirikus eredmények* (pp. 46–81). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I. (2020). Társadalmi és pszichológiai folyamatok a gyermekvállalás háttérében és a szülővé válás során. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéslméletek és empirikus eredmények* (pp. 164–201). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I. (szerk.) (2021). *21. századi babaszoba: Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a kora gyermekkori lelki egészség háttérében – feltáró kutatás: Elméleti háttér, módszertan, társadalmi indokoltság*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Eigner, B. (2012a). *A játékoság szerepe a korai anya–gyerek kapcsolat alakulásában: A kapcsolati problémákat bejósoló gyanújelek és moderátor tényezők*. PhD-disszertáció. ELTE Pszichológiai Doktori Iskola Kognitív Fejlődés Program.
- Eigner, B. (2012b). Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: A korai szülői hatások szerepe. *Gyógypedagógiai Szemle*, 40(1), 14–24.
- Eigner, B. (2013). A szülői stressz szerepe a korai anya–gyerek kapcsolatban. *Gyógypedagógiai Szemle*, XLI, 39–55
- Eigner, B. (2014). Új módszer a korai anya–gyermek interakció elemzésére: Korai Diádikus Interakció Kódrendszer. (Gyógypedagógiai pszichológiai tematikus különszám). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 69, 205–234.
- Eigner, B. (2015). A játékos interakciók szerepe a korai anya–gyermek kapcsolat alakulásában: Rizikó- és védőfaktorok. *Psychiatria Hungarica*, 30(1), 35–49.
- Eigner, B. (2018). Játékterápia az atipikus fejlődésű gyermekek korai intervenciók ellátásában: A gyermekkel, szülőkkel és a családdal végzett munka az integratív játékterápiában. 2. rész: Diagnosztikus és terápiás eszköztár. *Fejlesztő Pedagógia*, 28(3–6), 4–25.

- Eigner, B. (2019). „Húzz, húzz engemet, én is húzlak tégedet”. A szülőkonzultációban alkalmazott rajzelemzés szerepe egy integratív játékkerápiás folyamatban. *Serdülő- és Gyermekpszichoterápia*, 12(1), 42–69.
- Eigner, B. (2021). A hópihe család: Környezet-indukálta komplex fejlődési zavart mutató gyermek integratív játékkerápiája. Esettanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 36(4), 557–597.
- Eigner, B. (2022a). *Játékkerápia I. A korai szülő–gyermek kapcsolat*. Móra Kiadó.
- Eigner B. (2022b). *Játékkerápia II. Érzelmi-és viselkedészavarok, pszichopedagógia*. Móra Kiadó.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fonagy, P., Gergely Gy., Jurist, E. L., & Target, M. (2022). *Affektusszabályozás, mentalizáció és a szelf kialakulása*. Oriold és Társai Kiadó.
- Fonagy, P., Gergely Gy., Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288–328.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely Gy. (2001). A kötődés és a borderline személyiség-zavar. *Thalassa*, 12(1), 21–49.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. Hogarth Press and Institute of PsychoAnalysis.
- Gergely Gy., & Watson J. S. (1998). A szülői érzelmetükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9(1), 56–105.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1999). Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model. In P. Rochat (Ed.), *Early Social Cognition: Understanding Others in the First Months of Life* (pp. 101–136). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gerhardt, S. (2009). *A szükséges szeretet: Az affektusok hatása a kisgyermek agyfejlődésére*. Oriold és Társai.
- Gervai, J. (2005). A Budapesti Családvizsgálat. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 5–13.

- Greenberg, L. S. (2008). The clinical application of emotion in psychotherapy. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 88–102). The Guilford Press.
- Gubucz-Pálfalvi, S., Kurimay, T., Danis, I. (2023). Az ártalmas gyermekkori élmények és a felnőttkori alkoholfüggőség közötti összefüggések. *Orvosi Hetilap*, 164(41), 1628–1636.
- Havelka, J. (2011). *A transzgenerációs traumaátvitel egy lehetséges módja*. PhD-disszertáció. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti pszichoanalízis program.
- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Horváth-Szabó, K., Martos, T., Kézdy, A., & Urbán, Sz. (2016). A felnőtt kötődés mérése: A *Kötődési stílus kérdőív* (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3), 119–144.
- Hámori, E. (2020a). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és Társai.
- Hámori, E. (2020b). Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képzések* (pp. 122–139). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Herman, J. (2011). *Trauma és gyógyulás: Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Háttér Kiadó – NANE Egyesület.
- Hesse, E., Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–1127.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309–343.
- Kernberg, O. F. (2010). *Határeseti állapotok és patológiás nárcizmus*. Animula Kiadó.
- Koós, O., Gergely, Gy. (2001). A contingency-based approach to the etiology of „disorganized” attachment: The „flickering switch” hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 397–410.

- Kovács-Tóth, B., Kuritárné Szabó, I. (2023). Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban. *Orvosi Hetilap*, 164(37), 1447–1455.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (Eds.). (2002). *World Report on Violence and Health*. WHO.
- Kurilla, Z. M. (2023). A gyermekbántalmazás megjelenési formái az X–Z generációk vizsgálatának tükrében. *Módszertani Közlemények*, 63(1), 153–168.
- Kuritárné Szabó, I. (2016). *Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia*. Medicina.
- Kuritárné Szabó, I., Molnár, J., & Nagy, A. (szerk.) (2018). *Trauma-eredetű disszociáció: Elmélet és terápia*. Oriold és Társai.
- Kuritárné Szabó, I., & Tisljár-Szabó, E. (szerk.) (2015). *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna: A családon belüli gyermekkori traumatizáció: Elmélet és terápia*. Oriold és Társai.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2021). *Derült égből villámcsapás: Hogyan vértézzük fel a gyerekeket trauma ellen?* Ursus Libris.
- Lewis, M. (1972). State as an infant-environment interaction: An analysis of mother–infant interaction as a function of sex. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 95–121.
- Lénárd, K. (2020). A bántalmazás és a trauma hatása a lelki egészségre. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésemle-tek és empirikus eredmények* (pp. 418–447). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Linehan, M. M. (2010). *A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája*. Medicina Kiadó.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Ed.) (2017). *PDM-2 Psychodynamic Diagnostic Manual* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Main, M. (1999). Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 845–887). The Guilford Press.

- Main, M., & Solomon, S. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In T. B. Brazelton, & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy*. Norwood.
- Máté G., & Máté D. (2022). *Normális vagy: Trauma, betegség és gyógyulás mérgező világunkban*. Open Books.
- Miller, A. (2017). *A test kiáltása: A szülői bántás hosszú távú következményei*. Ursus Libris.
- Mogyorósi-Révész, Zs. (2019). Érzelmi regulációs változások krízisben és traumában: A helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadás során alkalmazható módszerek és gyakorlatok. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 20(3), 267–298.
- Moustakas, C. E. (1997). *Relationship Play Therapy*. Jason Aronson.
- Novák, A., & Lakatos, K. (2005). Az atipikus anyai viselkedés elemzése csecsemőkorban: Az AMBIANCE-kódrendszer bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia*, 7, 49–58.
- Novick, K. K., & Novick, J. (2014). *Munka szülőkkel gyermekterápiában*. Animula.
- Ogden, P., Pain, C., & Fischer, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 263–279.
- Péley, B. (2000). Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődés modelljeiben. *Pszichológia*, 20(3), 271–303.
- Péley, B. (2013). Pszichopatológia és fejlődés. Diagnózis és terápia fejlődési pszichopatológiai nézőpontból. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 3–6.
- Perry, B. D. (2004). *Understanding Traumatized and Maltreated Children: The Core Concepts*. TRAIN THE TRAINER SERIES. Materials developed by the Child Trauma Academy.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
- Perry, B. D., & Dobson, C. L. (2014). The neurosequential model of therapeutics, In C. A. Courtois, & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents* (pp. 249–260). The Guilford Press.

- Révész, Gy. (2013). A gyerekek alkalmazkodási stratégiái a rossz bánásmódhoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 89–105.
- Révész, Gy. (2015). A rossz gyermekkori bánásmód következményei. In: Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Sameroff, A. (Ed.) (2009). *The transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other*. American Psychological Association.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. In F. D. Horowitz (Eds.), *Review of Child Development Research*, Vol. 4. (pp. 187–244). University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2005). Models of Development and Developmental Risk. In C. H. Zeanah (Eds.), *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed). (pp. 3–19). The Guilford Press.
- Schaefer, C. E. & Drewes, A. A. (2009). The therapeutic powers of play and play therapy. In A. A. Drewes (Ed), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioural Therapy*. John Wiley & Sons.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European Report on Preventing Child Maltreatment*. World Health Organization.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. Guilford Press.
- Tománé Mészáros, A., Egeresi, F., Vingender, I. (2022). A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. Az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és értéktétele. *Orvosi Hetilap*, 163(39), 1544–1552.
- Tománé Mészáros, A., Kovács, Zs., Domján, Gy., Gadó, K., Soósné Kiss, Zs. (2018). Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást? A prevenció munkája jelentősége és kihívásai. *Egészségfejlesztés*, LIX.(2), 63–69.
- Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis I., Farkas M., Herczog M., & Szilvási L. (szerk.), *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei: Biztos Kezdet Kötetek I.* (pp. 320–372.) Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

- Tóth, I. (2020). Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség: Legújabb fejlemények. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények* (pp. 244–268). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Ujhelyiné Nagy, A., Kuritárné Szabó, I. (2020). Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra: Szakirodalmi összefoglaló. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 21(1), 1–36.
- Unoka, Zs. (2007). *Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülő bánásmód vizsgálata és látens sérülékenység dimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban*. Doktori értekezés. SOTE, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola.
- van der Kolk, B. A. (2011). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. In R.A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain, (Eds.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease* (pp. 57–68). Cambridge University Press.
- Watson, J. (1985). Contingency perception in early social development. In: T. Field, & N. Fox (Eds.), *Social Perception in Infants* (pp. 157–176). Ablex.
- WHO (1992) *ICD-10: International Classification of Diseases 10th Revision*. (Magyarul: WHO [1995] *BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása* [10. revízió]. Népjóléti Minisztérium)
- Winnicott, D. W. (1999). *Játás és valóság*. Animula.
- Winnicott, D. W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek: Válogatott tanulmányok*. ÚMK.
- ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5TM Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Zero to Three Press. (Magyar kiadás: 2019 – *DC:0-5TM A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina Könyvkiadó.)

A KISGYERMEK EGYEDISÉGE A SZÜLŐI NEVELÉS KONTEXTUSÁBAN

Cs. Ferenczi Szilvia

BEVEZETÉS

Minden ember, minden gyermek egyedi: egyéni jellemzőkkel, képességekkel, működéssel bír. Az egyediség részben a fejlődés során, az éréssel, valamint a tapasztalatokkal alakul; részben veleszületett, biológiailag meghatározott. A kimenetel, a felnőtt egyedisége a veleszületett jellemzők és a szűkebb, illetve tágabb környezet folyamatos interakciója nyomán alakul.

A modern pszichológiai elméletek szerint a környezet és a gyermek közötti kapcsolatot mindkét fél aktívan alakítja, a gyermek képes befolyásolni környezetét és saját fejlődését. Sameroff és Chandler (1975) *tranzakciós fejlődésmodellje* a gyermeket fejlődési feltételei aktív formálójának tekinti a legkorábbi életkortól fogva, hisz jellegzetességeivel, viselkedésével hatást gyakorol a saját fejlődését befolyásoló külső tényezőkre.

A gyermek környezete sokrétű, bár a kutatások és elméletek többsége a gyermek szűk környezetére, a szülőkre, a családra fókuszál. A szülő és gyermeke közti kapcsolat, interakciók, a család rendszere nagyobb rendszerekbe ágyazódik, melyek befolyásolják működését. Ezeket a rendszereket *Bronfenbrenner (1993) humánökológiai modellje* foglalja össze. A modell koncentrikus körökben ábrázolja a gyermek fejlődését befolyásoló mikro-, mezo-, exo-, valamint makrorendszeri hatásokat, emellett figyelembe veszi az idő múlását, mely szintén befolyásoló tényező (kronorendszer).

Az interakció gyermeki oldalán is számos jellemző befolyásolja a környezettel való kapcsolatot, összhangot, interakciókat, és a gyermek viselkedését, pl. a gyermek neme, kora, fejlődésmenete (tipikus vagy atipikus), fejlődési rizikója, betegsége, valamint képességei, válaszkészsége, temperamentuma stb. (Ferenczi, 2011). Jelen tanulmány fókuszában a gyermeki temperamentum, valamint a nevelés, a szülő és gyermeke közötti interakciók állnak.

A GYERMEKI TEMPERAMENTUM

A *temperamentum* mint az egyének közötti tartós különbségeket jelölő fogalom eredete, használata (hasonlóan sok más konstruktuméhoz) az ókori görögökhöz nyúlik vissza. Az azóta eltelt idő alatt számos kutató, elméletalkotó foglalkozott a temperamentum kérdéskörével, többek között az alkati típusok kutatói (Kretschmer, Sheldon), a személyiséglélektan képviselői (Allport, Cattell, Eysenck, Guilford), és a korai fejlődépszichológusok (Shirley, Gesell) (Goldsmith és Mtsai, 1987; Rothbart és Bates, 2006).

A gyermeki temperamentum kutatása több, mint 60 éve kezdődött el, Alexander Thomas és Stella Chess *New York Longitudinal Study* című hosszú távú követéses vizsgálatával, melyben nyolcvannégy New Yorkban lakó család gyermekeinek fejlődését követték nyomon felnőttkorukig (Thomas és Chess, 1977). A két pszichiáter célja a csecsemők és gyermekek elsődleges reakciómin-tázatainak megfigyelése, a viselkedésükben megmutatkozó egyéni különbségek vizsgálata volt, melyek jelentőséggel bírnak a szülő–gyermek kapcsolat alakulásában (Chess és Thomas, 1999). A kutatás eredményeihez Michael Rutter javasolta nekik a „temperamentum” elnevezést (Rothbart és Bates, 2006). Az úttörő vizsgálatot követően a fogalom a fejlődéslélektani érdeklődés középpontjába került (Peters-Martin és Wachs, 1984). A kutatók érdeklődése a mai napig tart, az utóbbi években is számos kutatás látott napvilágot ebben a témában, mely annak köszönhető, hogy az egyének közötti korai különbségek erősen kapcsolódnak a későbbi személyiséghez és a szociális fejlődéshez (Gartstein és Rothbart, 2003). Kochanska és munkatársai (2005) a társas fejlődésben kritikus tényezőnek tekintik a gyermek temperamentumát, Fox és Henderson (1999) pedig a korai temperamentum kutatását egyenlőnek tekinti a szociális fejlődés eredetének vizsgálatával. Emellett a temperamentum jelentős szereppel bír az önszabályozás alakulásában, mely a fejlődés számos területét befolyásolja (Whitebread és Basilio, 2012). *Összefoglalóan, a temperamentum egyaránt befolyásolja a társas*

kapcsolatokat, a tanulmányi teljesítményt, az egészséget és a pszichopatológiát (Zentner és Shiner, 2012).

A gyermeki temperamentum kutatása a szocializáció kétirányúságára helyezte a hangsúlyt, szemben az ezt a folyamatot egyirányúan, a szülőtől a gyermek felé zajló hatásokként leíró elképzelésekkel. Emellett rávilágított arra a fejlődésben igen jelentős tényre, hogy nemcsak a gondolkodási mintázatokban, hanem az érzelmi folyamatokban meglévő egyéni különbségek is torzításokat okozhatnak a tapasztalatok érzelmi reprezentációjában (Rothbart és Bates, 2006).

A fogalom jelentősége és a hozzá kapcsolódó kutatások számossága ellenére a kutatók között még nem született konszenzus a fogalom természetét, definícióját illetően. Mindemellett találhatók közös pontok az egyes meghatározásokban, melyek a *temperamentum*-elméletalkotók egy kerekasztal beszélgetése alapján a következők: a temperamentum az egyének közötti különbségeket meghatározó személyiségjellemző, biológiai háttere van, és a viselkedés más megnyilvánulásaihoz képest jellemzője a tartósság. A temperamentumdimenziók viselkedési tendenciákra vonatkoznak, nem pedig diszkrét cselekedetekre (Goldsmith és mtsai, 1987). A témában 25 évvel később más neves temperamentumkutató résztvevőkkel újabb kerekasztal-beszélgetést tartottak a korábbi beszélgetésre reflektálva, mely módosított a meghatározáson, eszerint: a temperamentumvonások korán megjelenő alaphajlamok az aktivitás, érzelmek, figyelem és önszabályozás területén. Ezek a hajlamok genetikai, biológiai és környezeti faktorok komplex interakciójának eredményei (Shiner és mtsai, 2012).

Emellett a temperamentumról való gondolkodásra ma már dinamikusabb szemlélet jellemző, a stabilitás helyett és mellett a temperamentumban végbemenő fejlődési változások állnak a középpontban (Rothbart és Bates, 2006).

A kutatók többsége a temperamentumvonásokra dimenziókként tekint, azaz a temperamentumjellemzők mennyiségi különbségét vallja, de vannak kivételek. Thomas és Chess összekötötte a két megközelítést. Szemléletük szerint a temperamentum a gyermek 9 dimenzión való pozíciójának összessége (dimenziális megközelítés), ugyanakkor a 9 faktor gyakran előforduló kombinációiból temperamentumtípusokat alkottak (tipológiai megközelítés) (Thomas és Chess, 1977).

A temperamentum hosszú távú hatásainak vizsgálatában, a fejlődési kimenetel előrejelzésében, illetve a környezettel való interakciókban a különböző jellemzők mintázatának van igazán jelentős szerepe, tekintettel például arra, hogy az egyes jellemzők egymásra is hatással bírnak.

A gyermeki temperamentum meghatározására és mérésére több elképzelés is született. A megközelítések közötti fő eltérések egyrészt a temperamentum

határainak (pl. a viselkedési stílus, a stabilitás, az öröklöttség kritériumai) meghúzásából erednek, másrészt azon dimenziók meghatározásából, melyeket a temperamentumhoz tartozónak tekintenek (Goldsmith és mtsai, 1987). Jelen tanulmány két nagy hatású, a gyermeki temperamentum meghatározásában és kutatásában központinak tekinthető megközelítést ismertet röviden: Alexander Thomas és Stella Chess, valamint Mary Klevjord Rothbart elképzelését.

Alexander Thomas és Stella Chess

A Thomas és Chess vezette *New York Longitudinal Study* mérföldkő volt az egyéni különbségek koncepciójának bevezetésében a fejlődéslélektanba és a gyermekorvoslásba. Az e kutatás alapján kialakított elképzelést *viselkedési stílus megközelítésnek* is nevezik (Mervielde és De Pauw, 2012). Thomas és Chess (1987, in: Goldsmith és mtsai, 1987) definíciója szerint a temperamentum a *viselkedési stílus* egyének közötti különbségeire vonatkozik, ahol a stílus a viselkedés „hogyan”-ját, nem pedig a „mi”-t, azaz nem a képességeket, és nem a „miért”-et, azaz nem a motivációt jelenti. A kutatásukban részt vevő csecsemők szüleivel készítettek interjúkat, és ezek elemzése alapján alakítottak ki 9 temperamentumdimenziót, melyeket a következőképpen jellemeztek (Chess és Thomas, 1977):

- *Aktivitásszint:* a gyermek tevékenységének mozgásos alkotóeleme, az aktív és passzív időszakok aránya;
- *Ritmikusság:* a biológiai funkciók előrejelezhetősége;
- *Megközelítés vagy visszahúzóds:* az új ingerre adott első válasz jellege;
- *Alkalmazkodás:* a kezdeti válaszok mennyire könnyen igazodnak a helyzethez;
- *Válaszküszöb:* a válasz kiváltásához szükséges ingererősségi szint;
- *Reakcióerősség:* a válasz energiaszintje;
- *Hangulat:* az örömteli, kellemes viselkedések és a barátságtalan, kellemetlen viselkedések aránya;
- *Elterelhetőség:* a folyamatban levő viselkedés irányát külső ingerek mennyire képesek megszakítani vagy eltéríteni;
- *Figyelmi terjedelem és kitartás:* a cselekvések folyamatos végzésének két összekapcsolódó mutatója.

A 9 dimenzióval való elhelyezkedés alapján három típust vezettek be, melyeket azóta is használnak a fejlődépszichológusok mind a kutatásokban, mind a gyakorlatban. *E három típus a nehéz, a könnyű, és a lassan felmelegedő temperamentum:*

- A *könnyű temperamentumú* csecsemőknek pozitív a hangulata, biológiai funkcióik jól szabályozottak, könnyen alkalmazkodnak, az új helyzeteket pozitívan közelítik meg, és alacsony vagy közepes intenzitással reagálnak rájuk. Kutatásukban a csecsemők 40%-a volt könnyű.
- A *nehéz temperamentumú* csecsemők (a minta 10%-a) negatív hangulattal jellemezhetők, biológiai funkcióik rosszul szabályozottak, lassan alkalmazkodnak, az új helyzetekben visszahúzódók, és az ingerekre nagy intenzitással válaszolnak.
- A *lassan felmelegedő* csecsemők (15%) negatív hangulatúak, lassan adaptálódnak, az új helyzetektől visszahúzódódnak, alacsony vagy közepes intenzitással reagálnak, és alacsony az aktivitási szintjük.

A csecsemők 35%-a nem illett bele ezekbe a kategóriákba.

Thomas és Chess típusaihoz hasonló egy másik hármas tipológia, melyet idősebb, 3 éves kor fölötti gyermekekkel végzett kutatásokban, többféle módszertannal és mintán, továbbá eltérő országokban azonosítottak: az *alulkontrollált*, a *túlkontrollált* és a *reziliens* (jól alkalmazkodó) temperamentum tipológiája (pl.: Caspi, 2000; Caspi és mtsai, 2003; Slutske és mtsai, 2012; Asendorpf és van Aken, 1999). Caspi (2000) a három típust össze is köti a Thomas és Chess-féle tipológiával: szerinte az alulkontrollált típus a nehéz temperamentumhoz, a reziliens a könnyű temperamentumhoz, a túlkontrollált típus pedig a lassan felmelegedő temperamentumhoz hasonló. Ezek a típusok jó előrejelzői a felnőttkori alkalmazkodásnak, de csecsemőkori eredetük nem tisztázott (Zentner és Shiner, 2012).

Mary Klevjord Rothbart

Rothbart kiterjeszti az eredeti „stílus” fogalmat, a temperamentumhoz sorolva az érzelmi, motivációs és figyelmi folyamatokat. Elméletében alapvető, hogy a temperamentumkülönbségeket a mögöttes pszichobiológiai feldolgozás határozza meg, így elképzelését *pszichobiológiai megközelítésnek* (Mervielde és De Pauw, 2012), vagy *neurobiológiai fejlődési megközelítésnek* is nevezik (Zentner és Bates, 2008).

Rothbart (1987, in: Goldsmith és mtsai, 1987) a temperamentumot úgy definiálja, mint *viszonylag stabil, elsődlegesen biológiai alapú egyéni különbségeket a reaktivásban és az önszabályozásban, a „három A” dimenzióiban* (Rothbart, 2012), azaz az *érzelmek (Affect)*, a *figyelem (Attention)* és az *aktivitás (Activity) területein* (Rothbart és Bates, 2006). A *reaktivitás* a külső és belső környezeti változásokra adott szomatikus, endokrin, autonóm, illetve központi idegrendszeri válaszkészség. A reaktivitás

a reakciók széles skáláját tartalmazza (pl. félelemérzet, szívritmus), valamint általánosabb tendenciákat (pl. negatív emocionalitás). A reaktivitás jellemzői a motoros, érzelmi, figyelmi reakciók látenciájával, hosszával és intenzitásával mérhetők. Az érzelmi reaktivitás cselekvéses tendenciákat is tartalmaz. Ezeknek a viselkedési tendenciáknak a kifejezése vagy gátlása visszajelez a folyamatban levő érzelmi reakció befolyásolására (Rothbart és Bates, 2006). Az *önszabályozáson* Rothbart a reaktivitás modulálására szolgáló folyamatokat érti. Ilyen folyamatok az akaratlagos kontroll és az orientáció. A temperamentum tendenciákat vagy hajlamot ír le, nem folyamatosan fejeződik ki, hanem megfelelő előhívó feltételeket igényel.

Rothbart (2012; Rothbart és Bates, 2006) négy motivációs és három figyelmi rendszert ír le a temperamentummal összefüggésben. Minden motivációs rendszer kapcsolódik specifikus neurális struktúrákhoz, érzelmi állapotokhoz és temperamentum-/személyiségdimenziókhoz. A motivációs rendszerek leírásánál Gray (Gray és McNaughton, 2000) munkásságát veszi alapul. A négy motivációs rendszer tehát:

- vágyrendszer – a Gray-féle *Viselkedési Megközelítő Rendszerhez* kapcsolódik (*Behavioral Activation System*; BAS)
- védekező vagy félelemteli motivációs rendszer – a Gray-féle *Viselkedési Gátló Rendszerhez* kapcsolódik (*Behavioral Inhibition System*; BIS)
- frusztrációs vagy agresszív viselkedésrendszer – védekező agresszió (harcolj/menekülj), illetve irritatív agresszió (a BAS-hoz kapcsolódik)
- társas kapcsolati vagy gondoskodó rendszer – a szociális viselkedés regulációja, társas kapcsolati igények kiszolgálása.

A három figyelmi rendszer:

1. vigilancia rendszer – éberség
2. posterior figyelmi rendszer – a figyelem rugalmas átvitele (orientáció)
3. anterior figyelmi rendszer – az akaratlagos kontroll, lelkiismeretesség vonáshoz kapcsolódik.

Rothbart munkásságának lényegi eleme, hogy a gyermekkori temperamentumkutatást, a felnőttkori temperamentumkutatás részét képező idegéletteni modelleket és a fejlődés-neurofiziológia eredményeit egy egységes koncepció keretében, *temperamentumfejlődési modelljében* integrálja (Rothbart, 2012; Kulcsár, 1996).

Temperamentumjellemzők

A temperamentum és a személyiség nem azonos fogalmak, bár létezik olyan vélemény is, hogy a kettő egy és ugyanaz. Az általános vélekedés szerint a gyermeki

temperamentum a későbbi személyiség alapja, de nem azonos vele, mivel a személyiség nemcsak vonásokat takar, hanem többek között célokat, megküzdési stílust, motivációt, énképet, identitást is (Goldsmith és mtsai, 2000). Costa és McCrae (2001) személyiségről alkotott modelljében a temperamentum az alaptendenciákhoz tartozik, és nem különbözik a személyiségvonásoktól. Mivel a csecsemő és a kisgyermek kognitív képességei, illetve viselkedési repertoárja különbözik a felnőttétől, a vonások mérése máshogyan történik, de tulajdonképpen a kettő egy és ugyanaz: alaptendencia, mely azonban nem azonos a teljes személyiséggel. Ahogyan Goldsmith és munkatársai (2001, 104) fogalmaznak: *„A temperamentum sokkal korlátozottabb, fejlődésileg korábbi, és a személyiség magját alkotja.”* Rothbart és Bates (2006, 100) szerint: *„A temperamentum a személyiség affektív, aktivációs és figyelmi magja.”* A személyiség magában foglalja a gondolatokat, érzelmeket és a viselkedés különféle mintázatait, míg a temperamentum nem tartalmazza például a gondolatok specifikus tartalmát.

A fejlődés, érés befolyásol(hat)ja a temperamentumjellemzők kifejeződését, emellett maga a temperamentum is fejlődik az idő múlásával (Rothbart és Bates, 2006). *A kutatások eredményei szerint az egyes temperamentumjellemzők 3 éves kortól a fiatal felnőttkor felé haladva egyre stabilabbá válnak* (Rothbart és Bates, 2006). Ennek az eredménynek a háttérében állhat egyrészt módszertani kérdés, azaz ahogyan haladunk előre életkorban, egyre kevésbé jellemző, hogy ugyanannak a tulajdonságnak a viselkedéses kifejeződése nagyot változna. Ugyanakkor a temperamentumot befolyásolja a környezet, és az életkor előrehaladtával a gyermekeknek egyre nagyobb lehetőségük van a temperamentumuknak megfelelő környezet választására, mely eredeti tendenciáikat erősíti. Emellett Rothbart és Bates (2006) szerint a végrehajtó figyelemnek és az akaratlagos kontrollnak az első három életévben történő gyors fejlődése is állhat a temperamentumjellemzők korai instabilitásának háttérében. Egy 152 kutatás adatait elemző metaanalízis alapján a stabilitás az életkorral egyre nő, az egyes életkorokban mért temperamentum- illetve személyiségvonások közötti együttjárás 50 éves kor felett éri el a maximumát (Roberts és DelVecchio, 2000).

A korai temperamentumnak lehetnek hosszú távú következményei, de semmi esetre sem determinálja a későbbi fejlődést. Az egyes temperamentumjellemzők a későbbi alkalmazkodás és viselkedési problémák szempontjából rizikófaktorként, de védőfaktorként is működhetnek. Például az erős figyelmi fókusz jó iskolai teljesítményhez és társas készségekhez kötődik, ugyanakkor ezek a gyerekek perfekcionistaak lehetnek, ami veszélyezteti rugalmasságukat és spontaneitásukat (McClowry és mtsai, 2008). *Önmagában egy jellemző sem*

határozza meg a fejlődést, a temperamentum mintázata, és a szűkebb, valamint tágabb környezettel való illeszkedése számít. A gyermek temperamentuma befolyásolja környezetének válaszait, illetve ugyanazt a választ temperamentumuk függvényében a gyermekek máshogyan értékelik. Emiatt, ha a csecsemő olyan jellemzőkkel bír, melyek megnehezítik a szüleivel való összehangolódást, a rosszabb kimenetel esélye megnő. Ugyanakkor más jellemzők képesek a környezet negatív hatásait ellensúlyozni. Bates (2001) eredményei szerint az aktív gyermekekre az ingerszegény környezet kevésbé hat kedvezőtlenül, mint nem aktív társaikra. Az alacsony negatív emocionalitás, a magas fokú önszabályozás és alkalmazkodás ellenállóbbá tesz a környezet rizikótényezőivel szemben, e jellemzők mellett kedvezőtlen körülmények között kevésbé valószínű a viselkedési problémák megjelenése (Corapci, 2008).

A csecsemő- és kisgyermekkorai temperamentum később gyermekkorai viselkedési problémákban juthat kifejeződésre. A különböző jellemzők eltérő viselkedési nehézségeket jelezhetnek előre. *A kisgyermekkorai nehezen kezelhetőség (erőteljes pozitív érzelmek és megközelítés, alacsony akaratlagos kontroll, vagy mindkettő) későbbi externalizáló problémákat jelezhet előre; míg az erős félelem vagy gátoltság későbbi internalizáló problémák előfutára lehet.* A jó önszabályozás és a kevés negatív érzelem ugyanakkor védőfaktorként működhet a későbbi viselkedési problémák kialakulásával szemben (Lakatos, 2007).

A beilleszkedést, alkalmazkodást vizsgáló kutatók szerint a temperamentum (elsősorban a reaktivitás és az emocionalitás, illetve a reguláció) szoros kapcsolatban áll a későbbi szociális (Shanifar és mtsai, 1996) illetve morális (Kochanska és mtsai, 1994) fejlődéssel.

A résztvevőket felnőttkorukig követő longitudinális kutatások eredményeiből képet kaphatunk arról, hogy hosszú távon milyen prediktív ereje lehet az egyes csecsemő- és kisgyermekkorai jellemzőknek. Zentner és Shiner (2012) összefoglalójában a hosszú távú követővizsgálatok eredményei alapján a korai impulzuskontrollnak, illetve a viselkedési gátlásnak jól dokumentált prediktív ereje van a fiatal felnőttkori kimenetelre. A korai impulzuskontroll szintje előre jelzi többek közt például az externalizáló és internalizáló zavarokat, a droghasználatot, az iskolai eredményeket; a korai viselkedési gátlás pedig az ártalomkerülést, a depressziót és a szorongást.

A korai pozitív érzelmek és a viselkedéskontroll figyelmességet, elfogadást, alacsonyabb elutasítottságot eredményeznek (Goldsmith és mtsai, 2001). A kevésbé gátolt és/vagy kevésbé impluzív viselkedés pedig pozitív hatással van a társas kompetenciára, az egyéb környezeti rizikóktól függetlenül (Corapci, 2008).

A NEVELÉS, A SZÜLŐ ÉS GYERMEKE KÖZÖTTI INTERAKCIÓK

A szülő és gyermeke közötti kapcsolat, illetve interakciók kiemelkedő fontosságúak a kisgyermek életében, hatásaik hosszú távon érzékelhetők a kognitív és az érzelmi fejlődés területén egyaránt. A legkorábbi időszakban a szülő és a vele való együttlét jelenti a gyermek számára a legszűkebb környezetet. A szülői viselkedést vizsgálva a kutatások alapján *globális szinten két, egymástól valamennyire független nevelői dimenzió létezik: a gondoskodás* (válaszkészség, érzelmkifejezés, érzékenység) *és a kontroll* (erő kifejezése, a gyerek viselkedésének menedzselése) (Ferenczi, 2011).

Az anyai érzékeny válaszkészséget nagyszámú kutatás helyezte és helyezi a fókuszába, sokan a kötődés kialakulásának vizsgálatával összefüggésben tárgyalják. A fogalom operacionalizálása azonban nagyon változatos, az érzelmi melegség, az interakciók harmóniája, kölcsönössége, a támogatás és ösztönzés mind részét képezik (Hámori, 2015). Emellett Patterson és Fisher (2002) szerint a kötődésméletben használt *szenzitivitás* és *anyai melegség* fogalmak párhuzamba állíthatók a társas tanuláselméletben használt *kontingencia* és *pozitív megerősítés* konstruktumokkal. A kutatások szerint a gondoskodás, a gyengéd, stimuláló bevonódás kevesebb viselkedési problémával jár együtt (pl. Pettit és mtsai, 1997), valamint a biztonságos kötődéshez köthető (Hámori, 2015; Tóth, 2011).

A gyermek viselkedésének szabályozása, a cselekedetei feletti szülői kontroll gyakorlása is jelentős tényező a gyermek későbbi fejlődési kimenetelének alakulásában. A korábbi eredmények szerint a túl szigorú, kemény fegyelem a későbbi viselkedési problémák előrejelzője (pl. McFadyen-Ketchum és mtsai, 1996). A későbbi kutatások azonban árnyalták ezt a nézőpontot, amennyiben a gyermek temperamentumának függvényében az anyai fegyelmezés eltérő mértéke vezet optimális kimenetelhez (pl. Arcus, 2001). Emellett a hatékony szülői kontroll két dimenzióra bontható: egyrészt a keménység, szigorúság (pl. kiabálás, fizikai büntetés) szintje, másrészt a gyermek viselkedésének pozitív menedzselése, melyek nem feltétlenül járnak együtt (Bates és mtsai, 2019).

A TEMPERAMENTUM ÉS A KÖRNYEZET VISZONYA

A temperamentum és a környezet hatással vannak egymásra, és együtt befolyásolják a későbbi fejlődési kimenetelt. A temperamentum és a hosszú távú kimenetel közötti kapcsolat hátterében álló egyik mechanizmus, hogy a temperamentum

hatással van az egyén környezetére is, Zentner és Shiner (2012) megfogalmazásában, a genetikai befolyás alatt álló vonások keretezik, és saját képükre alakítják a környezetet. Erre több folyamat is létezik (Shiner és Caspi, 2012):

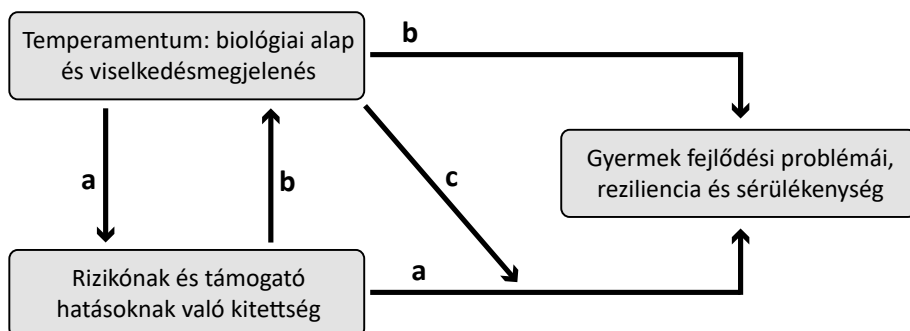
- *környezeti előhívás*: a gyermek temperamentuma alakítja azokat a válaszokat, melyeket előhív a környezetéből, és így ezek megerősíthetik a temperamentumot;
- *környezeti szelekció*: a gyerek keresi azokat a környezeteket, melyek konzisztensek a temperamentumával;
- *környezeti elemzés, magyarázat*: a temperamentum helyezi rá az eseményekre az „értelmező struktúrát”. Temperamentumuk alapján a gyermekek ugyanazt a környezetet más módon tapasztalják és értelmezik – ez lehet szelektív perceptuális torzítás vagy eltérő interpretáció is (Rothbart, 2012).

Ugyanakkor egy bizonyos temperamentum számos különböző kimenetelhez vezethet, aminek hátterében több mechanizmus is állhat (Zentner és Shiner, 2012):

- a környezettel való interakció az eredeti tendenciákat erősítheti vagy gyengítheti;
- *eltérő érzékenység (differential susceptibility)* (Boyce, 2019) – azt a lehetőséget erősíti, hogy az eseményekre adott válaszok változékonysága vagy változatlansága a temperamentumnak magának lehet jellemzője;
- a környezetnek jellemzően csak kis szeletét vizsgáljuk, ugyanakkor a széles család, a testvérek, kortársak, a tágabb csoport, a kultúra mind befolyásolja a gyermek viselkedését, annak értelmezését és a környezet reakcióját.

Lengua és Wachs (2012) minimum három módot határoz meg, ahogyan a temperamentum hatással lehet a rezilienciára, a sérülékenységre, az alkalmazkodásra, melyek az 1. ábrán láthatók.

- a temperamentum közvetetten befolyásolja a kimenetelt azáltal, hogy növeli a rizikó- vagy támogató hatásoknak való kitettséget;
- közvetlen hatása van, izolációban vagy kombinálva más rizikókkal, de függetlenül befolyásolja az alkalmazkodást;
- moderátor: vagy enyhíti, vagy erősíti a rizikók hatását a fejlődésre – *goodness of fit*, eltérő érzékenységmodellek tartoznak ide.



- a. a temperamentum és a gyermeki kimenetel közötti kapcsolat, rizikó- vagy támogató hatások által mediálva;
- b. a rizikó- vagy támogató hatások és a gyermeki kimenetel közötti kapcsolat, a temperamentum által mediálva;
- c. a rizikó- vagy támogató hatások és a gyermeki kimenetel közötti kapcsolat, a temperamentum által moderálva.

1. ábra. A temperamentum, a rizikó és a támogató hatások, a gyermeki problémák, a reziliencia és a sérülékenység közötti kapcsolatok
(Lengua és Wachs, 2012, 520 alapján, a szerző módosításával)

A környezetnek kiemelt jelentőségű eleme a szűkebb család, azon belül is a szülők, a nevelés, mely alapvető szereppel bír a gyermekek társas, érzelmi, viselkedéses fejlődésében (Kiff és mtsai, 2011). *A temperamentum és a nevelés kölcsönhatásaira több modell is létezik.* Az interakcionista modell a temperamentum szocializációs tapasztalatokat moderáló szerepére helyezi a hangsúlyt, míg a tranzakcionális modellben a temperamentum és a nevelés kölcsönösen formálják egymást. A szülők, a nevelés hatása a gyermek temperamentumától függ, *az egyes szülői viselkedések nem egyformán hatnak a fejlődésre, a hatás mértéke – és elképzelhető, hogy iránya is – a temperamentum függvénye* (Kiff és mtsai, 2011). Ebből következően már nem gondoljuk azt, hogy minden gyermeknek egy bizonyos típusú nevelés lenne az optimális, sőt, *az ideális nevelés az egyedi gyermekhez igazodik* (Zentner és Shiner, 2012; Sanson és mtsai, 2018).

A temperamentum környezeti hatásokat moderáló szerepének, illetve a környezet–temperamentum alkalmazkodást, fejlődést befolyásoló interakciónak leírására több modell is született. *A hajlam–stressz, vagy dupla rizikó* elképzelés

széles körben kutatott. Egyes jellemzők, pl. a negatív emocionalitás vagy a nehéz temperamentum, rizikót jelentenek az optimális fejlődés szempontjából, ezek a gyerekek sérülékenyebbek. Ezt a sérülékenységet nevezi Strelau (2001) temperamentum-rizikófaktornak, ami minden temperamentumjellemzőre, vagy -jellemzők együttállására vonatkozik, melyek más faktorokkal interakcióban túlzottan, folyamatosan és visszatérően működnek, megnövelve a viselkedési zavarok vagy a személyiség maladaptív fejlődésének rizikóját. Ha egy nehéz temperamentumú gyermek rossz bánásmódban részesül, a negatív kimenetel (pl. viselkedési zavarok) esélye jelentősen megnő (Kiff és mtsai, 2011).

Wachs (2006; Wachs és Gandour, 1983) *organizmikus specificitás* hipotézise szerint az egyének, különbségeik alapján, különbözően reagálnak a környezeti tényezőkre. Kiff és munkatársai (2011) ehhez hozzáteszik, hogy létezik egy alternatív *környezeti specificitás* hipotézis is, azaz, hogy a fejlődési kimenetel a különböző környezeti változók (beleértve a nevelést) függvényében változik. Boyce és Ellis *biológiai szenzitivitás a kontextusra* (Boyce és Ellis, 2005; Ellis és mtsai, 2005; Ellis és Boyce, 2008), illetve Belsky kifejezetten a nevelés területén alkalmazott *eltérő érzékenység* elképzelése (Belsky, 2013; Belsky és Pluess, 2009) azt fogalmazza meg, hogy vannak, akik nagyon érzékenyek a környezeti feltételekre, míg másokat ezek kevésbé érintenek. Az érzékenység egy dimenzionális tulajdonság (mindenki érzékeny valamilyen mértékben), ugyanakkor szívesen használják a jelenség érzékeltetésére az „*orchidea és pitypang gyerekek*” példát (Boyce és Ellis, 2005; Ellis és Boyce, 2008; Boyce, 2019). A pitypang adekvát működésre képes a fajra jellemző körülmények minden változatában, míg az orchidea nagyon érzékeny a környezetre. Rossz bánásmód esetén gyengül, hanyatlik, míg tápláló és gondoskodó környezetben szokatlanul gyönyörűre fejlődik. A „pitypang gyermekek” fejlődésére a környezet az analógiának megfelelően kevésbé gyakorol hatást, sem pozitív, sem negatív irányba, míg az „orchidea gyermekek” támogató nevelés esetén kiemelkedően jól, rizikós környezetben viszont nagyon gyengén teljesítenek. Egyre több kutatás célozza az eltérő érzékenység vizsgálatát, jobb megértését. Belsky a stresszreaktivitást helyezi a középpontba, mások pedig koraszülöttek körében vizsgálják a temperamentum és az önszabályozás kapcsán (pl. Poehlmann és mtsai, 2011; Rodríguez és mtsai, 2014), illetve genetikai kutatások is egyre nagyobb számban vannak e téren (van IJzendoorn és Bakermans-Kranenburg, 2015).

Chess és Thomas (1999) *jó illeszkedés (goodness of fit)* modellje átfogóan elemzi a temperamentum és a környezet hatásait a fejlődésre. *Megfelelő illeszkedés akkor jön létre, ha a környezet jellemzői, elvárásai és igényei összhangban vannak a gyermek képességeivel, tulajdonságaival és temperamentumával. Amennyiben ez az összhang*

létrejön, optimális fejlődés várható. Ezzel szemben, ha nem jó az illeszkedés, ha a környezeti lehetőségek, igények és a gyermek jellemzői eltérnek egymástól, a gyermek problémás fejlődése és maladaptív alkalmazkodása valószínűbbé válik. Az illeszkedés jósága soha nem absztrakció, hanem mindig csak az adott kultúra és szocio-ökonomiai csoport értékrendjének és igényeinek kontextusában értelmezhető. Ez az elképzelés a rizikót, a sérülékenységet, a problémát a gyermek és a szűkebb, illetve tágabb környezete közötti kapcsolatban látja („a patológia az interakcióban van”; Chess és Thomas, 1999, 9), nem csupán a gyermek, vagy a környezet jellemzőiben. A szerzők szerint számos későbbi, valódi patológia a krónikus rosszul illeszkedésből származik: ha hosszú távon fennmarad, a maladaptív mintázat az eredeti problémás helyzetről kiterjed a többire, és a személyiség állandó jellemzőjévé válik. Rothbart (2012) nagyon hasonló gondolatot fogalmaz meg könyvében, amikor arról ír, hogy az érzelmi és viselkedéskérdések leggyakrabban a gyermek és környezet közötti interakciókból fejlődnek ki.

A gyermeki temperamentum és a nevelés egymásra hatása

Mint fentebb már szó volt róla, a gyermek temperamentuma, és a szülő viselkedése, nevelési gyakorlata hat egymásra, kölcsönösen alakítják egymást, ahogy telik az idő (Kiff és mtsai, 2011). A kutatások jó része ebben a kapcsolatban azt helyezi középpontba, hogy a temperamentum hogyan alakítja a szülő viselkedését, a temperamentumvonások milyen jellemző válaszokat hívnak elő a gondozókból.

Egyes temperamentumjellemzők, mint az irritabilitás, az erős negatív emocionalitás vagy a nehéz temperamentum, megnehezíthetik a csecsemő és a szülők közötti harmonikus viszony kialakítását, kihathatnak a családi folyamatokra, a szülők kompetenciaérzésére. A csecsemők irritabilitását vizsgálva többen arra a következtetésre jutottak, hogy a gyermek túlzott érzékenysége összefügg az anya alacsony válaszkészségével (Owens és mtsai, 1998; Crockenberg és Smith, 2002). Az erősen reaktív, negatív érzelmekre, sírásra, nyűgösködésre hajlamos gyermek több kontrolláló, kényszerítő fegyelmező viselkedést, agressziót, ellenségességet válthat ki a szülőből, ami az engedetlenség ellenségesebb formáihoz vezethet a későbbiekben (Braungart-Rieker és mtsai, 1997; Lamb és mtsai, 2002). Emellett a negatív reaktivitás egyes kutatások szerint alacsonyabb szülői melegséget és támogatást jelez előre, ugyanakkor ezzel kapcsolatban vannak eltérő eredmények is (Bates és mtsai, 2012).

A nehéz temperamentumú gyermekek szülei több szülői szereppel kapcsolatos stresszt élhetnek meg, mely bizonytalan kötődéshez, elhanyagoláshoz,

bántalmazáshoz vezethet, illetve ezek a szülők az interakciókban kevésbé gondoskodók, érzékenyek és válaszreakciók lehetnek, kevesebb stimulációt biztosíthatnak, valószínűbben alkalmaznak intruzív fegyelmezési stratégiákat, és nagyobb valószínűséggel van konfliktusos kapcsolatuk gyermekükkel (Neitzel és Stright, 2004; Boyce és mtsai, 1996). Spangler (1990) kutatásában az egyéveskori kevésbé nehéz temperamentumhoz kapcsolódott a második év alatti jó színvonalú anyai bánásmód. A nehéz temperamentum hatással van arra, ahogyan az anya a szülői képességeit látja, csökkenhet az önértékelése. Ezek az anyák rosszabb pszichológiai állapotban lehetnek, és ezzel összefüggésben anyai viselkedésük kevésbé gondoskodó és érzékeny lehet. Ugyanakkor a pozitív anyai önértékelés védőfaktoraként működhet a nehéz temperamentum hatásai ellen (Stifter és Wiggins, 2004).

A nehéz temperamentum, negatív emocionalitás, irritabilitás a környezetre, a szülőkkel való interakciókra gyakorolt hatásainál azonban figyelembe kell venni a kulturális hatásokat. A kultúra a szülői viselkedésen keresztül jut el a kisgyermekhez, a szülői vélekedések és gyermeknevelési stratégiák teremtik meg a fejlődési kontextust. Ezek háttérben pedig a gyermekkorról és a szociális célokról alkotott nézetek, valamint általánosabb kulturális jellemzők állnak. Bár a különböző kulturális közösségekből származó anyák a nehéz temperamentumot hasonló viselkedésekhez asszociálják, és a sírást és nyűgösködést mindenhol nehezen gondolhatóan tartják, ennek jelentése és következményei változnak a szülőiség, a csecsemő- és gyerekkor kulturális elméleteinek függvényében (Cervera és Mendez, 2006).

A félelemmel, illetve visszahúzóódással kapcsolatban két irányba mutatnak az eredmények. Egyrészt a visszahúzóódó, gátolt viselkedésű gyermekek szülei a kutatások szerint sokkal valószínűbben viselkednek intruzív, túlvédő, túlkontrolláló, kritizáló, nem támogató módon (Hastings és mtsai, 2019). Más eredmények szerint azonban a magas félelemszint, úgy tűnik, több szülői melegséget, gondoskodást, illetve következetesebb nevelési stílust hív elő (Bates és mtsai, 2012). Az eltérő eredmények háttérben részben az állhat, hogy a magas félelemszint, illetve a visszahúzóódás, gátoltság csak részben átfedő fogalmak. Elképzelhető, hogy más-más szülői viselkedés jellemzőbb az általában erős félelemmel reagáló, illetve az elsősorban társas helyzetekben gátolt viselkedésű gyermekek esetében.

A gyermek hatékonyabb önszabályozása erőteljesebb szülői támogatással jár, míg a gyengébb önszabályozás kevesebb melegséget, mérsékeltebb elfogadást és több kényszerítő kontroll alkalmazását hívhatja elő (Bates és mtsai, 2012).

Egyes kutatások (lásd a következő bekezdésekben) azt is vizsgálják, hogy a különböző szülői nevelési gyakorlatok milyen hatással vannak a gyermek

temperamentumára. Ezekkel a hatásokkal kapcsolatban azt feltételezik, hogy a szülők szeretnék csökkenteni azokat a jellemzőket, melyeket nem tartanak ideálisnak (pl. negatív emocionalitás), és igyekeznek erősíteni azokat a jellemzőket, melyeket nagyra értékelnek (pl. önszabályozás).

Az irritabilitással és a nehéz temperamentummal kapcsolatban leírt szülői viselkedések a kutatások szerint erősítik a gyermek irritabilitását, negatív érzelmeit és nehéz temperamentumát (Bezircanian és Cohen, 1992; Scaramella és mtsai, 2008; Reiss, 2003), illetve ellenséges, agresszív ördögi kör indulhat be a szülő–gyermek interakciókban (Rothbart, 2012). Az inkonzisztens, elutasító nevelés növeli a gyermek haragját és irritabilitását (Lengua, 2006). A visszahúzódo, gátolt gyermekeknél az intruzív, túlvédő, túlkontrolláló szülői viselkedés fenntartja és erősíti a gyermek eredeti tendenciáit (temperamentumát), és internalizáló problémák kialakulásához vezethet (Hastings és mtsai, 2019). Ugyanakkor a válaszkész szülői gondozás csökkenti a gyermek negativitását (Rispoli és mtsai, 2013). A szülő meleg, gondoskodó viselkedése és a pozitív kontroll a gyermek pozitív emocionalitásához, valamint alacsonyabb negatív emocionalitásához kapcsolódik (Bates és mtsai, 2012).

Az egyértelmű határok szabása és a büntetés nélküli fegyelmezés (Lengua és mtsai, 2007), valamint a meleg, érzékeny, fejlődést támogató szülői viselkedés (Braungart-Rieker és mtsai, 2001; Clark és mtsai, 2008; Lengua és mtsai, 2007; Feldman és mtsai, 1999) a gyermek jobb önszabályozásával jár együtt. Arcus és munkatársai (1996) eredményei szerint a 4 hónaposan nagyon reaktív csecsemők, ha anyjuk határozott, közvetlen módon szabta meg a korlátokat, 14 hónaposan kevesebb félelmet mutattak. Az anya viselkedése idősebb életkorban is számít. Spinrad és munkatársai (2004) kutatásukban azt találták, hogy a kisgyermekkori anyai érzelmszabályozó viselkedés a gyermek 5 éves kori érzelmszabályozását befolyásolta. A gyermek kiszámítható megnyugtató és a negatív, illetve pozitív érzelmeinek elfogadása jobb érzelmszabályozáshoz vezető stratégia volt.

A kutatások alapján általában elmondható, hogy a pozitív szülői személyiség, az erősebb családi kohézió, a házastársi kapcsolattal való nagyobb megelégedettség, és az anyával való érzékeny interakciók kevésbé negatív vagy nehéz temperamentumú, könnyebben kezelhető fejlődési kimenetelhez vezetnek (Fish, 1998).

A gyermeki temperamentum, a nevelés és a fejlődési kimenetel

A gyermeki temperamentum hatással van a szociális interakciókra, és azok is befolyásolják a temperamentumjellemzőket (Putnam és mtsai, 2002). A kutatások szerint a gyermek temperamentuma különböző kimenetekhez vezet eltérő

kapcsolati kontextusban, és a szocializációs hatások a különböző temperamentumú gyermekeket máshogyan érintik (Kochanska és mtsai, 2005). *A szülő érzékenysége és a gyermek temperamentumához való alkalmazkodó készsége fontos előrejelzője a hosszú távú alkalmazkodásnak, beilleszkedésnek.* Például a negatív emocionalitású, illetve a kevés félelmet mutató gyermekek túlkontrolláló, elutasító, ellenséges nevelés esetén gyakrabban mutatnak később externalizáló viselkedési problémákat (Bates és mtsai, 2019). Valószínűleg az ilyen nevelés azt eredményezi, hogy ez az érzelmi és viselkedési mód diszfunkcionálisan rögződik és generalizálódik (Rothbart és Bates, 2006). Ugyanakkor ezek a gyermekek érzékeny, válaszkész, kiszámítható nevelés esetén a legjobb alkalmazkodást és bevalást mutatták (Bates és mtsai, 2012). Ezek az eredmények a negatív emocionalitás kapcsán az *eltérő érzékenységgel* elképzeléssel (lásd fentebb kifejtve) állnak összhangban.

A rugalmas szülői viselkedés jelentős tényező a gyermeki jellemzők (temperamentum) és a fejlődési kimenetel (hatékony önszabályozás) közötti kapcsolatban. Kochanska és munkatársai (2007) kutatásában az erősen félős gyermekek jobb belső önkontrollt fejlesztettek ki akkor, ha az anya gyengéden fegyelmezett, mint ha durva fegyelmezési stratégiát alkalmazott, míg a nem félősek akkor voltak a legjobbak, ha gondoskodó és vidám anyjuk volt.

Spinrad és Stifter (1996) szerint a gyermek temperamentuma és az anya viselkedése, de különösen a kettő interakciója járul hozzá a kisgyermekek közötti különbségekhez a viselkedéses kontroll területén. Mintájukban azok a gyermekek voltak engedetlenebbek 18 hónaposan, akik 10 hónaposan a frusztrációra enyhe reakciót adtak, anyjuk pedig alacsony válaszkészséggel volt jellemezhető. Csak a frusztrációra 10 hónaposan erősen reagáló gyermekek nem válaszkész anyával voltak dacosak és ellenállók másfél évesen.

A csecsemőkori nehéz temperamentumnak gyermek- illetve serdülőkorban viselkedészavarok, iskolai teljesítményproblémák, interperszonális nehézségek, agresszió és figyelmi problémák is lehetnek a következményei, azonban a pozitív szülői önértékelés és érzékenység jótékonyan befolyásolja ezt az összefüggést (Stifter és Wiggins 2004). Ha az anya érzékenyen reagál a csecsemő jelzéseire, elfogadja jellemzőit, és önértékelése kellően magas, akkor a lehetséges későbbi problémák valószínűsége lecsökken. Emellett számos eredmény a nehéz temperamentummal kapcsolatban szintén az eltérő érzékenységet támasztja alá (Stoltzfus és Karraker, 2009). Például Stright és munkatársai (2008) azt találták, hogy elsős korukban azoknak a gyermekeknek, akiknek a szülei több érzelmi támogatást nyújtottak és jobban támogatták önállóságukat, nagyobb valószínűséggel lettek jobb tanulmányi eredményeik, társas készségeik, és jobb kapcsolataik alakultak ki tanáraikkal és

társaikkal, mint azoknak, akiknek nevelését kevésbé jellemezte az érzelmi támogatás és az önállóság segítése. Ez az összefüggés erősebb volt abban az esetben, ha a gyermek csecsemőkorában nehéz temperamentumú volt.

Összefoglalva a szülő–gyermek interakció és a temperamentum viszonyát, a kutatások alátámasztják a kettő egymásra hatását, a nevelés eltérő hatásait és eredményét különböző temperamentumú gyermekek esetében, példákat mutatnak a környezetnek a temperamentumjellemzők kibontakozását gátló illetve elősegítő hatásaira, emellett bizonyítékkal szolgálnak arra, hogy a kettő együttesen befolyásolja a gyermeki fejlődés menetét. *E bonyolult összefüggés- és hatásrendszer legjobb leíró és magyarázó modelljei az eltérő érzékenység, valamint az illeszkedés jósága fogalmak voltak* (Sanson és mtsai, 2018). Ennek megfelelően, ha a fejlődés vizsgálatában a gyermek egyediségét, temperamentumát is figyelembe vesszük, az átgondolt szocializáció, azaz a gyermekkel való megfelelő bánásmód, a körületekintő, az adott gyermekre odafigyelő nevelés fontossága megnövekszik, nem pedig csökken (Putnam és mtsai, 2002).

A GYERMEKEK OPTIMÁLIS FEJLŐDÉSÉNEK TÁMOGATÁSA

A temperamentum, a nevelés és a fejlődési kimenetel kapcsán a fentiekben összefoglaltak alapján egyértelmű, hogy a gyermekek optimális fejlődése hatékonyan csak úgy támogatható, ha figyelembe vesszük a gyermek, a szülő és a tágabb kontextus jellemzőit, és ezek alapján igyekszünk elősegíteni a gyermek és a szűkebb, illetve tágabb környezete egymáshoz illeszkedését. Azok a szülői programok, nevelésről szóló könyvek, honlapok stb., melyek differenciálatlan recepteket kínálnak a gyermekek megfelelő nevelésére, nem hasznosak a családok számára (Sanson és mtsai, 2018), és az esetek jó részében nem váltják be a hozzájuk fűzött reményeket.

A temperamentumalapú programok célja az illeszkedés erősítése, és ezen keresztül a pozitív fejlődési kimenetel elérése. Az eddigi eredmények alapján azok az intervenciók hatékonyak a szülői viselkedés változtatásában és a pozitív gyermeki kimenetel segítésében, melyek megtanítják a szülőket egyrészt a temperamentumbeli különbségek felismerésére, másrészt a gyermek egyedi jellemzőinek érzékeny kezelésére, menedzselésére (Sanson és mtsai, 2018). Ahogy Boyce (2019, 220) fogalmaz: „... a szülőknek fel kell ismerniük, meg kell nevezniük és ünnepelniük is kell azokat a tulajdonságokat, amelyek megkülönböztetik egyik gyermeküket a másiktól”.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Arcus, D. (2001). Inhibited and uninhibited children: biology in the social context. In T. D. Wachs, & G. A. Kohnstamm, (Eds.), *Temperament in Context* (pp. 43–60). Lawrence Erlbaum Associates.
- Arcus, D., Gardner, S., Andrick, G., & Bell, R. (1996). Temperament and environment in infancy: Sibling contributions to the development of fearfulness. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 303.
- Asendorpf, J. B., & van Aken, M. A. G. (1999). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power, and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 815–832.
- Bates, J. E. (2001). Adjustment style in childhood as a product of parenting and temperament. In T. D. Wachs, & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in Context* (pp. 173–200). Lawrence Erlbaum Associates.
- Bates, J. E., Schermerhorn, A. C., & Petersen, I. T. (2012). Temperament and parenting in developmental perspective. In M. Zentner & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of Temperament* (pp. 425–441). The Guilford Press.
- Bates, J. E., McQuillan, M.E., & Hoyniak, C.P. (2019). Parenting and temperament. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting Vol.1.* (pp. 288–321). Routledge.
- Belsky, J. (2013). Differential susceptibility to environmental influences. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 7(2), 15–31.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885–908.
- Bezirgianian, S., & Cohen, P. (1992). Sex differences in the interaction between temperament and parenting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 790–801.
- Boyce, W. T. (2019). *Orchideák és pitypangok*. Libri.
- Boyce, G., Saylor, C. & Alexandrova, E. (1996). Temperament and mother–child interaction in families with premature medically fragile (MF) infants. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 350.

- Boyce, W. T. & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary–developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17, 271–301.
- Braungart-Rieker, J., Garwood, M. M., & Stifter, C. A. (1997). Compliance and non-compliance: The roles of maternal control and child temperament. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 18, 411–428.
- Braungart-Rieker, J., Garwood, M. M., Powers, B., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: predictors of later attachment. *Child Development*, 72, 252–270.
- Bronfenbrenner, U. (1993): Ecological models of human development. In M. Gauvain, & M. Cole (Eds.), *Readings on the Development of Children* (2nd ed.). (pp. 37–43). Freeman.
- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 158–172.
- Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amen, J. W., Theodore, R. F., & Moffitt, T. E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality*, 71(4), 495–513.
- Cervera, M. D., & Mendez, R. M. (2006). Temperament and ecological context among Yucatec Mayan children. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 326–337.
- Chess, S., & Thomas, A. (1999). *Goodness of Fit: Clinical Applications from Infancy through Adult Life*. Brunner/Mazel.
- Clark, C. A. C., Woodward, L.J., Horwood, L.J. & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development*, 79(5), 1444–1462.
- Corapci, F. (2008). The role of child temperament on Head Start preschoolers' social competence in the context of cumulative risk. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 1–16.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2001). A theoretical context for adult temperament. In T. D. Wachs, & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in Context* (pp. 1–22). Lawrence Erlbaum Associates.

- Crockenberg, S. B., & Smith, P. (2002). Antecedents of mother–infant interaction and infant irritability in the first 3 months of life. *Infant Behavior and Development*, 25, 2–15.
- Ellis, B. J., Essex, M. J., & Boyce, W. T. (2005). Biological sensitivity to context II: Empirical explorations of an evolutionary–developmental theory. *Development and Psychopathology*, 17, 303–328.
- Ellis, B. J., & Boyce, W. T. (2008). Biological sensitivity to context. *Current Directions in Psychological Science*, 17(3), 183–187.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999). Mother–infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, 35, 223–231.
- Ferenczi Sz. (2011). A szülő és a gyermek adottságai: temperamentum, személyiség: Az egymásra hangolódás lehetőségei. In Danis I., Farkas M., Herczog M., & Szilvási L. (Eds.), *Génektől a társadalomig: A koragyermekkori fejlődés szinterei* (pp. 282–319). NCSSZI.
- Fish, M. (1998). Negative emotionality and positive/social behavior in rural Appalachian infants: Prediction from caregiver and infant characteristics. *Infant Behavior and Development*, 21, 685–698.
- Fox, A. N., & Henderson, H. A. (1999). Does infancy matter? Predicting social behavior from infant temperament. *Infant Behavior and Development*, 22, 445–455.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant and Child Development*, 26, 64–86.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R. A., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four Approaches. *Child Development*, 58, 505–529.
- Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., Aksan, N., & Buss, K. A. (2000). Temperament substrates of personality development. In V. J. Molfese, & D. L. Molfese (Eds.), *Temperament and Personality Across the Life Span* (pp. 1–32). Lawrence Erlbaum Associates.
- Goldsmith, H. H., Aksan, N., Essex, M., Smider, N. A., & Vandell, D. L. (2001). Temperament and socioemotional adjustment to kindergarten: A multi-informant perspective. In T. D. Wachs, & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in Context* (pp. 103–138). Lawrence Erlbaum Associates.

- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The Neuropsychology of Anxiety* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Hámori E. (2015). *A kötődéselmélet perspektívái: A klasszikusoktól napjainkig*. Animula.
- Hastings, P. D., Rubin, K. H., Smith, K. A., & Wagner, N. J. (2019). Parenting behaviorally inhibited and socially withdrawn children. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting, Vol.1*. (pp. 467–495). Routledge.
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: parenting in the context of child temperament. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 251–301.
- Kochanska, G., DeVet, K., Goldman, M., Murray, K., & Putman, S. P. (1994). Maternal reports of conscience development and temperament in young children. *Child Development*, 65, 852–868.
- Kochanska, G., Aksan, N. & Carlson, J. J. (2005). Temperament, relationships, and young children's receptive cooperation with their parents. *Developmental Psychology*, 41, 648–660.
- Kochanska, G., Aksan, N., & Joy, M. E. (2007). Children's fearfulness as a moderator of parenting in early socialization: Two longitudinal studies. *Developmental Psychology*, 33, 228–240.
- Kulcsár, Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben*. Akadémiai Kiadó.
- Lakatos K. (2007). *A gyermekkori viselkedés zavarainak kapcsolata a monoaminerg neurotranszmisszió genetikai változatosságával*. OTKA F049227 kutatás zárótanulmánya.
- Lamb, M. E., Bornstein, M. H., & Teti, D. M. (2002). *Development in infancy: An introduction*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Lengua, L. J. (2006). Growth in temperament and parenting as a predictor of adjustment during children's transition to adolescence. *Developmental Psychology*, 42, 819–832.
- Lengua, L. J., Honorado, E., & Bush, N. R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 40–55.

- Lengua, L. J. & Wachs, T. D. (2012). Temperament and risk: resilient and vulnerable responses to adversity. In M. Zentner, & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of Temperament* (pp. 519–540). The Guilford Press.
- McClowry, S. G., Rodriguez, E. T., & Koslowitz (2008). Temperament-based intervention: Re-examining goodness of fit. *European Journal of Developmental Science*, 2, 120–135.
- McFadyen-Ketchum, S. A., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (1996). Patterns of change in early childhood aggressive-disruptive behavior: Gender differences in predictions from early coercive and affectionate mother–child interactions. *Child Development*, 67, 2417–2433.
- Mervielde, I. & De Pauw, S. S. W. (2012). Models of child temperament. In M. Zentner, & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of Temperament* (pp. 21–40). The Guilford Press.
- Neitzel, C., & Stright, A. D. (2004). Parenting behaviours during child problem solving: the roles of child temperament, mother education and personality, and the problem-solving context. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 166–179.
- Owens, E. B., Shaw, D. S., & Vondra, J. I. (1998). Relations between infant irritability and maternal responsiveness in low-income families. *Infant Behavior and Development*, 21, 761–778.
- Patterson, G. R., & Fisher, P. A. (2002). Recent developments in our understanding of parenting: Bidirectional effects, causal models, and the search for parsimony. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting Vol.5*. (pp. 59–88). Lawrence Erlbaum Associates.
- Peters-Martin, P., & Wachs, T. D. (1984). A longitudinal study of temperament and its correlates in the first 12 months. *Infant Behavior and Development*, 7, 285–298.
- Pettit, G. S., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: A 7-year longitudinal study. *Child Development*, 68, 908–923.
- Poehlmann, J., Schwichtenberg, A. J. M., Schlafer, R. J., Hahn, E. Bianchi, J., & Warner, R. (2011). Emerging self-regulation in toddlers born preterm or low birth weight: differential susceptibility to parenting? *Developmental Psychopathology*, 23(1), 177–193.

- Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting, Vol.1.* (pp. 255–277). Lawrence Erlbaum Associates.
- Reiss, D. (2003). Child effects on family systems: behavioral genetic strategies. In A. C. Crouter, & A. Booth (Eds.), *Children's Influence on Family Dynamics: The Neglected Side of Family Relationships* (pp. 3–27). Lawrence Erlbaum Associates.
- Rispoli, K. M., McGoey, K. E., Koziol, N. A., & Schreiber, J. B. (2013). The relation of parenting, child temperament, and attachment security in early childhood to social competence at school entry. *Journal of School Psychology, 51*, 643–658.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*(1), 3–25.
- Rodríguez, G. M., Bagner, D. M., & Graziano, P. A. (2014). Parent training for children born premature: A pilot study examining the moderating role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development, 45*(2), 143–152.
- Rothbart, M. K. (2012). *Becoming Who We Are: Temperament and Personality in development.* The Guilford Press.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon, & R. M. Lerner (Series Eds.), N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology, Vol.3: Social, Emotional, and Personality Development* (6th ed.). (pp. 99–166). John Wiley & Sons, Inc.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of care-taking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegal (Eds.), *Review of Child Development Research, Vol. 4.* (pp. 187–244). University of Chicago Press.
- Sanson, A.V., Letcher, P.L.C. & Havighurst, S.S. (2018). Child characteristics and their reciprocal effects on parenting. In: M. R. Sanders, & A. Morawska (Eds.), *Handbook of Parenting and Child Development Across the Lifespan* (pp. 337–370). Springer.
- Scaramella, L. V., Sohr-Preston, S. L., Mirabile, S. P., Callahan, K. L., & Robinson, S. D. (2008). Parenting and children's distress reactivity during toddlerhood: An examination of direction of effects. *Social Development, 17*, 578–595.

- Shanifar, A., Schmidt, L. A., & Fox, N. A. (1996). The relations among externalizing behavior, temperament, and social interaction in toddlers. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 75.
- Shiner, R. L., & Caspi, A. (2012). Temperament and the development of personality traits, adaptations, and narratives. In M. Zentner, & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of Temperament* (pp. 497–516). The Guilford Press.
- Shiner, R. L., Buss, K. A., McGlowry, S. G., Putnam, S. P., Saudino, K. J., & Zentner, M. (2012). What is temperament *now*? Assessing progress in temperament research on the twenty-fifth anniversary of Goldsmith et al. (1987). *Child Development Perspectives*, 2012, 1–9.
- Slutske, W. S., Moffitt, T. E., Poulton, R., & Caspi, A. (2012). Undercontrolled temperament at age 3 predicts disordered gambling at age 32: A longitudinal study of a complete birth cohort. *Psychological Science*, 23(5), 510–516.
- Spangler, G. (1990). Mother, child, and situational correlates of toddler's social competence. *Infant Behavior and Development*, 13, 405–419.
- Spinrad, T. L., & Stifter, C. A. (1996). Predicting individual differences in toddlers' behavioral control: contributions of maternal responsivity and emotion regulation in infancy. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 47.
- Spinrad, T. L., Stifter, C. A., Donelan-McCall, N., & Turner, L. (2004). Mother's regulation strategies in response to toddler's affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development*, 13, 40–55.
- Stifter, C. A., & Wiggins, C. N. (2004). Assessment of disturbances in emotion regulation and temperament. In R. Delcarmen-Wiggins, & A. Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment* (pp. 78–103). Oxford University Press.
- Stoltzfus, J., & Karraker, K. (2009). Goodness of fit between parenting style and child temperament: Special challenges with slow-to-warm-up infants. In P. H. Krause, & T. M. Dailey (Eds.), *Handbook of Parenting: Styles, Stresses, and Strategies* (pp. 87–110). Nova Science Publishers.
- Strelau, J. (2001). The role of temperament as a moderator of stress. In T. D. Wachs, & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in Context* (pp. 153–172). Lawrence Erlbaum Associates.

- Stright, A. D., Gallagher, K. C., & Kelley, K. (2008). Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child Development*, 79(1), 186–200.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. Bruner/Mazel.
- Tóth I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis I., Farkas M., Herczog M., & Szilvási L. (Eds.), *Génektől a társadalomig: A koragyermekkorai fejlődés színterei* (pp. 320–372). NCSSZI.
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2015). Genetic differential susceptibility on trial: Meta-analytic support from randomized controlled experiments. *Development and Psychopathology*, 27(1), 151–162.
- Wachs, T. D. (2006). Person–environment „fit” and individual development. In D. M. Teti (Ed.), *Handbook of Research Methods in Developmental Science* (pp. 443–466). Blackwell Publishing.
- Wachs, T. D., & Gandour, M.J. (1983). Temperament, environment, and six-month cognitive–intellectual development: A test of the organismic specificity hypothesis. *International Journal of Behavioral Development*, 6(2), 135–152.
- Whitebread, D., & Basilio, M. (2012). The emergence and early development of self-regulation in young children. *Profersorado*, 16(1), 15–33.
- Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *European Journal of Developmental Science*, 2, 7–37.
- Zentner, M., & Shiner, R. L. (2012). Fifty years of progress in temperament research: A synthesis of major themes, findings, and challenges and a look forward. In M. Zentner, & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of Temperament* (pp. 673–700). The Guilford Press.

SOK LÁBON ÁLLÓ TERÁPIÁK GYERMEKKORBAN

Az állatasszisztált terápiaiak elmélete és gyakorlata röviden

Tóthné Babos Edit

BEVEZETÉS

Az ember–állat kapcsolat segítő célú alkalmazása és ezen lehetőségek tanulmányozása az 1960-as években vette kezdetét, és az elmúlt évtizedekben apránként kinőtt a kezdetben hobbinak tartott szerepkörből. Jelenleg már az *ember–állat kapcsolat* (*human–animal bond*) komoly interdiszciplináris kutatási területként jelenik meg a tudományos közbeszédben (Beck, 2007, in: Anderson, 2007; Shapiro és DeMello, 2010). Egyre növekvő mennyiségű adat támasztja alá, hogy a kötelék ember és állat között hozzájárul az ember egészségének javulásához (Friedmann és mtsai, 2010; Chandler, 2012).

Ebben az összefoglaló munkának szánt fejezetben röviden bemutatásra kerülnek az állatasszisztált intervenciók lehetőségei, a háttérben meghúzódó hatásmechanizmusokra vonatkozó elméletek, valamint a módszer néhány szemléltető jellegű gyakorlati pszichológiai alkalmazása gyermekkorban.

AZ EMBER-ÁLLAT KAPCSOLAT KUTATÁSÁNAK TÖRTÉNETE ÉS ALAPFOGALMAI

Az állatok szinte állandó szereplői életünknek. Már az ókortól kezdve vannak anekdotikus feljegyzések állatokkal végzett gyógymódokról, ezen a területen a komoly kutatások mégis csak az 1990-es évektől történtek (Shapiro és DeMello, 2010). A területen folyó tudományos munka megértéséhez elengedhetetlen néhány alapvető definíciót ismertetni.

Definíciók

A területtel sok különböző diszciplína foglalkozik, a kutatások alapvetően több különböző ember-állat interakciós területre terjednek ki, melyek között nagy a fogalmi különbözőség (Hosey és Melfi, 2014). Az sem tisztázott, hogy egyáltalán ugyanazt a jelenséget vizsgálják-e a különböző területeken kutatók (pl. társállatok vs. mezőgazdasági állatok).

Az ember-állat interakció (human-animal interaction; HAI) egy kölcsönös és dinamikus interakció emberek és állatok között, melyben egyebek közt megfigyelhetjük, hogyan befolyásolja ez az interakció az ember fizikai és pszichológiai egészségét és jóllétét (Griffin és mtsai, 2011).

Estep és Hettis (1992) szerint laboratóriumi állatok vizsgálati kontextusában az ember-állat interakció olyan kölcsönös viselkedés, amely kölcsönös észlelésekből fakad, melyek az alapját képezik a kapcsolatnak, és melyeknek visszacsatoló hatása van a jövőben bekövetkező interakciók természetére és észlelésére.

Az ember-állat kapcsolat (human-animal bond; HAB) definíciója az American Veterinary Medical Association (1998) szerint kölcsönösen előnyös és dinamikus kapcsolat emberek és állatok között, amit olyan viselkedésformák befolyásolnak, melyek mindkét fél egészségéhez és jóllétéhez szükségesek. Ebbe a kapcsolatba beletartoznak, mindazonáltal nem kizárólagosan, az érzelmi, pszichológiai és fizikai interakciók emberek, állatok és a környezet között.

Rusow (in: Hosey és Melfi, 2014) definíciója szerint az ember-állat kapcsolatnak három kritériumnak kell megfelelnie: 1) egy kapcsolatról szól egy ember és egy állat között; 2) reciprok és tartós; 3) hajlamos elősegíteni mindkét résztvevő fél jóllétének növekedését. Ebben az értelemben az ember-állat kapcsolat (HAB) másképp értelmezhető társállatok esetében, mint a többi, mezőgazdasági, állatkerti stb. állatok esetében (*human-animal relationship; HAR*).

Az ember–állat interakció-kutatás történeti áttekintése

A kutatások középpontjában két fő terület áll. Az egyik az *állattartás pozitív hatásaira* koncentrálnak, vizsgálva az állattartás egészségügyi hatásait, a lelki fejlődésben, illetve a társas boldogulásban betöltött szerepét. A másik fő vonulat az *ember–állat interakciók pozitív hatásait* vizsgálja, egészségügyi-fizikai állapot, pszichés jóllét, stresszkezelés stb. szempontjait szem előtt tartva.

Az ember–állat interakciók tudományos kutatása az 1970-es években kezdődött, és Konrad Lorenz nézeteire alapozott, melyeket ő az ember–állat kapcsolathoz fűződően fogalmazott meg (Hines, 2003; Lorenz, 1970).

AZ ÁLLATOK EMBEREKRE GYAKOROLT POZITÍV HATÁSAI

Az társállattartás hosszú távú hatásai

Az ember–állat kapcsolat legkorábbi kutatási területei közé tartoznak az egészségügyi előnyöket vizsgáló kutatások. Friedmann és munkatársai már az 1980-as években végeztek e téren vizsgálatokat (in: Hosey és Melfi, 2014), kimutatva az *állattartás kardiovaszkuláris egészségre gyakorolt pozitív hatását*. A legjobban és legkorábban kutatott terület az állatok vérnyomásra, pulzusszámra és egyéb testi mutatókra gyakorolt hatása (Friedmann, 2000; Friedmann és Son, 2009), de a bonyolultabb mechanizmusok terén már nem ennyire egyértelműek a vizsgálatok. A kardiovaszkuláris betegek túlélési esélyeinek vizsgálatában jelentős különbségeket találtak az állattartók jobb túlélési mutatóiban (Levine és mtsai, 2013).

Kardiovaszkuláris hatások

A legtöbb kutatás a szív- és érrendszeri betegek túlélési arányait vizsgálta, összehasonlítva a háziállatot tartó és nem tartó emberek statisztikai adatait. Friedmann és munkatársai (1980; in: Friedmann, 2000) szívrohammal, miokardiális infarktus-sal vagy *angina pectoris*-szal kórházba szállított betegek túlélési arányait hasonlították össze a társállattartás függvényében. A kórházból való távozást követő egy évben az állattartóknak csak 5,7%-a halálozott el, az állatot nem tartók 28,2%-ával szemben!

Ausztráliában két keresztmetszeti epidemiológiai vizsgálatban (Anderson és mtsai, 1992; Dembicki és Anderson, 1996; in: Friedmann, 2000) kutatták az érrendszeri megbetegedések pszichológiai és viselkedési rizikófaktorainak az állattartással való összefüggését. Szignifikánsan magasabb rizikófaktorokat találtak az állatot nem tartók között, mint az állattartók között. Az állatot nem tartók

plazma koleszterin, triglicerid szintje és szisztolés vérnyomása magasabb volt. Ezek a kutatások nem találtak különbséget a tartott állatfajok szerint, a mozgás mennyiségén kívül más egészségviselkedés nem függött össze az állattartással.

Az állattartásnak szintén nagy szerepe van a *stressz csökkentésében*, ami egyaránt megmutatkozik a kortizolszint csökkenésében, a normalizálódott szívritmusban és vérnyomásban (Barker és mtsai, 2010; O’Haire, 2010; Ramírez és Hernández, 2014; Tsai és mtsai, 2010).

Az állattartókra szintén jellemzőbb az általánosan jobb fizikai egészség; kevesebbszer fordulnak orvoshoz, kevesebb gyógyszert szednek (Krause-Parello, 2012; Friedmann, 2000). Műtétek után gyorsabb felépülési időt találtak náluk (Calcaterra és mtsai, 2015), és kimutathatóan kevesebb fájdalomcsillapítót használtak az állattartók.

A pszichológiai tényezőkre gyakorolt hatás

A pszichológiai tényezőkre gyakorolt hatást a pszichológiai distressz mértékében, az orvosi kontaktusok számában és az egészségviselkedés milyenségében mérik. Általános eredmény, hogy az állattartók nemcsak fizikai paramétereikben mutatnak jobb eredményeket, mint a nem állattartók, hanem pszichés állapotuk is jobb. Az állattartók életmódjában (elsősorban a kutyatartókra vonatkoznak az eredmények) több mozgást, nagyobb rendszerességet lehet felfedezni. Kevesebbszer fordulnak orvoshoz és saját bevallásuk szerint általában kevesebb stresszt élnek meg. Siegel (1990; in: Friedmann, 2000) vizsgálatában egy év alatt szignifikánsan kevesebb orvoshoz fordulást talált az állattartók között.

A pszichés jóllét (*well-being*) is összefügg az állattartással. Bergler (1988) vizsgálatában a részt vevő személyek önbeszámolóiban közvetlen kapcsolatot találtak jóllétük, életminőségük és az állattartás között. A főbb tényezők között a kutya mint társ szerepét emelték ki, „akivel meg lehet osztani dolgokat, aki mindig ott van, akivel sétálni kell, és a testmozgás egészséges”, és folytathatnánk a sort.

A társállattartás kihat a társas figyelem és a társas viselkedés területeire is. Az állattartók körében szélesebb szociális háló alakul ki, rendszeresebb kapcsolataik vannak emberekkel is, akár az állattartás kapcsán (sétáltatások, kutyás-macskás rendezvények, hobbiközösségek). Az állat megkönnyíti a másokkal való kapcsolatba lépés első fázisát, akár utcán, idegenekkel is könnyebb szóba elegyedni a kisállat apropóján (McNicholas és Collis, 2000; Melson, 2001). Mindezen következtében az állattartók jobb hangulatról, valamint önbeszámolón alapuló vizsgálatban kisebb mértékű félelemről és szorongásról számolnak be (Krause-Parello, 2012).

Kutatók vizsgálati körülmények közt azt találták, hogy még az agyi tevékenységben is tapasztalható változás interakció nélkül, pusztán a társállat egyszerű jelenlététől, melyet szintén úgy értelmeznek, mint a stressz alacsonyabb szintjét és a mélyebb relaxáltság állapotának jelzését (Aoki és mtsai, 2012).

Szociális hatások

Az állatok képesek olyan társaságot nyújtani, amely csökkenti a magányérzetet. Ugyanakkor az állat kapocs a szociális hálóban részt vevő emberek között is: közös téma, amiről beszélgetni lehet, amihez tartoznak bejáratott fórumok, ahol hasonló témákkal foglalkozó emberek gyűlnek össze. Lehetőség arra, hogy új kapcsolati perspektívákat találjanak a szereplők a közös témán keresztül. Az állattartók csoportot képeznek, ahol még informálisan is érezhető az együvé tartozás élménye. Az állatot tartó embert embertársai is pozitívabban ítélik meg, és könnyebben kontaktust teremtenek vele (Messent, 1983, in: Cusack, 1988).

Az embereknek *sokkal könnyebb kapcsolatba lépniük* egy állattal, mint egy másik emberrel (Fine és Beck, 2010). Az állatokkal való kapcsolat minden kockázattól mentes, az állat részéről nem mérettetik meg az ember, az állatnak nincsenek elvárásai az emberrel szemben. Ross és munkatársai (2009) egy olyan farmot vezetnek (Green Chimneys Alapítvány), ahol a bentlakó problémás gyerekek és a személyzet szinte önálló gazdálkodást végez. 22 érzelmileg zavart gyereket felölelő vizsgálatukban (Ross és mtsai, 1984) kiderült, hogy a farmon lakó gyerekek állatokkal kialakított jó kapcsolata nem volt a társas készségeik függvénye, sőt még az IQ sem befolyásolta az állatokkal való kapcsolatteremtést. Ez nagyban hozzájárul ahhoz, hogy mentálisan sérült vagy súlyos pszichiátriai betegek is könnyebben kapcsolatba lépnek az állatokkal. Corson és munkatársai (1980, in: Bergler, 1988) pszichiátriai intézményekben használtak kutyákat koterapeutaként, ennek hatását esettanulmányokban ismertették. Túlnyomórészt azokban az esetekben használtak állatasszisztált terápiát, amikor már minden más módszer sikertelennek bizonyult. A legtöbb (94%) esetben a betegek fokozatosan nagyobb önbecsülést, függetlenség iránti igényt, felelősségérzetet fejlesztettek ki, és lehetővé vált az intézményből való elbocsátásuk.

Gyerekeknél nagyon fontos, hogy az *állatokkal való kapcsolat sokkal könnyebben átlátható szociális szabályok alapján történik, így könnyebb felismerni a helyzetet, a jelzéseket és erre reagálni*. A hiperaktív gyerekek rosszabb szociális beilleszkedése hátterében álló gyengébb szociális helyzetfelismerő képesség így nem okoz hátrányt a kapcsolatteremtésben, és lehetőség nyílik a kommunikációs stratégiák pozitív megerősítésére. Az állatokkal való kapcsolat folyamán a gyerekek

kommunikációs jelzéseire azonnal könnyen értelmezhető válasz jön, így egyszerűbb rájönni a cselekedetek és következményeik összefüggésére.

Kognitív hatások

Egy állat tartása *komoly motivációs erőt* adhat, akár a munkateljesítményt, akár a tanulást illetően.

A kutyával végzett tevékenységeknél a tanulás jobban megy. A helyzet érzelmi telítettsége a tanult dolgok mélyebb, gyorsabb bevésoódését teszi lehetővé (Friesen, 2010; Kaye, 1984). A kutya jelenléte megsegíti a figyelmi rendszert is, ilyen helyzetben jobb teljesítményt mutattak a figyelem egy feladatra fókuszálásában (Gee és mtsai, 2010), valamint a fogalmak elsajátításában (Mariti és mtsai, 2011).

Az állatokkal való interakció azonnali hatásai

Fizikai hatások

Számos tanulmányban vizsgálták az állatok jelenlétének légzésszámra, szívverésre vonatkozó normalizáló, valamint a stresszmutatók (kortizolszint, vérnyomás, pulzusszám) csökkenését eredményező hatását (Barker és mtsai, 2010; Wu és mtsai, 2002). A vizsgálatok elsődlegesen kutyák jelenlétével foglalkoztak, azonban hasonlóan nyugtató hatásának tűnnek más állatfajok is (Wells, 2009).

Állatok simogatásának hatására csökken az emberek *vérnyomása, szívfrekvenciája*, akár teljesítményhelyzetben is, ami hosszú távon is nagyon jótékony, egészségmegőrző hatású (Friedmann és mtsai, 1983, in: Bergler, 1988). Katcher (1981, in: Baun és mtsai, 1984) jelentős különbséget talált azon emberek vérnyomása között, akik a kutyájukat simogatták vagy beszéltek hozzá, illetve akik olvastak. A társállatok simogatásának nagyobb nyugtató ereje van, mint az egyszerű pihenésnek (Friedmann és mtsai, 2015).

Az állatok segítségével a *légzésszám* is normalizálható. Baun és munkatársai (1984) vizsgálatukban 24 önkéntest vizsgáltak saját, illetve idegen kutya simogatása és olvasás közben. Bár a saját állat simogatása megnyugtatóbbnak bizonyult, mindkét körülmény jobban csökkentette a légzésfrekvenciát, mint az olvasási helyzet.

Stresszhelyzetben pusztán egy állat jelenléte is *képes csökkenteni a személy megélt stresszézését*, szinte ugyanolyan mértékben, mint egy segítő háztárs jelenléte. Allen és munkatársai (1996) kísérleti helyzetben vizsgálták a személyek *stresszparamétereit*. A kísérleti helyzetben jelen volt a háztárs vagy a barát, vagy a kísérleti

személy háziállata. Az eredmények azt mutatták, hogy a kísérleti személyek stressz-mutatói a háziállatuk és házastársuk jelenlétében voltak a legkedvezőbbek.

Ugyanabban a vizsgálatban (Allen és mtsai, 1996) kapták azt az eredményt, hogy állatok jelenlétében a *fájdalomérzet* is csökken. A kísérleti személyek kisebb fájdalomról számoltak be háziállatuk jelenlétében, mint egyedül vagy egy barátjuk jelenlétében.

Az állatok *növelik a velük foglalkozó emberek szenzoros ingerlését*. Nagyon sok taktilis ingerlést nyújt pl. a kutya simogatása, ami melegsége és szőrös tapintás-élménye miatt egyéb szempontokból is kellemes inger az ember számára. Mint minden emlős, az ember is előnyben részesíti a meleg, szőrös tárgyakat (ld. Harlow majomkísérleteit), és megnyugtatóan hat rá az ilyen állatok érintése.

A normalizált pulzusszám és a csökkent stressz kedvez a teljesítménynek: relaxáltabb körülmények között a tanulási zavarokkal küszködő gyerekek is jobban tudnak teljesíteni.

Állatkerti látogatók esetében csökkent vérnyomást és növekedett életminőség-pontszámokat tapasztaltak (Sakagami és Ohta, 2010).

Emocionális hatások

A humanisztikus pszichológia hangsúlyozottan ráébresztett minket arra, hogy milyen fontos az egyének pszichés jólléte szempontjából a *feltétlen elfogadás, a követelések nélküli szeretet*. Egy kutya sohasem köti feltételekhez a szeretetét, akkor is ugyanannyira örül a gazda hazajövetelének, ha az éppen rosszul teljesített, kevés a pénze vagy bármi egyéb problémája van. Ugyanakkor a kutya képes az emberi érzelmek felismerésére, és ennek megfelelő viselkedést produkál. Meg lehet vele osztani a bánatot, a szomorúságot, képes együttérzően viselkedni. Ez vigasztalást nyújt olyanoknak is, akiknek nincsen egyéb társuk, vagy emberek felé nehezen nyílnak meg.

A társállatok javítják, *elősegítik az emberek közötti szociális interakciót, növelik és megerősítik az őket körülvevő társas hálót, ezáltal hozzájárulva a pszichológiai jólétükhöz* (McNicholas & Collis, 2000).

Folse és munkatársai (1994, in: Friedmann, 2000) vizsgálatukban depressziós egyetemistákat vontak be állatasszisztált csoportterápiába. A résztvevők 7 héten keresztül hetente egyszeri terápiás foglalkozásban részesültek, majd ezt követően mérve szignifikánsan nagyobb változást mutattak *depressziós tüneteik csökkenése* szempontjából, mint a kontrollcsoport. Ezzel szemben a csupán kutya jelenlétében (de nem a kutya bevonásával) zajló csoportterápián részt vett diákok nem mutattak ilyen jelentős depressziócsökkenést.

Az állatok jelenléte serkenti a *spontán érzelm kifejezést*, ami a pszichés – és ezen keresztül a fizikai – jóllétben is nagyon fontos. Perelle és Granville (1993) állatasszisztált terápiás program hatékonyságát vizsgálták bentlakásos idősök otthonában. A foglalkozásokon részt vett idősök kevés társas kapcsolattal rendelkeztek, ritkán és keveset beszéltek, ritkán mosolyogtak. Az állatokkal való foglalkozások közben szignifikánsan többször mosolyogtak az idősök, mint egyéb helyzetekben.

Az állatoknak *szorongáscsökkentő hatásuk* is van (Wells, 2009). Ennek oka lehet mind a fizikai sajátosságuk (puha, kellemes tapintású), mind az a kapcsolat, amit nyújtani tudnak az embernek. A biofilia hipotézis szerint minden nyugalmi állapotban látható állat megfigyelése a valóságban vagy akár képen is megnyugtatóan hat az emberekre (O’Haire, 2010). Az állatoknak figyelemfelkeltő és -fenntartó hatásuk van, ami segít a stresszes helyzetekben valami kellemesre terelni a figyelmet, ezzel is hozzájárulva egy relaxáltabb állapot eléréséhez. A rendszeres relaxáció átélése szintén hozzájárul az egészség fenntartásához. Lockwood (1983, in: Friedmann, 2000) vizsgálatában fiatal felnőttek szignifikánsan barátságosabbnak, kevésbé fenyegetőnek és boldogabbnak ítélték olyan képeket, melyeken háziállatok is voltak azokkal a képekkel szemben, ahol nem szerepeltek állatok.

ÁLLATASSZISZTÁLT TERÁPIÁK

A különböző fajtájú állatasszisztált terápiák egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek, mégis, az elvégzett állatasszisztált foglalkozások hatékonyságvizsgálatai ritkák és többnyire kis elemszámmal dolgoznak, a szakirodalomban jellemzőbb az esettanulmány jellegű bemutatás. A mai modern szakirodalom jelentős része módszertani hiányosságokkal rendelkező beszámolókat tartalmaz, és sajnos az állatasszisztált tevékenységek jelentős részét önkéntesek végzik, bármiféle dokumentáció és hatékonyságvizsgálat nélkül. Ezért még mindig nagyon fontos lenne a tiszta fogalmi hátterekkel végzett, korrekt kutatások kivitelezése és elemzése.

Alapfogalmak, definíciók

Alapvetően három formáját különböztetjük meg az állatasszisztált intervencióknak: 1) az állatasszisztált terápiát (AAT); 2) az állatasszisztált aktivitást (AAA) és 3) az állatasszisztált oktatást (AAE).

Az *állatasszisztált terápia* (*Animal-Assisted Therapy*; AAT) olyan célorientált beavatkozás, melynek folyamán egy erre a célra képzett állat terápiás folyamatba való bevonásával érik el a kitűzött terápiás célt. A foglalkozások az ember–állat kapcsolat jótékony hatásaival is dolgoznak és terápiás faktorként számolnak vele. A terápia célja nagyon sokféle lehet: mozgásjavítás (koordináció, több mozgás előidézése – pl. mozgáskorlátozott embereknel), érzelmi, szociális, kognitív fejlesztés, kommunikáció serkentés, életminőség-javítás stb.

Az *állatasszisztált aktivitás* (*Animal-Assisted Activity*; AAA) olyan programokat takar, ahol többnyire önkéntesek alkalmanként vagy rendszeresen ellátogatnak állataikkal rászoruló személyekhez vagy intézményekbe azzal a céllal, hogy segítsenek a kliensek életminőségének javításában. Az állatasszisztált aktivitás végzéséhez nem szükséges szakmai felügyelet vagy programértékelés.

Az *állatasszisztált oktatás* (*Animal-Assisted Education*; AAE) olyan oktatási tevékenységeket jelent, amikor a tanórák menetébe építik be a segítő állatot, a pedagógus vezetésével irányított tanmenetnek megfelelően. Ekkor a cél: hatékonyabbá tenni a tanórák anyagának elsajátítását a diákok motivációjának emelésével, figyelmi, emlékezeti folyamataik megsegítésével.

Az állatasszisztált terápiák fajtái

Az állatasszisztált terápiák több dimenzió mentén is eltérhetnek, többek között csoportosíthatók a foglalkozásokat végző emberek végzettsége, az alkalmazott állatfajok, a foglalkozások alapvető körülményei szerint. Vannak rendszeres látogatásokon alapuló állatasszisztált terápiás foglalkozások és vannak az állat állandó jelenlétére és az ezáltal kiváltott hatások felhasználására alapozott terápiák.

Belátogató állatok

A látogatásokon alapuló terápiák rendszeres látogatásokat jelentenek, sok különböző típusú intézményben végezhetők. Az ilyen terápiákat általában szakmai csoportok (*teammunka*) végzik, ahol a kliensek speciális problémáira irányuló programot dolgoznak ki a szakemberek, melyeket azután a belátogató állat segítségével hajtanak végre. A látogató állatok leggyakrabban kutyák vagy macskák, néha kisemlősök (pl. nyúl) vagy hüllők (teknős). Például Alzheimer-kóros vagy pszichiátriai betegek csoportjaiba visznek be kutyákat a kommunikáció serkentésére; krónikus beteg osztályokra, idősek otthonába látogatnak kisállatokkal depresszió csökkentésére; iskolákban, óvodákban tartanak ismeretterjesztő, készségfejlesztő foglalkozásokat, stb. (Charry-Sánchez és mtsai, 2018; Dincer és mtsai, 2022)

Az ilyen rendszeres foglalkozások előnye, hogy a bentlakók azonnal reagálnak az állatok jelenlétére, várják a látogatásokat és hangulatjavulást mutatnak (pl. Francis és mtsai, 1985, in: Hart, 2000). Sokszor a krónikus beteg osztályokon olyan betegekkel kell dolgozni, akiknél nincs remény a gyógyulásra, ezekben a helyzetekben különösen fontosak az azonnali, rövid távú hatások – a hangulatjavítás, a kommunikáció serkentése, a társas kapcsolatok élénkítése –, ilyenkor elsődlegesen az életminőség javítása a cél.

Állatok állandó jelenlétére alapozott terápiák

Az intézményekbe betelepített állatok, illetve az intézmények állatokkal teli közegbe való telepítése egy másik állatterápiás irányzat. Kórházakban, rendelőkben jótékony hatást (stresszoldás, szorongás-, depressziócsökkentés stb.) fejthetnek ki a betelepített állatok. Ezek a programok gyakran nem olyan foglalkozásokat tartalmaznak, melyben az állatok aktív szerepet kapnak, ezekben az esetekben az állatok inkább „háttérként” szolgálnak – jelen vannak a terápiás szobában vagy a folyosón, ahol így „szervezetlenül” fejtik ki jótékony hatásukat. A betelepített állatok legtöbbször halak, kisemlősök, madarak – többnyire a könnyű elhelyezés és tartás szempontjai miatt (Waite és mtsai, 2018; Lapián és mtsai, 2023).

Létezik olyan program is, ahol az állatok természetes közegébe viszik ki az intézményeket, iskolákat, felnőttotthonokat stb. Nehezen kezelhető vagy tanulási problémákkal küzdő gyerekek jobb teljesítményt mutatnak farmokon (Ross, 2015), autista felnőttek is színvonalasabb életet élhetnek az ilyen környezetben.

Az állatasszisztált terápia egy sajátos formája az egyéneknek otthonukba adott vagy javasolt segítő állatok állandó jelenléte. Itt az állatok érzelmi és szociális hatásai gyakran fontosabbak, mint maga a konkrét segítség, amit az állatok biztosítanak (vakvezető, hallássérülteket vagy mozgáskorlátozottakat segítő kutyák stb.) (Hall és mtsai, 2017). Javasolnak otthoni tartásra állatokat olyan embereknek is, akiknek nem segítő állatra, hanem valamilyen társra van szükségük. Időseknek, lelki problémákkal küzdő gyerekeknek, szociálisan elszigetelődött embereknek. Minden ilyen esetben nagyon fontos a megfelelő terápiás állat kiválasztása (a lakókörülményeknek és a kliens egyéb adottságainak megfelelő faj és egyed kiválasztása). A terápiás csapat folyamatosan kapcsolatban marad az állatot magához vevő emberrel, együtt dolgozzák ki a programokat, segítenek az állat gondozásában (etetés, takarítás, sétáltatás stb.), ha erre szükség van. Ilyen módon olyan emberek is tarthatnak állatot, akiknek igényük van rá, de egyedül már nem tudnának ellátni egy állatot.

Minden állatasszisztált tevékenységnél fontos szempont, hogy bár a szakember fókusza a terápiás kliens segítése, a folyamatban a részt vevő állatok élőlények, akiknek a testi és lelki jólléte szintén fontos tényező. Ehhez néhány szempont olvasható az *etikai megfontolásokról* szóló keretes szövegben.

ETIKAI MEGFONTOLÁSOK

Etikai szempontból az állatasszisztált terápiák két irányból is alapos körültekintést igényelnek. Mint minden terápiás helyzetben, itt is mindig fontos szem előtt tartani a foglalkozásokon részt vevő emberek jogait és jóllétét, azonban elengedhetetlen a terápiás állat szempontjait, jóllétét is figyelembe venni. A terápiás állatok nem pusztán eszközök, hanem érző lények, ennek megfelelően fizikai és érzelmi szükségleteik vannak. Betelepített állatoknál ezért fontos, hogy mindig legyen egy személy, aki felelős az állat(ok)ért. Így biztosítható a megfelelő életkörülmények fenntartása, etetés, itatás, a szükséges mozgásmennyiség lehetőségének mindennapos rendszere. Ellenkező esetben komoly egészségkárosító hatása lehet a felügyelet nélküli gondozásnak: intézményekben a bentlakók például gyakran szívesen és korlát nélkül etetik az állatokat, ami nem megfelelő táplálékbevitelhez vezethet.

További fontos szempont, hogy bizonyos állatfajoknak, például a kutyáknak, a fizikai körülmények biztosításán túl ugyanolyan szükségük van egy kötődési személlyel való rendszeres kapcsolatra, mint egy embernek. Ennek hiányában viselkedési, érzelmi és egészségi zavarok alakulhatnak ki náluk.

Belátogató állatoknál, illetve konkrétan a terápia végzésekor szintén fontos odafigyelni az adott helyzetben a terápiás állat fizikai épségére (semmiféle bántalmazás sem megengedhető!), fáradékonyságára, zaj- és stressztűrő képességére. Ezért is fontos, hogy terápiás állat vizsgáztatása mindig gazdával/felvezetővel együtt történjen, mert fontos, hogy a felvezetője ismerje az állat jelzéseit, képes legyen időben észrevenni, ha valami nem a megszokott rendben történik, és ilyenkor az állata érdekében beavatkozzon. Amennyiben az állaton idegesség, levertség jelei észlelhetők, felvezetője jelez a foglalkozásvezetőnek és vagy más tevékenységet iktatnak be, hogy egy kis pihenést biztosítsanak az állatnak, vagy – amennyiben ez nem elegendő – kiviszik az állatot a foglalkozásról. Két foglalkozás között fontos az állat számára megfelelő pihenést, ivási lehetőséget biztosítani (Chandler, 2012; Zenithson és mtsai, 2015).

AZ ÁLLATASSZISZTÁLT TERÁPIÁBAN HASZNÁLT ÁLLATFAJOK

Leggyakrabban kutyákat használnak terápiás és segítő célokra, gyakoriak még a lovas terápiákról szóló beszámolók. A teljesség igénye nélkül megemlítendő, hogy használnak még kisebb testű emlőssálatokat, madarakat, halakat terápiás céllal, illetve farmon és állatkerti közegben is folytatnak foglalkozásokat, programokat. (Kay, 1990, in: Granger és Kogan, 2000).

A kutyák terápiás népszerűségének több oka is van. A kutyák különféle méretben találhatók, így szinte bármelyik intézmény körülményei közé beférnek, a kutyák jól taníthatók, önmaguktól keresik az emberek figyelmét és jól érzik magukat, ha emberek foglalkoznak velük. Speciális sajátosságairól és az emberhez fűződő speciális viszonyukról szól *A kutya társas készségei* című keretes szöveg.

A KUTYA TÁRSAS KÉSZSÉGEI

Munkáimban rendszeresen érvelek (Tóthné Babos, 2017) amellett, hogy a kutya-asszisztált terápia egy külön tárgyalandó terület, nem összevonható a különböző fajú terápiás állatok használatát igénybe vevő terápiák vizsgálatával és háttérmechanizmusainak értelmezésével. Ezért szeretnék egy kicsit kitérni a kutya mint terápiás állat sajátosságainak bemutatására. A társállatok között is kiemelt szerepet játszik a kutya. A pozitív élettani, egészségügyi, lelki és társas hatások tanulmányozására vonatkozó vizsgálatok jelentős része a kutya–ember kapcsolat hatásairól szól. Annak, hogy a kutya ilyen speciális szerepet foglal el az emberek életében, számos oka van. A kutyatartás nem csak az ember oldaláról különleges kapcsolat. A kutyák is rendelkeznek olyan speciális tulajdonságokkal, amik alkalmassá teszik őket arra, hogy együtt éljenek az emberrel és kötődés alakulhasson ki közöttük.

Modern kutatások szerint körülbelül 130 000 évvel ezelőtt kezdhette el az ember háziasítani a farkast, ami akkor az északi félteke legintelligensebb csoportban vadászó faja volt (Csányi, 2000). Ez azt is jelenti, hogy már hosszú ideje szelektálódott a farkas-kutya az emberrel való együttélésre, így az evolúció folyamán nagyon sok olyan tulajdonságra tett szert a kutya, ami különleges emberi tulajdonságnak számít, és az ember sajátjának tekintjük. Ezeknek a készségeknek a megjelenése a kutyánál megkönnyíti az együttélést és az alkalmazkodást a legkülönbözőbb emberi környezetekhez. És talán nem utolsósorban, ezért is tud olyan különleges kapcsolat kialakulni ember és kutya között. Az ELTE Etológia tanszékének kutatócsoportja (Topál és mtsai, 2009) számos vizsgálatban

bizonyította a kutyák ilyen értelemben vett egyedülállóságát az állatvilágban. Az alábbiakban néhány terápiás felhasználás szempontjából fontos tulajdonságot emelnék ki.

A kutya képes kommunikálni az emberrel, érzékeny az emberi jelzésekre, olvassa az ember mimikáját, érti a kommunikáció alapszabályait. Nagyon sok mindent megért az emberi beszédből is és még többet a kommunikáció egyéb csatornáiból. Ráadásul a kutyák képesek információt közölni az emberekkel, tehát az emberrel való kommunikációjuk kétirányú. Ezekkel a kommunikációs készségekkel a kutyák az emberéhez nagyon hasonló eszközökkel képesek kommunikálni (pl. a tekintet irányának követése, közös figyelmi viselkedés), ami nagy mértékben segíti az együttműködést. Ez a tulajdonság segíti abban pl. a terápiás kutyákat, hogy megfelelően reagáljanak a meglátogatott emberekre (Kubinyi és mtsai, 2007; Gergely és mtsai, 2023).

A kutya rendelkezik tudatelmélettel, képes felismerni, hogy az ember fejében más tudás van, mint az övében, és ezzel az információval élni is tud. A gyerekek elmeállapot-tulajdonításának vizsgálatában használt feladathoz hasonló helyzetben vizsgálták (Csányi, 2000) a kutyákat is.

A kutya, egyedülállóan az állatvilágban, képes olyan társas kapcsolatot kialakítani az emberrel, ahol a dominanciaviszonyok nem állandók: egyazon kapcsolaton belül az irányítás átadódik hol egyik, hol másik fél javára. Ez a tulajdonság gyakran megfigyelhető valamilyen cél érdekében együttműködő vagy problémamegoldó embercsoportoknál. Ugyanez a tulajdonság teszi lehetővé a segítő kutyák munkáját, hiszen ott is folyamatos dominanciaváltásokra van szükség – a jól képzett vakvezető kutya képes felülbírálni gazdája döntését, ha ő olyan információk birtokában van, amit gazdája nem tudhat (pl. valamilyen akadály keletkezett a szokásos útvonal egyébként akadálymentes részére (Naderi és mtsai, 2001).

A kutya képes olyan kötődési kapcsolatot kialakítani az emberrel, mely kimeríti a kötődési kapcsolat pszichológiai kritériumait minden szempontból, így megnyitva az utat a kötődésmélett háttérében álló magyarázó elméletek előtt. Az ember–állat kapcsolatok gyakran kielégítik a kötődési kapcsolat fő jellemzőit, melynek négy kritériuma: a közelségkeresés, a biztonságos menedék, a biztonságos bázis és a szeparációs distressz (Zilcha-Mano és mtsai, 2011). A kutatócsoport létrehozott egy megbízható és érvényes *Társállat Kötődési Kérdőívet* (*Pet Attachment Questionnaire; PAQ*), ami a kötődés két fő dimenzióját méri: a kötődéssel kapcsolatos elkerülést és a társállat-kötődési szorongás. Szoros összefüggést találtak az emberek kötődési beállítódásaiban ember–társállat kapcsolatokban és ember–ember kapcsolatokban, bár a korreláció csak a biztonságos

vagy bizonytalan kötődési stílusok között jelent meg. A bizonytalan kötődés altípusai eltérhetnek az emberrel és a társállattal való kötődési kapcsolatok között, ami arra utal, hogy az állatokkal való kötődési kapcsolat nem pusztán a leképeződése az emberekkel való kötődési mintázatnak, de rendelkeznek az ember–állat kapcsolat egyedi sajátosságaival is.

AZ ÁLLATASSZISZTÁLT TERÁPIÁKKAL KAPCSOLATOS KUTATÁSI EREDMÉNYEK

Az állat jelenlétének számos fizikai és pszichés hatása van a terápiás csoportban résztvevőkre. Ezek közül talán a legfontosabb az *állatok stresszkezelésben, szorongásoldásban betöltött szerepe*. Érzelmileg megterhelő állapotok kezelésére spontán alkalmazzák az állat nyugtató hatását (Barker és mtsai, 2010; Friedmann és mtsai, 2000). A pozitív ember–állat interakciók hatással vannak a pszichofiziológiai egészségre is (Odendaal, 2000).

Az állat másik nagyon jelentős hatása a gyerekek *motivációjának növelése* (pl. a nehezebb, unalmasabb gyakorlatok végrehajtásához). Az állat pozitív hatást fejt ki továbbá a *figyelem fenntartására, valamint az agresszív megnyilvánulások csökkentésére* (Babos és mtsai, 2002).

Berget és munkatársai (2008) módszertanilag jól tervezett vizsgálatában pszichiátriai zavarokkal küzdő felnőttek 12 hetes farm–állat intervencióban részesültek. A vizsgálatban randomizált kontrollcsoportos utánkövetéses mérésekkel dolgoztak. A résztvevők 2/3-a vett részt az intervencióban, 1/3 alkotta a kontrollcsoportot. A vizsgálati személyek önhatékonyaságában, megküzdési képességeiben volt javulás tapasztalható a beavatkozás hatására.

Antonioli és Reveley (2005) delfinterápiát végzett depressziós betegekkel. A randomizált kontrollvizsgálatot 30 fővel végezték, akik 2 hétig minden nap kapcsolatba léptek a delfinnel. A kontrollcsoport ugyanennyi időt töltött szintén vízi tevékenységgel, csak delfinek nélkül. A delfinterápia sikeresen enyhítette a résztvevők depressziós tüneteit.

Egy kórházban tartózkodó gyermekek részére nyújtott állatasszisztált intervenciókat vizsgáló metaanalízis (Kaminski és mtsai, 2002) azt az eredményt adta, hogy a részt vevő gyermekek jobban bevonódtak és kommunikatívabbak lettek mindenfajta pszichoterápiás és orvosi kezelésben, így növelve a hagyományos kezelések hatékonyságát.

AZ ÁLLATASSZISZTÁLT TERÁPIÁK LEHETŐSÉGEI GYEREKEKKEL

A pszichológus mint szakember állatasszisztált terápia keretében tudja pszichoterápiás céllal segítőként használni az állatot. Több különböző pszichoterápiás elméleti keretben is alkalmazható az állatasszisztált terápia (Chandler, 2012). A szakirodalomban pozitív eredményekről számolnak be különböző betegcsoportok esetében és különböző problématerületeken. Egy 111 állatasszisztált terápiáról szóló publikációt elemző metaanalízisben (Nimer és Lundahl, 2007) a legjelentősebb pozitív eredményeket az egészségügyi jóllét, a viselkedési változások és az autizmus spektrum tüneteinek csökkenése területén találták. Érdekes módon a következetesen legjobban és legérzékenyebben reagáló életkori csoport a fiatal gyermekek korosztálya volt.

Számos tanulmány (Chandler, 2012; Gee és mtsai, 2015) bizonyította, hogy problémás gyerekekkel az állatok bevonásával nagyon jól lehet dolgozni. Osztályterembe bevitt állatok serkentik a tanulási folyamatokat, jó hatással vannak az osztályban uralkodó hangulatra (Kaye, 1984). A légkör nyugodtabb, az egyébként viselkedési problémákkal küzdő gyerekek magatartása is javul az állatokkal való bánás hatására. Az állatok érintése, a simogatás önmagában nyugtató hatású, oldja a stressz által keltett feszültséget. Az állatok kiszámítható és feltétel nélküli szeretete pozitív érzéseket aktivál a gyerekekben, csökkenti a csoportban előforduló agressziót (Babos, 2002).

A hátrányos családi környezetből kikerülő gyerekek megtanulják a gyöngédséget, törődést, melyet először az állat felé mutatnak, de ez az attitűd később kihat az interperszonális kapcsolataikra is (Melson és Fine, 2010). Az állat hagyja magát szeretni és viszont is szeret. Az emlősállatok (pl. kutya, macska, ló, delfin) egyenesen kiprovokálják a gyermek érzelmi megnyilvánulásait, még akkor is, ha az illető nem is figyel oda rájuk. A mindenféle elvárások nélküli spontán szeretetmegnyilvánulások sokat jelentenek a gyerekek, különösen az érzelmileg sérült gyerekek számára.

Az állatokkal végzett gyakorlatok alatt *fejlődik a gyerek motoros koordinációja* (Granados és Agís, 2011), ami nemcsak a nagymozgásokban nyilvánul meg, hanem a szem-kéz koordinációra, a finommotorikára is kifejti jótékony hatását (www.italiangreyhound.org/therapy.html, 2001). Az izmok nagyobb kontrollja segíti a beszédszervek pontosabb irányítását, ami fizikailag javítja a beszédprodukción.

A magatartáskontrollban is nagy szerepe van már a korai mozgáskoordinációs tevékenységeknek. A gyerek így tapasztalja meg, hogy ura saját cselekedeteinek,

hogy ő is elő tud idézni dolgokat és szabályozni tudja a saját mozgását. Állatokat gyakran használnak a nagyobb önkontroll, felelősségérzet kialakítására (Serpell, 2000). Ugyanezeknek a jelenségeknek van szerepe az énfejlődésben, az éntudat alakulásában is (Marton, 1970). Az *én* mint ágens megélése egy alapvető aspektusa az énképnek (Allport, 1997). A gyerek a világ tárgyaival és más élőlényekkel kapcsolatba lépve tapasztalja meg saját magát, kap visszajelzést és szerzi meg az életben való aktív tevékenykedéshez szükséges kompetenciakészségeket és önbizalmat. Ha mindez sérül, ezen a területen is lehet későbbi korrekatív élményeket biztosítani, ahol megint sokat tud segíteni egy állat. Egy kicsi, mások által el nem ismert gyermeknek micsoda önbizalmat adhat, hogy képes irányítani egy másik élőlényt, aki ráadásul nagy és erős. Egy nagytestű kutya is végrehajtja minden parancsát egy kicsi gyereknek is, és óriásnak érezheti magát egy gyerek egy magabiztos ló hátán.

Az állatterápiák *sok vesztibuláris ingerlést* adhatnak a gyerekeknek, így az idegrendszer fejlődésére szintén pozitív hatással vannak, és fejlesztik a kognitív képességeket (Granados és Agís, 2011; Myers, 1996). Az állatok „figyelemmegkötő” hatása hozzájárul a stressz- és szorongáscsökkentéshez is (Hansen és mtsai, 1999).

A hiperaktív gyerekek kontrollfunkcióik hiányosságai miatt problémákkal küszködnek a társas kapcsolatok kialakítása és fenntartása területén. Interaktív képességeket is tud fejleszteni az állatasszisztált terápia. *A kutyával való interakciókban a gyerekek megtanulnak sok olyan szociális szabályt, melyeket a társaikkal való interakcióban nem tudtak használni.* Megtanulják, hogyan lehet kapcsolatba lépni valakivel, hogyan lehet odafigyelni a másik jelzéseire – mindezt úgy, hogy ha hibáznak, nem rontottak el vele egy kapcsolatot, nem sértődik meg a másik, nem emlegeti fel és nem mondja, hogy: „Nem leszek a barátod!”. Az állat mindig ad lehetőséget a korrekcióra, és könnyű kiengesztelni, újra felhívni a figyelmét. Az érzelmek nyitottabb kifejezése, a kutyához való gyöngédebb viszonyulás pozitív hatással van a társaikkal való kapcsolatokra is (Lavín-Pérez és mtsai, 2023; Schuck és mtsai, 2015; Babos, 2002).

Problémás gyerekeknél komoly gond az érzelmi sérülésen felül az önbecsülés, önértékelés sérülése. Robin és munkatársai (1984) vizsgálatukban azt találták, hogy bántalmazott gyermekek esetében a társállat sokszor az egyetlen szeretetkapcsolatot jelentette a gyermekek számára, melyben az állatról való gondoskodás a felelősségvállalás képességének kialakulását is támogatta.

A társas összehasonlítások a teljesítmény alapján történnek, ami a tanulási zavaros vagy hiperaktív gyerekek számára nem kedvező. Ha nem találnak más aspektust, ami alapján ezek a gyerekek is megkapják a társadalmi elismerést, akkor a problémáikhoz könnyen társulhatnak magatartási zavarok, ami mögött

önértékelési zavarok állhatnak. Az önértékelésben sokat segít egyrészt az állattal való foglalkozás során megélt kompetencia, a feltétel nélküli szeretet, amit az állat nyújt. Másrészt nem elhanyagolható az állatokkal való foglalkozás szociális interakciókat serkentő hatása sem: a társak nagyobb érdeklődést mutatnak az állattulajdonos vagy állatokkal foglalkozó gyerekek iránt, ez a téma nyilvánvaló lehetőséget nyújt a kapcsolatteremtésre, beszélgetésre (Schuck és mtsai, 2018).

Nagy nehézséget jelenthet a gyerekek terápiájában a megfelelő bizalmi kapcsolat kialakítása a pszichológus és a gyermek között. Ez sokszor alapvető kommunikációs nehézségekben nyilvánul meg. Ezen a területen kiemelkedő hasznosságú lehet egy állat bevonása (www.wcassoc.org/n21marr.htm, 2001). A szorongó gyerekekkel beszélgetést lehet kezdeményezni a jelenlévő állatról, aki ekkorra már esetleg nyitott a gyermek felé és kapcsolatba lépett vele (Chandler, 2012). A kapcsolat tehát először az állattal jön létre, mert vele könnyebb lehet a gyerek számára, mivel nem támaszt követelményeket, nem rendelkezik előítéletekkel, barátságos, nem vesz fel szemkontaktust, nem okoz teljesítményszorongást stb. Meglehet, hogy a gyermek először az állattal osztja meg a számára traumatikus élményeket. Ha a bizalomra épülő kontaktus az állattal megvan, a terapeuta már könnyebb helyzetből indul. Az állat hídszerepet tölt be a felnőtt és a gyerek között, az állat iránti bizalom és pozitív attitűd áttevődik a pszichológusra.

Egy állat jelenléte kevésbé veszélyeztetőnek tűnteti fel a környezetet, az állattulajdonosokat pozitívabban ítélik meg az emberek, mint az állatot nem tartókat, így azt a terapeutát is pozitívabban értékelik, aki megosztja állatát a klienseivel (Serpell, 2004). Ez a pozitív hozzáállás tovább erősödik az állatokkal való aktív interakció után.

Második lépcsőként: az állat témát adhat a terápiához; könnyebb az állattal való kapcsolatról a családi viszonylatokra rátérni. Az állatok nagyon jó projekciós felületet nyújtanak, a gyerekek könnyen azonosulnak velük, ugyanakkor biztonságosabbnak érzik pl. állatbábokkal eljátszani a bennük zajló konfliktusokat, mint akár beszélni róla, akár embereket ábrázoló figurákkal megjeleníteni ezt.

Egyéb területeken is előnyöket jelent az állat bevonása a terápiás munkába. Komoly motivációs erőt képviselhet, a gyerek sokkal szívesebben jár el esetleg a rendelőbe, ha ott a számára kedvessé lett állattal találkozhat (jutalom értékű az állattal való kapcsolat). A gyermek terápiás állattal való kapcsolata egy speciális kapcsolat, mivel nem támaszt megterhelő követelményeket, közvetlenül is szorongáscsökkentő hatású, így összeadódnak a pszichoterápiás hatások.

Az állattal való pozitív kapcsolat, a vele való bánásmód elsajátítása növeli a gyerek önértékelését, kompetenciaérzését. Ennek hatása különösen az olyan

állatoknál jelentkezik, mint a ló (lovagolni komoly tanulási folyamat során válik képessé az ember) vagy a kutya (amelynek a parancsszavakra való engedelmessége az énhatékonyság érzésének alapja). A kutyával való interakció fejleszti a társas készségeket (Lubbe és Scholtz, 2013) és a proszociális viselkedés növekedéséhez vezet (Tissen és mtsai, 2007).

Az önkifejezést, a nyíltabb érzelmi kommunikációt, a spontán megnyilvánulásokat is serkenti az állatasszisztált terápia. Delfinek spontán viselkedéses megnyilvánulásokat stimulálnak autista gyerekeknél (Smith, 1984). Ugyanígy serkentik az ilyen viselkedést más állatok is.

Néhány állatfaj (kutya, macska, ló, delfin stb.) a terápia tevékeny részébe is bevonható. Gyakorlóterepet nyújt az állattal való érzelmi viselkedés, interakció az emberekkel való kapcsolat kialakításra. Az állatokat egészen aktív módon is be lehet építeni a terápiás folyamatba. Állatokkal, különösen megfelelően képzett kutyákkal végrehajthatók a legkülönbözőbb feladatok, mely esetekben az állatasszisztált terápia nemcsak a simogatás által kiváltott hatásokra, hanem a gyakorlatok fejlesztő hatására is épít. A fejlesztés módszerét minden esetben az aktuális területekhez kell igazítani, ugyanakkor az állat a fentiekben tárgyalt okokból kifolyólag rengeteg pluszt ad az amúgy is hatékony terápiához.

A Green Chimneys alapítvány létrehozott egy farmot, ahol különböző problémákkal küszködő gyerekeket kezelnek eklektikus terápiás módszerekkel. A hely lényege, hogy a gyerekek folyamatosan részt vesznek a farm életében, és az állatokkal való kapcsolatuk szinte állandó az élet minden területén. Ross és munkatársai (1984) megvizsgálták, hogy az érzelmi problémákkal küzdő gyerekek könnyebben alakítanak ki kapcsolatot az állatokkal, mint akár saját társaikkal, akár a felnőttekkel. Ez fontos segítség lehet az ilyen nehezen hozzáférhető gyerekekkel való terápiás kapcsolat (rapport) kialakításában.

AZ EMBER-ÁLLAT KAPCSOLAT EGÉSZSÉGJAVÍTÓ HATÁSÁNAK HÁTTERÉBEN ÁLLÓ MAGYARÁZÓ ELMÉLETEK, HATÁSMECHANIZMUSOK

A biofília hipotézis

A más élőlények iránti affinitás a túlélés egyik eszköze (Kahn, 1997; Omert, 2009; Wilson, 1984). A biofília hipotézis feltételezése, hogy *az emberek vele-születetten vonzódnak az állatokhoz és a természet más élőlényeihez* (Wilson, 1984,

in: O’Haire, 2010, 227). Edward Wilson megfogalmazásában ez a „mi belső tendenciánk, hogy az életre és az életszerű folyamatokra fókuszáljunk”. A hipotézis szerint ez a sajátosság evolúciós előnyökkel járt, mivel az állatokra szánt figyelem segít a környezet történéseit jobban észlelni. Az állatok kifinomultabb érzékszerveik segítségével kiváló előrejelzői a környezetben megjelenő veszélyforrásoknak, illetve az állatok nyugodt, relaxált viselkedése a környezet veszélytelenségére, biztonságosságára utal, így segítve az ember túlélését. A mai urbanizált világban a társállatok tartása a természettel való kapcsolat egy formája, mely jelenleg is konkrét egészségi előnyökkel jár (Friedmann és mtsai, 2010). Az ember természetéhez fűződő függősége nem pusztán fizikai függőség, hanem kapcsolatban áll a pszichológiai jólléttel, pozitív énfunkciókkal, mint az önazonosság, önértékelés, és autonómia érzései (Yang és mtsai, 2023). Ezt a hipotézist széleskörűen alkalmazták, például a természettel való kapcsolatba lépés egészségügyi előnyeinek (Maller, 2009) vagy az állatkerti látogatások örömeinek magyarázatára (Fraser és mtsai, 2007).

Kutatók azt is megfigyelték, hogy a gyerekek kapcsolódni tudnak az állatok sérülékenységéhez, könnyen megértik és azonosulnak azzal az állapottal, ahogyan az állatoknak is másokra kell támaszkodniuk a túléléshez (Melson, 2001).

Társas támogatás elmélet

A társas támogatás fontosságát hangsúlyozó elméletek szerint *a társállatokkal való kapcsolat a támogatás szempontjából hasonló szerepet tölthet be, mint az interperszonális kapcsolatok* (Bryant, 2008, in: Melson és Fine, 2010). Kutya társaságában megnő a más emberekkel való szociális interakciók száma (McNicholas és Collis, 2000), az állat jelenléte növeli a komfortérzetet és facilitálja a pozitív társas kiemenetelt. Így az állatok indirekt módon, a megnövekedett szociális interakciókon keresztül is növelik a személyek támogatottságérzését. Megfigyelték, hogy kisgyerekek hajlamosak állatokra támaszkodni folyamatos társaságigényük kielégítése végett azokban az esetekben, amikor számukra az emberi társas támogatás időlegesen vagy tartósan nem elérhető (Endenburg és van Lith, 2011).

Gyakorta antropomorfizáljuk az állatokat, mivel társas támogatást tudnak nyújtani (Serpell, 2004), segítenek kapcsolatban maradni (Welsh, 2009) és hozzájárulnak a jóllét érzéséhez (Omert, 2009). Ezért is van az, hogy az emberek hajlamosak emberi személyiséget, érzelmeket és intenciókat tulajdonítani a kutyáknak (DeLoache és mtsai, 2011; Myers, 2006). Etológiai kutatások bizonyítják, hogy az ember–kutya kapcsolat mindkét irányból speciális, „előhúrozott” kapcsolatnak

számít, nemcsak a kutya rendelkezik olyan különleges sajátosságokkal, melyek alkalmassá teszik őt az emberrel való kivételes kapcsolatra, de az emberek is érzékenyek a kutyák jelzéseire. Egy vizsgálat szerint a minden előképzettséget és tapasztalatot nélkülöző emberek is képesek a kutyák ugatását szándék szerint elkülöníteni, pusztán hang alapján, minden szituációs információ nélkül is (Pongrácz és mtsai, 2005; Pongrácz és mtsai, 2014). Mindez azt jelenti, hogy nem pusztán projekciós alapon tételezik fel az emberek az intencionalitást kutyáik cselekedetei mögött, hanem valódi kölcsönös kommunikáció zajlik a két fél között. A kutyákat kivételesen becsülik az emberek a lojalitásuk és válaszkészségük miatt, valamint az érzelmek kimutatásának képessége miatt (Udell és mtsai, 2010).

Kognitív hatás – a végrehajtó funkciók működése

Jelentős hatásmechanizmus lehet még a végrehajtó funkciók (VF) működésének esetleges javulása is. A VF fontos szerepet játszik a gyermekek fejlődésében számtalan területen, mint pl. társas megismerés, kommunikációs viselkedés és morális viselkedés (Kochanska és mtsai, 2001; Carlson és Moses, 2001; Moriguchi és mtsai, 2012, 2016).

Miyake és munkatársai (2000) azt találták, hogy a 3 fő végrehajtófunkció-komponens hátterében az akaratlagos figyelmi kontroll központi mechanizmusa állhat (Garon és mtsai, 2008). A kutyás terápia több szintéren tudja facilitálni a végrehajtó funkciók érettebb működésének elősegítését. A vizsgálatunkban (Tóthné Babos, 2017; Babos, 2013) is kimutatottan javult figyelmi teljesítmény egyrészről jelezheti a végrehajtó funkciók jobb működését, másrészről elképzelhető, hogy az ügyesebb akaratlagos figyelmi kontroll, mint a VF különböző területeinek hátterében feltételezett központi mechanizmus, segíti meg a végrehajtó funkciók jobb működését. Kutatók azt találták, hogy a figyelmi kontroll és a végrehajtó funkciók fejlődését befolyásolják a szignifikáns gondozóval való társas interakciók (Diamond, 2013; Yu és Smith, 2016). A kutyás terápia egy jól működő terápiás kapcsolaton belül segít abban a gyerekeknek, hogy folyamatosan tudjanak távolságot tartani a problémahelyzetekben, hiszen a kutya irányítása minden feladatba beépítve egy olyan kettős figyelmet igényel, ahol egy másik lény sajátosságait is szem előtt kell tartani. Ezáltal sokkal több kontrollfunkció mozgósítását igényli, mint a problémahelyzet önmagában.

Összefoglalásként és a klinikai tapasztalat alapján elmondhatjuk, hogy a kutyavezetési, kutyairányításon alapuló feladatok megnövelik a gyermekek énhatékonyság-érzését azon keresztül, hogy egy náluk nagyobb, rajtuk kívül álló, önálló élőlénnel sikerül együttműködniük. Mindehhez hozzájárul még, hogy

a kutya vezetéséhez szükséges helyzetek kezelésében kiemelten fontos szerepe van a tervezésnek: minden mozdulatot és feladatsort végig kell gondolni. Mindez az érésben lévő végrehajtó funkciók élvezetes gyakorlását teszi lehetővé.

Kötődéelmélet

A kötődéelméleti perspektíva további, neurális szintig lebontható magyarázatokkal szolgál az állatokkal való interakciók pozitív hatására vonatkozólag (Zilcha-Mano és mtsai, 2011; Geist, 2011). Ezen elmélet szerint a társállatok – egyedi sajátosságait megtartva – hasonló kötődési jellegzetességekkel és szerepkörrel bírhatnak, mint a humán kötődési személyek.¹ A kötődéelmélet feltevéseire alapozva (Bowlby, 1973, 1980, 1982, in: Hámori, 2015) a szignifikáns másokkal való szociális interakciók internalizálódnak, a szelfről és a másiról alkotott tudatos és tudattalan mentális reprezentációk formájában. Ezek a belső munkamodellek befolyásolják az érzelmszabályozást, a stresszel való megküzdési stratégiákat és a közeli kapcsolatokban megnyilvánuló viselkedéseket az egész élet folyamán. Bár ezeknek a mentális reprezentációknak a magját az elsődleges gondozóval kialakított kötődési kapcsolat interakciói formálják gyermekkorban, Bowlby szerint a teljes élet folyamán későbbi pontokon megjelenő emlékezetes másokkal való interakciók szintén befolyásolhatják, módosíthatják egy személy belső munkamodelljeit. Ebből következően a társállattal való kötődési kapcsolat képes lehetalakítani, pozitív irányban módosítani az érintett személy belső munkamodelljeit, érzelmszabályozását, stresszel való megküzdését és a másokkal való viselkedését is.

Számos szerző már igyekezett beépíteni a kötődéelméleti megközelítést az AAT működési mechanizmusainak magyarázatába (Zilcha-Mano és mtsai, 2011). Az elméleten belül azt állítják, hogy az állatok osztoznak a kötődési személyek főbb jellegzetességeiben és funkcióiban, mindamellett, hogy egyedi kötődési személynek számítanak. Mindezeknek a terápiás kapcsolat és munka szempontjából kiemelt jelentősége van.

Oxitocin-hatás

Ember–kutya kötődési kapcsolatoknál is leírásra került a kötődési kapcsolatok tárgyalásakor kiemelt szerepet betöltő oxitocin hormon szerepe. Az oxitocinszint

¹ A következőkben gyakran találkozunk kötődéelméleti fogalmakkal, de meg kell jegyeznünk, hogy a szakirodalom bár ugyanazt a terminológiát használja, a szóban forgó fogalmak nem tökéletesen azonos jelenségeket takarnak a Bowlby-féle kötődéelméletben ismertetett jelenségekkel, így ezzel a megfontolással kezelendők!

változásai hasonló mintázatot mutatnak ember–kutya kapcsolatokban, mint emberi kötődési kapcsolatokban. Az oxitocinszint megnövekszik, amikor egy személy interakcióba lép egy barátságos kutyával (Odendaal és Meintjes, 2003). Egy szerezett kutya pusztá nézése/látványa is megemeli a tulajdonos oxitocinszintjét (Nagasawa és mtsai, 2009).

A magasabb oxitocinszint javítja a kommunikációs jelzések használatát, hozzájárul a kötődési viselkedés előtérbe kerüléséhez, javítja a stresszválaszokat. A kötődési személy jelenléte serkenti a felekben az oxitocinszintet, ami visszahatva fokozza a kötődési és nyugalmi viselkedést (Galbally és mtsai, 2011).

A megemelkedett oxitocinszinttel egyidejűleg lecsökkenő szorongásszint hatására az érintett személyek jobban képesek szabályozni a hangulatukat, és jobban képesek felismerni mások nem verbális jelzéseit és megfelelően reagálni azokra a 'szociális tanulás és jutalmazás rendszer' kontextusában (Wisner Fries és mtsai, 2005; Domes és mtsai, 2007). További kurrens eredmények azt mutatják, hogy kapcsolat vélelmezhető az oxitocin és az önértékeléses pszichológiai jóllét között (Gordon és mtsai, 2011).

Az interakciós elemzésekből nyert tapasztalatok azt bizonyítják, hogy *az ember–kutya interakciók képesek növelni mindkét fél oxitocinszintjét* (Handlin és mtsai, 2011; Odendaal és Meintjes, 2003), oxitocinspecifikus jelentőséggel bírnak a humán (és nem humán) társas kogníció szabályozásában (Yamasue és mtsai, 2012).

Az autonóm idegrendszer paraszimpatikus aktivációja (pulzus, légzésszám, vérnyomás normalizálódása) megerősítheti a kutyával való interakció stresszcsökkentő hatását.

A kötődésmélet relevanciáját alátámasztó elméleti megfontolások

A kötődési viselkedés alapvető kritériumai a közelségkeresés, a szeparációnak való ellenállás, a védelem elvárása és a kötődési személy biztonságos bázisként való használata: visszatérés az elsődleges gondozóhoz érzelmi tankolásra az exploráció folyamán (Bowlby, 1988; Panksepp, 2009; Sable, 2013). Mindezek a motívumok megjelennek az ember–kutya kapcsolatban is.

További fontos tényező, hogy *a kötődési kapcsolat ember–kutya kapcsolat esetén is kétirányú*: nem csak az emberek, de a kutyák is képesek kötődési kapcsolatot kialakítani a tulajdonosukkal (Bradshaw, 2011; Miklósi és Topál, 2013). A kötődési kapcsolatok neurokémiai velejárói ugyancsak megjelennek a kutya–ember kötődési kapcsolatokban (Odendaal és Meintjes, 2003), ezáltal lehetőséget nyújtanak az érzelemszabályozás, stresszel való megküzdés, szorongásoldás területeinek bevonására mind az elméletalkotás, mind a terápiás felhasználás szempontjából.

Fiatal gyerekek kötődési kapcsolatot alakíthatnak ki társállatokkal (Melson, 2005), melynek erősségét alapvetően befolyásolja a kultúra és az etnicitás, az állatok iránti érdeklődés és érzelmek, valamint a gyermek ismeretei az állatról, gondozásáról és az igényeire való válaszadásról (Melson, 1991). Minél kevesebb időt tölt a gyermek a szüleivel való interakcióval, annál nagyobb a valószínűsége, hogy kötődési kapcsolatot létesít a családi kutyával (Bodsworth és Coleman, 2001). A gyermek és kutya közötti erős kapcsolat kialakulásának potenciálja nagyobb, mint bármely más faj esetében (Zasloff, 1996). Ennek háttérében több kutatás szerint is a feltétel nélküli elfogadás, a szinte állandó elérhetőség és a jól működő biztonságos menedék funkciója áll (Beetz és mtsai, 2012a, 2012b; Sable, 2013). A kutyák gyermekek fejlődésében játszott szerepe nagyon fontos, és sok esetben protektív faktor lehet esetleges érzelmi sérülések esetén (Myers, 2006).

További szerzők azt találták, hogy az érzelmi fejlődésben is nagy szerepe lehet egy társállatnak. Az állatok iránti nagyobb empátia kapcsolatban áll az emberek iránti nagyobb empátiával (Daly és Morton, 2009; Vizek-Vidovic és mtsai, 2001).

A kötődésmélet állatasszisztált terápiás implikációi

Elméleti megfontolások és klinikai tapasztalataim egybecsengően mutatják a fenti gondolatok érvényességét. Az állatasszisztált terápia legtöbb esetben pontosan ezt a fajta segítséget használja az állat részéről, kötődési kapcsolati előnyöket integrálva a terápiás folyamatba. A kutya jelenléte segíthet csökkenteni a stresszt, segít fenntartani a figyelmet, segít a tanulásban – különösen az implicit tanulásban, ami szintén egy jobbféltékés funkció –, mindezek elsődlegesen a jobb limbikus rendszerrel állnak kapcsolatban, aminek alapvető szerepe van a kötődési folyamat alakulásában.

A terapeuta a személyiségével dolgozik – kötődés alakul ki, és a terápiás szövetség biztonságos bázisaként szolgál a további elmélyülésnek, vizsgálódásoknak és projekcióknak egyaránt. Néhány elméletalkotó azt gondolja, hogy a terapeuta célja az, hogy korrektív élményt nyújtson a problémás kapcsolatok tekintetében, ezáltal növelve a gyermek és felnőtt képességét arra, hogy újra tudja formálni a kapcsolatokról alkotott mentális reprezentációit és képes legyen a jövőben egészségesebb kapcsolati mintázatokat kialakítani. Ezek a *korrektív kötődési történések segíthetnek újraszervezni a megfelelő agyi kapcsolatokat is, melyek érintettek az énszabályozásban és a stresszel való megküzdésben. Az állatasszisztált terápiákban az állat bevonása kétszeresen segíti meg a kötődési kapcsolatok átdolgozásának lehetőségét. Egyrészt a terápiás állat jelenléte meggyorsítja, facilitálja a terapeutával való kapcsolat kialakulását (Chandler, 2012), másrészt a kliens a résztvevő terápiás állattal*

is alakíthat ki kötődési kapcsolatot, mely szintén modellként szolgálhat a feldolgozáshoz (Collier és mtsai, 2022). Az állattal való kapcsolat módosíthatja a bizonytalan kötődési sémát, alapot teremtve új kötődési kapcsolati mintázat kialakulásához – más emberekkel is.

A kötődési kapcsolatok sajátosságainak köszönhetően úgy tűnik, hogy nem pusztán véletlen egybeesés, hogy az AAT a koncentrált figyelem, az önszabályozás, a másokkal való kapcsolatba lépéshez szükséges társas készségek fejlesztésében, a nem verbális kommunikáció harmonizálásában, és összességében az ijesztő helyzetekben fellépő stressz csökkentésében bizonyul a leghatékonyabbnak, ezáltal lehetővé téve félelmet keltő múltbeli események, emlékek felidézését és átdolgozását.

Már hosszabb múltja van a pervazív zavarokkal küzdő gyermekeknek tartott állatasszisztált terápiának (Rehn és mtsai, 2023) – szintén nem véletlen egybeesés, hogy ezek a gyermekek ilyen jól reagálnak az állatokra. Azoknál, akiknek nehézséget okoz más emberek kommunikációs jelzéseinek értelmezése – beleértve a nyelvi zavaros gyermekeket is – az állat könnyebben mozgósítja a jobbféleltetés kapacitásokat, beleértve a nem verbális kommunikációt, önszabályozást is.

HATÉKONYSÁGVIZSÁLATOK – AZ ÁLLATASSZISZTÁLT TERÁPIÁK LÉTJOGOSULTSÁGA

Az állatasszisztált terápiás foglalkozásoknak a korrekt, kontrollcsoporttal és egyéb beavatkozáson is áteső kontrollcsoporttal rendelkező hatékonyságvizsgálata nagyon ritka, kevés olyan vizsgálat idézhető, ami megfelel a fenti feltételeknek.

Nimer és Lundahl (2007) 49 állatasszisztált terápiáról szóló publikációt elemző metaanalízisében 12 tanulmány szerepel, melyben gyermekek alkották a vizsgálati populációt, és további négy, ahol serdülőkkel foglalkoztak.

Kamioka és munkatársai (2014) 1992-től 2012-ig tekintették át az állatasszisztált terápiákra vonatkozó randomizált kontrollcsoportos hatékonyságvizsgálatokat, és mindösszesen 11 tanulmányt találtak alkalmasnak az elemzésre. A 11 között vegyesen szerepel több állatfaj (kutya, ló, farmállatok, egyéb kisállatok), valamint többféle tevékenység, a pszichológus által vezetett csoportoktól kezdve az állat pusztán jelenlétét változóként kezelő tanulmányokig.

Marino (2012) metaanalízisében a 2005 utáni állatasszisztált terápiákról szóló tanulmányokat vizsgálta, és mindösszesen 28 publikált vizsgálat felelt meg a metaelemzéshez szükséges kritériumoknak. A 28 áttekintett vizsgálat közül

mindösszesen 10 tanulmányban használtak kontrollcsoportot a hatások mérésekor, és a kontrollcsoportot használó tanulmányok közül csak 4 volt állatasszisztált terápiás programot vizsgáló tanulmány. Ezek egyike sem szólt gyermekekről. Mindez azt mutatja, hogy bár a legtöbb vizsgálatban megerősítik az állatasszisztált terápiák pozitív hatásait, még nagyon sok empirikus bizonyítékra van szükség, hogy a leírt hatásmechanizmusok és hatásterületek szélesebb körű elfogadásra leljenek.

KUTYAASSZISZTÁLT TERÁPIA HATÉKONYSÁGVIZSGÁLATA

Az irodalom áttekintésének függvényében vizsgálatom, mely gyermekcsoporton vizsgálja kutyaasszisztált terápiás beavatkozás hatékonyságát két kontrollcsoportos feltétel mellett, jelentős hiányterület pótlását igyekezett megelőzni.

A hatékonyságvizsgálat tárgya olyan kutyaasszisztált iskolai készségeket fejlesztő preventív terápia volt, melynek tematikáját saját tapasztalatokra alapozva fejlesztettem ki (Babos, 2002; Babos, 2013), több évnyi kutyás terápiás csoportvezetés tapasztalatait és feladatait felhasználva.

A terápiás ülések óraterveit a fejlesztőpedagógus által már gyakorlatban alkalmazott mozgásterápiás órák, a fejlesztő szakirodalom (Porkolábné, 1989, 1992; Fodorné, é.n.; Lakatos, 1993), valamint az általam már korábban alkalmazott állatasszisztált terápiás óratervek bevált feladatai (Babos, 2002) alapján dolgoztuk össze állatasszisztált módszerre olyan módon, hogy az mind a fejlesztő pedagógus mozgásterápiás csoportjában, mind az általam vezetett állatasszisztált terápiás csoportban nagyon hasonlóan legyen kivitelezhető.

A gyakorlatok kidolgozásakor a foglalkozásokon amúgy is hangsúlyosan szereplő fejlesztendő területeket céloztuk meg, így elsődlegesen az iskolai bevaláshoz szükséges készségek fejlesztése volt fókuszban. A foglalkozások tematikáját előre rögzítettük, a gyakorlatok minden csoportban ugyanúgy, meghatározott sorrendben és módon kerültek végrehajtásra. A fejlesztő és kutyás csoportok gyakorlatai lényegében kizárólag a kutya bevonása, illetve hiánya szempontjából tértek el egymástól. A fejlesztő gyakorlatokhoz babzsákovat vagy labdát használtunk azokban a feladatokban, ahol az állatasszisztált csoportban a kutya is szerepelt. Az elméleti és tapasztalati ismeretekre támaszkodva javulást vártam a kísérleti csoportban részt vevő gyermekek fejlesztett készségein felül egyéb szorongást, önszabályozást és társas kommunikációt érintő területeken is, melyek nem voltak specifikusan megcélözva a terápiás tematikában, ugyanakkor a gyakorlatok velejárójaként és generalizált indirekt terápiás hatásként is megjelenhetnek.

Az eredményeink alapján beigazolódtak előzetes elvárásaim: az intervenciós célterületként meghatározott készségeken és képességeken felül a kutyaasszisztált terápia egyéb terápiás hatásokat is mutatott. A szakirodalmi adatokkal egybeesően vizsgálatomban azt tapasztaltam, hogy a kutyaasszisztált terápiában részt vett gyermekek szignifikánsan nagyobb mértékű javulást mutattak a nyelvi, kommunikációs területeken, a társas kapcsolatok, a szorongásos panaszok enyhülése, valamint a viselkedési problémák területein is.

A kutyaasszisztált terápia használata rendkívül kreatív és innovatív terület, mely sokféle intervencióban hatásosan és hatékonyan alkalmazható. Korrekt kutatási eredményekkel való alátámasztása továbbra is olyan hiányterület, mely mind gyakorló szakemberek, mind kutatók számára érdekes kihívást jelenthet sokszínűsége, soktényezős hatásmechanizmusai révén.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Allen, K., & Blascovich, J. (1996). Anger and hostility among married couples: Pet Dogs as moderators of cardiovascular reactivity to stress. *Psychosomatic Medicine*, 58, 59.
- Allport, G. W. (1997). *A személyiség alakulása*. Kairosz.
- Anderson, D. C. (2007). *Assessing the Human-Animal Bond: A Compendium of Actual Measures*. Purdue University Press.
- Antonioli, C., & Reveley, M. A. (2005). Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression. *British Medical Journal*, 331(7527), 1231.
- Aoki, J., Iwahasi, K., Ishigooka, J., Fukamauchi, F., Numajiri, M., Ohtani, N., & Ohta, M. (2012). Evaluation of cerebral activity in the prefrontal cortex in mood (affective) disorders during animal assisted therapy (AAT) by near-infrared spectroscopy (NIRS): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16, 205–213.
- Babos, E., Szeredi, B., Gábor, Sz., & Györkös, K. (2002). Állatasszisztált terápia hatékonyságvizsgálata két értelmi fogyatékos gyerekcsoporton, *Pszichoterápia*, 9, 355–364.

- Babos, E (2002). *Módszertani próbálkozás óvodás gyerekek kutyával történő fejlesztésére*. Szakdolgozat. ELTE, Budapest.
- Babos, E. (2013). Állatasszisztált terápia: Módszertani előtanulmány óvodáskorú gyerekek kutyával történő fejlesztésére. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(3), 59–81.
- Barker, S. B., Knisely, J. S., McCain, N. L., Schubert, C. M., & Pandurangi, A. K. (2010). Exploratory study of stress buffering response patterns from interaction with a therapy dog. *Anthrozoös: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 23(1), 79–91.
- Barker, S. B., Knisely, J. S., McCain, N. L., & Best, A. M. (2005). Measuring stress and immune response in healthcare professionals following interaction with at therapy dog: A pilot study. *Psychological Report*, 96, 713–729.
- Baun, M. M., Bergstrom, N., Langston, N. F., & Thoma, L. (1984). Physiological effects of petting dogs: Influences of attachment. In R. K. Anderson, B. L., Hart, & L. A. Hart (Eds.), *The Pet Connection: Its Influence on Our Health and Quality of Life* (pp. 162–171). Center to Study Human-Animal Relationships and Environments, University of Minnesota.
- Beetz, A., Julius, H., Turner, D., & Kotrschal, K. (2012a). Effects of social support by a dog on stress modulation in male children with insecure attachment. *Frontiers in Psychology*, 3, 352.
- Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012b). Psychosocial & Psychophysiological Effects of Human-Animal Interactions: The Possible Role of Oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 3, 234.
- Berget, B., Ekeberg, O., & Braastad, B. (2008). Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: Effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 9.
- Bergler, R. (1988). *Man and Dog: The Psychology of a Relationship*. Blackwell Scientific Publications.
- Carlson, S. M., & Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind. *Child Development*, 72(4), 1032–1053.
- Bodsworth, W., & Coleman, G. J. (2001). Child-companion animal attachment in single and two-parent families. *Anthrozoös*, 14(4), 216–223.

- Bowlby, J. (1988). *A secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge.
- Bradshaw, J. (2011). *Dog Sense: How the New Science of dog Behavior Can Make You a Better Friend to Your Pet*. Basic Books.
- Calcaterra, V., Veggiotti, P., Palestrini, C., De Giorgis, V., Raschetti, R., Tumminelli, M., Simonetta Mencherini, S., Papotti, F., Klersy, C., Albertini, R., Ostuni, S., & Pelizzo, G. (2015). Post-Operative Benefits of Animal-Assisted Therapy in Pediatric Surgery: A Randomised Study. *PLoS ONE*, 10(6), e0125813.
- Collier, T., Bennett, P., Rohlf, V., & Howell, T. (2022). The effect of dog presence on the therapeutic alliance: A systematic review. *Veterinary Sciences*, 9(12), 669.
- Chandler, C. K. (2012). *Animal-Assisted Therapy in Counseling* (2nd ed.). Routledge.
- Charry-Sánchez, J. D., Pradilla, I., & Talero-Gutiérrez, C. (2018). Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 169–180.
- Csányi, V. (2000). *Bukfenc és Jeromos*. Vince Kiadó.
- Cusack, O. (1988). *Pets and Mental Health*. The Haworth Press.
- Daly, B., & Morton, L. L. (2009). Empathic differences in adults as a function of childhood and adult pet ownership and pet type. *Anthrozoös*, 22(4), 371–382.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135–168.
- DeLoache, J. S., Pickard, M. B., & LoBue, V. (2011). How very young children think about animals. In P. McCardle, S. McCune, J. A. Griffin, & V. Maholmes (Eds.), *How Animals Affect Us: Examining the Influence of Human–Animal Interaction on Child Development and Human Health* (pp. 85–99). American Psychological Association.
- Dincer, B., Bahçecik, N., & Sollami, A. (2022). Effect of animal assistant therapy on quality of life in older adults: A meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 43, 38–44.
- Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. C. (2007). Oxytocin improves „mind-reading” in humans. *Biological Psychiatry*, 61(6), 731–733.
- Endenburg, N., & van Lith, H. A. (2011). The influence of animals on the development of children. *The Veterinary Journal*, 190, 208–214.

- Estep, D. Q., & Hetts, S. (1992). Interactions, relationships, and bonds: The conceptual basis for scientist-animal relations. In H. Davis, & D. Balfour (Eds.), *The Inevitable Bond: Examining Scientist–Animal Interactions* (pp. 6–26). Cambridge University Press.
- Fine, A. H., & Beck, A. (2010). Understanding our kinship with animals: input for health care professionals interested in the human\animal bond. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy*. 2nd ed. (pp. 3–15). Elsevier Academic Press.
- Fine, A. H. (2015). Incorporating animal-assisted interventions into psychotherapy: Guidelines and suggestions for therapists. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy*. (2nd ed.). (pp. 141–155). Elsevier Academic Press.
- Fraser, J., Gruber, S., & Condon, K. (2007). Exposing the tourist value proposition of zoos and aquaria. *Tourism Review International*, 11, 279–293.
- Fodorné Földi, R. (é.n.). *Testnevelési játékok a tanulási zavarok prevenciójában és korrekciójában. Iskolapszichológia Módszertani Füzetek 24.* ELTE.
- Friedmann, E., Son, H., & Saleem, M. (2015). The animal-human bond: health and wellness. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (2nd ed.). (pp. 73–88). Elsevier Academic Press.
- Friedmann, E. (2000). The animal–human bond: Health and wellness. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (pp. 41–58). Academic Press.
- Friedmann, E., Thomas, S. A., & Eddy, T. J. (2000). Companion animals and human health: Pphysical and cardiovascular influences. In A. L. Podberseck, E. S. Paul, & J. A. Serpell (Eds.) *Companion Animal and Us: Exploring the Relationship Between People and Pets* (pp. 125–143). Cambridge University Press.
- Friedmann, E., Son, H., & Tsai, C. C. (2010). The animal/human bond: Health and wellness. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (2nd ed.). Elsevier Academic Press.
- Friedmann, E., & Son, H. (2009). The human–companion animal bond how human benefit. *Veterinary Clinics of North America Small Animal Practice*, 39, 293–326.
- Friesen, L. (2010). Exploring animal-assisted programs with children in school and therapeutic contexts. *Early Childhood Education Journal*, 37(4), 261–267.

- Galbally, M., Lewis, A. J., van IJzendoorn, M., & Permezel, M. (2011). The Role of Oxytocin in Mother-Infant Relations: A Systematic Review of Human Studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 19, 1–14.
- Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 134(1), 31–60.
- Gee, N. R., Crist, E. N., & Carr, D. N. (2010). Preschool children require fewer instructional prompts to perform a memory task in the presence of a dog. *Anthrozoös*, 23(2), 173–184.
- Gee, N. R., Fine, A. H., & Schuck, S. (2015). Animals in educational settings: research and practice. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (2nd ed.). (pp. 195–210). Elsevier Academic Press.
- Geist, T. (2011). Conceptual framework for animal-assisted therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 243–256.
- Gergely, A., Gábor, A., Gácsi, M., Kis, A., Czeibert, K., Topál, J., & Andics, A. (2023). Dog brains are sensitive to infant- and dog-directed prosody. *Communications Biology*, 6, 859.
- Gordon, I., Martin, C., Feldman, R., & Leckman, J. F. (2011). Oxytocin and social motivation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1(4), 471–493.
- Granados, A. C., & Agís, I. F. (2011). Why children with special needs feel better with hippotherapy sessions: A conceptual review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(3), 191–197.
- Granger, B. P., & Kogan, L. (2000). Animal-assisted therapy in specialised settings. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (pp. 213–236). Academic Press.
- Griffin, J., McCune, S., Maholmes, V., & Hurley, K. (2011). Scientific research on human–animal interaction. In P. McCardle, S. McCune, J. A. Griffin, L. Esposito, & L. Freund (Eds.), *Animals in Our Lives: Human–Animal Interaction in Family, Community, and Therapeutic Settings* (pp. 227–236). Baltimore.
- Hall, S., Macmichael, J., Turner, A., & Mills, D. (2017). A survey of the impact of owning a service dog on quality of life for individuals with physical and hearing disability: A pilot study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 59.

- Hámori, E. (2015). *A kötődélmélet perspektívái: A klasszikusoktól napjainkig*. Animula Kiadó.
- Handlin, L., Hydbring-Sandberg, E., Nilsson, A., & Uvnäs-Moberg, K. (2011). Short-term interaction between dogs and their owners: Effects on oxytocin, cortisol, insulin and heart rate—An exploratory study. *Anthrozoös: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 24(3), 301–315.
- Hansen, K. M., Messinger, C. J., Baun, M. M., & Megel, M. (1999). Companion animals alleviating distress in children. *Anthrozoös*, 12(3), 142–148.
- Hart, L. A. (2000). Psychosocial benefits of animal companionship In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (pp. 59–78). Academic Press.
- Hines, L. (2003). Historical perspectives on the human–animal bond. *American Behavioral Scientist*, 47, 7–15.
- Hosey, G., & Melfi, V. (2014). Human–animal interactions, relationships and bonds: A review and analysis of the literature. *International Journal of Comparative Psychology*, 27(1), 117–142.
- Kahn, P. H. (1997). Developmental psychology and the biophilia hypothesis: Children’s affiliation with nature. *Developmental Review*, 17, 1–61.
- Kaminski, M., Pellino, T., & Wish, J. (2002). Play and Pets: The physical and emotional impact of childlife and pet therapy on hospitalized children. *Children’s Health and Care*, 31(4), 321–335.
- Kamioka, H., Okada, S., Tsutani, K., Park, H., Okuizumi, H., Handa, S., Oshio, T., Park, S.J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Honda, T., & Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 371–390.
- Kaye, D. M. (1984). Animal affection and student behavior. In R. K. Anderson, B. L. Hart, & L. A. Hart (Eds.), *The Pet Connection: Its Influence on Our Health and Quality of Life* (pp. 101–105). Center to Study Human-Animal Relationships and Environments, University of Minnesota.
- Kochanska, G., Coy, K. C., & Murray, K. T. (2001). The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development*, 72, 1091–1111.

- Krause-Parello, C.A. (2012). Pet ownership and older women: The relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *Geriatric Nursing*, 33(3), 194–203.
- Kubinyi, E., Virányi, Z., & Miklósi, Á. (2007). Comparative Social Cognition: From wolf and dog to humans. *Comparative Cognition & Behavior Reviews*, 2, 26–46.
- Lakatos, K. (1993). Új módszer a nagycsoportos óvodások komplex fejlesztésében: Hidroterápiás gimnasztika. *Óvodai Nevelés*, 46(2), 87–88.
- Lapian, B., Horton, L., Gentile, J., & Peninger, M. (2023). Implementing animal-assisted care with dogs and aquatic Therapy with a fish tank on wheels for patients and healthcare workers. *American Journal of Infection Control*, 51(7), Supplement, S9.
- Lavín-Pérez, A. M., Rivera-Martín, B., Lobato-Rincón, L. L., Villafaina-Domínguez, S., & Collado-Mateo, D. (2023). Benefits of animal-assisted interventions in preschool children: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(2), 850–873.
- Levine, G. N., Allen, K., Braun, L. T., Christian, H. E., Friedman, E., & Taubert, K. A. (2013). American Heart Association Council on clinical cardiology and council on cardiovascular and stroke nursing, a scientific statement from the American Heart Association. Pet ownership and cardiovascular risk. *Circulation*, 127, 2353–2363.
- Lorenz, K. (1970). *Studies in Animal and Human Behaviour*, Vol.1. Robert Martin.
- Lubbe, C., & Scholtz, S. (2013). The application of animal assisted therapy in the south African context: A case study. *South African Journal of Psychology*, 43, 116–129.
- Maller, C. (2009). Promoting children's mental, emotional and social health through contact with nature: A model. *Health Education*, 109(6), 1–21.
- Marino, L. (2012). Construct validity of animal-assisted therapy and activities: How important is the animal in AAT? *Anthrozoös*, 25(1), s139–s151.
- Mariti, C., Papi, F., Mengoli, M., Moretti, G., Martelli, F., & Gazzano, A. (2011). Improvement in children's humaneness toward nonhuman animals through a project of educational anthrozoology. *Journal of Veterinary Behavior*, 6(1), 12–20.

- Marton, L. M. (1970). Tanulás, vizuális-poszturális testmodell és a tudat kialakulása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 27, 182–197.
- McNicholas, J., & Collis, G.M. (2000). Dogs as catalysts for social interaction: Robustness of the effect. *British Journal of Psychology*, 91, 61-70.
- Melson, G. F. (2001). *Why the Wild Things Are: Animals in the Lives of Children*. Harvard University Press.
- Melson, G. F., & Fine, A. H. (2010). Animals in the lives of children. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (2nd ed.). (pp. 223–245). Elsevier Academic Press.
- Miklósi, A., & Topál, J. (2013). What does it take to become 'best friends'? Evolutionary changes in canine social competence. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(6), 287–294.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100.
- Moriguchi, Y., Chevalier, N., & Zelazo, P. (2016) Editorial: Development of executive function during childhood. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 6.
- Moriguchi, Y. (2012). The effect of social observation on children's inhibitory control. *Journal of Experimental Child Psychology*, 13(2), 248–258.
- Myers, G. (2006). *The Significances of Children and Animals: Social Development and Our Connections to Other Species* (2nd ed., revised). Purdue University Press.
- Myers, O. E. (1996). Child–animal interaction: Nonverbal dimensions. *Society and Animals*, 4(1), 19–35.
- Naderi, S., Miklósi, Á., Dóka, A., & Csányi, V. (2001). Co-operative interactions between blind persons and their dogs. *Applied Animal Behaviour Science*, 74(1), 59–80.
- Nagasawa, M., Kikusui, T., Onaka, T., & Ohta, M. (2009). Dog's gaze at its owner increases owner's urinary oxytocin during social interaction. *Hormones and Behavior*, 55(3), 434–441.
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225–238.

- Odendaal, J. S. J. (2000). Animal-assisted therapy: Magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 275–280.
- Odendaal, S. J., Meintjes, R. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. *Veterinary Journal*, 165, 296–301.
- O’Haire, M. (2010). Companion animals and human health: Benefits, challenges, and the road ahead. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research*, 5(5), 226–234.
- Olmert, M. (2009). *Made for Each Other: The Biology of the Human–Animal Bond*. Da Capo Press.
- Panksepp, J. (2009). Brain emotional systems and qualities of mental life: From animal models of affect to implications for psychotherapeutics. In D. Fosha, D. J. Siegel, & M. F. Solomon (Eds.), *The Healing Power of Emotion* (pp. 1–26). W.W. Norton.
- Perelle, I. B., & Granville, D. A. (1993). Assessment of the effectiveness of a pet facilitated therapy program in a nursing home setting, *Society and Animals*, 1(1), 91–100.
- Pongrácz, P., Miklósi, Á., Molnár, Cs., & Csányi, V. (2005). Human listeners are able to classify dog barks recorded in different situations. *Journal of Comparative Psychology*, 119, 136–144.
- Pongrácz, P., Szabó, É., Kis, A., Péter, A., & Miklósi, Á. (2014). More than noise? Field investigations of intraspecific acoustic communication in dogs (*Canis familiaris*). *Applied Animal Behaviour Science*, 159, 62–68.
- Porkolábné Balogh, K. (1989). *Óvodai fejlesztés a tanulási zavarok megelőzésére*. Heves Megyei Pedagógiai Intézet.
- Porkolábné Balogh, K. (1992). *Kudarccal nélkül az iskolában*. Alex-typo Kiadó.
- Ramírez, M. T. G., & Hernández, R. L. (2014). Benefits of dog ownership: Comparative study of equivalent samples. *Journal of Veterinary Behavior*, 9, 311–315.
- Rehn, A. K., Caruso, V. R., Kumar, S. (2023). The effectiveness of animal-assisted therapy for children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 50, 101719.

- Robin, M., ten Bense, R. W., Quigley, J., & Anderson, R. K. (1984). Abused Children and Their Pets. In R. K. Anderson, B. L., Hart, & L. A. Hart (Eds.), *The Pet Connection: Its Influence on Our Health and Quality of Life* (pp. 111–119). Center to Study Human–Animal Relationships and Environments, University of Minnesota.
- Ross, S. B. (2009). *Treatment Options at the Farm and Wildlife Center*. www.greenchimneys.org
- Sable, P. (2013). The pet connection: An attachment perspective. *Journal of Clinical Social Work*, 41, 93–99.
- Sakagami, T., & Ohta, M. (2010). The effect of visiting zoos on human health and quality of life. *Animal Science Journal*, 81(1), 129–134.
- Schuck, S. E. B., Johnson, H. L., Abdullah, M. M., Stehli, A., Fine, A. H., & Lakes, K. D. (2018). The role of animal-assisted intervention on improving self-esteem in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 300.
- Serpell, J. A. (2000). Animal companions and human well-being: An historical exploration of the value of human-animal relationships In: A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy*. Academic Press.
- Serpell, J. (2004). Factors influencing human attitudes to animals and their welfare. *Animal Welfare*, 13, 145–150.
- Shapiro, K., & DeMello, M. (2010). The state of human–animal studies. *Society & Animals*, 18(3), 307–318.
- Smith, B. A. (1984). Using Dolphins to Elicit Communication from an Autistic Child. In R. K. Anderson, B. L., Hart, & L. A. Hart (Eds.), *The Pet Connection: Its Influence on Our Health and Quality of Life* (pp. 154–162). Center to Study Human–Animal Relationships and Environments, University of Minnesota.
- Tissen, I., Hergovich, A., & Spiel, C. (2007). School-based social training with and without dogs: Evaluation of their effectiveness. *Anthrozoös*, 20(4), 365–373.
- Topál, J., Miklósi, Á., Gácsi, M., Dóka, A., Pongrácz, P., Kubinyi, E., Virányi, Z., & Csányi, V. (2009). The dog as a model for understanding human social behavior. *Advances in the Study of Behavior*, 39, 71–116.

- Tóthné Babos, E. (2017). *Állatasszisztált terápia hatékonyságvizsgálata és alkalmazási lehetőségei gyermekeknél*. Doktori disszertáció. ELTE PPK.
- Tsai, C. C., Friedmann, E., & Thomas, S. A. (2010). The effect of animal-assisted therapy on stress responses in hospitalized children. *Anthrozoös*, 23(3), 245–258.
- Udell, M. A. R., Dorey, N. R., & Wynne, C. D. L. (2010). What did domestication do to dogs? A new account of dogs' sensitivity to human actions. *Biological Reviews*, 85, 327–345.
- Vizek-Vidovic, V., Arambasic, L., Kerestes, G., Kuterovac-Jagodic, G., & Vlahovic-Stetic, V. (2001). Pet ownership in childhood and socio-emotional characteristics, work values and professional choices in early adulthood. *Anthrozoös*, 14, 224–231.
- Waite, T. C., Hamilton, L., & O'Brien, W. (2018). A meta-analysis of Animal-Assisted Interventions targeting pain, anxiety and distress in medical settings. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 49–55.
- Wells, D. L. (2009). The effects of animals on human health and well-being. *Journal of Social Issues*, 65, 523–543.
- Wismer Fries, A. B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S., & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 17237–17240.
- Wu, A. S., Niedra, R., Pendergast, L., & McCrindle, B. W. (2002). Acceptability and impact of pet visitation on a pediatric cardiology inpatient unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(5), 354–362.
- Yamasue, H., Yee, J. R., & Hurlemann R. (2012). Integrative approaches utilizing oxytocin to enhance prosocial behavior: From animal and human social behavior to autistic social dysfunction. *The Journal of Neuroscience*, 32, 14109–14117.
- Yu, C., & Smith, L. B. (2016). The social origins of sustained attention in one-year-old human infants. *Current Biology*, 26(9), 1235–1240.
- Zasloff, R. L. (1996). Measuring attachment to companion animals: A dog is not a cat is not a bird. *Applied Animal Behaviour Science*, 47, 43–48.

- Zenithson, N., Albright, J. Fine, A. H., & Peralta, J. (2015). Our ethical and moral responsibility: Ensuring the welfare of therapy animals. In A. H. Fine (Ed.) *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (pp. 357-376). Academic Press.
- Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). Pet in the therapy room: An attachment perspective on Animal-Assisted Therapy. *Attachment and Human Development*, 13, 541–561.

A BÖLCSŐDEI, ÓVODAI NEVELÉS HATÁSAINAK VIZSGÁLATA

Gyöngy Kinga

BEVEZETÉS: KÉRDÉSEK AZ ISKOLÁSKOR ELŐTTI INTÉZMÉNYES NEVELÉS HATÁSAIRÓL

Amikor az iskoláskor előtti családon kívüli (intézményes) nevelés¹ hatásait szeretnénk megismerni, illetve ezeket mérlegelni, nem mindegy, a kérdést kinek a szögéből tesszük fel.

Az ellátást szabályzó, finanszírozó és működtető állami szerv arra kíváncsi, megtérül-e az anyagi ráfordítás. A gyermekek hosszú távú egészséges fejlődését tekintve érdemes-e a szülők munkaerőpiaci részvételét ösztönözni és ezzel párhuzamosan az intézményes nevelést finanszírozni, vagy kifizetődőbb-e a csecsemők és a három éven aluli kisgyermekes családokban való nevelését anyagilag támogatni? A három évnél fiatalabb gyerekeknél érdemes-e a bölcsődén kívül egyéb ellátási formákat támogatni? A bölcsődébe, óvodába járás segíti-e az iskolai sikerességet, vagyis eredményes-e a hátránykompenzáció eszközeként?

A szülő saját gyermeke érdekeit és családjá boldogulását mérlegeli a napközbeni gyermekellátás igénybevételekor. Számos kérdése merülhet fel. Milyen életkortól való kisgyermekemnek a kortársak jelenlétében zajló intézményes nevelés? Mikortól biztonságos bölcsődébe adni kisgyermekemet? A „biztonságos” jelző alatt

¹ A magyar bölcsődei és óvodai nevelés a 19. századtól vette kezdetét, eleinte gyermekmegőrző, -védő céllal, majd a későbbiekben – főleg a 20. században – szélesedő intézményrendszerrel, pedagógiai küldetéssel.

azt értjük, hogy a bölcsődei jelenlét maradandó sérülést nem okoz, a gyermek fejlődését nem hátráltatja, személyiségfejlődését nem károsítja, vagy szüleivel, családjával való kapcsolatát nem rombolja. Jobb esetben persze nemcsak azt szeretnénk, hogy ne ártson a családon kívüli kisgyermeknevelés, hanem hogy jótékony hatású legyen.

Az ellátást biztosítók szemszögéből a kérdés ismét másképp szól. Hogyan lehet megállapítani egy pedagógiai gyakorlatról, hogy előnyös-e a gyermekek fejlődése szempontjából? Képesek vagyunk-e empirikusan különbséget tenni az elég jó és a kiváló pedagógiai gyakorlatok között, vagy csak az egyértelműen károsító gyakorlatokat tudjuk elkülöníteni az ilyen jellegű hatásokkal nem bíró neveléstől?

A válaszadást három tényező nehezíti. Alapvetően *a hatások vizsgálata bonyolult*, még a felnőttek esetében is. A kisgyermekek viszont rohamos változásban lévő, fejlődő szervezetek, ezért általában még azoknál a gyerekeknél is tapasztalunk majd fejlődést a korábbi állapothoz képest, akiknél nem feltétlenül optimalisak a környezeti feltételek. Tehát *a fejlődés* természetes folyamatát is be kell kalkulálnunk, amikor a napközbeni ellátás hatásairól szeretnénk gondolkodni. Végezetül pedig a különböző kultúrákban nevelkedő kisgyermek a Föld minden táján rengeteg különböző szokásrendszer és felfogás eltérő nevelési szokásaihoz *alkalmazkodnak*. Ezeket kontextusuk nélkül helytelen volna értelmezni. Annyit bizonyosan látunk, hogy a csecsemők és kisgyermekek képesek szuboptimális feltételekhez is adaptálódni, emiatt óvatosnak kell lennünk a jelenségek tanulmányozásakor és a kutatási eredmények megítélésekor.

HOGYAN MÉRHETJÜK A HATÁST? A KÜLÖNBÖZŐ VIZSGÁLATI ELRENDEZÉSEK

A nevelés hatását akarjuk mérni, ami más módszertant kíván, mint a laboratóriumi független változó(k) alkalmazása. Egyrészt: a vizsgálat jóval hosszabb időtartamú, hiszen a kisgyermeknevelés hónapokig, akár évekig is tart. Másrészt: a beavatkozás, vagyis az ellátás minősége a vizsgálatvezető kontrollján kívül áll. Harmadrészt: a nevelés hatásait átélő gyermekek részéről mintánk igen heterogén lehet mind az ellátás kezdete (egy gyermek milyen idős korától jár intézménybe), mind az igénybevétel mértéke (heti hány napot, napi hány órát tölt napközbeni ellátásban egy gyermek) miatt, az egyéb családi és egyéni háttértényezőkről nem is beszélve.

Tervezett kísérleti hatásvizsgálat²

Amikor a bölcsődei nevelés hatásait szeretnénk tetten érni, az egyes gyermekek esetében nem tudhatjuk, hogy a beavatkozás a fejlődést jó vagy rossz irányba vitte-e el egy olyan feltételezett „párhuzamos valósághoz” képest, amikor nem történt volna meg a bölcsődébe adás, vagy más napközbeni ellátási formát választottunk volna (vö. Sági és Széll, 2015). Ezt a problémát *kontrollcsoport* alkalmazásával lehet orvosolni (további módszertani szempontokért lásd a keretes szöveget). A tervezett kísérleti hatásvizsgálatban a véletlen dönti el, ki vesz részt a programban, és ki kerül a kontrollcsoportba (lásd Kézdi, 2011), emiatt nevezik ezt az elrendezést *randomizált kontrollált vizsgálatnak* is.

A napközbeni ellátás esetében viszont ritkán lehet tervezett kísérleti hatásvizsgálatot folytatni. Pár kivétellel találkozhatunk, melyek többnyire *intervenciós* helyzetben, halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek napközbeni ellátásának fejlesztő hatását kutatták (lásd alább kifejtve).

Kompenzálható-e a hátrányos helyzet a napközbeni családon kívüli gondozással-neveléssel?

Az 1960-as években folytatott *High/Scope Perry Preschool* óvodai vizsgálatban (Schweinhart és mtsai, 2005) 123 alacsony jövedelmű (afroamerikai) család három-éves gyermeke közül véletlenszerű kiválasztással 58 kisgyermeket vettek fel abba az óvodába, melynek kimondott pedagógiai célja a hátrányok csökkentése volt, 65 gyermek pedig nem részesült óvodáztatásban. A gyermekeket 40 éves korukig követték azzal a céllal, hogy a korai intervenció rövid és hosszú távú hatásait tetten tudják érni. A kontrollcsoporthoz képest a kísérleti csoportnál óvodáskorban eredményesebb intellektuális fejlődést és a társas készségek szignifikáns javulását írták le. Iskolás korban jobb tanulmányi eredményeket és a tanulás iránti magasabb elkötelezettséget, felnőtt korban pedig magasabb fizetést és alacsonyabb bűnelkövetési rátát találtak.

Ugyancsak többszörösen veszélyeztetett, többnyire afroamerikai, egyszülős vagy többgenerációs családban élő gyermekekkel zajlott az 1970-es évek elejétől az ún. „Abecadarian Project” (Ramey és mtsai, 2000), az egyesült államokbeli Észak-Karolinában. A *High/Scope Perry Preschool* projekthez képest az volt a különbség, hogy ez utóbbinál már a gyerekek megszületése előtt szervezték be a résztvevő családokat a tervezett kísérleti hatásvizsgálatba, majd hosszú távon követték a 111 gyermeket. A kisgyermeknevelésben részt vevők csoportját 6 hetes koruktól jó

² Angolul a *randomized controlled trial* elnevezést használjuk ezekre.

minőségű, intellektuálisan stimuláló bölcsőde-óvodába³ járatják. Az intézményes nevelést az egyéni szükségletek alapján kiegészítették egészségügyi és család-támogatási szolgáltatásokkal. A kontrollcsoport gyermekei sem maradtak teljesen ellátatlanul, mivel a projekt gyermekorvosi ellátást és családtámogatást biztosított számukra, valamint az önkormányzat is – több szervezet együttműködésében – igyekezett ezeket a családokat támogatni, például abban, hogy ők is járhassanak bölcsődébe, óvodába. Az eredmények szerint a legtöbb rizikóval terhelt gyermekek profitáltak a legtöbbet a programból, esetükben a bölcsőde védőfaktorra lépett elő, vagyis pl., akiknek az anyja értelmileg sérült volt és/vagy akiknek az otthoni környezetük kevésbé támogatta a fejlődésüket, azok érték el a legnagyobb intellektuális gyarapodást és válhattak rezilienssé az otthoni környezet rizikótényezőivel szemben. A program csecsemőkori kezdete ellenére a kutatók azt találták, hogy az anya-gyermek kötődésre sem volt káros hatással a korai bölcsődébe adás (nagyobb bevonódást tapasztaltak az anya-gyermek interakciókban, mint az otthon nevelt kontrollcsoportnál).

Ez a két kutatás hasonló abban, hogy aránylag kevés család bevonásával, kísérleti elrendezésben kiértékelt intenzív intervenciót vizsgáltak. Ezekben a vizsgálatokban az intézményes ellátás jó körülmények közötti magas minőségű gondozást és nevelést jelentett, melyet szigorúan ellenőriztek.

Napjainkra *nagyobb elemszámú tervezett kísérleti hatásvizsgálatokat* is találunk. Ilyen az ugyancsak hátrányos helyzetű gyermekek megsegítését célzó amerikai egyesült államokbeli kisgyermeknevelési program, az *Early Head Start* hatásvizsgálata, az EHSRE (*Early Head Start Research and Evaluation Project*, lásd például Love és mtsai, 2002). E kutatás keretében 1996 és 2001 között a programhoz tartozó ellátási helyek közül 17 helyszínen 3001 családot véletlenszerűen vizsgálati és kontrollcsoportba osztottak. A vizsgálati csoport gyermekei részt vehettek az ellátásban, a kontrollcsoport gyermekei kimaradtak belőle. Ezt azokon a helyszíneken lehetett megvalósítani, ahol legalább kétszeres túljelentkezés volt.

Az *Early Head Start* háromféleképpen valósulhat meg (Love és mtsai, 2002). Egyrészt intézményes napközbeni ellátás formájában, másrészt otthoni látogatások keretében, harmadrészt a kettő keverékeként.⁴ Fontos ez utóbbi kitétel, mert

³ Az angolszász kisgyermeknevelési rendszerben csecsemőkortól az iskolába lépésig többnyire egy intézményről beszélünk, és az intézményen belül különböző életkori csoportokba járnak a gyermekek. A magyar kisgyermeknevelésben ezzel szemben 20 hetes kortól 3 éves korig bölcsődébe, majd 3 és 6 év között óvodába járnak a gyermekek.

⁴ Magyarországon az angol *Sure Start* program adaptálásaként a Biztos Kezdet Házak látnak el hasonló funkciót, a szülő jelenlétében foglalkoznak a kisgyermekkel, támogatják a pozitív szülői viselkedések kialakulását.

rávilágít, hogy az *Early Head Start* program nem kizárólagosan a napközbeni intézményes kisgyermeknevelés keretein belül valósulhat meg, így inkább érdemes prevenció-s-intervenció-s fejlesztő programként tekintenünk rá, mintsem a magyar bölcsődei rendszernek megfeleltethető megoldásként.

A hatásvizsgálat (Love és mtsai, 2002) tetten tudta érni a programban részt vevő kisgyermek fokozottabb intellektuális fejlődését, azonban a program hároméves korra nem tudta kompenzálni az ellátott gyermekek értelmi készségeiben való elmaradást az amerikai nemzeti átlaghoz képest. A program hatására a gyermekek társas készségei is nagyobb mértékben fejlődtek, valamint a szülőknél is pozitív változásokat értek tetten: a magasabb HOME leltár pontszámok mellett a vizsgálatban részt vevő szülők gyakrabban olvastak gyermeküknek, és a gyerekeik irányításakor kevésbé támaszkodtak kényszerítő nevelési eszközökre, mint a kontrollcsoportban. A program pozitív hatásai, illetve a fejlődés fokozottabb mértéke azonban csak akkor maradtak fent, ha a fejlesztés folytatódott és a kisgyermek továbbra is óvodába jártak. Ennek hiányában *fade-out* (elhalványuló) hatásról ír a szakirodalom.

Az eddig említett vizsgálatok közti hasonlóság, hogy azon túl, hogy mindegyik az Egyesült Államokban zajlott, modellértékű programokról volt szó, melyeket célzottan *halmozottan hátrányos helyzetű* kisgyermek és családjaik megsegítésére hoztak létre. Az eddig ismertetett hatásvizsgálatok szerint a jó minőségű kisgyermeknevelés a hátrányos helyzetű kisgyermek fejlesztésére alkalmas lehet.

LEHETSÉGES BUKTATÓK A PEDAGÓGIAI ÚJÍTÁSOK HATÁSAINAK KUTATÁSOKOR
A kisgyermeknevelési módszerek hatásvizsgálatakor óvakodjunk az alábbi buktatóktól.

A pedagógiai újítás bevezetését nem kíséri hatásvizsgálat

Pedagógiai újítások bevezetését ritkán előzi meg beleegyező nyilatkozatok gyűjtése vagy vizsgálati hipotézisek felállítása. Ennek okai többfélék lehetnek, például:

- Leggyakrabban tehetséges, vállalkozó szellemű pedagógusok próbálják ki ötleteiket a rájuk bízott gyerekcsoporttal. A gyermekeknél tapasztalható változások mérésének ötlete sokszor csak utólag fogalmazódik meg, amikor úgy tűnik, hogy jól sikerült a pedagógiai újítás.
- Felmerül ugyan a kísérleti hatásvizsgálat ötlete, de etikátlannak találják a pedagógusok a random vizsgálati csoportokba sorolást, amellet érvelnek, hogy mindenkinek járnak az újítás pozitívumai.

Hiányzik a kontrollcsoport

Kontrollcsoport nélkül nem hatásvizsgálat egy vizsgálat. Ennek hiányában nem tudjuk az alternatív valóságot modellezni, hogy *mi történt volna abban az esetben, ha a személyek nem vettek volna részt az adott ellátásban*, pedagógiai módszerben, intervencióban stb.

A fejlődésben levő gyermekeknél az élet első 6 évében akkor is van változás – sőt, az élet első három évében ez a változás drámai, ha csak a fejlődést minimálisan lehetővé tevő személyi és tárgyi környezetet biztosítjuk. Emiatt azt hihetjük, hogy ha az általunk gondozott-nevelt gyermekeket megfigyeljük (kontrollcsoporttal való összevetés nélkül), akkor már tudományosan vizsgálódunk, hiszen a megelőző állapothoz képest változó képességstruktúrát látunk. Ha csak leírjuk a megfigyeléseinket, tapasztalatainkat a módszer kipróbálásával kapcsolatban (sőt, lehet, hogy a gyermekek előmenetelének, fejlődésének mértékéről is gyűjtünk információkat) az értékes lehet a pedagógia kidolgozásához vagy továbbadásához, de nem kontrolláltuk azt az esetet, hogy mi történt volna a beavatkozás nélkül, így a változás háttérében álló tényezők ismeretlenek maradnak.

A kísérleti és kontrollcsoport szisztematikusan különbözik egymástól, mert nem véletlenszerű a csoportba sorolás

A kísérleti és kontrollcsoport közötti különbségek minimalizálására a *véletlenszerű csoportba sorolás* a szokásos válasz.

Ha van egy modellprogramunk, amiről feltételezzük, hogy hatásos intervenciót jelentene gyermekeknek, hogyan érhető el véletlenszerű besorolás a kezelt és a kontrollcsoportba? Először meg kell mérni, hogy kezdéskor a gyermekek közt általában nincsenek a fontos tényezők mentén különbségek. Majd kisorsoljuk, ki kerüljön a csoportba és ki kerül várólistára. A várakozók lesznek a kontrollcsoport tagjai, akik majd sorra kerülnek, ha az első turnus – vagyis a hatásvizsgálatunk – lefutott.

Elmarad a bemeneti mérés

Ha csak feltételezzük, hogy a csoportok hasonlóak, az még a véletlenszerű csoportba sorolásnál sem elégséges.⁵ *A függő változót a vizsgálat elején is meg kell mérni, hogy legyen mihez viszonyítani a kimeneti mérés eredményeit.*

Elképzelhető úgy is a vizsgálat, hogy nem véletlenszerű a kísérleti és kontrollcsoportba sorolás (lásd kvázi kísérletek, természetes kísérletek), de egyik esetben

⁵ Ez angolul a „posttest only” feltétel (lásd bővebben Meltzoff, 2010).

se maradjon el a bemeneti mérés (kivéve, ha olyankor kezdjük a vizsgálatot, amikor a gyerekeknél az adott képesség még nem jelent meg, mert például még nem beszélnek).

Figyelmen kívül hagyott zavaró tényezők⁶

Előfordulhatnak olyan változók, melyeket figyelmen kívül hagyunk annak ellenére, hogy a hatást valójában nekik köszönhetjük. Ilyenkor a probléma az, hogy „az általunk vizsgált eltérés *egybe van mosódva* egy vagy több egyéb eltéréssel”, ez a *confounding* jelensége (Ferenczi, 2021, 43).

Nézzünk egy lehetséges példát erre a zavaró egybemosódásra! Ha egy pedagógiai módszer hatékonyságát akarjuk vizsgálni, a valóságban ritkán sorsolhatjuk ki, hogy melyik pedagógus nevelje a kísérleti és melyik a kontrollcsoportot. Fontos ugyanis, hogy mindkét csoportban hasonlóan motivált pedagógusok dolgozzanak, akik hisznek az általuk gyakorolt nevelés hatásosságában. Ha valakit meggyőződése ellenére olyan módszer gyakorlására biztatunk, amiben nem hisz, az nem biztos, hogy ugyanolyan nevelést eredményez, mint a meggyőződéseivel kongruens pedagógia művelése. Hasonlóképp, ha valaki nagyon szeretné bizonyítani a munkája hatékonyságát, azt nem célszerű összevetnünk egy motiválatlan kollégájával. A kísérleti és kontrollcsoportban dolgozó pedagógusok közti különbségek torzíthatják vagy rosszabb esetben le is nullázhatják a program hatásait. A zavaró tényezők kiiktatására olyan pedagógusok szükségesek mind a kísérleti, mind a kontrollcsoportba, akik hasonlóan jó képességekkel rendelkeznek és az általuk használt módszerek tekintetében képzetek és ezek hatékonyságában hisznek.

Nincs kettős vak elrendezés

A *kettős vak* helyzet azt jelenti, hogy a vizsgálatvezető nem ismeri a hipotéziseket (Meltzoff, 2010). Ha ellenben nem különül el a pedagógiai újítást kitaláló személy, a kutató és a megvalósító, akkor az elvárások torzíthatják az eredményeket.

A megfigyeléseknél is vigyázni kell. Ha a megfigyelők ismerik a vizsgálat hipotézisét, az azzal egybevágó viselkedésekre jobban felfigyelnek, mivel „jó adatokat” akarnak gyűjteni. Sőt, van, hogy maguk a vizsgálat alanyai akarnak megfelelni az adatgyűjtő elvárásainak (Rosenthal, 2009).

Ha a pedagógus ismeri a hipotéziseket, rátaníthatja a gyerekeket az elvárt viselkedésekre.

⁶ Angolul „confounding variables”, magyarul „confoundereknek” is nevezik őket.

Reprezentatív megfigyeléses vizsgálat

Ha az általános népességre vonatkozóan szeretnénk a bölcsődébe járás hatásait vizsgálni, ritkán van lehetőségünk tervezett kísérleti hatásvizsgálatot folytatni. Nemigen fordul elő olyan helyzet, amikor a szülők igényétől és kérésétől függetlenül random módon dönthetünk arról, hogy melyik gyermek járjon bölcsődébe (illetve milyen típusú napközbeni ellátást vegyen igénybe) és melyikük maradjon továbbra is otthon.

Léteznek *nagy elemszámú, reprezentatív* vizsgálatok, melyek a napközbeni ellátással együtt járó jelenségekről szólnak, melyeket kutatócsoportok állami költségvetésekből tudtak (és tudnak) megvalósítani. Vizsgálati elrendezésük tekintetében ezek *hosszú távú követéses, megfigyeléses* vizsgálatok, melyeket sokszor azelőtt indítanak, hogy a gyermekek megszülettek volna, vagy a szülők döntöttek volna a napközbeni gyermekellátás igénybevételéről.

A reprezentatív megfigyeléses vizsgálat erősségei és korlátai magyar példán

A vizsgálati elrendezésből következik, hogy az összefüggésekről csak a mért változók tekintetében tudunk gondolkodni. Magyarországon is volt olyan *longitudinális* vizsgálat, mely a bölcsődei nevelésről is tartalmazott adatokat, amelyek felhasználásával az intézményes neveléssel hosszú távon együtt járó fejlődési következményeket lehetett leírni. E magyar példán keresztül szemléltetjük az eljárás erőseit és korlátait.

A Ranschburg Jenő és Horváth István által vezetett *Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat* az 1982. január 1. és 1983. szeptember 30. között Budapesten született gyermekek 2%-ával, vagyis 443 fős reprezentatív mintán zajlott. A gyermekekről hat időpontban gyűjtöttek adatokat, egészen 22-23 éves korukig (Bass, 2007). A vizsgálat a deviáns magatartásformák kialakulását vizsgálta.

A mintában 403 főről volt adat a bölcsődébe járás tekintetében, a gyerekek 59%-a volt rövidebb-hosszabb ideig bölcsődés (Bass és Darvas, 2008). Számos fejlődési mutatóval összevetették a bölcsődébe járást: az ötéves, hétéves és tizenkét éves korban mért IQ-val, a gyermekek iskolai teljesítményével, óvodai és iskolai beilleszkedéssel, illetve a későbbi viselkedészavarokkal.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a bölcsődei nevelés csak kis mértékben hatott a gyerekekre, ez azonban eltérő volt a különböző iskolázottságú anyák gyermekei esetében: míg a diplomás anyák gyermekeinek intelligencia-fejlődését elősegítette, az általános iskolai végzettségű anyák esetében az otthoni neveléshez képest hátráltatta (a diplomás és az alacsony iskolázottságú anyák gyermekeinek intellektuális teljesítőképessége az iskoláig egyre jobban távolodott

egymástól). Nem ismerjük a bölcsődében töltött órák számát, sem a bölcsődekezdés időpontját, és sajnos az ellátás minőségéről sincsenek információink. A szerzők azt feltételezték, hogy „a különböző státuszú családok különböző színvonalú bölcsődéhez fértek hozzá” (Bass és Darvas, 2008, 13). Annyi látszik, hogy a bölcsődei nevelésnek a kognitív funkciókra volt valamilyen hatása – bár ez a hatás csak a jó szocioökonomiai státuszú családoknál volt pozitív előjelű. Az okok tekintetében sötétben tapogatózunk, mivel az 1980-as évek első felének bölcsődei a maiaktól jelentősen különböztek, elsősorban az akkori domináns egészségügyi szemléletük miatt, illetve a családokkal való együttműködésük kezdetlegessége tekintetében. Mindazonáltal a magyar bölcsődei rendszer világviszonylatban akkoriban (is) jól szervezettnek, a Bölcsődék Országos Módszertani Intézetének felügyelete miatt ellenőrzötnak és szakképzett gondozókkal ellátottnak számított.

A bölcsődei nevelésnek az óvodai beilleszkedésre volt hatása, de az iskolaira már nem. Az óvodában a bölcsődés gyermekek szociabilitás-pontszáma magasabb volt, mint az otthon nevelteké, tekintélytiszteletük azonban alacsonyabb értékelést kapott. A pedagógusi jellemzés alapján számolt iskolai viselkedészavarok és a bölcsődébe járás ténye közt nem találtak szignifikáns összefüggéseket (annál inkább volt kapcsolat a szülők válásával).

Azoknál, akik másfél éves koruk előtt kezdték a bölcsődét, szignifikánsan alacsonyabb érzelmistabilitás-értékeket találtak a kutatók, illetve tendenciaszerű összefüggésként írták le, hogy több fiatal felnőttkori deviáns magatartásformát találtak náluk (Bass és Darvas, 2008). Noha sejtjük, hogy a másfél éves kor előtti bölcsődébe adás korai lehet egy kisgyermek számára, az együttjárás mégsem jelent egyértelmű okságot. A megfigyeléses, *együttjárásokat kereső*⁷ longitudinális vizsgálatoknál csak azoknak a tényezőknek az összefüggéseiről tudunk bármit, amelyeket mértünk. Ha például kimarad a csecsemőkori temperamentummérés vagy a csecsemőkori regulációs zavarok felmérése, akkor későbbiekben ezeket már nem tudjuk pótolni. Visszatérve a fiatal felnőttkori alacsonyabb érzelmi stabilitás és a bölcsődébe járás közti kapcsolatra, fontos megállapítani, hogy itt ismeretlen az összefüggés természete. Elképzelhető, hogy nem a bölcsődébe járás ténye miatt lettek érzelmileg labilisak felnőttkorukra a résztvevők, hanem amiatt adták

⁷ Korrelációs vizsgálatok. „A megfigyeléses vizsgálat (*observational study*) elnevezés mellett a korrelációs vizsgálat (*correlational study*) kifejezéssel is találkozhatunk a szakirodalomban (pl. Lau and Kuziemsky, 2016). Ez azonban eléggé megtévesztő, ugyanis a korreláció a statisztikai elemzéshez tartozó fogalom, itt pedig a kutatás felépítéséről, megtervezéséről van szó. A korrelációs vizsgálat elnevezés tehát indokolatlanul összekeveri az elemzés és a kutatástervezés kérdését, ezért célszerűbb a megfigyeléses vizsgálat kifejezést használni helyette.” (Moksony, 2021: 203)

őket bölcsődébe, mert nehéz temperamentumuk miatt nevelésük-gondozásuk már csecsemő- és kisgyermekkorukban is kihívást jelentett a szüleik számára, vagy a szülők maguk is mentálisan sérülékenyek voltak.

A *Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat* az olyan erősségei mellett, mint a longitudinális módszer használata, a családok szocioökonómiai státuszának figyelembevétele, nélkülözte azt a szempontot, hogy a *bölcsődei nevelés-gondozás minőségét* is érdemes figyelembe venni. Mivel ezt a vizsgálatot elsősorban nem a bölcsődei nevelés hatásainak megragadására tervezték, ezért hiányozhattak egyes változók, melyek fontosak lettek volna a jelenségek mélyebb megértéséhez.

A kisgyermeknevelés minősége

Az USA-ban a magyar családtámogatástól merőben különböző kontextusban, piaci alapon működő kisgyermeknevelési rendszer áll a fizetőképes szülők rendelkezésére. A napközbeni gyermekellátást befolyásoló társadalmi különbségek ellenére meg kell említenünk a National Institute of Child Health and Development (NICHD) intézet korai gyermekgondozásról szóló követéses vizsgálatát, mely 1364 gyermeket követett 1991-beli születésüktől serdülőkorukig.

Ez volt az első olyan vizsgálat, mely a különböző kisgyermeknevelési kontextusok (pontosabban azok, amelyekben a gyermek heti 10 óránál többet töltött el) minőségét az adott gyermek szemszögéből vizsgálta. Mi a *minőség* definíciója a szakirodalom szerint? Röviden: az optimális gyermeki kimenetet biztosító ellátás. A kutatások hagyományosan a szabályozható strukturális tényezőket vizsgálták, melyek közül hárommal kapcsolatban mutatták ki a legerősebb összefüggéseket a gyermekek jóllétére és fejlődésére vonatkozóan: 1) *kisgyermeknevelő-gyermek arány*, 2) a gyermekcsoport létszáma, és 3) a kisgyermeknevelők képzettsége (NICHD Early Child Care Research Network, 1999; Huntsman, 2008). Ezeket Magyarországon is jogszabály határozza meg. Ezekon kívül azonban számos tényező⁸ közrejátszik abban, hogy a bölcsődei nevelést-gondozást jó minőségűnek gondoljuk-e.

⁸ A kora gyermekkori gondozási és oktatási ellátási formák minőségének (angol nyelvű) mérőeszközeiről szóló módszergyűjtemény (Halle és Mtsai, 2010) huszonegy olyan skálát tartalmaz, mely a három évnél fiatalabb korosztály nevelésének-gondozásának minőségét méri. A minőség strukturális mutatóit e mérőeszközök általában több területen határozzák meg, elsősorban a gyermekek szempontjából, de kitérve a szülők és a kisgyermeknevelők szempontjaira is, pl.: biztonságos és stimuláló környezet, felszereltség, játékkészlet, csoportszoba elrendezése, tevékenységkínálat, napirend, családok bevonása, kisgyermeknevelői bér, nevelői személyi változások gyakorisága. Ezek túlnyomó többségben szakértői megfigyelésekre alapulnak, csak némely esetben használnak interjút vagy elemeznek dokumentumokat (ezek inkább a vezetéssel összefüggő minőségvizsgálatokra jellemzők).

Az NICHD-vizsgálat a kisgyermeknevelésről azért volt újszerű, mert az aránylag könnyebben mérhető *strukturális minőségmutatókon* túl a csak folyamatokban megtapasztható, vagyis „*procedurális*” jellemzőket is meg akarta ragadni, vagyis a mindennapos társas *interakciókat* és aktivitásokat is mérték. A kisgyermeknevelő-gyermek interakciók megfigyelése aprólékos és hosszadalmas munka, melyhez az adott csoportba több órára képzett megfigyelőket kell küldeni. Miért érdemes ezzel az idő- és munkaigényes feladattal foglalkozni? Mert a gyermekek fejlődésének legerősebb és legkövetkezetesebb bejósolója a *szenzitív, válasz-kész gondozás-nevelés* (U.S. Department of Health and Human Services, 2006), melyet megbízhatóan csak megfigyeléses módszerrel tudunk tetten érni.

Ennek a longitudinális vizsgálatnak a leglényegesebb eredményei arra utalnak, hogy a napközbeni ellátás minősége nem elhanyagolható a gyermekek fejlődése szempontjából. A korai családon kívüli gondozás kapcsán két egymásnak némileg ellentmondó hatás érvényesül. Egyrészt, a jó minőségű bölcsődei nevelés jobb nyelvi és kognitív készségekkel járt együtt a vizsgált gyermekeknél. Másrészt a családon kívüli nevelésben eltöltött idő hosszával a gyermekek viselkedési problémái, konfliktusos kapcsolatai szaporodtak, illetve később, a tanári jellemzésekben az externalizációs problémák száma nőtt (The NICHD Early Child Care Research Network, 2005).

Összességében azt látjuk, hogy a nevelés-gondozás általános minőségének a fontosságát és a gyermekek fejlődése szempontjából való relevanciáját sikerült felismerni. Ezek felhívták a figyelmet arra, hogy ezeket mérjük, ellenőrizzük, szabályozzuk.

Kisgyermeknevelési rizikók: hosszú napok a bölcsődében és a rossz minőség

Az NICHD-vizsgálat szerint a gyermekek közt a relatíve alacsonyabb IQ-val rendelkezők körében a családon kívüli gyermekgondozás mellett gyakrabban jelentkezett erőszakos, agresszív, szófogadatlan viselkedés. Ez az összefüggés azoknál a gyerekeknél volt a legjelentősebb, akik hetente több mint 45 órát töltöttek bölcsődében-óvodában (Clarke-Stewart és Allhusen, 2005). Ez éppen annyi idő, mint amennyit egy gyermek bölcsődében tölt, ha a szülei a bölcsődétől fél órányi napi 8 órában dolgoznak.

A vizsgálat több szempontból megvizsgálta a kisgyermeknevelés összefüggéseit. Ezek a vizsgálatok általában azért jelentősek, mert a változók közti kölcsönhatásokat és időben való változásukat is meg tudják már ragadni, *moderáló és mediáló változók* beépítésével modelleket alkotnak, melyek a fejlődés lehetséges útjait írják le.

A korábbi vizsgálatok a napközbeni ellátás kedvező voltát kifejezetten a hátrányos helyzetű csecsemők és kisgyermekek szempontjából írták le. A családi *rizikótényezők* tekintetében a kutatók (NICHD Early Child Care Research Network, 2002) háromféle veszélyeztető tényezőt különböztettek meg: pszichoszociális, szocioökonómiai és szociokulturális rizikót. A pszichoszociális rizikó az anyai depresszióra vagy egyéb mentális betegségre, a szülők társas támogatottságának hiányára, a szülői stresszre és a házassági problémákra utalt. A szocioökonómiai rizikó a család gazdasági nehézségeire és a szülők alacsony iskolázottságára vonatkozott. A szociokulturális rizikó pedig az egyszülős családra, illetve a kisebbségi létre utalt.

Nem mindegyik rizikófajtnak volt ugyanolyan hatása a gyermeki jellemzőkre (NICHD Early Child Care Research Network, 2002). A pszichoszociális rizikó a gyermekek (anya által észlelt) viselkedésproblémáit vetítette előre, 24 hónapos korban kezdődő jelleggel, 36 hónapos korra erősödve. A 3 éves kori szókinccsel mind a szocioökonómiai, mind a szociokulturális rizikó összefüggésben állt, hasonlóan a korábbi vizsgálatok eredményeihez, melyek arról szóltak, hogy a jobb anyagi helyzet pozitív hatással van a gyermekek intellektuális fejlődésére (lásd például a *Budapesti Longitudinális Vizsgálat* eredményeit). Az anya anyanyelvének erősebb hatása volt a gyermek szókincsére, mint a család felnőtt férfi tagjáénak.⁹

A napközbeni gyermekellátás és a családi rizikótényezők közti összefüggést korlátozottan sikerült kimutatni. A magasabb szociokulturális rizikó akkor járt együtt a gyermek társas viselkedési problémáival, ha a gyermek rossz minőségű bölcsődébe járt (*kettős rizikó*). Ha a bölcsőde átlagos vagy jó minőségű volt, akkor ez az összefüggés megszűnt. Sajnálatos módon a jó minőségű, stabil napközbeni gyermekellátás nem jelentett *védőtényezőt* a családi rizikótényezők hatásával szemben, vagyis a bölcsőde kompenzáló hatását nem sikerült tetten érni a családi negatív hatásokkal szemben. Ennek okai abban is állhattak, hogy a teljes mintán vizsgálták ezt a hatást, nem csak a legrizikósabb alcsoportokban. A mintából hiányoztak a szerhasználó anyák, a tinédzser anyák vagy a veszélyes környékeken élők. Ugyanakkor a mintában kevés volt az olyan nagyon rizikós gyermek, aki rossz minőségű ellátásban részesült, de arányaiban az is, aki jó bölcsődébe járt (NICHD Early Child Care Research Network, 2002).

⁹ Azért nem egyszerűen apát írunk, mert ebben a vizsgálatban a gyermek hároméves korára az anya partnere nem feltétlenül a gyermek apja volt.

Kötődés és kisgyermeknevelés: az anyától való szeparáció kérdése

A családon kívüli neveléssel kapcsolatos másik kutatási vonal a gyermek anyához való kötődését vizsgálja. Az Amerikai Egyesült Államok ugyanis hagyományosan meglepően kevés juttatást biztosít gyermekszületés kapcsán: az anyát csak tizenkéthetes fizetés nélküli szabadság illeti meg (*Family and Medical Leave Act*, 1993). Ha a szülők a tizenkét héten túl maguk szeretnék csecsemőik vagy kisgyermekük gondját viselni, ehhez nem kapnak semmiféle anyagi vagy munkahelyi védeltséget biztosító támogatást az államtól. A gyermek iskolaköteles koráig a családok döntenek el, igénybe vesznek-e bármilyen gyermekmegőrzési vagy napközbeni kisgyermeknevelési szolgáltatást. Csak azok a családok részesülhetnek államilag (részlegesen vagy egészében) támogatott gyermekgondozásban, akik igazolják szociálisan rászorult helyzetüket. A magasabb jövedelemmel rendelkező családoknál adójóváírás révén csökkenthetők a napközbeni gyermekellátás költségei (Clarke-Stewart és Allhusen, 2005). Ennek eredményeként a tengerentúlon rengeteg csecsemő kerül a kötődés kialakulásának fontos időszakában ilyen-olyan napközbeni gyermekellátásba.

Az Egyesült Államokban zajló kisgyermeknevelési vizsgálatok több hullámban zajlottak. Ezeket alapvetően hasonló kérdés motiválta: a gyermekek fejlődésére milyen hatást gyakorol a családon kívüli gondoskodás. A kötődéstudományból eredően többen (Belsky, 1988; Watamura, Kryzer és Robertson, 2009) hosszú ideig aggodalmuknak adtak hangot azzal kapcsolatban, hogy a családon kívüli nevelés fejlődési rizikótényezőket hordozhat a három éven aluliak, ezen belül is különösen a csecsemők számára – konkrétan, hogy a napközbeni nevelés valószínűsíti az anyához való kötődés bizonytalanra válását. Kezdetben, az 1970-es években önmagában a családon kívüli nevelés tényét vetették össze az otthoni neveléssel a korai kötődés viszonylatában. A vizsgálatok második hullámában a kisgyermeknevelés minőségének fényében kezdték vizsgálni a gyermeki fejlődés különböző mutatóit. A vizsgálatok harmadik hulláma (ide tartoznak az olyan a nagymintás, több helyszínes követéses vizsgálatok, mint az NICHD kutatása) az 1990-es évektől a vizsgálatok során kisgyermeknevelés jellegzetességein kívül a gyermekek egyéni tulajdonságait és a családi jellegzetességeket is beleértette a vizsgált tényezők körébe (Fenech, 2011).

Az NICHD-vizsgálat eredményei szerint nem volt magasabb a bizonytalan kötődés aránya azoknál a csecsemőknél, akik napközbeni nevelésben vettek részt, mint az otthon gondozottak körében, viszont a *kettős rizikó* elvét az anyához való kötődés minőségén tetten lehetett érni. Azaz amennyiben a kockázati tényezők együtt jártak a családban is és a bölcsődében vagy a gyermekmegőrzőnél is,

az valószínűsítette az anyához való bizonytalan kötődést (NICHD Early Child Care Research Network, 1997). Azoknál a csecsemőknél volt a legmagasabb valószínűsége a bizonytalan kötődés kialakulásának, akiknek saját anyja inszenzitív és kevésbé válaszkész volt az otthoni megfigyelés alatt, és ez párosult a kisgyermeknevelő kevésbé érzékeny és kevésbé válaszkész viselkedésével. Hasonlóképp, ha az anyai inszenzivitás hosszú bölcsődében tartózkodással párosult, vagy gyakori váltások voltak a napközbeni ellátás formájában, akkor is megemelkedett a valószínűsége az anyához való bizonytalan kötődés kialakulásának. Az anyai viselkedéstől függetlenül azonban a bölcsődébe adás önmagában nem valószínűsítette a bizonytalan kötődés kialakulását (NICHD Early Child Care Research Network, 1997).

Annak ellenére, hogy az NICHD korai gyermeknevelésről szóló vizsgálata nem talált főhatást a csecsemők napközbeni gondozása és az anyához való kötődése között, nem jelenti azt, hogy a világ más tájain, illetve másképp kialakított vizsgálati csoportokkal ne találánánk ilyen összefüggést.

Véletlenszerű rétegzett mintavételi eljárást használt az izraeli *Haifa Study of Early Child Care* (Sagi és mtsai, 2002). A gyermek születésekor három haifai kórházban 4582 anyát toboroztak a vizsgálatban való részvételre. Ezt követően 4572 anyával beszéltek telefonon a gyermek 2-3 hónapos kora közt, arról, hogyan döntött, igénybe vesz-e a három hónapos fizetett szülési szabadságát követően valamilyen napközbeni gyermekellátást a gyermek első életévében. Ennek az információnak a birtokában a családok szocioökonómiai státuszát alapul véve véletlenszerű rétegzett mintavétellel alkották meg a vizsgálati csoportokat, így elérve, hogy mindegyik csoportban kellő számban legyenek képviselve a családok, a teljes szocioökonómiai palettán belül. Az izraeli *Haifa Study* eredményei (Sagi és mtsai, 2002) szerint a csecsemőkori gyermekgondozás fajtája igenis jelentőséggel bír az anyához való kötődés minőségére. A vizsgált 758 gyermek egyéves korában (49% lány, 51% fiú) öt különböző ellátási típust tapasztalhatott meg: 38%-ról az anya gondoskodott (kontrollcsoport), 13%-ra egy rokon, 22%-ra fizetett dajka vigyázott, 7% családi bölcsődébe, 20% pedig intézményes bölcsődébe járt. A gyermekellátással kapcsolatos változók a következők voltak: az ellátás kezdetén mennyi idős volt a gyermek, voltak-e váltások az ellátás formájában, többféle ellátásba járt-e a gyermek és hány gyerek jutott egy felnőttre. A *Haifa vizsgálat* azt találta, hogy az intézményes ellátás, vagyis a csecsemőkori bölcsődei gondozás – Idegen Helyzet eljárásban vizsgálva – jelentősen megnövelte az anyához való bizonytalan (és dezorganizált) kötődés valószínűségét, bármelyik másik gyermekgondozási megoldáshoz képest. A magas csecsemő-gondozó arányt (7:1, illetve 8:1) tették felelőssé a bölcsődei

gondozásban részesülő csecsemők nagyobb arányú kötődési bizonytalanságáért. Ez egyben a vizsgált kisgyermeknevelési pedagógia átgondolatlanságára, illetve életkori sajátosságokhoz való alkalmazkodásának hiányára is utalt. A magyar bölcsődepedagógiában jól ismert, hogy még akkor is nehéz a személyes gondoskodást megadni a csecsemőknek, ha „csak” 5 kisgyermek jut egy felnőttre és *folymatos napirend* alapján dolgoznak, vagyis a gondozási műveleteket meg nem szakítva, a csecsemőket egyenként, elcsúsztatva látják el (lásd Gyöngy, 2014).

A kisgyermeknevelés kezdetének időzítése, avagy milyen az optimális „adagolás”?

Felmerül a kérdés, hogy amennyiben jó minőségű bölcsődét találunk, és a szülő is szenzitív gyermekével, akkor mindenféle következmény nélkül bölcsődébe adhatunk-e egy csecsemőt. A csecsemők napközbeni ellátásának velejáróit vizsgálva három kérdés merül fel: milyen idős korban kezdődik, hány órára és milyen típusú napközbeni ellátásról van szó.

Az NICHD korai gyermekgondozásról szóló vizsgálata (Brooks-Gunn és mtsai, 2002) szerint a gyermek „házon kívül” neveltetésének kezdete hátráltatja a gyermek intellektuális fejlődését, amennyiben a csecsemő 9 hónapos kora előtt¹⁰ történik. Amennyiben az anya 30 óránál többet – vagyis teljes állásban – dolgozott, az együtt járt a gyermekek hároméves korában¹¹ felvett kognitív teszten¹² kapott alacsonyabb eredménnyel.

Franciaországban 2011-ben született gyermekek *kohorszvizsgálata* (Berger és mtsai, 2021) árnyalja ezt az eredményt. A francia bölcsődék államilag finanszírozott, szigorúan szabályzott, jó minőségű, a családok körében preferált és sok esetben már 6–9 hónapos kor körül¹³ igénybe vett intézmények. Merőben más megítélés alá esnek ezek az intézmények, mint az Egyesült Államokban: kulturálisan elfogadottak és megbecsültek.

¹⁰ A csecsemő 6–9 hónapos kora körüli anyai munkába állás esetén volt a legkifejezettebb ez az együttjárás.

¹¹ Érdekes módon a 15 hónapos és kétéves kori kognitív fejlettségen nem lehetett még egyértelműen látni, hogy az anyai teljes állású munkavégzés és a hároméves kori kognitív fejlettség közt ilyen összefüggés lesz. Más mérőeszközt is használtak hároméves korban.

¹² A Bracken iskolaérettségi vizsgálatot (*Bracken School Readiness Assessment*) már hároméves kortól fel lehet venni, színmegnevezés, formaosztályozás, betűfelismerés, megszámlálás, méretösszehasonlítás feladatokat tartalmaz.

¹³ Arról a cikkben (Berger, Panico és Solaz, 2021) sajnos csak utalásszinten szólnak, hogy mikor írták be a csecsemőket: két hónaposan még biztosan nem, fél évesen már beírathatták. Egy másik forrás (Druckerman, 2012) a 9 hónap körüli bölcsődekezdés gyakorlatát említi a francia családoknál.

A francia kohorszvizsgálatban arra a kérdésre keresték a választ, hogy az egy-éves korban történő bölcsődei ellátás befolyásolja-e a kétéves kori nyelvi, motoros készségeket és a gyermekek viselkedését. A gyermekek egyéves korában a szülőket telefonos interjúban megkérdezték, hogy a gyermek számára a napközbeni ellátás valamilyen formáját igénybe veszik-e. Ez lehetett bölcsőde (*crèche*), „pótmama” (*assistante maternelle*), vagyis olyan családi bölcsőde, ahol egyszerre maximum három kisgyermek látható el, bétiszter/magán dajka, informális gyerekvigyzó, vagy az, hogy a szülők biztosították továbbra is a felügyeletet.

Majdnem tizenkétezer gyermek adatainak vizsgálata (Berger és mtsai, 2021) arra utalt, hogy a bölcsőde látogatása az összes többi ellátási formához képest pozitív hatással volt a nyelvi készségekre, miközben alig volt hatása a motoros készségekre, azonban a szülők által tapasztalt viselkedési problémák megjelenését valószínűsítette. A nyelvi készségekre gyakorolt pozitív hatás különösen kifejezett volt a hátrányos helyzetű gyermekek körében, viszont itt meg kell jegyezni, hogy *integráltan* jártak jó képességű gyerekekkel, egy-egy csoportban csak maximum néhány fejlődésében lemaradt gyermek volt.

Óvoda: hatások az az óvodában töltött idő tekintetében

Ha az életkorban tovább lépünk az óvodáskor felé, azt látjuk, hogy nem mindegy, hogy az iskolát megelőzően hány évet jár egy kisgyermek intézménybe, mint ahogy az sem, milyen intenzitással (hány nap egy héten, hány órát, hány hónapot egy évben). A francia kohorszvizsgálat elemszámához hasonló amerikai egyesült államokbeli mintán (N = 14,162) rendelkezésünkre állnak adatok arról, mennyi időt jártak a gyermekek öt éves koruk előtt napközbeni ellátásba, és ez milyen együttjárást mutatott az ötéveskori kognitív (olvasás, matematika) és szociális készségeikkel (Loeb és mtsai, 2007). Az eredmények hasonlóak az eddigiekhez, mivel itt is azt találták, hogy az intézményes nevelés pozitívan befolyásolja a matematikai és olvasást előkészítő készségek alakulását, miközben a viselkedési problémák megjelenése valószínűbb. A családi neveléssel összevetve két- és hároméves kor közti beíratás mellett alakultak ezek a legoptimálisabban. A megfelelő dózis tekintetében számított a család anyagi helyzete. Ha hátrányos helyzetű volt a gyermek, akkor intenzívebb (heti 30 órában legalább évi 9 hónapon át) óvodai nevelés mellett lettek jobb eredményei, ha viszont jó anyagi helyzetű családból származott, csak akkor profitált a napközbeni ellátásból, ha az intézményben töltött órák száma korlátozott volt (15–30 óra hetente legalább évi 9 hónapon keresztül).

Az első európai követéses vizsgálat a családon kívüli gyermeknevelés hatásairól az iskoláskor előző években az Egyesült-Királyságban zajló EPPE projekt

(*Effective Provision of Pre-School Education*) volt (Sylva és mtsai, 2004). Kiscsoportos óvodás kortól második osztályig zajlott a gyermekek követése. Ha a gyermek hosszabban látogatta az óvodát (több hónapig), akkor jobb eredményei lettek, és ehhez a félnapos óvodába járás is elegendőnek mutatkozott. Az óvodába járó gyermekek jobban fejlődtek, mint akiket otthon neveltek. Az előnyök az intellektuális és társas készségekben is tetten érhetők voltak. Viselkedéses problémákat azoknál a gyerekeknél láttak, akik kétéves koruk előtt kezdték az intézménylátogatást. A hátrányos helyzetű gyerekek esetében a fejlődés mértéke nagyobb volt intézménylátogatás esetén, de a francia kohorszvizsgálat eredményeihez hasonlóan itt is a jó minőségű nevelésből tudtak profitálni, különösen akkor, ha különböző társadalmi helyzetű gyermekek jártak kevert csoportokba. Szignifikáns együttjárást írtak le az óvodák minősége és a gyerekek intellektuális és társas készségei közt iskolakezdéskor, például a jó minőségű óvodába járó gyerekek önállóbbak és barátságosabbak voltak, és kevésbé tűntek aggódónak. Ha az óvodapedagógusok meleg és szenzitív interakciókat folytattak a gyerekekkel, akkor a gyerekek jobban fejlődtek.

Magyarországon is leírtak hasonló eredményeket: a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek 3-4 éves kortól való óvodáztatása jobb iskolai eredményekkel járt együtt, mint azoké, akik csak 5 éves koruktól jártak óvodába (Kertesi és Kézdi, 2012). Nem véletlen, hogy a magyar kisgyermeknevelésben hagyományosan hároméves korban, vagyis abban az életkorban van az intézményváltás, illetve napjainkban a kötelező intézménylátogatás kezdete, amikortól a családon kívüli nevelés egyértelmű pozitívumokat hordoz a gyermekek kognitív fejlődése szempontjából.

Kvázi kísérlet, természetes kísérlet

Amikor alkalmazott kutatásban gondolkodunk, előfordul, hogy a vizsgálati személyeink csoportba sorolása felett nincs befolyásunk.

A pszichológiában gyakran alkalmazunk úgynevezett *kvázi-kísérleti eljárásokat* [...], ez azt jelenti, hogy valójában nem történik kísérleti manipuláció, hanem a vizsgálati személyeket valamilyen jellemző alapján válogatjuk csoportba, úgy, mintha valamilyen kísérleti manipulációt alkalmaztunk volna. De itt valójában nincs szükség a manipulációra, mert maguk a csoportok speciális tulajdonsága adja a független változók különböző szintjeit. (Lábady, 2006, 53)

A kvázi kísérlet tehát sok mindenben hasonlít a laboratóriumi kísérletre (előfordulhat, hogy helyszínét tekintve laboratóriumban is zajlik), de nem tudjuk a vizsgálati

személyeket random módon csoportokba sorolni (például, ha koponyasérülést szenvedett gyerekeket szeretnénk tanulmányozni). Ilyenkor a kérdés, amit fel kell tenni, az, hogy a gyerekek a kísérleti és a kontrollcsoportban (szisztematikusan) eltérnek-e valamilyen jellemzőjük mentén, illetve milyen lépéseket tehetünk, hogy minél hasonlóbbak legyenek egymáshoz (alkalmazhatunk például illesztett kontrollcsoportot).

A *természetes kísérlet* hasonlít a kvázi kísérletre abban, hogy ez is a kutató kísérleti beavatkozásától mentes vizsgálati elrendezés, mivel olyan tényezőt tanulmányozunk, mely természetes módon következett be a gyermekek számára.

A „természet” szó itt tág értelemben szerepel, és minden, a kutató saját aktív részvételétől független folyamatot felölel – legyen az akár szorosan vett természeti folyamat (mint amilyen például egy földrengés vagy egy hurrikán pusztítása), akár pedig más emberek cselekedete (mint amikor például egy kormány módosít valamilyen jogszabályt, vagy amikor egy vállalat megváltoztatja az addigi működését). A lényeg, hogy a vizsgálati helyzetet nem maga a kutató hozza létre, ő csupán felismeri és kihasználja azt. (Moksony, 2021, 203)

A kvázi kísérlet egyik alfajának is tekinthető, mert itt sem vagyunk általában képesek a résztvevőket random módon kísérleti és kontroll csoportokba sorolni. Annyiban szűkebb fogalomról van szó, hogy a természetes kísérlet a gyerekek élőhelyén (például a gyermekintézményben) zajlik. Nem egyszerűen terepkísérletet jelent azonban, mert nem arról van szó, hogy a kutató a laboratóriumi kísérletet a labor falain kívülre viszi. Hanem „a dolgok szerencsés alakulása hoz létre olyan helyzetet, amelyben a magyarázó változó különböző értékeket vesz fel, a megfigyelések pedig gyakorlatilag – vagy akár ténylegesen is – véletlenszerűen rendelődnek hozzá ezekhez az értékekhez.” (Moksony, 2021, 201)

Szakpolitikai döntések következményei a gyermekek fejlődésére

A kvázi kísérlet és a természetes kísérlet tehát nem ugyanaz, de érdekes módon a publikációk címében sem következetes a fogalomhasználat, amikor kisgyermeknevelést érintő szakpolitikai változások gyermeki kimenetekre vonatkozó következményeinek leírásáról van szó. Témánk szempontjából az a helyzet érdekes, amikor egy állam vagy önkormányzat úgy dönt, mindenki számára (majdnem) ingyenesen elérhetővé teszi a napközbeni kisgyermekellátási szolgáltatást vagy a már ingyenes óvodát általánosan kötelezővé teszi.

Ezeknek a vizsgálatoknak a körébe tartozik az a kanadai kutatás (Lefebvre és mtsai, 2008), mely arról számolt be, hogy milyen változásokat lehetett tetten érni a gyermekek 4-5 éves kori szókinccsméréseiben, miután az egyik tartományban, Québecben olcsó kisgyermekellátást vezettek be. Az összehasonlítás alapját az jelentette, hogy a többi tartomány nem változtatott a kisgyermekellátási rendszerén. 1997 őszétől a québeci szülőknek lehetősége nyílt a négyéves gyerekeiket napi 5 dolláros áron óvodába járatni. Az állam a támogatott családoktól átvállalta a gyermeknevelés költségeinek nagy részét. Az intézkedés célja kettős volt: a családok anyagi biztonságának fokozása az anya munkaerőpiacra való visszatérése révén és a gyermekek fejlődésének támogatása az egyenlő esélyek biztosítása révén.

Az ezredfordulóra az öt évnél fiatalabbakra mind kiterjesztették ezt a lehetőséget azzal a célkitűzéssel, hogy 2007-re a gyermekek 60%-a részesülhessen ebből az olcsó ellátásból. Így az államilag támogatott helyek száma 77 000-ről 199 000-re, vagyis két és félszeresére nőtt egy évtized alatt. Az ilyen nagymértékű gyors növekedés, illetve finanszírozásbeli átrendeződés mindig figyelmet igényel, mert a gyakorlatban sajnos általában együtt jár az ellátásbeli követelmények (remélhetőleg csak időleges) csökkenésével.

Az elemzéshez a kanadai nemzeti longitudinális vizsgálat (*Canada's National Longitudinal Survey on Children and Youth*) kétévenkénti kohorsadatait használták 1994 és 2004 közötti időszakra 6 adatpontban; a québeci adatokat Kanada fennmaradó részével, illetve Ontario tartománnyal összevetve. A négy- és öt-évesek Peabody-teszt eredményeit hasonlították össze. A négyéveseknél is tapasztalható volt már a napközbeni ellátásban töltött megnövekedett idővel együttjáró szókinccscsökkenés (a hatás mértéke egy szórás ötöde volt a négyéveseknél, melyet a szerzők akkorának tulajdonítottak, mint annak a hatását, hogy az anyának középiskolai végzettsége vagy egyetemi diplomája van-e), miközben az ötéveseknél ennél egyértelműbb volt a teljesítményromlás (egy szórás majdnem harmada). A szókinccsromlás kifejezetten tetten érhető volt az alacsonyabban iskolázott anyák gyermekeinél (ebben az eredmények hasonlítanak a *Budapesti Longitudinális Vizsgálatban* tapasztaltakra), mivel ők nem voltak képesek az ellenőrizhetetlen minőségű napközbeni gyermekellátásban töltött hosszú időt (az anya munkaidejét) ellensúlyozni.

Ha hasonló vizsgálatok *metaanalízisét* (van Huizen és Plantenga, 2018) nézzük, azt találjuk, hogy gyermeki kimenetre vonatkozó empirikus eredmények tekintetében az ellátás minősége kritikus. Az általános óvodáztatás esetében is lényeges az ellátás minősége, mint ahogy a bölcsőde esetében is fontos volt (ez magyarázhatja a kanadai eredményeket). Amennyiben jó minőségű az ellátás,

akkor előnyöket hordoz a gyermekek számára, ezek a pozitívumok pedig az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű családokból származó gyermekek körében koncentrálódnak.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS GYAKORLATI MEGFONTOLÁSOK

A jelen tanulmány célja kettős volt: a családon kívüli gyermekellátás pozitív és negatív velejáróinak áttekintése, valamint a kérdés megvizsgálására alkalmas kutatási módszerek bemutatása.

Figyelmeztetésként tekintsünk ezekre a vizsgálatokra. A családoknak még a jó minőségű kisgyermeknevelés esetén is számolniuk kell a gyermekeknél tapasztalható viselkedési problémákkal. (Gyakorló kisgyermeknevelők és óvoda-pedagógusok azt mondják, a közösségben való nevelés egész napos feszültsége így jön ki otthon a gyerekeken, vagyis „ez az ára” a napközbeni ellátásnak). A negatívumok az ellátásban töltött idő hosszával nőnek, ezért hívják fel a pedagógusok a szülők figyelmét, hogy délutánonként „ne felejtsek ott” a gyerekeiket, vagyis amennyire tudják, rövidítsék az intézményben töltött idő hosszát.

A vizsgálatok során a gyerekeknél mérhető, de aránylag kis mértékű hatásokat tapasztaltak a kognitív hozadékok és viselkedés negatív velejárói szintjén. Ezek egyéni szinten kis mértékű hatások, viszont azért nem legyinthesük rájuk, mert rendszerszintűvé válva felerősödnek.

A napközbeni ellátás kezdetét tekintve az alábbiak rajzolódnak ki. Egyéves kor előtt az eredmények vegyesek. Csecsemőkori bölcsődei ellátások vizsgálata során találjuk a legtöbb negatív fejlődési velejárót. Általában véve az élet első éve a kisgyermeknevelés „veszélyzónája”, olyannyira, hogy még jó minőségű kisgyermeknevelés esetén is előfordulhatnak negatív hatások a gyermeki kimenetekben.

Egy és két-hároméves kor között következik a kisgyermeknevelés „szürke-zónája”, amikor a minőség véd a napközbeni ellátás árnyoldalaitól. Miközben nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a minőségnek kiemelt szerepe van, a családi tényezők figyelembevétele nélkül nem gondolkozhatunk a korai kisgyermeknevelés hatásairól. Általában a családi hatások jóval erősebbek a családon kívüli gyermeknevelés hatásainál, azonban utóbbiak hozzájárulása a fejlődési kimenetekhez nem irreleváns, mivel működhet fejlesztő szereplőként is és hátráltató tényezőként is. Ha rossz minőségű a családon kívüli gyermeknevelés, akkor nem tud intervencióként működni a hátrányos helyzet rizikójával szemben, sőt, még tovább ronthat a helyzeten az alacsony iskolázottságú szülők otthoni neveléséhez

képest. Sőt, amennyiben magasan iskolázott szülők gyermeke tölt hosszú időt rossz minőségű kisgyermeknevelésben, akkor a művelt család kompenzáló hatása sem fog érvényesülni. Ha viszont jó minőségű a kisgyermeknevelés, akkor a hátrányos helyzetű gyermekek fejlődését felgyorsíthatja, miközben a jó szocioökonómiai helyzetű családok gyermekei is profitálhatnak belőle. A hátrányos helyzetet az integrált, jó minőségű napközbeni ellátás tudja kompenzálni. Ha egy csoportban sok a halmozottan hátrányos helyzetű kisgyermek, akkor speciális programra lehet szükség a hátránykompenzációhoz.

Hároméves kortól egyértelműnek tűnő pozitívumokat könyvelhet el magának az óvodai nevelés.

A jó minőségű ellátás megtalálása és biztosítása nem a szülők feladata volna, hanem általános kíváncsi a kisgyermeknevelés minden formájával szemben. Ezért lényegesek a kisgyermeknevelés minőségét támogató és szavatoló képzések, továbbképzések és folyamatos ellenőrzések.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Bass, L. (2007). *Az esélyegyenlőtlenségek dinamikája: A Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat eredményei a gyermekek szocializációjának társadalmi meghatározottságáról*. Budapest: MTA GYEP.
- Bass, L., & Darvas, Á. (2008). *Gyerek jól-lét – szociálpolitika – gyerekintézmények*. MTA Közgazdaságtudományi Intézet.
- Belsky, J. (1988). The “effects” of infant day care reconsidered. *Early Childhood Research Quarterly*, 3(3), 235–272.
- Berger, L. M., Panico, L., & Solaz, A. (2021). The impact of center-based childcare attendance on early child development: Evidence from the French Elfe cohort. *Demography*, 58(2), 419–450.
- Brooks-Gunn, J., Han, W. J., & Waldfogel, J. (2002). Maternal employment and child cognitive outcomes in the first three years of life: The NICHD study of early child care. *Child Development*, 73(4), 1052–1072.
- Clarke-Stewart, A., & Allhusen, V. D. (2005). *What We Know About Childcare*. Harvard University Press.
- Druckerman, P. (2012). *Nem harap a spenót: Gyereknevelés francia módra*. Libri.

- Family and Medical Leave Act* (1993). <https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla>
- Fenech, M. (2011). An analysis of the conceptualisation of 'quality' in early childhood education and care empirical research: promoting 'blind spots' as *foci* for future research. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 12(2), 102–117.
- Ferenczi, T. (2021). A valószínűségszámítás és a statisztika alapvonalai. Forrás: https://github.com/tamas-ferenci/FerenciTamas_AValoszinusegszamitasEsAStatisztika-Alapvonalai/raw/main/docs/FerenciTamas_AValoszinusegszamitasEsAStatisztikaAlapvonalai.pdf
- Gyöngy, K. (2014). A bölcsődepedagógia története a játékirányítási elvek és a művészeti nevelés szempontjából. In K. Gyöngy (2014), *A bölcsődei művészeti nevelés előzményei és jelen gyakorlata* (pp. 9–58). ELTE Eötvös Kiadó.
- Halle, T., Whittaker, J. V., & Anderson, R. (2010). *Quality in Early Childhood Care and Education Settings: A Compendium of Measures*. OPRE Child Trends.
- Huntsman, L. (2008). *Determinants of quality in childcare: A review of the research evidence*. Centre for Parenting & Research Service System, Development Division NSW Department of Community Services.
- Kertesi, G., & Kézdi, G. (2012). *Az óvodáztatási támogatásról. Egy feltételekhez kötött készpénztámogatási program értékelése* (Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek 2012/6. kötet). MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaságtudományi Intézet / Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék.
- Kézdi, G. (2011). A programok hatásvizsgálatának módszertana. In Fazekas K. & Kézdi G. (Eds.) *Munkaerőpiaci tükör 2011. Közelkép: Foglalkoztatáspolitikai programok hatásvizsgálata* (pp. 54–71). MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Országos Foglalkoztatási közalapítvány.
- Lábady, B. (2006). A laboratóriumi kísérlet. In Szokolszky Á. (Ed.), *Kutatómunka a pszichológiában: Gyakorlatok* (pp. 48–61). Bölcsész konzorcium.
- Lefebvre, P., Merrigan, P., & Verstraete, M. (2008). *Childcare Policy and Cognitive Outcomes of Children: Results from a Large Scale Quasi-Experiment on Universal Childcare in Canada*. Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Économiques et l'Emploi.

- Loeb, S., Bridges, M., Bassok, D., Fuller, B., & Rumberger, R. W. (2007). How much is too much? The influence of preschool centers on children's social and cognitive development. *Economics of Education Review*, 26(1), 52–66.
- Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., Brady-Smith, C. (2002). *Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start. Executive Summary*. Mathematica Policy Research.
- Meltzoff, J. (2010). *Critical Thinking About Research: Psychology and Related Fields*. American Psychological Association.
- Moksony, F. (2021). A természetes kísérlet alkalmazása a demográfiai és szociológiai kutatásban. *Demográfia*, 64(2–3.), 201–222.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1997). The effects of infant child care on infant–mother attachment security. *Child Development*, 68(5), 860–879.
- NICHD Early Child Care Research Network (1999). Child outcomes when child care center classes meet recommended standards for quality. *American Journal of Public Health*, 1072–1077.
- NICHD Early Child Care Research Network (2002). The interaction of child care and family risk in relation to child development at 24 and 36 months. *Applied Developmental Science*, 6(3), 144–156.
- Ramey, C. T., Campbell, F. A., Burchinal, M., Skinner, M. L., Gardner, D. M., & Ramey, S. L. (2000). persistent effects of early childhood education on high-risk children and their mothers. *Applied Developmental Science*, 4(1), 2–14.
- Rosenthal, R. (2009). Interpersonal expectations: Effects of the experimenter's hypothesis. In R. Rosenthal, & R. L. Rosnow (Eds.), *Artifacts in Behavioral Research* (pp. 138–210). Oxford University Press.
- Sagi, A., Koren-Karie, N., Gini, M., Ziv, Y., & Joels, T. (2002). Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant–mother attachment relationship: The Haifa Study of Early Child Care. *Child Development*, 73(4), 1166–1186.
- Sági, M., & Széll, K. (2015). *Hatásvizsgálatok alapszintű kézikönyve: Módszertani segédkönyv oktatásfejlesztők számára*. Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet.

- Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., & Nores, M. (2005). *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40. Summary, Conclusions and Frequently Asked Questions*. High/Scope Press.
- Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., & Taggart, B. (2004). *The Effective Provision of Pre-School Education [EPPE] Project. The Final Report: Effective Pre-School Education*. (Technical Paper 12). Institute of Education University of London.
- The NICHD Early Child Care Research Network. (2005). *Child Care and Child Development: Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*. The Guilford Press.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Child Health and Human Development. (2006). *The NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. Findings for Children up to Age 4½ Years*. NICHD.
- van Huizen, T., & Plantenga, J. (2018). Do children benefit from universal early childhood education and care? A meta-analysis of evidence from natural experiments. *Economics of Education Review*, 66, 206–222.
- Wachs, T. D., & Camli, O. (1991). Do ecological or individual characteristics mediate the influence of the physical environment upon maternal behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 249–264.
- Wachs, T. D., Bishry, Z., Sobhy, A., McCabe, G., Galal, O., & Shaheen, F. (1993). Relation of rearing environment to adaptive behavior of Egyptian toddlers. *Child Development*, 64(2), 586–604.
- Watamura, S. E., Kryzer, E. M., & Robertson, S. S. (2009). Cortisol patterns at home and child care: Afternoon differences and evening recovery in children attending very high quality full-day center-based child care. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(4), 475–485.

KORASZÜLÖTTEK ELTÉRŐ IDEGRENDSZERI SZERVEZŐDÉSÉNEK RIZIKÓJA A KOGNITÍV FEJLŐDÉS ÉS AZ ISKOLAI TELJESÍTMÉNY ALAKULÁSA SZEMPONTJÁBÓL

Gráf Rózsa – Nagy Anett

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 2018) definíciója szerint ma *koraszülötteknek* nevezzük azokat az újszülötteket, akik a betöltött *37. gesztációs hétnél (258 nap) korábban* jönnek a világra. A koraszülött elnevezés tartalmát illetően több változás is történt az utóbbi évtizedekben, amelyeket a WHO irányelvek megfogalmazásával pontosított időről időre. A WHO 1948-as konferenciáján még a 2500 grammnál kisebb súllyal világra jött gyermekeket tartották koraszülöttnak (Kalmár és Csiky, 1994). Ekkor még nem álltak rendelkezésre a pontos adatok a fejlődő magzatnak a terhességi hetek számához viszonyított súly- és hossz méreteiről. Később, az orvosi-műszaki technika fejlődésének köszönhetően megjelent és egyre szélesebb körben alkalmazták a képalkotó eljárásokat, így mind pontosabban tudták megállapítani a várandósság idejét. Lehetővé vált a gesztációs kor pontos meghatározása a magzat fejlettségéből, súly- és hossz méreteiből (Engle, 2004).

A koraszülés a WHO (2018) adatai szerint az újszülöttkori *morbiditás és mortalitás egyik vezető oka*, a tüdőgyulladás után a második leggyakoribb halálozási ok

az öt éven aluli gyermekek körében. Az egy év alatt világra jövő koraszülöttek mintegy 84%-a születik a 32–36. gesztációs hét között. Közelítőleg 5%-uk esik az extrém koraszülött kategóriába (<28. hét), további 10% születik a 28–32. gesztációs hét között.

A 2010-es világméretű adatokat figyelembe véve (184 ország), megközelítőleg 15 millió gyermek születik évente koraszülöttként. A *globális koraszülöttségi gyakoriság 11–18% között van*. Egy nemrég megjelent tanulmány szerint (Chawanpaiboon, 2019) minden országban folyamatosan emelkedik a koraszülöttségi gyakoriság: ez a szám 2000 és 2014 között 9,8%-kal nőtt. A fejlődő országokban a 32. gesztációs hét előtt született és a 2000 gramm alatti születési súlyú gyermekeknek csak nagyon kis százaléka túlélő. Ezzel szemben az USA-ban a 22–25. gesztációs hétre született gyermekek felét már életben tudják tartani (Marlow és mtsai, 1993). Közel 1 millió gyermek veszti életét évente 5 éves kora előtt a koraszülöttség következményeként, így a koraszülöttséget és következményeit az újszülött-halálozás egyik leggyakoribb rizikótényezőjének tekintik (Liu, 2016).

A WHO által közzétett adatok szerint Magyarországon 2010-ben a koraszülöttségi gyakoriság 8,9% volt, amely 1990 és 2010 között évente átlagosan 0,5%-kal emelkedett, ezzel a 184 ország közül a 119. helyet foglalta el. 2017-ben 8,1%-os gyakoriságot mutattak ki (Valek, 2017). Ez magasnak tekinthető, hiszen Nyugat- és Észak-Európában ez az arány 4–6% volt (Beck, 2010). Hazánkban az elmúlt 10 évben javulás tapasztalható a csecsemőhalandóságot illetően. 1000 élveszületésből az első 365 napon belül elhalt csecsemők száma a 2006. évi 5,6 ezrelékről 2017-re 3,01 ezrelékre (332 csecsemőhalott) csökkent, míg a koraszülési ráta alig változott. *2019-ben hazánkban 8,3% volt a koraszülés prevalenciája*. A születési súly és a gesztációs kor szerint ez a következőképpen oszlott el: 1000 gramm alatt született a koraszülöttek 7,4%-a (ebből 500 gramm alatt 1,7%-uk), 1000–1499 gramm között 8,7%-uk, 1500–2499 gramm között 82,9%-uk, míg 2500 gramm fölött 1%-uk. A születési kort tekintve a 28. gesztációs hét alatt született a koraszülöttek 4,9%-a, a 28–31. gesztációs hét között 10,6%-uk, míg a 32–36. gesztációs hét között 84,5%-uk (KSH, 2021). Összefoglalóan, a probléma továbbra is népbetegségnek számít Magyarországon, ahol tehát majdnem minden tizedik gyermek koraszülöttként jön világra (további információkat lásd: www.ksh.hu).

A koraszülötteket a születési súly és a gesztációs kor szerinti alkategóriákba sorolják. Azokat az újszülötteket, akik 750/800 gramm alatti születési súlyúak, *micropremie*-nek, az 1000 gramm alatti születési súlyúakat *extrém vagy igen-igen alacsony születési súlyúnak* (*extremely low birth weight*, ELBW), a 1000–1499 gramm közöttieket *igen alacsony születési súlyúnak* (*very low birth weight*, VLBW), míg

az 1500–2500 közöttieket *alacsony születési súlyúnak* (*low birth weight, LBW*) nevezik (Szabó, 2002). A gesztációs kor szerinti felosztás értelmében a 28. gesztációs hétnél korábban születettek az *extrém éretlen koraszülöttek* (*extremely preterm, EP*), a 28–32. gesztációs hét között születettek az *igen éretlen koraszülöttek* (*very preterm, VP*), míg a 32–36. gesztációs hét között születettek a *mérsékelt* és a *késő koraszülöttek* (*moderate to late preterm; LP*) (WHO, 2018). Nálunk jelenleg a 24. gesztációs hétben és 500 grammal határozták meg az életképesség határát, azonban minden olyan újszülöttet, aki e határvonalak alatt születik, de életjelenségeket mutat, életmentő beavatkozásoknak vetik alá (Ertl, 2018).

Abban az esetben, ha az újszülött születési súlya elmarad a gesztációs kornak megfelelő, elvárt súlytól, *intrauterin retardációról* (méhen belüli növekedési elmaradásról) beszélünk, ha pedig ez az érték 10 percentil alá esik, ez a fejlődési elmaradás jelentősnek tekinthető (*small for gestational age, SGA*) (Inger-Bocca-Tjeertes és mtsai, 2013).

A koraszülött-kutatásokban egyelőre nincs szakmai konszenzus arra vonatkozóan, hogy az éretlenséget vagy a születési súlyt vegyék alapul, éppen ezért egyes kutatók a vizsgált gyermekeket születési súlyuk szerint kategorizálják, míg mások az éretlenségük szerint, megint mások éretlenség és/vagy születési súly alapján teszik ezt. E konszenzushiány nehézséget jelent a szakirodalmi adatok összehasonlításában.

A KORASZÜLÉS LEHETSÉGES OKAI

A koraszülés okát sokszor igen nehéz megállapítani. Egy hirtelen beindult szülés esetén, amikor a magzat és az anya életben tartása a tét, nincs idő az okokat elemezni. Az esetek legnagyobb százalékában a háttér komplex, amelyben szerepet játszhatnak pszichoszociális tényezők, szociodemográfiai faktorok, az anya életvitele és orvosi problémái is.

Behrman és Buthler (2007) összefoglaló tanulmányukban kifejtik, hogy a koraszülés valószínűségét megnöveli, ha a várandós nő *nem* él *egészségtudatosan*, vagyis alkoholt és/vagy drogot fogyaszt, keveset mozog, olyan munkahelyen dolgozik, ahol hat óránál többet kell állnia, vagy ahol nagyon magas a kifáradás esélye. Magasabb az esélye a koraszülésre, ha tartós *stressznek* van kitéve, nincs megfelelő kapcsolati hálójja, több negatív életeseményt élt át, nem megfelelő megküzdési stratégiákkal rendelkezik. A szociodemográfiai faktorokat illetően az idősebb nők, az egyedülállók, a nem kaukázusi rasszba tartozók, az *alacsonyabb*

szocioökonómiai státuszúak veszélyeztetettebbek a koraszülésre. Az orvosi okokat illetően a legjellemzőbb betegségek a krónikus vagy a várandósság alatti *magas vérnyomás, a restriktív tüdőbetegség, a hiperthyreosis, a várandósság előtti és a várandósság alatt kialakuló cukorbetegség, a szívbetegség, az asztma, a várandósság előtt fennálló krónikus vesebetegség, a várandósság előtti alacsony testsúly, az elhízás.* Az orvosi tényezőkhoz sorolható az asszisztált reprodukciós eljárással történt megtermékenyítés is, ami a terhességjavulásának hatásával ellentétes tendenciát eredményez a koraszülés gyakoriságának alakulásában.

A KORASZÜLÖTTEK IDEGRENSZERI, TESTI FEJLŐDÉSE A MEGSZÜLETÉSTŐL A 40. GESZTÁCIÓS HÉTIG

A koraszülött gyermekek testi és idegrendszeri érettsége a megszületéskor jelentősen különbözik az időre született gyermekekétől. Testi, fizikai éretlenségüket tükrözi a bőr alatti zsírpárnák hiánya, a magzatot még befedő szőrréteg, a fülporc fejlődésének elmaradása, a hosszú végtagsontok csontosodási központjainak fejletlensége, a kisebb koponya- és mellkörfogat, a kisebb súly- és hossz méret (WHO, *Child Growth Standards*, 2006). Ellentétben az érett újszülöttek izomtónusával, a koraszülöttek *izomtónusa laza, izmaik petyhüdtek, bőrük ráncos, rugalmatlan* (Katona, 2001).

A 25. fogamzási hétre 500 g születési testtömeggel érkező újszülött tulajdonképpen egy extrauterin magzat, akinek azonban alkalmazkodnia kell az új, megváltozott méhen kívüli környezethez. A köztiagy és az agytörzs különböző neuronpopulációi és összeköttetései még nem képeznek összefüggő rendszert, így *nem képesek az alapvető életműködések szabályozására.* A tüdő szerkezete sem alkalmas még az önálló működésre. A légzés ritmusát a légzőizmok kitérésének idegrendszeri szabályozása és a tüdő érettségi foka határozza meg. A koraszülöttek rendszertelen, felszínes légvételei is jelzik a légzésfunkció elégtelenségét, ezért gyakran szorulnak légzéztámogatásra, lélegeztetésre. Légzésüket az erős ingerek is megzavarhatják, aminek légzéselhagyás, *apnoe* lehet a következménye. A 25–37. hét között még sokat alszanak és nehezen ébreszthetők. A nap nagy részében mozdulatlanul, zárt szemmel fekszenek az inkubátorban. Időnként gyors szemmozgások és végtagmozgások azonban észlelhetők náluk. Kapcsolatuk a környezettel lassan alakul. Az *agyi elektromos aktivitások változása a biológiai érést követi* (Katona, 2001; MacKendrick, 2006).

Az idő előtti megszületés nem változtat ezen a fejlődésmeneten (Bergström, 1969, idézi Katona, 2001). A 30. gesztációs héttől kezdenek hosszabbodni az ébrenléti

periódusok, egyre többet szemlélődnek a környezetükben. A 32–34. fogamzási héttől folytatódagabb hullámok észlelhetők az EEG-n. A különböző frekvenciájú szinkronizált *delta*-hullámok a leggyakoribbak. Erre az időszakra tehető az adekvát inger-válasz reakciók megjelenésének kezdete. Azonban a 34–37. fogamzási hét környékén következnek be a legjelentősebb változások, az elektromos aktivitáshullámok folyamatossá válnak, az *éber és alvási ciklusok váltakozása stabilizálódik*, a gyorsabb *alfa-* és *béta*aktivitás válik jellemzővé (Katona, 2001; Vecchierini és mtsai, 2007).

A *term* időszakban a negatív neurológiai státuszú koraszülöttek és az időre született társaik között eltérő újszülöttkori alvásszerveződés mutatható ki. Feltehetően, hogy a magasabb életkorban megnyilvánuló részképesség- és iskolai teljesítményzavarok az újszülöttkori spektrális EEG-ben tapasztalható, eltérő aktivitásmintázatból erednek. Feltehetően ez a magyarázata a koraszülöttek körében gyakrabban megjelenő fejlődési zavaroknak is, amelyek még azoknál is bekövetkezhetnek, akiknél nem volt jelentős, születés körüli orvosi komplikáció (Cainelli és mtsai, 2020).

A KORASZÜLÖTTEK SPECIFIKUS ÁLLAPOTAI, BETEGSÉGEI ÉS KRÓNIKUS UTÓBETEGSÉGEI

Specifikus állapotok, betegségek

Oxigénhiányos állapotok

A légzés szabályozása az agytörzsben történik, ami egyben az éberség, az izomtónus, a szív működés szabályozásának helye is. Az *asphyxia*¹ vezető szerepet játszik a perinatális mortalitásban. Az *asphyxia* súlyossága és időtartama két igen jelentős tényező, és nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy egyéb klinikai történések is okozhatnak hasonló *cerebralis* utóképeket (Kelly, 2006).

Minden légzészavar oxigénhiánnyal jár. A korszerű újraélesztési eljárások bevezetése a korábban halállal végződő *hypoxiás állapotok*² túlélését tette lehetővé. A légzés helyreállításával az életveszély ugyan elhárul, de visszamaradhatnak olyan állapotok a funkciózavar következtében, mint a csökkent éberség vagy az izomtónus-szabályozási zavar (Berényi és Katona, 2012).

¹ *asphyxia*: olyan állapot, amelynek során a szervezet súlyos oxigénhiányos állapotba kerül a nem megfelelő légzőműködés miatt

² *hypoxiás* állapotok: oxigénhiányos állapot

Hyalin membrán betegség, RDS³

Tartós hypoxia esetében az idegrendszer megfelelő oxigénellátása nem biztosítható, így kialakul a *HIE (Hyalinmembrán betegség)*,⁴ általa pedig az *axon-, astrocita és oligodendrocita sejtek pusztulása* (Behrman és Butler, 2007). Sérülnek a gliasejtekből szerveződő *rostok*, amelyek a nagyagykéreg kialakulásához nélkülözhetetlen idegsejt-migrációban fontos szerepet töltenek be. Sérülésük akadályozza az idegsejtek vándorlásának különböző szakaszait (Katona, 2001).

A hosszú távú következményeket a HIE állapotának súlyossága és időtartama fogja determinálni Ezt az állapotot a tüdő felületaktív anyagának (*surfactant*) hiánya okozza. Az éretlen tüdő nem termel megfelelő mennyiségű felületaktív anyagot, amely szükséges a gázcserehez, hiányában az *alveolusok* összeesnek. A tüdő támasztószöveve is fejletlen, kicsi a tüdő rugalmassága, a tüdőfolyadék eltávolítása alig működik. Az ellátás jelentős szemléletváltása következtében jelenleg a koraszülött-ellátásban a kevésbé invazív (a szervezetbe behatoló eljárás) és jobb eredményeket nyújtó eljárásokat részesítik előnyben (Herting, 2019; Glaser, 2021). Így jött létre az RDS ellátásának új módja az INSURE⁵ technika, amelynek menete: INTubáció (mesterséges légút biztosítása), SURfactans (a felületaktív anyag bejuttatása a tüdőbe), Extubáció (a mesterséges légutat biztosító eszköz eltávolítása), nCPAP (folyamatos, pozitív légúti nyomást biztosító speciális orreszköz behelyezése). E noninvazív lélegeztetés (NIV) *mesterséges légútbiztosítás alkalmazása nélkül történő légzéstartogatást* jelent, leggyakrabban a fent említett speciális orreszközön keresztül. Az eljárás előnye, hogy nem kell hosszú ideig alkalmazni a mesterséges légútbiztosítást, intubálást, pusztán a *surfactant* bejuttatásáig, majd ezután elegendő a nCPAP, amely egy külső, speciális orreszköz.

Ischemias kórképek

A perinatális időszakban a *hypoxia* és az *ischaemia*⁶ az agykárosodások nagyobb hányadáért felelős, mint az összes, ebben az életkorban ható ártalom (Katona, 2001). A *hypoxiás-ischaemiás encephalopáthia* hátterében a szervezetben előforduló oxigénhiány áll, mely kétféleképpen alakulhat ki, vagy a *vérben csökken az oxigén (hypoxia)*, vagy *romlik a szöveti vérátáramlás (ischemia)*, és ezáltal romlik a szöveti

³ RDS: súlyos, progrediáló újszülöttkori légzésszavar, amely a *surfactant* (felületaktív anyag) hiányában alakul ki

⁴ *Hyalin membrán betegség (HIE)*: felületaktív anyag (*surfactant*) hiányában kialakuló tünetegyüttes, amely klinikailag légzésszavar formájában jelentkezik koraszülötteknél

⁵ INSURE: noninvazív lélegeztetési mód, mesterséges légútbiztosítás nélkül

⁶ *ischemia*: a vérellátás csökkenése, amely szövetelhaláshoz, funkcióvesztéshez vezethet

gázcseré-anyagcsere. Ennek következtében a szervezetben kompenzációs folyamat kezdődik, mely során a szívizom, az agy és a mellékvese ereiben tágulás jön létre, míg a többi szervben érösszehúzódás, ezáltal biztosítva a létfontosságú szervek kielégítő oxigénellátását. A fokozottan veszélyeztetett koraszülöttek esetében további problémát jelent, hogy a kompenzációs folyamatban közreműködő cerebrális autoreguláció nem megfelelően látja el a feladatát, így a szívizom, a vese, a máj, az izmok sérülésén túl a tüdő és a bél is károsodik, kialakítva a koraszülöttekre jellemző tipikus betegségeket: perzisztáló magzati keringés, *respiratorikus distressz szindróma* (RDS), *necrotizáló enterocolitis* (NEC)⁷ (György, 2000).

Utóbetegségek

A koraszülöttség komplikációi, utóbetegségei közül az egyik leggyakoribb a *Bronchopulmonális Dysplasia* (BPD),⁸ új keletű elnevezéssel a koraszülöttek krónikus tüdőbetegsége (CLD)⁹ (Kinsella és mtsai, 2006), amely multifaktoriális etiológiájú betegség. Jelenleg egy többszörös konszenzuson alapuló definíció van érvényben. A koraszülöttestet két csoportra osztják gesztációs kor szerint, és ezekben más-más kritériumok alapján döntenek el azt, hogy fennáll-e BPD (Tausch és mtsai, 2005). A 32. gesztációs hét előtt született gyermekek esetén BPD-ről akkor beszélünk, ha a 36. posztmenstruációs héten vagy otthonába bocsátásakor (attól függően, hogy melyik következik be előbb) még mindig *oxigéntámogatásra* szorul a gyermek. A 32. vagy későbbi gesztációs hétre születettek esetén pedig akkor, ha a gyermek az 56. életnapon vagy otthonába bocsátásakor (attól függően, hogy melyik következik be előbb) még mindig oxigént igényel. Mindkét csoportban a betegség megállapításának feltétele a legalább 28 napig tartó, 21%-nál magasabb oxigénkoncentrációval történő kezelés. A BPD feltétele a *parenchymás* tüdőkárosodás,¹⁰ illetve az emiatt fokozott légzéstimogatás iránti igény.

Gyakori krónikus utóbetegségek az idegrendszeri károsodáshoz vezető agykamrai vérzés (*intraventricularis haemorrhagia*, IVH),¹¹ valamint a *periventricularis leukomalacia* (PVL)¹² (Marret és mtsai, 2013). Az *agykamrai vérzés* bekövetkeztének valószínűsége a 32. hétnél korábban született koraszülöttek esetében jelentős.

⁷ NEC: a bélfal keringési zavara

⁸ BPD: *Bronchopulmonalis Dysplasia*: koraszülöttek krónikus utóbetegsége

⁹ CLD: *Cronic Lung Disease*: krónikus tüdőbetegség

¹⁰ *parenchymás* tüdőkárosodás: a tüdő sejt-, szövet szintű károsodása

¹¹ IVH: *Intraventricularis haemorrhagia*: agykamrai vérzés

¹² PVL: *Periventricularis leukomalacia*: az agykamrák körüli fehérállomány sejtejeinek elhalásával járó állapot

A háttérben az áll, hogy a koraszülött idegrendszer *érhálózatának éretlensége* miatt az érfalak fejletlenek és sérülékenyek. A vérzés a neuronok és a gliasejtek képződéséért felelős *subependymalis germinalis* mártixból indul. A germinális mátrix a fejlődő agyban az oldalkamrák alatt helyezkedik el, itt keletkeznek az idegsejtek és indulnak a végleges helyük felé (sejtmigráció). A gyors fejlődési ütem nagy mennyiségű energiát igényel, szükségképpen ez a terület sűrűn erezett, de ezek az erek rendkívül törékenyek, sérülékenyek. Érett újszülöttekben már nem található meg a germinális mátrix, az idegsejtek elérkeztek a végleges helyükre (Balla és Szabó, 2013). Feltehető, hogy ezek a vérzések hozzájárulhatnak az általános kognitív, valamint a kivitelezési funkciók zavarához koraszülötteknél (Katona, 1999; Marret és mtsai, 2008). Az IVH súlyosság szerinti osztályozása (I–IV. stádium), Papile (1978) nyomán, a vérzés kiterjedésének mértékétől függ. Az I-es fokú agyvérzés a germinális mátrixot érinti. A II-es fokú IVH során a vérzés betör az agykamrába, de nem okoz kamratágulatot. Az I-es és II-es fokú IVH-k következtében többnyire nem lép fel maradandó idegrendszeri utókép. A III-as fok esetén a vérzés miatt agykamratágulat alakul ki, a *hydrocephalus* elkerülése érdekében gyakran *shunt* beépítése válik szükségessé. A IV. fokú IVH esetén a vér áttöri a kamra falát és kikerül a környező idegszövetbe, súlyos károsodást okozva. Az agykamrai vérzés kialakulása az esetek 90%-ban az első életnapokban várható (György, 2000), valószínűsége annál nagyobb, minél korábban, minél kisebb súllyal születik az újszülött. Ez az érték ELBW¹³ koraszülötteknél 50%, VLBW¹⁴ koraszülötteknél 20% (Balla és Szabó, 2013). Ha az IVH súlyossági foka szerint nézzük ezeket az arányokat, akkor EP koraszülöttek esetében az enyhe fokú IVH (I–II fok) 21,3%-ban fordul elő, míg a súlyos fokú IVH (III–IV fok) 12,6%-ban. A mortalitási ráta a súlyos agykamrai vérzés esetén a legmagasabb (62,2%), míg azoknál a koraszülötteknél, akik nem estek át egyáltalán agyvérzésen is 11% (Bolisetty és mtsai, 2014).

A *periventricularis leucomalacia* (PVL) esetében a *sejtek elhalása a kamrák közelében* található fehérállományban következik be, ugyanis a lézió az artériás érellátás határzónájában jön létre. Az idegrendszer éretlenségéből fakadóan, főként azoknál a koraszülötteknél, akik a 26. gesztációs hétnél korábban jöttek a világra, nem tud megtörténni a hegesedést ellátó gliasejtek mobilizálása, sejtelhalás jön létre, melyet követően a területen a 14–21. napra ciszta alakul ki, mely a későbbiekben be is vérezhet. Ezek a ciszták elhelyezkedhetnek fókálisan vagy diffúzan, de mindkét

¹³ ELBW koraszülöttek: extrém kis születési súlyú újszülött, 1000 g alatti születési súly

¹⁴ VLBW koraszülöttek: igen kis születési súlyú újszülött: 1000–1499 g közötti születési súly

esetben az *oligodendroglia prekurzor* sejtek¹⁵ károsodása következik be, mely később mielinkárosodáshoz és a fehérállományi lézióhoz vezethet (Beke, 2019), és elhelyezkedésétől függően mozgászavart, diplégiát,¹⁶ vagy súlyosabb esetben quadriplégiát¹⁷ okozhat (György, 2000). Terjedelmét tekintve az elhalás lehet 3–8 mm (Volpe, 2001). A PVL megállapítása a kutacs bezáródása előtt ultrahanggal, utána pedig MR-vizsgálattal lehetséges. Az igen kis súlyú koraszülöttek esetében a PVL felelős a cerebrális parézis¹⁸ kialakulásának 90%-áért (Behrman és Butler, 2007).

A látórendszert érintő *utóbetegség a koraszülött retinopathia* (ROP; a rövidítés a betegség angol elnevezésének kezdőbetűiből származik: *Retinopathy of Prematurity*), típusosan az alacsony születési súlyú és nagyon rövid gesztációs idejű koraszülötteknél alakulhat ki. A ROP enyhébb formái spontán gyógyulhatnak, míg a betegség súlyosabb stádiumaiban különböző kezelési lehetőségek alkalmazása válik szükségessé. A koraszülött *retinopathia* kialakulása nem előzhető meg, súlyos, aktív formái is kezelhetők.

A retina ereződése a 16. gesztációs héten kezdődik és a 40. gesztációs hétre fejeződik be. Az érképzésben részt vevő sejtek kizárólag méhen belül, nem oxigenizált környezetben képesek kialakítani a normális retinalis érrendszert. A nagyon korán születő gyermekek esetében a megszületéskor az *ideghártya még erezetlen, emiatt éretlen*. Az életben tartásuk érdekében alkalmazott *oxigénkezelés azonban leállítja az ideghártya normális fejlődését*, így a látás károsodhat. A lelassult retinális ereződés (I. fázis) következménye a *lokális retinalis ischaemia*,¹⁹ ami új és abnormális érképzést (II. fázis) eredményez (Alajbegovic-Halimic és mtsai, 2015). Az ér-ellátás nélkül maradt látóhártya területén olyan anyagok képződnek, amelyek nem a normális erek fejlődését támogatják, hanem kóros erek kialakulásához vezetnek. Ezek elterjednek az ideghártya síkjában, de bele is nőhetnek a szemgolyó belsejébe, és az ideghártya zsugorodásához, leválásához vezethetnek (Weinberger, 2002).

A koraszülöttekre jellemző *halláskárosodás* okai olyan neonatális szövődmények lehetnek, mint a fertőzések, az *asphyxia*, az éretlenség, hiperbilirubiémia,²⁰ vagy a szükséges gyógyszerelés mellékhatásai (Behrman és Butler, 2007). Az ELBW koraszülöttek esetében a hallássérülés előfordulása 3,1% (Glass és mtsai, 2015).

¹⁵ *oligodendroglia prekurzor* sejtek: a radiális migrációt segítő sejtek

¹⁶ *diplégia*: a testrészek szimmetrikus bénulása

¹⁷ *quadriplégia*: négy végtagra kiterjedő bénulás

¹⁸ *cerebralis paresis*: központi idegrendszeri eredetű bénulás, amelynek fő tünete a mozgásfogyatékoság

¹⁹ *lokális retinális ischaemia*: a vérellátás csökkenése következtében kialakuló retinális sejtelhalás

²⁰ *hiperbilirubinémia*: újszülöttkori sárgaság, a vörösvérsejtek hemoglobinja lebomlásának, a bilirubinnak a felhalmozódása a vérben

A koraszülöttség további hosszú távú következményeként meg kell említenünk a *mozgásproblémákat, valamint a tanulási és viselkedészavarokat*. A mozgás-sérülés idegrendszeri háttéréről fentebb már említést tettünk. Ezeket a sérüléseket, melyek az *akaratlagos mozgásokat* érintik, összefoglalóan *cerebrális parézisnek* (CP) nevezzük (Krageloh-Mann, 2010). Előfordulási aránya ELBW koraszülötteknél 6,1% (Glass és mtsai, 2015), míg LBW esetén 4–10%-ra tehető (Krageloh-Mann, 2010). A *koordinációs zavar* szintén lehet a koraszülöttség hosszú távú következménye, mely atipikus reflexek és atipikus testtartás megjelenésével is járhat (Mikkola és mtsai, 2005). Ha a koordinációs zavarhoz további mozgászavar, viselkedészavar vagy perceptuális zavar is társul, az hatással lehet a koraszülött gyermek későbbi iskolai bevalására (Bolk és mtsai, 2018). Behrman és Butler (2007) összefoglaló tanulmányukban kifejtik, hogy normál intellektusú, CP nélküli koraszülöttek teljesítménye elmarad az időre született kontrollcsoportéhoz képest, a finom-motorikában, a vizuomotoros, vizuopercepciós és a téri-vizuális feladatokban. A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (*ADHD*) *háromszor gyakrabban fordul elő koraszülöttekben*, mint az időre született társaikban, mely sokkal jelentősebb tünetekkel jár és sokkal stabilabb EP/ELBW koraszülötteknél (de Kieviet és mtsai, 2015). A koraszülöttekben magasabb arányban előforduló ADHD-nak, viselkedészavaroknak, pszichiátriai megbetegedéseknek feltételezhető okaiként olyan pre-, peri- és posztnatális tényezőket feltételeznek, mint a környezeti, a szülői és a biológiai tényezők (pl. a hipofízis–mellékvese tengely atipikus működése, gyulladások, melyek strukturális és funkcionális idegrendszeri sérülést okozhatnak) (Franz és mtsai, 2018), de magyarázó háttér lehet a koraszülés által megzavart neurokognitív funkciók fejlődése és atipikus idegrendszeri kapcsolatok kialakulása is (James és mtsai, 2018).

A koraszülés az érési állapot szempontjából egyértelműen inadekvát környezetbe kerülést jelent, ami nagyon megterhelő a szervezet számára. Sok veszély fenyegeti a koraszülötteket a megszületésük pillanatától az ellátáson keresztül, majd az utóbetegségek kialakulása miatt. Mindezek kedvezőtlenül hathatnak a szervi és idegrendszeri fejlődésükre, ami megváltozott extrauterin körülmények között fejeződik be, és jelentősen befolyásolja a későbbi fejlődési kimenetet.

AZ ATIPIKUS FEJLŐDÉS RIZIKÓJA A KORASZÜLÖTTEK IDEGRENSZERI FEJLŐDÉSÉBEN

A koraszülöttség okán az újszülött éretlen idegrendszerrel jön a világra. Mivel a *gyrifikáció*²¹ folyamata a 26–40. gesztációs hét között zajlik, a *koraszülött újszülöttek* egy részének az *agyfelszíne sima*. Az idegrendszer atipikus fejlődését előidézheti, hogy az oligodendrociták²² 90%-ban még korai fejlődési stádiumban vannak (32. gesztációs hét előtt), melyek káros környezeti feltételek esetén el is halhatnak, csakúgy mint az axonok²³ és az asztrociták²⁴ (Behrman és Butler, 2007). A sejtek pusztulásán túl, a neuronok és a gliasejtek²⁵ atipikus érése is hatással van az agy fejlődésére, a mielinizációra és a szinaptogenezisre (Back, 2015). MRI-tanulmányokból tudjuk, hogy *még a mérsékelt rizikójú koraszülöttek esetében is megtalálhatók az idegrendszer strukturális eltérései*: vékonyabb az *entorhinális kéreg*²⁶ (Skranes mtsai, 2012), kisebb a *kisagy*, a *hippocampus* (de Kieviet és mtsai, 2012), a *thalamus*, az *orbitofrontális kéreg* és a *cinguláris kéreg* térfogata (Ball és mtsai, 2012), vékonyabb a *corpus callosum* (Feldman és mtsai, 2012), a fehér- és a szürkeállomány csökkenésével az egész agytérfogat kisebb, mely akár serdülőkorban is megfigyelhető (de Kieviet mtsai, 2012). Ezek a strukturális eltérések a későbbiekben felelősek lehetnek a koraszülöttek kognitív fejlődéséért (Arhan és mtsai, 2017; Cheong és mtsai, 2013; Smolker és mtsai, 2015), fontos azonban figyelembe venni az idegrendszer kompenzációs folyamatait, a plaszticitást, a reorganizációt, valamint a környezeti tényezőket, úgymint a stimuláló környezet és a nevelés (Volpe, 2019).

A KORASZÜLÖTTSÉG HATÁSA A KOGNITÍV ÉS NYELVI KÉPESSÉGEK FEJLŐDÉSÉRE

A koraszülött gyerekek élete, fejlődése a biológiai rizikó (alacsonyabb születési súly, gesztációs kor, perinatális szövödmények, szervezetet érintő ártalmak, temperamentum, nem) talajáról indul, ami természetesen félelemmel és aggodalommal

²¹ *gyrifikáció*: az agykérgi tekervények kialakulása

²² *oligodendrociták*: a *myelint* létrehozó sejtek az idegrendszerben

²³ *axon*: az idegrendszer sajátos szerkezetű, leghosszabb nyúlványa (tengelyfonál)

²⁴ *asztrociták*: gliasejtek, szerkezeti támogatást nyújtanak az idegsejteknek

²⁵ *gliasejtek*: a központi idegrendszer nem ingerlékeny sejtjei, kisebbek a neuronoknál, de számuk 5–10-szeresen meghaladja a neuronok számát

²⁶ *entorhinális kéreg*: a halántéklebeny belső oldalán helyezkedik el, a memóriaműködéshez, a térbeli navigációhoz és az időérzékeléshez kapcsolódó agyfunkciókban játszik fontos szerepet

tölti el a szülőket a gyerekek további fejlődését, jövőjét illetően. A biológiai és környezeti rizikó azonban együttesen alakítja a koraszülött gyermek fejlődését. A perinatális, biológiai adatok nem jelzik előre egyértelműen a hosszú távú fejlődési kimenet minőségét – kivételt képez, ha a gyermek súlyos sérülésen esett át. A környezeti tényezők pedig kumulálódva fejtik ki hatásukat. A longitudinális kutatások eredményei azonban azt mutatják, hogy a hasonló környezeti rizikók jelenléte mellett a gyermek fejlődési kimenete eltérő lehet, mégpedig a különböző védőfaktorok támogató hatása (Danis és Kalmár, 2011), illetve a gyermek rezilienciája miatt (Hornor, 2017). A *mozgó rizikó* (Gordon és mtsai, 1991) jelenségével a koraszülöttek esetében még inkább számolni kell, vagyis, hogy a látszólag tipikus fejlődés az életkor valamelyik szakaszában kedvezőtlen irányt vehet fel. A koraszülöttek fejlődését vizsgáló kutatások másik jelentős fogalma a *korrigált kor*. A gyermek éretlenségéből fakadó hátrány kompenzálására vezették be a fogalmat, amely szerint az életkorból visszaszámoljuk azt az időt, amennyivel korábban született a gyermek.

A fejlődési skálák eredményei igen ellentmondásosak. Egyesek a koraszülöttek csoportszintű hátrányáról számolnak be (Breeman és mtsai, 2015; Reis és mtsai, 2012), míg mások nem találtak jelentős megkésést a kontrollcsoporthoz képest (Kumar és mtsai, 2013), amit alacsony rizikójú koraszülötteken végzett hazai kutatások is megerősítettek (Nagy és mtsai, 2018; Nagy és mtsai, 2017; Szele és Nagy, 2017). Egy másik hazai kutatásban Ribiczey és Kalmár (2009) a fejlődési skála és a későbbi intelligenciatesztben nyújtott teljesítmények között keresték a kapcsolatot. Eredményeik szerint a koraszülött csoportban a legszorosabb összefüggést a 3 éves kori *Bayley fejlődési skála* mutatói és a koraszülöttek 6 éves korban mért IQ-pontjai között találták. Az időre született csoportban a korai teljesítménymutatók kevésbé bizonyultak prediktívnek.

A kognitív fejlődésre, az intelligencia alakulására vonatkozóan is rendkívül *ellentmondásos* adatokat találhatunk a szakirodalomban. Ennek megfelelően vannak kutatások, amelyek koraszülött gyermekek intellektusának különböző mértékű károsodásáról számolnak be az időre született gyerekek csoportjához mérten (Ancel és mtsai, 2011), míg más kutatások szerint nincs jelentős különbség a két csoport között (Kalmár, 2007; Ribiczey és Kalmár, 2009; Kenyhercz és mtsai, 2020). A koraszülöttek IQ-ja az időre született gyerekekhez képest gyakran alacsonyabb, bár a normál övezetben van (Burguet és mtsai, 2000; Fily és mtsai, 2006; Larroque és mtsai, 2008; Deforget és mtsai, 2009; Nagy és mtsai, 2021). Egy 15 tanulmány eredményeit összegző metaelemzésből az derült ki, hogy a koraszülött és az időre született gyerekek csoportja közötti súlyozott átlag különbsége mintegy 10 IQ-pont.

Összességében gyengébbnek mutatkozik az iskolai teljesítményük is, különösen a matematika terén (Twilhar és mtsai, 2018).

A megfelelő iskolai beváláshoz, az adaptív viselkedéshez elengedhetetlen a végrehajtó funkciók megfelelő működése (Diamond, 2016; Józsa és Józsa, 2018). A különböző életkorú koraszülöttek *végrehajtó működésbeli hátrányát* számos tanulmány leírta (Aarnoudse-Moens és mtsai, 2013; O’Meagher és mtsai, 2017; Arhan és mtsai, 2017; Ford és mtsai, 2011), azonban ennek a hátránynak a stabilitásáról a longitudinális kutatások adhatnak átfogóbb képet. Costa és munkatársai (2017) az EP/ELBW koraszülöttek 61%-ánál találtak tipikus fejlődést, 15%-uknál a károsodások állandósultak, 12%-uknál volt tapasztalható elmaradás és 12%-uknál valamikor a későbbi életéveik alatt jelent meg fejlődési késés. Úgy tűnik, hogy a végrehajtó funkciók működésének hátránya nem általánosítható minden koraszülöttre, hanem inkább egy egyedi profilként kezelendő, mely egyes tanulmányok szerint stabilitását megőrzi 4–12 éves kor között (Aarnoudse-Moens és mtsai, 2012), míg más tanulmányok szerint a mérsékelt rizikójú, perinatális szövödményektől mentes koraszülöttek képesek ezt a hátrányt 9-10 (Ritter és mtsai, 2013; Nagy és mtsai, 2021), illetve 11 éves (Mulder és mtsai, 2009) korukra behozni.

A koraszülöttek későbbi fejlődésére, iskolai teljesítményére vonatkozó feltevéseket csak abban az esetben lehet hozzávetőlegesen pontosan megfogalmazni, ha megfelelően kategorizáljuk, homogenizáljuk a vizsgált csoportokat, azaz bekerülési és kizárási kritériumokat is alkalmazunk. Az egyre magasabb életkorig jutó longitudinális vizsgálatok tapasztalatai is azt a tényt erősítik meg, hogy a születés körüli komplex biológiai, orvosi mutatók csak rövid időre adnak megbízható előrejelzést, és megbízhatóságuk többnyire csak az első élet évekre vonatkozik (Stoelhorst és mtsai, 2003). A koraszülöttségnek a fejlődésre gyakorolt hatását egyelőre csak általánosságban ismerjük, és a rendelkezésünkre álló adatok a folyamatok megértéséhez nem elegendők (Kayden és Van Der Meer, 2009). A rizikótényezők hatása nem általánosítható, több módosító körülmény is közrejátszhat, ezért célszerű, ha több vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre a különböző életkorokban (Gordon és Jens, 1988).

Számos kutatás foglalkozik a szocioökonómiai és a biológiai rizikótényezők fejlődési kimenetre gyakorolt hatásával (Fily és mtsai, 2006; Kalmár, 2007; Nagy és mtsai, 2018; Kenyhercz és mtsai, 2020). Számos biológiai kockázat, köztük a koraszülöttséghez gyakran társuló súlyos betegségek (lásd még bővebben fenti alfejezetünket) ronthatja a fejlődési kimenetet: ilyenek pl. a *nekrotizáló enterokolitisz* (NEC), a *sepsis* (vérmérgezés),²⁷ a *bronchopulmonalis dysplasia* (BPD), a gyakran lézióval

²⁷ *sepsis*: vérmérgezés

járó agyi történések, az *intraventricularis haemorrhagia* (IVH) és a *periventricularis leukomalacia* (PVL). Amennyiben ezek a rizikófaktorok még a szociális környezetből adódó kedvezőtlen feltételekkel is társulnak, úgy fokozott mértékben rontják a fejlődési kimenetet (Gargus és mtsai, 2009). Korábbi tanulmányok (Hack és mtsai, 1992, Marlow és mtsai, 1993) utaltak rá, hogy a nagyon kis születési súlyú (1500g alatti és a 32. gesztációs hét előtt született) koraszülöttek esetében a magasabb anyai iskolázottság kedvezőbb nyelvi fejlődési kimenetet tett lehetővé.

Számos kutatási beszámoló jelezte, hogy a koraszülöttek hátránya hosszú ideig fennáll és tetten érhető, esetleg az életkor növekedésével fokozódhat is (Kalmár, 2007; Saigal és mtsai, 2008). Egyes kutatások az iskolába kerülés időpontjában tapasztaltak olyan fejlődésbeli hiányosságokat, elmaradásokat, amikre a megelőző életkorokban végzett vizsgálatok alapján nem számítottak. Mivel a neurológiai vizsgálatokon nem tapasztaltak figyelemfelhívó jeleket, a gyerekek neurológiai státusza negatív volt, így azt gondolták, hogy az iskolakezdés problémamentes lesz. Azonban az első iskolaévek nagyon megterhelők voltak a koraszülött gyerekek és szüleik részére, a figyelemproblémák, a gyors kifáradás nehezítette az iskolai megfelelést (Cohen és mtsai, 1996). Egészen bizonyos, hogy az időtényező nem elhanyagolható a rizikó hosszú távú hatásának megítélésében. Erre utal az „alvó hatás” elmélet (Wrape, 2003, id. Ribiczey és Kalmár, 2012), amely egy a korai életkorból származó rizikó későbbi életkorban megvalósuló lehetséges hatására utal (Ribiczey és Kalmár, 2012). Még érthetőbb az életkor–fejlődési kimenet összefüggés a Gordon és Jens által javasolt „mozgó rizikó” modell segítségével (Gordon és Jens, 1988). Egy probléma eltűnése egy adott életkorban nem jelenti azt, hogy a hátrány, amely nem független ettől a korábban jelentkezett állapottól, később ne jelenjen meg újra. Ezek az állapotok egymást válthatják folyamatosan. Reziliencia esetén, épp a kockázati folyamatok ellenpólusaként (amikor a veszélyeztető környezet ellenére megfelelő az alkalmazkodás) sem lehetünk biztosak abban, hogy egy bizonyos időpontban jellemző állapot a későbbiek során is hasonló marad (Masten, 2001; Rutter, 2007).

Mivel számos szakirodalmi utalással találkoztuk arra vonatkozóan, hogy a koraszülötteknél gyakrabban jelenik meg tanulási zavar, tanulási nehézség, így ennek szeretnénk volna utánajárni hazai koraszülött gyermekek vizsgálata során. Mivel a sikeres tanulás alapja a megfelelő szintű olvasás, ezért mérsékelt rizikójú, iskoláskorú koraszülött gyermekek szóolvasási teljesítményét és annak kognitív háttértényezőit vizsgáltuk kutatásunk során.

KUTATÁSUNK A KORASZÜLÖTTEK OLVASÁS-, HELYESÍRÁS- TELJESÍTMÉNYÉRŐL ÉS ANNAK KOGNITÍV HÁTTÉRTÉNYEZŐIRŐL

A szerteágazó szakirodalmi adatok birtokában végeztünk egy kutatást (2011–2016 között) hazai mintán, amelyben mérsékelt rizikójú koraszülött gyermekek olvasás-, helyesírás-teljesítményét és ennek kognitív háttértényezőit kívántuk feltárni (Gráf és mtsai, 2021). 8–11 éves korú gyermekek három csoportját vizsgáltuk: egy koraszülött (23 fő), egy időre született jól olvasó (30 fő) és egy időre született fejlődési diszlexiás csoportot (27). A koraszülött gyermekek mérsékelt rizikójú, negatív neurológiai státuszú gyermekek voltak (gesztációs hét átlag: $31 \pm 2,4$ hét, születési súly átlag: $1212 \pm 168,9$ gramm).

Az intelligenciavizsgálatot WISC–IV (*Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition*, magyar változat Nagyné és mtsai, 2008) teszttel végeztük. A téri vizuális emlékezet vizsgálatára a *Rey Komplex Ábratesztet* alkalmaztuk (Kónya és Verseghe, 2000). Az olvasási és helyesírási teljesítmény mérésére a 3DM (*Dyslexia Differential Diagnosis, Maastricht*) számítógépes vizsgálat magyar változatának (3DM-H) olvasásszűrő programját alkalmaztuk. (A mérőeszközt eredetileg Leo Blumert és Anniek Vaessen dolgozta ki. A magyar változat Tóth Dénes, Csépe Valéria, Anniek Vaessen és Leo Blumert közös munkája: Vaessen és mtsai, 2010).

A statisztikai elemzések a 3.01 statisztikai programmal készültek (R. Developmental Core Team, 2012). A kognitív háttértényezők feltárására egyrészt a *Döntési fák* (CART; R. Developmental Core Team, 2012) elemző programot használtuk, ami egy rekurzív osztályozó rendszer, melynek segítségével regressziós fákat építhetünk a célváltozók prediktálására, másrészt a *Véletlen erdők* (RF; R. Developmental Core Team, 2012) szoftverrel dolgoztunk, amely szintén egy rekurzív osztályozó-rendszer, klasszifikációs és regressziós fák halmaza, amelyet az adatok egy véletlen részhalmazára építünk.

A csoportok szerinti összehasonlítás szerint a jól olvasók *Teljes teszt IQ*-ja, *Verbális megértés Indexe* és *Perceptuális következtetés Indexe* is szignifikánsan magasabb volt, mind a diszlexiásokhoz, mind a koraszülöttekhez viszonyítva. A *Munka-memória* és a *Feldolgozási sebesség* esetében a jól olvasók csak a diszlexiásokat múlták felül szignifikánsan. A koraszülöttek és a diszlexiások közt csak a *Feldolgozási sebesség* tekintetében találtunk különbséget, ez szignifikánsan magasabb volt a koraszülöttek javára.

A jól olvasók a diszlexiásokat minden *Rey-mutatóban* (másolási idő, másolási pontosság, emlékezeti felidézési idő, emlékezeti felidézési pontosság) szignifikánsan felülmúlták. A koraszülöttekhez viszonyítva a jól olvasóknak csak a másolási

pontszáma volt szignifikánsan magasabb; az emlékezeti felidézési pontszám esetében a különbség tendenciaszintű volt. Ez utóbbi mutatóban a koraszülöttek ugyancsak tendenciaszinten teljesítettek jobban, mint a diszlexiások. Az olvasás és írás feladatok minden mutatójában mind a jól olvasók, mind a koraszülöttek szignifikánsan jobban teljesítettek, mint a diszlexiások. A jól olvasók és a koraszülöttek közt egyetlen esetben sem volt szignifikáns különbség.

Feltételezésünk, mely szerint a *koraszülöttség az értelmi fejlődés szempontjából még iskoláskorban is tetten érhető hátránnyal jár*, koraszülött csoportunknak a WISC-IV intelligenciatesztben nyújtott teljesítményei alapján megerősítést nyert. Ez egybeesik a szakirodalomból kirajzolódó képpel.

Az intelligencia CHC (Cattel–Horn–Carol) modellje (Nagyné és mtsai, 2008) alapján végzett elemzés szerint a koraszülöttek lemaradása nem egyenletesen érinti az IQ-hoz hozzájáruló különböző kognitív funkciókat. A rizikómentes kontrollnak tekintett „jól olvasó” csoport a 4 számított index közül csak kettőben – a verbális megértés és a perceptuális következtetés terén – múlta felül szignifikánsan a koraszülötteket. A *koraszülöttség kognitív fejlődést megzavaró hatása eszerint nem a verbális, illetve a képi funkciók elhatárolása mentén szelektál, és érintetlenül hagyhatja a munkamemóriát és a feldolgozási sebességet*. A koraszülöttek eltérő kognitív struktúrájára utaló adatot kaptunk a *Rey-teszt* ábramásolási feladatában, mivel itt jelentősen alacsonyabb teljesítményt nyújtottak a perceptuális szerveződésen alapuló *grafomotoros reprodukciót* igénylő feladatban.

Az olvasás és a helyesírás tekintetében vizsgálatunk eredményei várakozásunkkal ellentétben azokat a kisebbségben levő szakirodalmi közléseket támasztják alá, amelyek szerint az *olvasás és a helyesírás elsajátítását a koraszülöttek eltérő fejlődése nem zavarja meg számottevően* (Kesler és mtsai, 2004; Lee és mtsai, 2017; Takeuchi és mtsai, 2016; Taylor és mtsai, 2011). Annak fényében, hogy a *koraszülött gyerekek intelligenciateszt-eredményei* a tipikus fejlődésű, időre született, jól olvasó gyerekekkel szemben sokkal *közelebb állnak* a jelentősen alulteljesítő *diszlexiás csoport eredményeihez* (teljes teszt IQ, verbális megértés, perceptuális következtetés, vizuomotoros reprodukció), a *koraszülött csoport életkornak* megfelelő (a jól olvasó időre születettekétől statisztikailag megkülönböztethetetlen) *olvasás- és írásteljesítménye* fontos kérdést vet fel ezeknek a komplex készségeknek a kognitív hátterét illetően. A koraszülöttek teljesítménye alapján megkérdőjelezhetjük a teljes teszt IQ-ban kifejeződő általános intelligencia szerepét. (Fontos hangsúlyozni, hogy vizsgált mintáink folytán csak a normál intelligencián belüli változatokról beszélhetünk). Az olvasási teljesítményben – sem a fluencia, sem a pontosság terén – nem jelent meg a teljes teszt IQ mint magyarázó változó. Ez az eredmény összecseng

Peterson és szerzőtársai (2021) megállapításával, miszerint *a dekódolás független az általános kognitív működéstől*. Az olvasás pontosságában a memória szerepe mutatkozott meg: a leghangsúlyosabban a vizuális felidézés (a Rey-teszt emlékezeti pontosság mutatója), ezen kívül pedig az intelligenciateszt munkamemória indexe is ezt jelezte. Mindkét index eredményeiben a diszlexiások szignifikánsan alulmaradtak a jól olvasó időre születettekhez viszonyítva, ami magyarázhatja a diszlexiások olvasási nehézségét. Tendenciaszintű különbséggel a koraszülöttek is gyengébben teljesítettek a Rey-teszt emlékezeti pontosság mutatójában, de a képet árnyalja a munkamemória index megjelenése a modellben, amelyben nincs hátrányuk a koraszülötteknek. *Úgy tűnik, hogy a memória terén a koraszülöttek szintje, ha vizuális területen némileg el is marad az időre született kontrollcsoporttól, elérte azt a küszöbértéket, ami elegendő a pontos olvasás elsajátításához*. Az olvasási fluenciát meghatározó kognitív tényezőkként a WISC-IV Munkamemória indexe és a Feldolgozási sebesség index jelent meg. Eszerint az olvasás elsajátításában a memóriának és a feldolgozási sebességnek van kiemelt szerepe, amelyekben úgy tűnik, hogy a mérsékelt rizikószintű koraszülöttség nem jelent hátrányt. *Az írás kognitív háttere az olvasástól némileg eltérő, és még összetettebbnek tűnik. Az írás készségét valószínűleg különböző utakon lehet elsajátítani. Az íráspontosság fő meghatározó tényezője a Teljes teszt IQ, a memória és a nyelvi képességek*, az alacsonyabb teljesítményt javíthatja a jobb vizuális emlékezet és a jobb verbális megértés. Mindezt tekintetbe véve a koraszülöttek jó helyesírását az olvasáshoz hasonlóan viszonylag jó memóriájuknak tudhatjuk be. Úgy tűnik, hogy igazi gond akkor van, ha az alacsony általános IQ mellett a vizuális emlékezet is gyenge, ami a diszlexiásokra jellemző. *Az írássebesség elsődleges magyarázó változója itt is a Teljes teszt IQ, de a verbális megértés moderátor szerepe ellentétet azzal, amit az írás pontosságánál láttunk. Alacsonyabb IQ mellett, a jobb verbális megértés lassítja az írás sebességét*. Ennek valószínűsíthető magyarázata az lehet, hogy azok a gyerekek, akik gyengébb általános intelligenciájuk miatt akadályokkal küzdenek, ugyanakkor a verbális megértés terén jobban állnak, gondolkodva próbálják megoldani a feladatot, ami időt igényel. Akiénél a verbális megértés is gyenge, azok feltehetően nincsenek is tisztában a hiányosságaikkal, ezért kevesebb mentális igyekezettel dolgoznak a feladatokon. Az írássebesség szignifikánsan korrelál a WISC-IV feldolgozási sebesség mutatójával is, amiben a koraszülöttek szintén jók voltak.

A saját vizsgálatunk tervezésekor az intelligenciakoncepcióból, pontosabban az intelligencia Cattell–Horn–Carol (CHC) modelljéből indultunk ki, amihez hasonló munkával a szakirodalomban nem találkoztunk, így nem találtunk olyan közvetlenül releváns adatot, amellyel a saját eredményeinket összevethetnénk.

Ugyanakkor az olvasás elsajátításában alapvetőnek tekintett betű–hang asszociációk rögzítése (Csépe, 2006; Ziegler és Goswami, 2005) nyilvánvalóan memória-funkció, a folyékony olvasáshoz szükséges gyors dekódolás (Vaessen és mtsai, 2010) pedig a feldolgozási sebességen múlik. Ezért úgy véljük, hogy az eredményeink az általános kognitív működés irányából közelítve végül is megerősítő adalékot jelentenek az olvasás specifikus modelljéhez. Vaessen és munkatársai (2010) szerint az első hat iskolaév során a helyesírási teljesítmény meghatározói a betű–beszédhang megfeleltetési készségek, amihez hozzátehetjük a nem fonetikusán írandó szavak megtanulását – mindebben ugyancsak hangsúlyos a memória szerepe, amelyet a vizsgálatunk is alátámasztott.

Kutatási eredményeink alapján azt állíthatjuk, hogy a mérsékelt koraszülöttség nem jelent veszélyt az olvasási zavar/nehézség kialakulása szempontjából. Az intelligencia alakulására vonatkozó eredményeink megerősítették azt a szakirodalmi adatot, hogy a koraszülöttek IQ átlaga az átlagos övezet alsó harmadában helyezkedik el, de ez láthatóan nem befolyásolta negatívan az olvasás-, helyesírás-teljesítményt. A koraszülött gyermekek a munkamemóriában és a feldolgozási sebességben az időre született, jól olvasó gyermekek átlagához nagyon közel teljesítettek, és ezek a tényezők sokkal inkább befolyásolják az olvasás-, helyesírás-teljesítményt, mint a teljes IQ.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124(2), 717–728.
- Alajbegovic-Halimic, J., Zvizdic, D., Alimanovich-Halilovich, E., Dodik, I., & Duvnjak, S. (2015). Risk factors for retinopathy of prematurity in premature born children. *Medical Archives*, 69(6), 409–413.
- Ancel, Y. P., Goffinet, F., & Epipage 2 Writing Group (2011). Epipage2: A preterm birth cohort in France in 2011. *BMC Pediatrics*, 14, 97.
- Arhan, E., Gücüyener, K., Soysal, Ş., Şalvarlı, Ş., Gürses, M. A., Serdaroğlu, A., Demir, E., Ergenekon, E., Türkyılmaz, C., Önal, E., Koç, E., & Atalay, Y. (2017). Regional brain volume reduction and cognitive outcomes in preterm children at low risk at 9 years of age. *Child's Nervous System*, 33(8), 1317–1326.

- Aylward, G. P. (2002). Cognitive and neuropsychological outcomes: More than IQ scores. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 234–240.
- Back, S. A. (2015). Brain injury in the preterm infant: New horizons for pathogenesis and prevention. *Pediatric Neurology*, 53(3), 185–192.
- Balla, Gy., & Szabó, M. (2013). Koraszülöttek krónikus utóbetegségei. *Orvosi Hetilap*, 154(38), 1498–1511.
- Beck, S., Wojdyla D., Sy, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., Rubens, C., Menonf, R., & Van Look, P. F. A. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin World Health Organisation*, 88(1), 31–38.
- Beke, A. (2019). A fokozottan veszélyeztetett csecsemők és kisgyermekek gondozási rendszerének jelentősége a rehabilitáció korai indításában. In Z. Vekerdy-Nagy (szerk.), *A gyermekrehabilitáció sajátosságai* (pp. 515–528). Medicina.
- Berényi, M., & Katona, F. (2013). Fejlesztések és terápiák: Fogalomzavar, vagy vetélkedés a mindennapokért? *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(3), 174–186.
- Behrman, R. E., & Butler, A. S. (Eds.) (2007). *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. National Academies Press.
- Bolisetty, S., Dhawan, A., Abdel-Latif, M., Bajuk, B., Stack, J., Lui, K., & New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection. (2014). Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extremely preterm infants. *Pediatrics*, 133(1), 55–62.
- Breeman, L. D., Jaekel, J., Baumann, N., Bartmann, P., & Wolke, D. (2015). Preterm cognitive function into adulthood. *Pediatrics*, 136(3), 415–423.
- Burguet, A., Monnet, E., Hirn, F., Vouillat, C., Lecourt-Ducet, M., Dornier, L., Helias, J., Alemand, H., Maillet, R., & Menget, A. (2000). Neurodevelopmental outcome of premature infants born at less than 33 weeks of gestational age and not cerebral palsy at the age of 5 years. *Archive de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaises Pediatrie*, 7(4), 357–368.
- Cainelli, E., Vedovelli, L., Wigley, I. L. C. M., Bisiacchi, S. P., & Supiej, A. (2020). Neonatal spectral EEG is prognostic of cognitive abilities at school age in premature infants without overt brain damage. *Européen Journal of Peditrics*, 180(3), 909–918.

- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Maller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hagan, D., Landoulsi, S., Jamphatong, N., Kongwattanakul, K., Laopailboon, M., Lewis, C., Rattanakankochai, S., Teng, D. N., Thinkhamrop, J., Watananirun, K., Zhang, J., & Gülmezaglu, A. M. (2018). Global, regional and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modeling analysis. *Lancet Global Health*, 7(1), e37–46.
- Cheong, J. L. Y., Anderson, P. J., Roberts, G., Burnett, A. C., Lee, K. J., Thompson, D. K., Molloy, C., Wilson-Ching, M., Connelly, A., Seal, M. L., Wood, S. J., & Doyle, L. W. (2013). Contribution of brain size to IQ and educational underperformance in extremely preterm adolescents. *PloS One*, 8(10): e77475.
- Cohen, S. E., Beckwith, L., Parmelee, A. H., & Sigman, M. (1996). Prediction of low and normal school achievement in early adolescents born preterm. *Journal of Early Adolescence*, 16(1), 46–70.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, & L. Szilvási (szerk.), *A génektől a társadalomig: A koragyermekkori fejlődés színterei* (pp. 76–125). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Csépe, V. (2006). *Az olvasó agy*. Akadémiai Kiadó.
- Deforget, H., Andre, M., Hascoet, J. M., Fresson, J., & Toniolo, A. M. (2009). Consequences de de la grande prématurité dans le domain visuo-spatial, a l'âge de cinq ans. Impact of very preterm birth on visuo-spatial processes at 5 years of age. *Archives de Pédiatrie*, 16(3), 227–234.
- Engle, W. A. (2004). Age terminology during the prenatal period. *Pediatrics*, 114(5), 1362–1364.
- Fily, A., Pierrat, V., Delportec, V., Breart, G., & Truffert, P. (2006). Factors associated with neurodevelopmental outcome at 2 years after very preterm birth: The population-based Nord-Pas-de-Calais EPIPAGE cohort. *Pediatrics*, 117(2), 357–366.
- Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianoy, R. S., Luis Augusto Rohde, L. A., & Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20171645.

- Gargus, R. A., Vohr, B. R., Tyson J. E., High, P., Higgins, R. D., Wrage, L. A., & Poole, K. (2009). Unimpaired outcome in extremely low birth weight infants at 18–22 months. *Pediatrics*, 124(1), 112–121.
- Glaser, K., Wright, C.J. (2021). Indications for and risks of noninvasive respiratory support. *Neonatology*, 118, 235–243.
- Glass, H. C., Costarino, A. T., Stayer, S. A., Brett, C. M., Cladis, F., & Davis, P. J. (2015). Outcomes for extremely premature infants. *Anesthesia and Analgesia*, 120(6), 1337–1351.
- Gordon, B. M., & Jens, K. G. (1988). A conceptual model for tracking high-risk infants and making early service decisions. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics*, 9(5), 279–286.
- Gordon, B. N., Jens, K. G., Shaddock, A. J., & Watson, T. E. (1991). Children's ability to remember activities performed and imagined: Implications for testimony. *Child Psychiatry and Human Development*, 21(4), 301–314.
- Gráf, R., Kalmár, M., Harnos, A., Boross, G. & Nagy, A. (2021). Reading and spelling skills of prematurely born children in light of underlying cognitive factors. *Cognitive Processing*, 22(2), 311319.
- György, I. (2000). Újszülött-neurológia. In R. Kálmánchey (szerk.), *Gyermeckneurológia* (pp. 25–64). Budapest: Medicina.
- Hack, M., Breslau, N., Aram, D., Weisman, B., & Klein, N. K. (1992). The effect of very low birthweight and social risk on neurocognitive abilities at school age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(6), 412–420.
- Herting, E., Hartel, C., & Göpel, W. (2019). Less invasive surfactant administration (LISA): Chances and limitations. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 104, F655–F659.
- Bocca-Tjeertes, I. F. A., Reijneveld, S. A., Kerstjens, J. M., de Winter, A. F., Bos, A. F. (2013). Growth in small-for-gestational age preterm-born children from 0–4 years in SGA status. *Neonatology*, 203(4), 293–299.
- James, S. N., Rommel, A. S., Cheung, C., McLoughlin, G., Brandeis, D., Banaschewski, T., Asherson, P., & Kuntsi, J. (2018). Association of preterm birth with ADHD-like cognitive impairments and additional subtle impairments in attention and arousal malleability. *Psychological Medicine*, 48(9), 1484–1493.

- Kalmár, M., & Csiky, E. (1994). A koraszülöttség fejlődépszichológiai implikációi. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 50(3–4), 139–170.
- Kalmár, M. (2007). *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai: Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Katona, F. (1999). *Klinikai fejlődésneurológia*. Medicina Kiadó.
- Katona, F. (2001). *Az öntudat újraébredése*. Medicina Kiadó.
- Kayden, N. S., & Van Der Meer, A. I. H. (2009). A longitudinal study of prospective controll in catching. *Experimental. Brain Research*, 194(2), 245258.
- Kelly, M. K. (2006). The basis of prematurity. *Journal of Pediatric Healthy Care*, 20(4), 238–244.
- Kenyhercz, F., Sveda, B., & Nagy, B. E. (2020). Koraszülöttek kétéves kori pszichomotoros fejlettsége a leggyakoribb krónikus utóbetegségek tükrében. *Orvosi Hetilap*, 161(5), 183–192.
- de Kieviet, J. F., van Elburg, R. M., Lafeber, H. N., & Oosterlaan, J. (2012). Attention problems of very preterm children compared with age-matched term controls at school-age. *The Journal of Pediatrics*, 161(5), 824–829.
- Kinsella, J. P., Greenough, A., & Abmn, S. H. (2006). Bronchopulmonary dysplasia. *The Lancet*, 367(9520), 1421–1431.
- Kónya, A., Verseghe, A., & Rey, T. (2001). A Rey-tesztek hazai tapasztalatai. *Magyar Pszichológia Szemle*, 55(4), 545–558.
- Krageloh-Mann, I. (2010). Clinical outcome: Neurological sequelae following preterm birth. In C. Nosarti, R. M. Murray, & M. Hack (Eds.), *Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Birth: From Childhood to Adult Life* (pp. 30–39). Cambridge University Press.
- Kumar, P., Shankaran, S., Ambalavanan, N., Kendrick, D. E., Pappas, A., Vohr, B. R., Poindexter, B. B., Das, A., Higgins, R. D., & NICHD Neonatal Research Network. (2013). Characteristics of extremely low-birth-weight infant survivors with unimpaired outcomes at 30 months of age. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 33(10), 800–805.
- KSH (2021). *Koraszülöttek és kis súlyú újszülöttek Magyarországon*. KSH. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/koraszul16.pdf>

- Larroque, B., Ancel, P., Maret, S., Marchand, L., Anré, M., Arnaud, C., Pierrat, V., Rozé, J. C., Messer, J., Thiriez, G., Burguet, A., Picaud, J. C., Bréart, G., & Kaminski, M. (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): A longitudinal cohort study *The Lancet*, 371(9615), 813–820.
- Lee, A. C. C., Mullary, J. M., Katz, J., Tielsh, J. M., Katz, J., Khatry, S. K., LeClerq, S. C., Adhikari, R. K., Shrestha, & Darmstadt, G. L. (2008). Risk factors of neonatal mortality due to birth asphyxia in southern Nepal: A prospective, community-based study. *Pediatrics*, 121(5), e1381–1390.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J.E., Cousens, E., Mathers, C., & Black, R.E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388(10063), 3027–3035.
- Marret, S., Marchand-Martin, L., Picot, C. J., Hascoet, J. M., Arnaud, C., Rosé, C. J., Truffert, P., Larroque, B., Kaminski, M., Ancel, P. Y., EPIPAGE Study Group (2013). Brain injury in very preterm children and neurosensory and cognitive disabilities during childhood: The EPIPAGE Cohort Study. *PLoS One*, 8(5), e62683.
- MacKendrick, W. (2006). Understanding neurodevelopment in preterm infants: Applied chaos theory. *Journal of Pediatrics*, 148(4), 427–429.
- Mikkola, K., Ritari, N., Tømmiska, V., Salokorpi, T., Lehtonen, L., Tammela, O., Pääkkönen, L., Olsen, P., Korkman, M. & Fellman, V. (2005). Neurodevelopmental outcome at 5 years of age of a national cohort of extremely low birth weight infants who were born in 1996-1997. *Pediatrics*, 116(6), 1391–1400.
- Nagy, A., Beke, A. M., Gráf, R., & Kalmár, M. (2017). Extrém kis súlyú koraszülöttek kisgyermekkorai fejlődése és a fejlődés háttértényezői. *Alkalmazott Pszichológia*, 17(3), 37–56.
- Nagy A., Beke, A. M., Cserjési, R., Gráf, R., & Kalmár, M. (2018). Az extrém kis születési súlyú koraszülöttek fejlődésének követése óvodáskor végéig a perinatalis szövődmények tükrében. *Orvosi Hetilap*, 159(41), 1672–1679.
- Nagyné Réz, I., Lányiné Engelmayer, Á., Kuncz, E., Mészáros, A., Mlinkó, R., Bass, L., Rózsa, S., & Kő, N. (2008). *A WISC-IV gyermek intelligenciateszt magyar kézikönyve: Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft.

- Papile, L. A., Burstein, J., Burstein, R., & Koffler, H. (1978). Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1.500 gm. *The Journal of Pediatrics*, 92(4), 529–534.
- Reis, A. B. R., de Mello, R. R., Morsch, D. S., Meio, M. D. B. B., & da Silva, K. S. (2012). Mental performance of very low birth weight preterm infants: Assessment of stability in the first two years of life and factors associated with mental performance. *Revista Brasileira De Epidemiologia / Brazilian Journal of Epidemiology*, 15(1), 13–24.
- Ribiczey, N., & Kalmár, M. (2009). A „mozgó rizikó” koraszülött gyermekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, 9(1–2), 103–123.
- Ritter, B. C., Nelle, M., Perrig, W., Steinlin, M., & Everts, R. (2013). Executive functions of children born very preterm—deficit or delay? *European Journal of Pediatrics*, 172(4), 473–483.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205–209.
- R Developmental Core Team (2012). *A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Saigal, S., Hoult, L. A., Streiner, D. A., Stoskopf, B. L., & Rosenbaum, P. L. (2000). School difficulties in adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, 105(2), 325–331.
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, 371(9608), 261–269.
- Skranes, J., Lohaugen, C. C., Evensen, I. I., Indredavik, M. S., Haraldseth, O., Dale, A. M., Brubakk, A. M., C Martinussen, M. S. (2012). Entorhinal cortical thinning affects perceptual and cognitive functions in adolescents born preterm with very low birth weight (VLBW). *Early Human Development*, 88(2), 103–109.
- Smolker, H. R., Depue, B. E., Reineberg, A. E., Orr, J. M., & Banich, M. T. (2015). Individual differences in regional prefrontal gray matter morphometry and fractional anisotropy are associated with different constructs of executive function. *Brain Structure and Function*, 220(3), 1291–1306.
- Szabó, I. (2002). Kóros vajúdás és szülés. In Z. Papp (szerk.), *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve* (pp. 406502). Semmelweis Kiadó.

- Szele, A. S., & Nagy, B. E. (2017). The connection between maltreatment and preterm birth: In the light of psychomotor development at 2 years old. *Orvosi Hetilap*, 158(25), 976–983.
- Tausch, H., Ballard, R., & Gleason, C. (Eds.). (2005). *Avery's Diseases of the Newborn* (8th ed.). Elsevier.
- Taylor, G. H., Klein, N., & Hack, M. (2000). School-age consequences of birth weight less than 750 g: A review and update. *Developmental Neuropsychology*, 17(3), 289–321.
- Twilhaar, E. S., Wade, R. M., Kieviet, J. F., van Goudoever, B. J., van Elburg, M. R., & Oosterlaan, (2018). Cognitive outcomes of children born extremely or very preterm since the 1990s and associated risk factors: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of American Medical Association Pediatrics*, 172(4), 361–367.
- Vaessen, A., Bertrand, D., Tóth, D., Csépe, V., Faisca, L., Reis, A., & Blomert, L. (2010). Cognitive development of fluent word reading does not qualitatively differ between transparent and opaque orthographies. *Journal of Educational Psychology*, 102(4), 827–842.
- Vecchierini, M. F., André, M., & d'Allest, A. M. (2007). Normal EEG of premature infants born between 24–30 weeks gestational age: Terminology, definitions and maturation aspects. *The Clinical Neuropsychologist*, 37(5), 311–323.
- Volpe, J. J. (2019). Dysmaturation of premature brain: Importance, cellular mechanisms, and potential interventions. *Pediatric Eurology*, 95(2019), 42–66.
- Weinberger, B., Laskin, D. L., Heck, D. E., & Laskin, J. D. (2002). Oxygen toxicity in premature infants. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 181(1), 60–67.
- WHO (2006). *Child Growth Standards*. World Health Organization. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>
- WHO (2018). *Preterm Birth*. World Health Organization. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Ziegler, J. C., & Goswami, U. C. (2005). Reading acquisition, developmental dyslexia and skilled reading across languages: A psycholinguistic grain size theory. *Psychological Bulletin*, 131(1), 3–29.

GYERMEKELME-OLVASÁS: A SZÜLŐI MENTALIZÁLÓ-MENTALITÁS (*MIND-MINDEDNESS*) ÉS JELENTŐSÉGE KORA GYERMEKKORBAN

Egyed Katalin – Szalai Gerda

BEVEZETÉS

Az élet első éveiben az evés és etetés, az alvás és altatás, a gondozás vagy a játék örömmel és „macerákkal” teli mindennapi helyzeteiben szülő és gyermeke szüntelenül interakcióban van egymással. Bármennyire is természetesen és hétköznapiak ezek az interakciók, óriási jelentőséggel bírnak, mivel funkcionális szerepük van négy kulcsfontosságú terület – a kötődés, a társas megismerés, az érzelm-szabályozás és a nyelvelsajátítás – megalapozása és fejlődése szempontjából is (Bornstein és Tamis-LeMonda, 2010). Funkciójukat a fejlődésben tranzakciós folyamatok révén (Danis és Kalmár, 2010, 2020) valósítják meg, melyekben szülő és gyermeke is aktív, illetve egymásra kölcsönösen és folyamatosan hatást gyakorolnak. Így talán nem túlzás azt állítani, hogy a kora gyermekkori *szülő-gyermek interakció* a *szülő-gyermek kapcsolat* és a gyermeki fejlődés bölcsője.

A *fejlődés tranzakciós modelljének* jóvoltából – melynek Kalmár Magda egykor első számú hazai „importőre” (Kalmár és Boronkai, 1991), majd évtizedeken át aktív képviselője volt¹ – egyre inkább az élet bonyolultságának megfelelő komp-

¹ Kalmár Magda fejlődés-pszichopatológiai szellemben folytatott longitudinális kutatásainak (Kalmár, 1996, 2007) és az ELTE-n végzett (eddig) 51 éves oktatási tevékenységének hála, a fejlődés tranzakciós modellje a magyar gyakorlatban uralkodó fejlődésszemléletre is erőteljes hatást gyakorolt.

lexitásban gondolkodunk a fejlődésről (Sameroff, 2010) és a fejlesztés lehetőségeiről. Ma ennek a fejlődésmódnak az összetettségével számolva – kiterjesztve azt az egyén és környezetének minden szintjére – keressük mindazon tényezőket, melyek befolyásos alakítói lehetnek a szülő–gyermek interakciónak, illetve rajtuk keresztül a szülő–gyermek kapcsolatnak és a fejlődésnek. Így merül fel a lehetséges jelöltek között, a szülőnek az a kritikus fontosságú képessége, ahogyan saját gyermekét mentalizálja. A *szülői mentalizáció* teszi lehetővé, hogy a szülő gyermekét önálló elmével rendelkező személynek tekintse, akinek mentális állapotokat – vagyis a szülőétől eltérő szándékokat, vágyakat, vélekedéseket, érzelmeket – tulajdonítva tudja értelmezni és bejósolni viselkedését. Az 1990-es évektől kibontakozó szülői-mentalizáció-kutatások kis késéssel követték az 1980-as évektől robbanásszerűen induló gyermeki tudatelmélet-kutatásokat, illetve – ezekhez egy ponton szervesen kapcsolódva is – váltak intenzív vizsgálati területté. A felfokozott érdeklődést jelzi, hogy 2013-ban már 15 interjú és megfigyelésen alapuló eljárás létezett a vizsgálatára (Schribbor és mtsai, 2013). Mivel az érdeklődés azóta sem csökkent e terület iránt, vizsgálatának nemzetközi szakirodalma rendkívül színes. Ennek a változatos tájképnek az illusztrálására szeretnénk három olyan koncepciót kiemelni, melyek a jelenlegi trendeket tekintve meghatározók, és együttesen megerősítik a szülői mentalizáció mérvadó szerepét a szülő–gyermek kapcsolat és fejlődés szempontjából. Ilyen konstruktum a szülői „reflektív funkció” és mérésére alkalmas kérdőív, a PRFQ (*Parental Reflective Functioning Questionnaire*) (Luyten és mtsai, 2017), a szülői „belátóképesség” (*Insightfulness Assessment, Belátóképesség-Vizsgálat*) (pl. Oppenheim és Koren-Karie, 2002), valamint a szülői „mentalizáló-mentalitás” (*Mind-Mindedness, MM*) és kétféle vizsgálata (pl. Meins és Fernyhough, 2015).²

A szakmai konszenzus szerint a *szülői mentalizáció* fogalmát és fontosságát tekintve nincs számottevő különbség a három megközelítés között (pl. McMahon és Bernier, 2017), a három koncepció képviselői maguk is rokon konstruktumként hivatkoznak egymásra (pl. Meins és mtsai, 2001; Oppenheim és mtsai, 2001; Luyten és mtsai, 2017). Gondolkodásmódjuk hasonlóságának egyik oka – amire még részletesebben visszatérünk az MM kapcsán – az lehet, hogy mindhárom megközelítés

² Írásunkban a már bejáratott elnevezések alkalmazására törekszünk (reflektív funkció és működés). Az „*Insightfulness*” fordításaként a „*belátóképesség*” kifejezést használjuk, ami ugyan nem fejezi ki azt, ami a koncepció szempontjából lényeges és egyedi, de ez elmondható az angol kifejezésről is. A „*Mind-Mindedness*” fordítására a *mentalizáló-mentalitás (MM)* kifejezést vezetjük be. Mivel erről a témáról jó ideje sokat beszélünk magyarul, az MM kódrendszerét is használjuk, ezért lejjebb, amikor már jobban érthető lesz az MM koncepciója, visszatérünk az elnevezés kérdésére, és érvelni fogunk az általunk választott kifejezés mellett.

a kötődés- és a szenzitivitáskutatásokban gyökerezik, a szülői mentalizáció szerepét a szülő–gyermek interakciók és kapcsolat kontextusában keresik. Ugyanakkor figyelembe véve azt, ahogyan konceptualizálják és operacionalizálják a szülői mentalizációt, már nagyon is számottevő eltéréseket találhatunk. Olvasatunkban éppen ez a kettősség – tehát egyrészt a közös elméleti alap a kötődés és mentalizáció értelmezésére nézve, másrészt a mérésben megjelenő divergencia – teszi rendkívül gyümölcsöző, a versenyt és a közös gondolkodást egyszerre inspiráló területté a szülőimentalizáció-kutatásokat.

Miközben a világ lázasan dolgozik a szülői mentalizáció leírásán és fejlődésben betöltött funkciójának megértésén, mi több, hatásvizsgálatokban, intervenciók fejlesztésében és tesztelésében szánnak neki szerepet, hazai viszonylatban nem vagy csak igen kevésbé tükröződik ez a nagymértékű és szakmailag indokolt figyelem a kérdés iránt. Ezért írásunkban az általunk észlelt hiány – legalább részleges – csökkentésére vállalkozunk: először a három kiemelt konstruktum segítségével szemléltetjük a terület eszközgazdagságát, elsősorban a lehetséges mérések módszertani változatosságát hangsúlyozva; majd a folytatásban szűkítve fókuszunkat, a „mentalizáló-mentalitás” koncepcióját részletezzük.

HÁROM ELTÉRŐ MÓDSZERTANNAL DOLGOZÓ KONSTRUKTUM A SZÜLŐI MENTALIZÁCIÓ VIZSGÁLATÁRA

A Szülői Reflektív Funkció Kérdőív (PRFQ)

A „reflektív funkció”-t (*reflective functioning*, RF) ma a mentalizáció szinonimájaként kezelik (Fonagy és mtsai, 2016). Ugyanakkor az RF elméleti megalapozása szempontjából lényeges sajátosság, hogy a mentalizációról a kötődésemélet mellett a szelf-fejlődés talaján gondolkodnak: feltételezik, hogy a reflektív szelf fejlődése és a biztonságos kötődés összefüggésében emelkedik ki a saját mentális aktivitásunk belső megfigyelésének képessége, a reflektív szelf-funkció. Mivel az elme interperszonális természetű, és önmagunk, valamint mások megértése szorosan összekapcsolódik, így a szelf reflektív működése mutatkozik meg a szülő–gyermek relációban egy másik személy, a gyermek vonatkozásában is, amikor a szülő gyermeke szempontjából képes látni a tapasztalatait és élményeit, és így viselkedésének a gyermek mentális állapotait olvasva igyekszik jelentést és értelmezést adni (Fonagy és mtsai, 1991). Ezt a szülői reflektív funkciót hivatott mérni a *PRFQ* (*Szülői Reflektív Funkció Kérdőív*).

Álláspontunk szerint, akár a kutatások történetét, akár jelenét tekintve, a reflektív funkció konstruktumának további két szempont is sajátos árnyalatot kölcsönöz.

Egyrészt, Fonagyék megközelítésében a fejlődési irányultság mellett jelen van egy erős, felnőttkorra vonatkozó, klinikai szempontú érdeklődés, hiszen a konstruktum ismertségét és népszerűségét – a szülő–csecsemő kötődés- és fejlődés-vizsgálatok mellett – a *borderline* személyiségzavar patológiás mentalizációjával foglalkozó kutatások alapozták meg (Fonagy és mtsai, 2016). Ezt a megközelítést fémjelzi egy korai írás kiindulópontjában megjelenő utalás arra, hogy mentális problémákkal küzdő betegek esetében jellemző lehet a kevésbé jól funkcionáló reflektív működés a saját érzelmekre vonatkozóan (Fonagy és mtsai, 1991). A kutatócsoport létrehozott a súlyos mentalizációs sérülések vizsgálatára egy önálló, a felnőtt reflektív funkciót mérő kérdőívet is (RFQ: *Reflective Functioning Questionnaire*) (Fonagy és mtsai, 2016).

Másrészt, az elméleti előzmények mellett a P/RFQ kérdőívek módszertani történetének is jelentősége van. Ugyanis a reflektív funkciót eredetileg interjúk segítségével vizsgálták: először a *Felnőtt Kötődési Interjúra* építve (AAI, Fonagy és mtsai, 1991), ami a saját szülővel mint kötődési személlyel való kapcsolat kontextusában foglalkozik a reflektív funkcióval, majd a *Parent Development Interview*-val (Slade és mtsai, 2005), amiben az egyén már szülőként a saját gyermeke viszonylatában gondolkodik. Ezeknek az interjúk technikáknak megvan az az előnyük, hogy általuk részletes és gazdag klinikai kép alakítható ki, így mélységében vizsgálható a szülői reflektív funkció gyermeki fejlődésben játszott szerepe. Tagadhatatlan viszont, hogy az interjúzás rendkívül költséges és időigényes, illetve csak arra kiképzett szakember végezheti.

Ezért nagy fegyvertény, hogy a szülői reflektív funkció ma már nem csak interjúval, hanem a 18 tételes, multidimenzionális kérdőív, a PRFQ segítségével is mérhető. Igaz, a teljes körű klinikai esetmegértés szempontjából nem helyettesíti az interjúkat, de nem is ez a célja, hanem hogy legyen egy egyszerűen alkalmazható szűrőteszt a kutatók kezében nagymintás vizsgálatok lefolytatására (Luyten és mtsai, 2017a).

Kezdetben a PRFQ-t a kora gyermekkori fejlődés összefüggésében, 0–5 éves gyerekek szülei számára fejlesztették ki, de ma már létezik egy változat serdülők (12–18 év) szüleinek vizsgálatára is (Luyten és mtsai, 2017a, 2017b). A PRFQ (0–5 év) három faktor mentén, 6-6 tétellel monitorozza a szülői mentalizációt és annak esetleg zavart működését, legyen szó túlzott, torzított vagy éppen alulműködésről (Luyten és mtsai, 2017a).³ Az első faktor a „Prementalizációs

³ Különböző országokban ettől eltérhet az itemek száma és a faktorstruktúra.

mód” (*Pre-mentalizing Mode*), mely a gyermekkel szembeni torz, ellenséges attribúciókat és a gyermek szubjektív világába való belépés nehézségeit igyekszik megragadni, beleértve a gyermek viselkedésének és képzeletének megértési nehézségeit. Ezek jellemzően súlyosan sérült szülői mentalizációra utalhatnak. A második faktor a „Bizonyosság a gyermek mentális állapotaiban” (*Certainty About Mental States*), mely azt vizsgálja, hogy a szülő mennyire van tudatában annak, hogy gyermeke mentális állapotaihoz nincs közvetlen hozzáférése, ezért azok a közeli kapcsolat ellenére sem olvashatók teljes bizonyossággal. Így problémát jelezhet, ha valaki mindig tudni véli, mit miért tesz gyermeke. Vagy ellenkezőleg, úgy véli, egyáltalán nem tudja kitalálni, mi járhat gyermeke fejében, és erre esetleg emiatt nem is törekszik (hipomentalizáció). A harmadik faktor az „Érdeklődés és kíváncsiság a gyermek mentális állapotai iránt” (*Interest and Curiosity*), melyben az fejeződik ki, hogy a szülő mennyire nyitott gyermeke mentális állapotaira és azok értelmezésére. A patológiás működést a valódi érdeklődés komoly hiánya vagy éppen a túlzott, mondhatni, tolakodó kíváncsiság jelentheti (Luyten és mtsai, 2017a).

Összességében, az interjúról kérdőívre történő módszertani váltás jelentős mértékben egyszerűsítette egy klasszikus, jól konceptualizált, korábban is sokat vizsgált konstruktum mérését. Ennek következtében a PRFQ (0–5 év) – mely jelenleg az angol mellett 14 nyelven érhető el – napjainkra a kutatások kelendő és szívesen használt eszközévé vált, mindazokkal a korlátokkal együtt, amit egy önreflexiót és önbeszámolót igénylő kérdőív jelent.

Magyarországon is megkezdődtek a PRFQ adaptálási munkálatai és a vele végzett kutatások. Az első eredmények már serdülők és kisgyermekek (0–5 év) szüleivel kapcsolatban is elérhetők (Szabó és mtsai, 2022; 2024). Tudomásunk szerint egyelőre ez a három áttekintésre váró konstruktum közül az egyetlen, amiről van publikált magyar eredmény, illetve kora gyermekkorra vonatkozóan továbbiak várhatók.

A szülői belátóképesség

A *szülői belátóképesség* konstruktumát és vizsgálatát Oppenheim és Koren-Karie vezette be, és mint az RF esetében, a szülői mentalizáció itt is hangsúlyosan a kötődésemélet és -kutatás hagyományainak és kortárs eredményeinek kontextusában kerül értelmezésre (Oppenheim és Koren-Karie, 2002, 2013). Munkájuk egyik megalapozója Ainsworthnek egy ma már teljesen természetesnek és hétköznapiak tűnő gondolata volt, miszerint „az optimálisan szenzitív anya képes

babája szempontjából nézni a dolgokat” (Ainsworth és mtsai, 1978, 142). Saját eljárásuk kialakítása során is követték Ainsworth-t, aki megfigyelései során kitüntetett figyelmet szentelt annak, ahogyan az anyák a szülő–gyermek interakciókban *babájukhoz*, illetve ahogyan a velük felvett rövid interjúkban *babájukról* beszéltek (Oppenheim és Koren-Karie, 2013).

A cél egy olyan módszer fejlesztése volt, amivel a szülőnek az a képessége válik mérhetővé, hogy mennyire tudja empatikusan megérteni gyermeke belső élményeit, illetve milyen módon reprezentálja és észleli a gyermekét. A koncepcióról született első publikációban még empatikus megértésről írtak (Oppenheim és mtsai, 2001), de ezt megváltoztatták. Talán mert nem volt elég egyedi a kifejezés ahhoz, hogy jelezze: egy másokkal rokon, mégis önálló, sajátos gondolkodást tükröző fogalmat és mérőeljárást hoztak létre. A korrekció előtti elnevezés sugallt valami olyat, ami jelenleg is hangsúlyos és fontos. Ugyanis a szülői *belátóképesség* egyszerre tükröz kognitív és érzelmi folyamatokat, amelyek akkor működnek, amikor a szülő interakcióban van gyermekével, és reagál gyermeke pillanatról pillanatra kibontakozó és változó viselkedésére, érzelmi jelzéseire (Koren-Karie és Oppenheim, 2018). A kötődésmélet keretein belül és a tranzakciós megközelítésben gondolkodva nem meglepő, hogy feltételezik, a belátóképesség kapcsolatspecifikus lehet, és a szülő belátóképességét a gyermek különböző tulajdonságai is befolyásolhatják. Ugyanakkor egy inhereas aszimmetriát is feltételeznek a szülő és gyermek viszonylatában, nagyobb szerepet tulajdonítva a szülői oldalnak (Oppenheim és Koren-Karie, 2009). Ezen hipotézisek megfogalmazása mellett is, empirikusan tesztelendő kérdésnek tekintik, hogy mennyire jelenhet meg kapcsolatonként eltérő belátóképesség (Koren-Karie és Oppenheim, 2018).

A konceptuálisan jelentős gondolatok összegzése előtt kiemeljük, hogy szemben a gyors és egyszerű kérdőíves eljárással, vagy a később tárgyalt MM-vizsgálattal, a *Belátóképesség-Vizsgálat* olyan összetett és speciális eljárás, ami csak megfelelő képzéssel sajátítható el és végezhető. Többek között azért, mert egy sajátos adatgyűjtési technikával is párosul, nevezetesen a szülő–gyermek interakcióról készült videófelvétel szülővel közös megbeszélésével (*review*), ami ma számos kapcsolati minőséget mérő eljárás és azt célzó intervenció része a kora gyermekkori lelki egészség területén (*Infant and Early Childhood Mental Health*). Magyarországon viszont jelenleg nincs lehetőség sem a *Belátóképesség-Vizsgálat*, sem hasonló jellegű videós *review*-technika elsajátítására. Ennek ellenére, véleményünk szerint, a koncepció gondolkodásmódja önmagában, a mérések pontos részletei nélkül is felyelemre méltó.

A szülői belátóképességet támogató és korlátozó tényezők

Három olyan komponens feltételezhető, ami elősegíti a szülői belátóképességet (Oppenheim és Koren-Karie, 2002, 2009): a) a gyermek motivációinak empatikus megértése és belátása; b) a gyermek érzelmileg komplex felfogása; illetve c) a szülőség kapcsán új, olykor váratlanul érkező információra és élményekre való nyitottság. Aki rendelkezik a szülői belátás képességével, fontolóra tudja venni a gyermeke viselkedése, érzelmi élménye mögött meghúzódó motivációkat, a pozitívan értelmezett motivációk mentén pedig megfelelően tudja magyarázni a gyermeki viselkedést. A pozitív értelmezés legfőképpen arra utal, hogy a belátóképesség olyan gyermekfókuszú perspektíva, ami – a megértés, vagyis az adott kontextusban adekvát értelmezést adó motiváció attribúciója mellett – egyben elfogadást is jelent. A szülő tehát megérti és elfogadja, hogy gyermeke egy különálló, saját, a szülőétől eltérő, azzal akár teljesen ellentétes motivációkkal rendelkező személyiség. A belátó, vagyis egyszerre megértő és elfogadó hozzáállás teremt alapot a megfelelő szülői reakció és válasz kialakítására, akkor is, amikor a gyermek viselkedése épp cseppet sem jutalmazó, sőt, akár kifejezetten kihívást jelent a szülő számára. A belátóképességhez hozzátartozik az is, hogy a szülőnek érzelmi szempontból komplex képzele van gyermekéről, hihető és meggyőző portrét képes róla adni, amit példákkal tud alátámasztani. Bár jellemzően a pozitív vonások vannak túlsúlyban, amikről adott esetben büszkén beszél a szülő, az egészséges képben megjelennek pozitív és negatív tulajdonságok is. A belátó szülő az utóbbiakról is képes őszintén és nyitottan, a gyermek megszégyenítése nélkül, elfogadóan gondolkodni. Végezetül, a belátó szülő nyitottságot mutat nemcsak a kényelmes és örömteli vagy ismerős dolgokra, hanem torzítás nélkül látja és fogadja a nem várt viselkedést is. Ez a nyitottság érvényes azzal kapcsolatban, hogy ki és milyen az ő gyermeke, de a saját szülőségére vonatkozóan is. Továbbá lehetővé teszi, hogy ne ragaszkodjon túlságosan az elvárásaihoz, preconcepcióihoz, és folyamatosan tudja frissíteni a gyermekéről és önmagáról alkotott képet, hogy az viszonylag torzításmentes és reális maradjon.

Szintén a koncepció alapvetéseihez tartozik a belátóképességet korlátozó tényezők megvilágítása (Oppenheim és Koren-Karie, 2002, 2009). Ilyen akadály lehet az intenzív harag és aggodalom jelenléte a vizsgálat során, mert az erős érzelmek szűrőjén keresztül óhatatlanul torzul a gyermek észlelése és értelmezése. Az erős érzelem forrása lehet akár a gyermek (pl. atipikus fejlődés), akár rajta kívülálló tényező (pl. saját szülői kompetencia) miatti bizonytalanság. Ha például egy atipikus fejlődésű gyermek diagnózisa okozta szorongás erősen dominál, a gyermek egyedi reprezentációját „eltakarhatja” a szorongást keltő tünetek

észlelése. Az erős érzelem szinte teljesen ki is szoríthatja a gyermek perspektíváját és az ő élményeinek a megértését, de legalábbis átszínezheti, torzíthatja a szülői olvasatot (pl. a szülő a szenzoros feldolgozási zavart rosszul értelmezi, emiatt szinte minden reakciót a diagnózis szűrőjén keresztül lát). Az elfogadás hiánya (pl. a gyermek lekicsinylése, belső élményei iránti közömbösség, a gyermek bizonyos viselkedésének vagy személyének teljes elutasítása) alapvetően akadályozza meg a belátóképesség működését. Ugyanis az empátia és az elfogadás nélküli megértésből a gyermek nem tud profitálni, mivel az nem támogatja az érzelmek szabályozását és az egészséges érzelmi fejlődést. Ha például a szülő pontosan érti, hogy gyermeke zavarában szopja az ujját, de viselkedését kisbabásnak, nevetségesnek tartja és kigúnyolja, hiába a megértés. Elfogadás nélkül legfeljebb megszegyenítést, büntudatot élhet át a gyermek.

A *Belátóképesség-Vizsgálat* (l. még szövegdoboz) két fő lépésből áll (Koren-Karie és Oppenheim, 2002). Először a szülő gyermekével különböző interakciós helyzetekben vesz részt, melyekről felvétel készül. Ezután a vizsgálat vezetője interjút készít a szülővel a felvett interakciókkal kapcsolatban, arra helyezve a hangsúlyt, hogy miként gondolkodik a szülő arról, mit élhet át gyermeke az éppen látott interakcióban és hasonló helyzetekben, illetve milyen általános képe van gyermekéről. A kódolásra kiképzett szakember dolgozza fel a szülő válaszait. Kizárólag a szülő interjúbán adott válaszai kerülnek kódolásra, a felvételeken szereplő konkrét interakciók figyelembevétele vagy értékelése nélkül. Az értékelés tíz dimenzió mentén történik (1. táblázat), melyeken keresztül egy összetett profil rajzolható fel a szülői belátóképességről; továbbá a dimenziók alkotta konstellációk négy jellegzetes kategóriába is besorolhatók.

1. táblázat. A Belátóképesség-Vizsgálat tíz skálája
(Koren-Karie és Oppenheim, 2009, 271 alapján)

Skála neve	Alacsony érték	Magas érték
Belátás (<i>Insight into the child's motives</i>)	A szülő nem beszél a gyermek viselkedése mögött meghúzódó lehetséges mentális állapotokról, motivációkról.	A szülő próbálja megérteni a viselkedés mögötti gondolatokat és érzelmeket; szabadon mozog és vált a videófelvételek megfigyelései és a gyermekről alkotott tudása között; keresi a párhuzamot közöttük, és igyekszik mélyebb megértést nyerni belőlük.

Skála neve	Alacsony érték	Magas érték
Nyitottság (<i>Openness</i>)	A szülő nem nyitott a felvételeken látottakra; inkább a maga előzetesen is meglévő elképzeléseit ismétli; a felvételen megfigyeltetket hajlamos elutasítani, nem tekinti jellemzőnek gyermekére.	A szülő nyitott a megfigyelések alapján felmerülő információra; összeveti a megfigyelést saját tudásával; módosítja saját elképzelését, ha szükségesnek érzi.
Komplexitás (<i>Complexity in description of child</i>)	A szülő egyoldalúan írja le gyermekét: vagy csak a pozitív, vagy csak a negatív aspektusokat emeli ki.	A szülő hihető, pozitív és negatív szempontokat egyaránt tartalmazó leírást ad, a gyermek „egészleges” képét bemutatva.
Fókusz (<i>Maintenance of focus on child</i>)	A szülő válaszában nem annyira a gyermek van fókuszban; sokkal inkább maga a szülő és az ő érzései, gondolatai, vagy más, irreleváns kérdések.	A szülő válaszában végig a gyermek a megbeszélés fókusza; csak akkor beszél magáról, ha erre kéri, vagy ha az a szülői szerepe miatt releváns.
Gazdagság (<i>Richness of description of child</i>)	A szülő válasza korlátozott, főként irreleváns részletekkel szolgál, így hiányzik a teljes, a lényegyet megmutató kép.	A szülő kérdésekre teljes, átfogó és élénk képet ad a gyermekről.
Koherencia (<i>Coherence of thought</i>)	A szülő válasza nem konzisztens, nincs világos kép a gyermekről; nehéz megérteni, mit hogyan ért; elkalandozik, kitér, ellentmondásokat tartalmaz a válasza vagy ignorálja a felvételen megfigyeltetket.	A szülő a felvetett részletre fókuszál; gondolatait konzisztensen, egymáshoz kapcsolva, nyugodtan fejezi ki; beszédmódja integrált és világos, az általa mondottakat összekapcsolja mind a megfigyelhető részlettel, mind a gyermek egészleges képével.

Skála neve	Alacsony érték	Magas érték
Elfogadás <i>(Acceptance)</i>	A szülő elégedetlenségét vagy csalódását fejezi ki a gyermekkel kapcsolatban, vagy becsmérően beszél róla.	A szülő elfogadja a gyermek viselkedésének teljes skáláját; toleranciát és megértést mutat a kihívást jelentő megnyilvánulásokkal kapcsolatban is; nyitott a nehézséget okozó viselkedéssel kapcsolatban is, illetve mély elfogadást mutat a gyermek felé.
Harag <i>(Anger)</i> Fordított skála: <i>az alacsony érték az ideális.</i>	A szülő válaszában nem jelenik meg harag, ugyanakkor tud beszélni arról, ha valamilyen viselkedés haragot váltott ki belőle korábban.	A szülő válaszában jelen lévő harag központi eleme a mondandójának; a gyermeket úgy írja le, mint akinek sok idegesítő vonása van; a felvételen látott viselkedések közül sok haragot vált ki belőle.
Aggodalom <i>(Worry)</i> Fordított skála: <i>az alacsony érték az ideális.</i>	A szülő hisz magában és gyermeke képességében, hogy megbirkóznak a kihívásokkal.	Az egész interjú alatt központi és ismétlődő téma az aggodalom a gyermekért vagy a saját szülői viselkedése vagy a kapcsolatuk miatt.
Függetlenség <i>(Separateness from the child)</i>	A szülő nehéznek találja, hogy a gyermekről úgy beszéljen, mint akinek megvannak a saját határai; úgy beszélhet a gyermek gondolatairól, mintha azok egyszerűen kihangosíthatók lennének, vagy úgy utal arra, hogy a gyermek mit gondol, érez, mintha az egyszerű ténykérdés lenne.	A szülő a gyermeket tőle elkülönülő, független személynek látja; elfogadja, hogy gyermeke igényei és vágyai időnként eltérnek az övéitől, vagy éppenséggel ellentétesek is lehetnek az övéivel.

Összességében, a *Belátóképesség-Vizsgálat* a szülői reprezentációkat célzó interjú, illetve kérdőíves módszerekhez képest is új technikával dolgozik: a vizsgálat a szülő általános reprezentációja mellett azt is megcélozza, hogy a szülő egy offline helyzetben, a mentalizációt indukáló kérdések hatására miként alkalmazza reprezentációit, hogy megértse, értelmezze a szülő–gyermek interakció valós momentumait. A *Belátóképesség-Vizsgálat* – akár annak egyes dimenziói önállóan, akár a rájuk épülő klasszifikáció (1. táblázat és keretes szöveg) – kiváló lehetőségeket rejt magában kutatási és klinikai szempontból. Nagy előnye továbbá – szemben pl. a később tárgyalt *Interakciós MM*-mérésekkel –, hogy széles életkori övezetben, 6 hónapos kortól serdülőkorig alkalmazható, ezért longitudinális vizsgálatok, illetve korcsoportokat összehasonlító vizsgálatok eszköze is lehet. Alacsony és magas kockázatú szülő–gyermek párok vizsgálatában is bevethető. Utóbbiak esetében protektív tényezőként működhet a magas szülői belátóképesség. A belátóképesség a szülő–gyermek kapcsolat mellett baráti kapcsolatokban is vizsgálható (pl. Koren-Karie és Oppenheim, 2018; Martinez-Torteya és mtsai, 2018; Maharik-Sachar és mtsai, 2018). Mindent összevetve, bár egy meglehetősen bonyolult és képzést igénylő módszerről van szó, gondolkodásmódja és technikája képzés nélkül is sok haszonnal kecsegtet. Ezért akár klinikai, akár kutatási kérdéseink vannak a szülői mentalizációval kapcsolatban, érdemes a vele végzett nemzetközi kutatásokkal megismerkedni.

A BELÁTÓKÉPESSÉG-VIZSGÁLAT

(Koren-Karie és Oppenheim, 2018; Oppenheim és Koren-Karie, 2009, 2013)

A *Belátóképesség-Vizsgálat* egy bonyolult eljárás, melyben először (I.) a vizsgálati anyag elkészítése történik két lépésben (interakciós helyzet és közös megbeszélés), majd (II.) ennek kódolása, illetve értékelése (skalázás és osztályozás).

I. A vizsgálati anyag elkészítése

1. Interakciós helyzetek: Először a szülő gyermekével háromféle, egymástól különböző interakciós helyzetben vesz részt, melyek jól reprezentálják a természetes élethelyzeteket, és a gyermek életkorához vannak igazítva (pl. kora gyermekkorban valamilyen gondozási helyzet, szabad vagy strukturáltabb játék). Így biztosítható a helyzet ökológiai validitása. Az interakciókról videófelvétel készül.

A vizsgálat ezt követően viszont már eltér a szülő által természetesen meg tapasztalható körülményektől.

2. *Közös megbeszélés:* Egy sajátos offline helyzet, célja azt vizsgálni, hogyan mentalizálhat a szülő a hétköznapiakban:

- A szülő a vizsgálatvezetővel (Vv) közösen végignézi két percet mindhárom interakciós helyzetről és közben Vv egy strukturált interjút vesz fel mindhárom részlet kapcsán: kikérdezi a szülőt gyermeke és saját gondolatairól, érzéseiről, továbbá hogy az éppen látott viselkedés mennyire jellemző, és mit mutat ez a szülő számára a gyermekkel kapcsolatban. Végig arra kéri a szülőt, hogy véleményét, állításait példákkal is támassza alá a látott videók és a mindennapjaik alapján. Hangsúlyt kap az is, hogy mit érez a szülő, miközben nézi a jeleneteket: mi lepte meg, töltötte el örömmel és keltett benne aggodalmat.
- A három felvétel közös áttekintése után arra kéri a szülőt, hogy mindazok alapján, amit a helyzetekben látott és általában tud a gyermekéről, írja őt le, mondja el, mi jellemzi legjobban a személyét, mi teszi őt azzá, aki.
- Általában véve is megkérdezik, van-e, ami vele kapcsolatban meglepetést, aggodalmat és örömet jelent.
- Végül arról kérdezik a szülő véleményét, hogy mi jellemzi legjobban a kapcsolatukat, illetve mit vár a kapcsolatuktól a következő évre nézve.

Bár az interjú strukturált, mivel minden pár esetében más-más pillanatok adódnak, melyek különböző mértékű kihívásokat jelenthetnek a belátóképesség számára, ezért ebből a szempontból nem standard a mérési helyzet. De végső soron csak így válhat mérhetővé az adott, specifikus szülő–gyermek kapcsolatban a szülői mentalizáció.

II. Kódolás és értékelése

A teljes interjú átiratáról kódolás készül. A kódolás során a felvételeket nem veszik figyelembe, a mentalizáció pontosságát a felvételekhez képest egyáltalán nem vizsgálják, kizárólag a szülő által mondottakat. A vizsgálat arra fókuszál, hogy a szülő milyen módon mentalizál, amikor egy offline, a hétköznapiak valóságában nem létező helyzetben kéri erre, és amikor kívülről figyelheti meg gyermekét és önmagát egymással párbeszédben. A kódolás két fázisra bontható.

1. *Skálázás:* 9-fokú Likert-skálákon – közöttük a belátóképességet támogató és azt korlátozó, feljebb már említett hat dimenzió mentén – történik a kódolás. További négygyel együtt, összesen tíz skálával (1. táblázat) együttesen alkotható meg az átiratok profilja. A konstruktum elméleti háttere szempontjából kiemelt hat dimenzió mellett a *Koherencia* is külön említést érdemel. Ugyanis

vannak arra utaló adatok, hogy az alacsony belátóképesség jobban javítható, ha a szülő a gondolati koherencia szempontjából magas értékeket mutat: azaz képes a felvételre fókuszálni; válaszában a gondolatai konzisztensek, egymáshoz jól kapcsolódnak; nyugodtan fejezi ki magát, beszédmódja integrált és világos; kapcsolódik a felvételen megfigyelhető részlethez és a gyermekről alkotott egészsleges és általános képéhez is. Ezért a fentiek mellett ez is olyan komponens lehet, mely figyelemre méltó, ha egy beavatkozás vagy terápia hatékonyságáról kívánunk gondolkodni.

2. Kategorizáció: Az átiratok a 10-es skálát (1. táblázat) figyelembe véve négy kategóriába sorolhatók, közülük egy mutatja azt a konstellációt, amely harmonikus működést tesz lehetővé, míg a többi a belátóképesség hiányának három eltérő mintázatát jelenti.

- Pozitív belátás: jellemző a gyermek motivációinak megértése, az elfogadás, a nyitottság, a koherens gondolkodás és a komplex kép a gyermekről.
- Egyoldalú: a gyermekről alkotott kép nem kiegyensúlyozott, vagyis a szülő a gyermeknek vagy csak pozitív, vagy csak negatív tulajdonságait látja. Inkább általában beszél, példákkal nem tudja alátámasztani a leírt képet. Bizonyos esetekben a szülő fókuszát is vált, és a saját érzelmeiről, vagy esetleg irreleváns kérdésekről beszél.
- Nem bevonódott: a szülő az interjú alatt érzelmileg nincs bevonódva, röviden válaszol, nem is használja lehetőségként a megfigyeléseket, hogy a gyermek vagy saját viselkedésére reflektáljon, főként a gyermek viselkedésének leírására szorítkozik, a gyermek gondolatairól, érzelmeiről kevésbé beszél.
- Kevert: részletenként eltérően nyilvánul meg a szülő, így egynél több típus jellemzői jelennek meg.

A mentalizáló-mentalitás

Az MM fogalma

A szülői elmeolvasásnak szintén jól ismert, sajátosan értelmezett és operacionalizált koncepciója, a *Mind-Mindedness* (MM). A fogalmat Elizabeth Meins alkotta meg és használta először (1997; l. pl. Meins és mtsai, 1998; McMahon és Bernier, 2017). Felfogása szerint a szülő – azon túl, hogy olyan önálló egyéniségként kezeli a gyermeket, aki elmével rendelkezik – intencionális hozzáállást alkalmaz (Dennett, 1998) a gyermekéről való képzetalkotás során, illetve ugyanez tükröződik

a viselkedésében a gyermekkel való interakcióban is (Meins és Fernyhough, 2015). Meins szerint tehát az MM a szülő–gyermek kapcsolat reprezentációs és viselkedéses működésének egymással összekapcsolódó felületén (*interface*) funkcionáló konstruktum. Ez azt jelenti, hogy a szülő a gyermekéről mentálisztikus felfogásban gondolkodik, vagyis a gyermeke elméjében megjelenő belső mentális állapotokat feltételez, és képes is olvasni azokat; valamint a mentálisztikus reprezentációi segítségével értelmezi a gyermek viselkedését is, illetve ez a mentálisztikus reprezentáció és viselkedéértelmezés táplálja és irányítja a szülő viselkedését akkor, amikor a gyermekére reagál, vele viselkedésesen kapcsolatba lép. Összefoglalóan azt mondhatnánk, hogy az MM egyszerre jelenti a szülőnek a gyermeke elméjére hangolódó gondolkodását és viselkedéses megnyilvánulásait.

Magyarországon mostanáig csak minimális mértékben, jobbra szóbeli szakmai diskurzusban jelent meg az MM fogalma. Így még nincs rá bevált és elterjedt magyar szakkifejezésünk. Mivel az MM egy speciális értelmezése a szülői elmeolvasásnak, ezért olyan kifejezést kerestünk, ami nem keveredik már korábban alkalmazott és fogalmilag egyébként teljesen helyénvaló terminológiával (pl. elmetudatosság, elmeolvasás). Véleményünk szerint tartalmi szempontból az elmére hangolódó gondolkodás és viselkedés is jól megragadja a fogalmat, de kissé körülményes a frappáns angol kifejezéshez képest. A *szülői mentalizáló-mentalitás* a „*Mind-Mindedness*” szakkifejezés *speciális fordításaként* egyrészt a *mentalizáló* kifejezéssel egy leíró, elméleti „terhektől” mentes és a magyar szakirodalomban ma már teljesen bevett szóval utalhatunk a mentális állapot tulajdonításának mechanizmusára, ami a funkció lényege; másrészt a *mentalitás* szóval azt juttathatjuk kifejezésre, hogy egy hajlamról, egy olyan hozzáállásról van szó, ami befolyásolni képes, ahogyan gondolkodunk és viselkedünk egy adott helyzetben. Így a *mentalitás* kifejezéssel éppen az MM-nek ezt a gondolkodást és viselkedést egymással összekapcsolódó működését ragadhatjuk meg. Ráadásul ilyen módon megőrizhető az eredeti MM rövidítés.

Az MM-koncepció legfőbb ihletői és jelentősége a gyermeki fejlődésben

Az MM gazdag elméleti kontextusa és a gyermeki fejlődéssel kapcsolatos kutatásai alapján három olyan szempontot emelünk ki, melyek – nézetünk szerint – a kezdetektől mostanáig az MM-koncepció fejlődésének legfőbb ihletői, illetve amelyekhez szorosabban kapcsolhatók bizonyos fejlődési kutatások.

Egyrészt, a szülői MM fogalmát Meins a kötődéseméleti hagyományból kiindulva alkotta meg. A kötődéskutatásokban sokáig tartotta magát az a feltételezés, hogy a szenzitív anyai gondoskodás az alapja a biztonságos anya–gyermek kapcsolat

kialakulásának, és hogy az anyai szenzitivitás nagyfokú variabilitása az, ami a kötődési kapcsolatok sokszínűségét képes magyarázni. Azonban van IJzendoorn (1995) metaanalízise ezt a feltételezést nem tudta kellőképpen megerősíteni. Miközben úgy találta, hogy a szülőnek a *Felnőtt Kötődési Interjúval* (AAI, Fonagy és mtsai, 1991) feltárt reprezentációja a saját szülőjéhez fűződő gyermekkori kötődéséről előre jelezte a saját gyermekével kialakított kötődésének minőségét, az anyai szenzitivitás a gyermek kötődési biztonságának nem volt erős prediktora. Vagyis míg az elemzés a kötődési minták transzgenerációs átadását megerősítette,⁴ a szenzitivitás közvetítő szerepe csak részlegesnek bizonyult. Az 1990-es évek közepétől az így keletkezett „hézag” – a reflektív funkció és a belátóképesség kutatói mellett – Meinst is magyarázat keresésére sarkallta.

Meins (1999) rámutatott arra, hogy a szenzitivitás azért nem volt képes beváltani a hozzá fűzött elvárásokat, mivel a kutatásokban alkalmazott sokszínű operacionalizálás távol került az eredeti, Ainsworth által alkotott definíciótól és mérésétől. Ainsworth és munkatársai (1978) hangsúlyozták, hogy a szenzitív anya képes a dolgokat gyermeke szempontjából szemlélni, gyermekét tőle különálló személyként kezelni, kész észlelni gyermeke jelzéseit és helyesen értelmezve azokat azonnali, és a gyermeke kezdeményezésének megfelelő választ adni. Azonban ez a komplex, és a válasz pontosságával is számoló elképzelés sok kutatásban a szülő azonnali, kontingens válaszadására egyszerűsödött, ami fizikai szükségletkielégítés szintjén elegendő lehet (például amikor a gyermek éhségjelzésére vagy fizikai diszkomfortjára kell reagálni). Ugyanakkor a szenzitív anyai válaszadás nem merül ki a fizikai vagy érzelmi szükségletkielégítésében, annak kognitív komponense sokkal inkább olyan helyzetekben érhető tetten, melyek intencionális hozzáállást igényelnek a szülő részéről, mivel a gyermek viselkedése mögött meghúzódó komplex mentális állapotok felismerése nélkül nem válaszolhatók meg megfelelően.

Meins kutatásait tehát kezdetben erőteljesen meghatározta a *transzgenerációs átviteli hézag* (*transgenerational transmission gap*) áthidalásának szándéka, aminek köszönhetően kutatásaiban hosszú időre szorosan összekapcsolódott a kötődés és az MM vizsgálata. Ugyanakkor lényeges, és a mai kutatási trendeket is meghatározza, hogy az MM bevezetésével nem a szenzitivitás fogalmának lecserélését szorgalmazta. Ehelyett a fogalom újragondolásával igyekezett egy olyan saját konstruktumot alkotni, amely lehetővé teszi a gyermek fizikai és érzelmi

⁴ A kapcsolat maga egy későbbi metaanalízisben is megerősítést nyert, ám hatásnagysága kisebbnek bizonyult (Verhage és mtsai, 2016).

szükségeinek kielégítésében megnyilvánuló általános anyai szenzitivitás elkülönítését a gyermek viselkedését mentális állapotai függvényeként értelmezni képes MM-től (Meins és mtsai, 2001).

Negyed évszázad alatt több kutatásban igazolást nyert az MM magyarázó ereje a kötődésre, a szenzitivitás hatásának kontrollálása mellett is (pl. Meins és mtsai, 2001; Meins és mtsai, 2012). De a szenzitivitás és az MM relatív hozzájárulása a kötődéshez, illetve a két fogalom egymáshoz való pontos viszonya még nem tisztázott (pl. Zeegers és mtsai, 2017). A vitát gazdagítja, hogy az átviteli hézag magyarázatára további jelöltek is vannak (van IJzendoorn és Bakermans-Kranenburg, 2019).

Másrészt, Meins arra is felhívja a figyelmet, hogy a viselkedés mögött meghúzódó mentális állapotokat folyamatosan, explicit módon kommunikálni kész szülői működés a gyermek későbbi tudatelméleti fejlődése szempontjából is jelentős lehet. A viselkedéssel összefüggő mentális állapotok kommunikációjának való kitettségen keresztül a gyermek közelebb kerülhet saját és mások mentális állapotainak megértéséhez, valamint ahhoz, hogy saját és mások viselkedését mentális állapotok függvényének tekintse. Ezzel Meins a mentalizáló-mentalitás fogalmát a kötődés konceptuális keretén túl a gyermeki mentalizációval foglalkozó gazdag irodalommal is összekapcsolja.

A kutatások fényében ugyanakkor az MM és a gyermeki tudatelmélet fejlődésének viszonya inkonzisztensnek tűnik: számos alkalommal igazolódott a kettő kapcsolata, máskor viszont nem volt kimutatható. Ez abból adódhat, hogy a kutatások nagyon eltérő módszertannal dolgoznak, beleértve a tudatelmélet mérésére alkalmazott vizsgálatokat (pl. téves vélekedés, vizuális perspektívaváltás), az MM kétféle mérését (lásd lejjebb), a vizsgált gyerekek életkorát, a longitudinális vizsgálatban alkalmazott mérési pontok számát és időbeli távolságát.

Harmadrészt, az MM-konceptió fejlődését a kezdetektől meghatározta egy nagyon erős szociális konstruktivista hatás (McMahon és Bernier, 2017), mely szerint a magasabb rendű mentális funkciók fejlődése társas eredetű, tehát az egyéni belső működés csak a társakkal folytatott interakciók közvetítésével alakulhat ki (Vigotszkij, 1971). Ebben az internalizációs folyamatban kap nagy jelentőséget a szülői nyelvhasználat és „állványozás” (*scaffolding*), vagyis ahogyan a szülő kapaszkodót kínál a gyermek számára, és itt kereshető a mentalizáló-mentalitás mint lehetséges mechanizmus szerepe is. Eddig a pontig még tulajdonképpen nagy a hasonlóság a Belátóképesség-Vizsgálat koncepciójával, hiszen mindkettőnek célja a szülő gyermekéről alkotott reprezentációját és a működő mentalizációt is megragadni. Az MM operacionalizálásának egyedisége (pl. Meins és Fernyhough,

2015) elsősorban abból adódik, hogy a képességen túl azt is vizsgálni kívánja, hogy a szülő milyen erős hajlamot mutat gyermeke elméjének olvasására. Ennek érdekében direkt módon nem készíti a szülőt, hogy reflektáljon saját általános mentalizációs működésére, mint a PRFQ kérdései, illetve kérdések segítségével nem invitálja a szülőt sem mentalizációra, sem viselkedéértelmezésre, mint a szülői Belátóképesség-Vizsgálat interjú helyzete.

A magasabb rendű mentális funkciók közül a kiemelt jelentőségű tudatelméleten túl, vizsgálták az MM facilitatív hatását a nyelvre, a szimbolikus játékra, a végrehajtó funkciókra és az iskolai teljesítményre (Aldrich és mtsai, 2021). A rendelkezésre álló evidenciák egyelőre korlátozottak és replikálást igényelnek, emiatt konkluzív következtetések még nem vonhatók le. Ráadásul, mivel e funkciók fejlődésük során egymással bonyolult kölcsönhatásban vannak, a kutatások helyzetét nehezíti, hogy ebben a komplex fejlődési folyamatban kell tisztázni az MM szerepét (McMahon és Bernier, 2017).

Az MM kétféle mérése

A mentalizáló-mentalitás fogalmi és konceptuális gyökereinek tisztázása után rátérhetünk az operacionalizálás kérdésére. A Bevezetésben már említésre került, hogy az MM vizsgálatára két egymástól eltérő mérést is kidolgoztak: a *Reprezentációs MM* (R-MM) és az *Interakciós MM* (IA-MM) helyzetet, amelyekben az vizsgálható, hogy spontán módon, mindenféle explicit felhívó jelleg nélkül milyen mértékű mentalizáló hajlamot mutat a szülő. Míg a *Reprezentációs MM* alapvetően a szülő gyermekéről alkotott általános reprezentációját és észleletét célozza, addig az *Interakciós MM* a szülőnek egy szülő-gyermek közös aktivitásban spontán megjelenő viselkedését veszi górcső alá. Mindkét mérési helyzet alkalmas tehát arra, hogy a spontán mentalizáló hajlam mértékét felmérje. Ugyanakkor az IA-MM nemcsak azt vizsgálja, hogy mennyire mentalisztikusan gondolkodik a szülő, hanem azt is, hogy a gyermekével interakcióban mennyire pontosan tudja őt mentalizálni. Ez a mérés tehát egyedülálló abban, hogy a spontán megjelenő és online működő szülői mentalizáció mértékét és pontosságát vizsgálja. Mindkét MM-vizsgálat viszonylag könnyen elvégezhető, standard helyzetet állít fel, az indukált szülői megnyilvánulások pedig sajátos kódolást igényelnek. A kódolás, ha nem is mondható egyszerűnek, nem igényel képzést, mint a *Belátóképesség-Vizsgálat*, hanem egy mindenki számára elérhető kézikönyv segítségével elsajátíthatók az alapok (Meins és Fernyhough, 2015).⁵

⁵ Saját kora gyermekkori kutatásunkban magunk is használjuk, illetve „magyarítjuk”.

Hagyományosan, az MM-kézikönyv alapján, az *Interakciós MM* mérést tekintették alkalmasnak a gyermek első életévében a szülői MM mérésére, a második évtől kezdve és idősebb gyermek viszonylatában pedig a *Reprezentációs MM*-t. Utóbbit viszont nem csak gyermek-szülő relációban alkalmazzák, hanem például más felnőtt kapcsolatokban is (Meins és mtsai, 2014). Noha a kétféle mérés több mint 20 éve létezik, az életkori ajánlások miatt jelentős késéssel kezdtek el ettől eltérő életkorokban, illetve a két méréssel egy időben vizsgáldni (Lundy, 2013). Így a két mérés egymáshoz való pontos viszonya és ezen keresztül több jelentős elméleti kérdés egy ideig háttérben maradt, melyek tisztázása jelenleg is zajlik.

A *Reprezentációs MM*-mérés során arra kérjük a szülőt, hogy írja le, mutassa be gyermekét. Ezzel a kéréssel – ami interjú formájában és írásban is feltehető, és amihez hasonló kérdés tulajdonképpen bármely szülővel felvett anamnézis során megjelenik – a szülő gyermekéről alkotott reprezentációját célozzuk meg, és ezt a leírást értékeljük az MM működése szempontjából. A leírásból átírat készül, amelyben minden attribútum egy külön egységet képez, és minden egység a négy lehetséges, egymást kölcsönösen kizáró kód közül – Mentális, Viselkedéses, Fizikai, Egyéb (2. táblázat) – egybe sorolódik be. Az *R-MM*-vizsgálat fókuszában az áll, hogy a leírásban spontán módon hány Mentalisztikus egység szerepel, illetve hogy ezek a leírás egészét tekintve milyen arányban vannak jelen.

2. táblázat. Az *R-MM* négy lehetséges, egymást kölcsönösen kizáró kategóriája

R-MM kategóriák	
Mentális	Olyan attribútumok, melyek mentális működésre, szellemi tevékenységre, érzelmekre, vágyakra utalnak (pl. okos, kíváncsi, akaratos).
Viselkedéses	Viselkedésre, tevékenységre, magatartásra utaló kifejezések (pl. beszédes, sportos).
Fizikai	Külső, kor, családi pozíció (pl. szőszike, már minden foga kibújt, nagytesó).
Egyéb	Máshová be nem sorolható, nem elég specifikus, vagy metaforisztikus megnyilvánulások (pl. nagyon cuki).

R-MM kategóriák

A kiterjedt, számos sajátos populációval dolgozó kutatásoknak köszönhetően az eredeti négy kategória mellett több kutatás keresi a lehetőségét további kategóriák alkalmazásának, amelyek még nem tekinthetők egységesnek:

Szelf-referenciális	Megnyilvánulások, amik inkább a szülői szelfről, mint a gyermekről szólnak (pl. nagy kihívást jelent számomra).
Értékalapú osztályozás	Az attribútumot tartalmi valenciája alapján a kódoló értékelheti semlegesnek, pozitívnak vagy negatívnak.

Az *IA-MM*-mérésre vonatkozóan a konstruktum megalkotói az életkorra és a kontextusra is ajánlást fogalmaztak meg (Meins és Fernyhough, 2015): féléves korig 3–5 perces szemtől-szembeni interakciót, 6–12 hónaposokkal a szabad játék-helyzetet tartják ideálisnak, ami 20 perces vagy akár rövidebb is lehet. A lényeg, hogy úgy játsszon szülő és gyermeke, ahogyan otthon szoktak, amikor erre módjuk van, mert ebben a helyzetben feltételezhető, hogy a gyermek fizikai szükségletei alapvetően kielégítettek és biztonságban érzi magát. A helyzetről felvétel, a felvételtől pedig átírat készül, ami alapján követhetőnek kell lennie a szülő és gyermeke viselkedésének, illetve a teljes kontextusnak. A kódolás alapvetően a szülő verbális megnyilvánulásaira, kommentjeire irányul, aminek jelentőségét empirikus kutatás erősítette meg (Meins és mstai, 2001, 3. táblázat). A szülő verbális megnyilvánulásai, kommentjei közül elsőként a mentálisak azonosítása történik. Mentalisztikus minden olyan verbális megnyilvánulás, ami mentalizálja a gyermeket és viselkedését, vagyis a szülő explicit módon mentális állapotot tulajdonít a gyermeknek: pl. kogníciót, vágyat, preferenciát, szándékot, vagy a szülő a gyermeke nevében beszél, mintegy olvasva a gondolatait (4. táblázat). Az átíratnak a verbális tartalmakon túl tartalmaznia kell minden körülményt, ami a kontextus teljes megértéséhez szükséges, mivel a kódolás második lépéseként döntést kell hozni a szülői MM pontosságáról. Vagyis azt értékeljük, hogy a kommentben a szülőnek sikerült-e a gyermek elméjére hangolódni. Ha ezt sikeresen elvégezte, akkor *Illeszkedő*, ha nem, akkor *Nem ráhangolódó komment*ként kódoljuk a szülői megnyilvánulást (5. táblázat).

3. táblázat. Meins és munkatársai (2001) által vizsgált lehetséges 5 MM-mutató

5 lehetséges és vizsgált MM-mutató		Beválogatás indoka
1.	Anyai válaszkészség a gyermek figyelmi fókuszának változására	A gyermek tárgyakra irányuló figyelmének, szemlélődésének akkor lehetséges jelentést tulajdonítani, ha a szülő szándékot feltételez gyermeke tekintetirány-változása mögött.
2.	Anyai válaszkészség a gyermek tárgyra irányuló kezdeményezésére	
3.	Utánzás	Az anya abban az esetben utánozza gyermeke viselkedését, ha jelentéstelinek tartja azt, vagyis cselekedete (vagy hangadása) mögött szándékot feltételez.
4.	Autonómia támogatása	Csak az az anya képes gyermeke autonómia-törekvését támogatni, aki feltételezi, hogy gyermeke szándékvezérelten cselekszik.
5.	A gyermek viselkedése mögött meghúzódó mentális állapotnak megfelelő anyai komment	Az anya nem pusztán szándékvezéreltnek tekinti gyermeke cselekvését, de ki is hangosítja az amögött feltételezett mentális állapotokat.

A mentalizáló-mentalitás azon megnyilvánulását, mely leginkább előrejelezni képes a gyermek későbbi biztonságos kötődését, öt lehetséges jelölt közül egy longitudinális kutatás keretében empirikus úton választották ki. Azon szülők gyermekei bizonyultak egyéves korukban legnagyobb valószínűséggel biztonságos kötődésűnek, akiknek a szülője félévvel korábban szabad játék helyzetben nem pusztán jelentéstelinek tekintette gyermeke jelzését és megfelelően reagált rá, de közben a gyermek feltételezett belső mentális állapotait ki is hangosította, azaz verbálisan kifejezte (5. MM-mutató).

4. táblázat. Különbség az MM- és nem MM-megnyilvánulásként kódolható viselkedés között

A baba viselkedése, amire a szülő reagál:
A baba hosszabban nézi a képen szereplő nyuszi.

	Kétféle szülői megnyilvánulás, illetve értékelése és kódolása	
A szülői megnyilvánulás dimenziói	nem MM	MM
A szülő verbális megnyilvánulása	„Mi az ott a képen? Az egy nyuszi? Igen, az egy nyuszi.”	„Látom, nagyon tetszik neked ez a kép. Mit gondolsz , mi van rajta? Nyuszi? Igen, szerintem is nyuszi.”
A baba viselkedésének észlelése	Feltételezhetően a szülő észlelte, hogy a baba hosszabb ideje nézte a képet.	
A jelek értelmezése	A gyermek által nézett referensről feltételezhető, hogy mi van a figyelme, érdeklődése fókuszában.	
Az értelmezett jelzésnek megfelelő válasz	A figyelem tárgyáról kezdeményezett beszélgetést.	
Kontingencia , időben érkező reakció	Azonnal reagált, amint észlelte a gyermek viselkedését.	
Szülői mentalizáció explicit verbális megnyilvánulása	nincs	Az intencionális hozzáállás működése megmutatkozik a gyermeknek tulajdonított mentális állapotok verbális tulajdonításában.

A fenti két példa illusztrálja a különbséget az MM- és nem MM-megnyilvánulás között. A két szülő egyformán szándékvezéreltnek észleli gyermeke jelzését, válaszájuk egyformán kontingens és illeszkedő a gyermek viselkedéséhez. Azonban az MM-ként kódolható megnyilvánulás ezeken túlmenően reflektál

a nyílt kommunikáció szintjén is, amikor a gyermek viselkedése mögött meghúzódó vágyakat, vélekedéseket, érzelmeket „kihangsúlyítja”.

5. táblázat. Illeszkedő és Nem ráhangolódó kommentek kódolása

A kódoláshoz a szülő kommentjét és a gyermek viselkedését meg kell feleltetni egymásnak, figyelembe véve a teljes kontextust (pl. ki mire nézett, kinek milyen volt a mimikája, a megszólalás előtt és közben mit csinált éppen a gyermek, stb.).

Illeszkedő komment	Ha a megfigyelhető kontextus alapján a szülő által expliciten tulajdonított mentális állapot megfelelően illeszkedik a gyermek viselkedéséhez (pl. szülői komment: „ <i>Látom, ez téged nagyon érdekel és tetszik neked.</i> ”, miközben a gyermek kitartóan egy játékkal foglalkozik és a hanghatásokra nevetéssel reagál), Illeszkedő mentálisztikus kommentet kódolhatunk.
Nem ráhangolódó komment	Amennyiben a viselkedés nem a neki megfeleltethető értelmezést vagy jelentést kapja (pl. hasonló viselkedés esetén: „ <i>Á, ez még nem neked való, ez téged nem érdekel.</i> ”), Nem ráhangolódó mentálisztikus kommentet azonosíthatunk.

Fontos megjegyezni, hogy az MM-re az interakciós mérések alapján *multidimenzió-nális* konstrukciónak kell tekintenünk, mert az empirikus eredmények alapján az Illeszkedő és Nem ráhangolódó kommentek az MM-működés két egymástól független dimenzióját ragadják meg. Tipikus anyai populációban az Illeszkedő kommentek jelentősen gyakoribbak, mint a Nem ráhangolódó kommentek, bár nagyok az egyéni különbségek. Ugyanakkor a Nem ráhangolódó kommenteknek nagy jelentősége lehet a bizonytalan kötődés és altípusainak elkülönítésében, valamint az anyai pszichopatológiával összefüggésben (pl. Meins és mtsai, 2012).

Bár bemutattuk a mérések lényegét és a kódolás egyes részleteit is, határozottan azon az állásponton vagyunk, hogy az MM és gondolkodásmódjának ismerete akár a kódolás teljes körű elvégzése nélkül is előnyös és informatív. Különösen olyan praxis esetén, mely egyébként is dolgozik a szülő–gyermek interakció megfigyelésével és a szülői reprezentációkkal. Gondolunk itt például a szülő–gyermek konzultációkra és terápiákra, melyek a kora gyermekkori lelki egészség területén Magyarországon is egyre elterjedtebbek és elfogadottabbak.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Írásunkban megmutattuk, hogy többféle lehetőségünk van a szülői mentalizáció mérésére. Ezek segítségével olyan képességet ragadhatunk meg, aminek komoly hatása lehet a szülő–gyermek interakcióra és kapcsolatra, továbbá a gyermeki fejlődésre. Áttekintve a három konstruktum leírását, egyértelmű, hogy mindhárom sajátos módon konceptualizálja és méri a saját konstruktumát. Megkerülhetetlenségüket mutatja az is, hogy a három már együtt is több metaanalízis főszerepelője (pl. Mora és mtsai, 2023; Zeegers és mtsai, 2017). De az is kiderült, hogy potenciális hazai hozzáférhetőségüket tekintve nagy eltérések vannak közöttük. Mivel a PRFQ magyar nyelvre adaptált verziója immár rendelkezésre áll (Szabó és mtsai, 2022, 2024), így nincs akadálya, hogy magyar kutatásokban hasznosuljon. Ha viszont olyan módszert szeretnénk alkalmazni – akár kutatásban, akár gyakorlatban –, ami nem a szülőtől várja el, hogy saját, gyermekére irányuló mentalizációját megítélje, akkor a *Belátóképesség-Vizsgálat* és a mentalizáló-mentalitás mérése kínál erre lehetőséget. Míg az előbbi alkalmazását nehezíti speciális képzési igénye, addig az MM esetében saját tapasztalatunk is az, hogy ilyen akadály nem merül fel. Mindez megkönnyíti az MM magyarországi meghonosítását, amin kutatásainkkal jelenleg magunk is dolgozunk. Így, követve Ainsworth javaslatát a módszerre vonatkozóan, az MM által egy olyan eszköz válhat elérhetővé, ami a szülő gyermekéről alkotott általános reprezentációja mellett (R-MM) a szülő–gyermek interakció megfigyelését is a mérés középpontjába helyezi, egyszerre célozva meg a szülői mentalizációra való hajlamot, illetve a tulajdonított mentális állapotok pontosságának mérését (IA-MM).

Zárásképpen, néhány pillanatnyilag is kiemelt kutatási kérdésre hívjuk fel a figyelmet. A közeljövő reális célkitűzése lehet az MM tartalmi, prediktív, konvergens validitásával kapcsolatos kérdések megválaszolása, amihez szisztematikus adatgyűjtésre van szükség, lehetőleg longitudinális dizájnnal, egyszerre alkalmazva az IA- és R-MM, illetve bármely rokon konstruktum méréseit. Hasonló jellegű komplex módszertanra van szükség az MM és a különböző fejlődési funkciók közötti viszonyrendszer tisztázásához is. Sűrgető konceptuális, sokakat foglalkoztató kérdés, hogy a spontán szülői mentalizáló-mentalitást vonásként kezelhetjük, vagy inkább kapcsolatspecifikus konstruktumként, feltételezve, hogy az MM függ attól (is), hogy kivel kapcsolatban működtetjük. Ehhez kapcsolódó kérdés, hogy időben mennyire változó, illetve mennyire és hogyan változtatható képességről van szó. Tovább árnyalhatja a képet, hogy már új – pl. a kötődési rendszert érintő vagy

a közös aktivitásra épülő – helyzetekben is vizsgálják az *IA-MM*-t. Nézetünk szerint, ezeknek a kulcsfontosságú és izgalmas elméleti kérdéseknek a megválaszolása már a közeljövőben számos területen komoly hatást gyakorolhat a gyakorló szakemberek munkájára is, beleértve a diagnosztikát (pl. *R-MM* lehetséges szerepe az anamnesztikus adatok között), a terápiás gyakorlatot (pl. a szülői MM javítását célzó intervenció), és a kora gyermekkor pedagógiáját (pl. a kisgyermeknevelői, pedagógusi MM fejlesztése).

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum.
- Aldrich, N. J., Chen, J., & Alfieri, L. (2021). Evaluating associations between parental mind-mindedness and children's developmental capacities through meta-analysis. *Developmental Review*, 60, 100946.
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (2010). Parent–Infant Interaction. In J. G. Bremner, & T. D. Wachs, T. D. (Eds.), *The Wiley–Blackwell Handbook of Infant Development*, Vol.1 (pp. 458–483). Basic Research, Wiley-Blackwell.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2010). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (szerk.), *A génektől a társadalomig: A kora gyermekkori fejlődés színterei* (pp. 74–122). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Danis, I., Kalmár, M. (2020). Modern alkalmazott fejlődésemleletek: Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka hátterében. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I: Fejlődésemleletek és empirikus eredmények* (pp. 46–81). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Dennett, D. C. (1998). *Az intencionalitás filozófiája*. (O. Hévízi, A. Kardos, M. Vajda, & Cs. Pléh Cs. [szerk]; M. Pap, Cs. & Pléh [ford.]). Osiris.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The *Reflective Functioning Questionnaire*. *PLoS ONE*, 11(7), e0158678.

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218.
- Kalmár, M. (2007). *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai: Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Kalmár, M. & Boronkai, J. (1991). Interplay of biological and social-environmental factors in the developmental outcome of prematurely born children from infancy to seven years. *International Journal of Disability, Development and Education*, 38(3), 247–270.
- Kalmár Magda (1996). The course of intellectual development in preterm and full-term children: An 8-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 491–516.
- Koren-Karie, N., & Oppenheim, D. (2018). Parental insightfulness: retrospect and prospect. *Attachment & Human Development*, 20, 223–236.
- Lundy, B. L. (2013). Paternal and maternal mind-mindedness and preschoolers' theory of mind: The mediating role of interactional attunement. *Social Development*, 22(1), 58–74.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., Fonagy, P. (2017a). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*, 12(5), e0176218.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017b). *The Parental Reflective Functioning Questionnaire: Adolescent Version*. University of Leuven.
- Martinez-Torteya, C., Rosenblum, K., Beeghly, M., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Muzik, M. (2018). Maternal insightfulness protects against the detrimental effects of postpartum stress on positive parenting among at-risk mother–infant dyads. *Attachment & Human Development*, 20, 272–286.
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, 46, 54–80.
- Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment & Human Development*, 1(3), 325–342.

- Meins, E., & Fernyhough, C. (2015). *Mind-mindedness coding manual*, Version 2.2. Unpublished manuscript. University of York.
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., & Turner, M. (2012). Mind-mindedness as a multidimensional construct: Appropriate and nonattuned mind-related comments independently predict infant–mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, 17(4), 393–415.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637–648.
- Meins, E., Fernyhough, C., & Harris-Waller, J. (2014). Is mind-mindedness trait-like or a quality of close relationships? Evidence from descriptions of significant others, famous people, and works of art. *Cognition*, 130(3), 417–427.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1–24.
- Mora, S, C, Bastianoni, C., Pederzoli, M., Rospo, F., Cavanna, D., & Bizzi, F. (2023). Which space for father's mentalizing? A systematic review on paternal reflective functioning, mind-mindedness and insightfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 1261–1279.
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: The capacity underlying secure child–mother relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 593–605.
- Oppenheim, D. & Koren-Karie, N. (2009). Parents' insightfulness regarding their children's internal worlds: Assessment, research, and clinical implications. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (3rd ed) (pp. 266–280). Guilford.
- Oppenheim, D. & Koren-Karie, N. (2013). The insightfulness assessment: Measuring the internal processes underlying maternal sensitivity, *Attachment & Human Development*, 15(5–6), 545–561.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi, A. (2001). Mothers' empathic understanding of their preschoolers' internal experience: Relations with early attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 25(1), 16–26.

- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22.
- Schiborr, J., Lotzin, A., Romer, G., Schulte-Markwort, M., & Ramsauer, B. (2013). Child-focused maternal mentalization: a systematic review of measurement tools from birth to three. *Measurement*, 46(8), 2492–2509.
- Shahar-Maharik, T., Oppenheim, D., & Koren-Karie N. (2018). Adolescent insightfulness toward a close friend: Its roots in maternal insightfulness and child attachment in infancy. *Attachment and Human Development*, 20, 237–254.
- Slade, A., Grienemberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7, 283–298.
- Szabó, B., Miklósi, M., Boda, M., & Futó, J. (2022). A Szülői Reflektív Funkció Kérdőív serdülő változatának magyar nyelvű történet adaptálása és pszichometriai jellemzőinek bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 37(2), 150–165.
- Szabó, B., Futó, J., Luyten, P., Boda, M., & Miklósi, M. (2024). The psychometric properties of the Hungarian Parental Reflective Functioning Questionnaire. *European Journal of Developmental Psychology*, 21(1), 106–123.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387–403.
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current Opinion in Psychology*, 25, 31–36.
- Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M. P., Oosterman, M., Cassibba, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 142(4), 337–366.
- Vigotszkij, L. Sz. (1971). *A magasabb pszichikus funkciók fejlődése*. Gondolat Könyvkiadó.
- Zeegers, M. A. J., Colonnese, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245–1272.

KOHORSZHATÁSOK ÉS KOHORSZKUTATÁSOK A FEJLŐDÉSPSZICHOLÓGIÁBAN ÉS KAPCSOLÓDÓ TUDOMÁNYÁGAKBAN

Danis Ildikó

BEVEZETÉS

Az élethosszig tartó fejlődés tudományos nyomon követésének fontos célja annak megismerése, hogy az emberek az életkorral hogyan változnak (*lifespan; életúti megközelítés*), és ennek a változásnak a háttérében milyen hatást fejt ki az a történelmi-kulturális kontextus (*lifecourse; élettörténeti megközelítés*), amelybe születnek vagy amelyben egy-egy fontos életszakaszukban fejlődnek.

A hazai fejlődéslélektani szakirodalom kevésbé foglalkozott még az életút- és élettörténet-kutatások elméleti kérdésköreivel (pl. Danis és Kalmár, 2011, 2020a), és mindössze néhány tanulmány (Blaskó, 2009; Lábadi és Pohárnok, 2019; Bóné, 2021) szól a jelentős nemzetközi és hazai *gyermekkohorsz-kutatások* bemutatásáról. A nemzetközi szakirodalom által régóta számontartott kérdéskörrel, az ún. *életkori, időszak- és kohorszhatások* módszertani és statisztikai azonosításának, elkülönítésének problémáiról és lehetséges megoldásairól is inkább csak demográfiai és szociológiai (pl. Csutorás, 2021; Moksony, 2002) szakcikkekben írtak hazai szakemberek.

Mindezek miatt indokolt, hogy a tanulmányban a kurrens irodalom mellett számos klasszikus teoretikus és módszertani kutató elméleteivel és gyakorlati iránymutatásaival is foglalkozzak. Teszem ezt azért, mert a legtöbb kortárs

fejlődéskutató alapoz ezekre az alapvetésekre, és e klasszikus nézőpontok jelen-
tekenyen járulnak hozzá a mai fejlődépszichológiai és társtudományi kohorsz-
kutatások tervezéséhez és eredményeik értelmezéséhez.

AZ IDŐ ÉS AZ ÉLETKOR FOGALMA MINT SZOCIÁLIS KONSTRUKTUM

Az *idő*, az *életkor* és az *öregedés* fogalmainak jelentése a köznyelvben és a tudo-
mányban is szerteágazó. Az *életkor* konstruktuma többdimenziós fogalom (Johfre
és Sapersteen, 2023; Wingens, 2022), amelynek értelmezése az adott tudományág-
tól és a megfigyelés céljától is függ. Egy megközelítés szerint az életkor fogalma
akár 11 dimenziót is magában foglalhat (Pitt-Catsouphe és mtsai, 2012).

A *kronológiai életkor* európai kultúrkörünkben a születéstől eltelt időt jelenti,
a *biológiai életkor* azonban a szervezet standard paraméterekkel leírható biofizikai
és biokémiai állapotára vonatkozik. A *pszichológiai életkor* fogalmát használhatjuk
arra, ahogyan az egyén a saját életkorának előrehaladását – az átélt életesemények
és élmények hatására – megéli, értékeli, értelmezi; a *társadalmi életkor* viszont
a szociológia szemszögéből az adott társadalomban felvett szerepekre és pozíciókra,
valamint a társadalmi mérföldkövek által meghatározott életszakaszokra és
csoport-hovatartozásra utal (Wingens, 2022). Mindezek alapján kimondhatjuk,
hogy az ember életkorának társadalmi jelentése – mint számos más konstruktum
és fogalom – a történelem és a kultúra „terméke”, így időben és térben is változik.
Mind korábbi, hagyományozott, mind pedig aktuális társadalmi normák és el-
várások által meghatározott; egyaránt rendelkezik egyéni, személyközi, közösségi
és kulturális jelenségtartományokkal is (Johfre és Saperstein, 2023).

Az életkor többdimenziós voltával kapcsolatos értekezések ösztönzik annak
tudatosítását is, hogy egy adott kutatásban a vizsgálati személyek életkorának
pontosan mely vonatkozásait és mi miatt vizsgáljuk vagy vesszük számításba.

GENERÁCIÓK ÉS KOHORSZOK

A társadalomtudományi kutatókat (főleg szociológusokat, demográfusokat, polito-
lógusokat és piackutatókat) régóta érdekli az, hogy van-e különbség az emberi
viselkedésben attól függően, hogy egy egyén melyik *generációhoz* vagy *kohorszhoz*

tartozik. Pl. az USA-ban nagy hagyománya van a különböző generációk közötti attitűdök, nézetek, szokások, döntések és preferenciák összehasonlításának.

Ehhez az egyes generációkat ismert történelmi időszakokhoz rendelik. A Greatest Generation (vagy az ún. Veteránok) kifejezés az 1928 előtt születetteket jelöli. A Silent Generation az 1928 és 1945 között született, míg a Baby Boom generáció a második világháború után, 1946 és 1964 között született hatalmas kohorsz. Az X-generáció az 1965 és 1980 között születetteket, míg a Millennialisok (vagy más néven Y-generáció vagy Baby Boomlet) az 1980-as évek elejétől az 1990-es évek végéig születetteket foglalja magában. A Z-generáció (más néven Zoomers) az 1997–2012 között született korcsoport, míg az Alpha-generáció a 2013 után született mai gyerekek generációja (Sigelman és Rider, 2018; Pew Research Center, 2015). Ezeket a generációs határokat a magyar szakirodalomban is használják a különböző pedagógiai, munkaerőpiaci, fogyasztói, internet- és digitálismédia-felhasználói sajátosságok elemzése során (pl. Bajnok, 2022; Buda, 2019; Mészáros és Lestyán, 2017; Komár, 2017, 2018).

Az amerikai *life course* (élettörténet-) kutatások alapján, bár e generációk jelentősen különböző tapasztalatokkal rendelkeznek az egyes korszakokat (pl. a *Great Depression*ot, vagyis az 1929-es nagy világválságot, a II. világháborút, vagy épp a vietnámi háborút) jellemző történelmi–gazdasági–kulturális hatásokból adódóan, *a megfigyelések és az empirikus kutatási eredmények összesítő meta-analízisei szerint számos vizsgált változó tekintetében nagyobb az egyéni változatosság és a pszichológiai különbség az egyes generációkon belül, mint a generációk között* (Costanza és mtsai, 2023; Sigelman és Rider, 2018). Mindettől és az óvatosságra intő kritikáktól függetlenül a generációelméletek és -kutatások népszerűsége világszerte töretlen (Csutorás, 2021).

A generáció konstruktum definiálása épít a társadalmi változások nyomon követésére is. *A társadalmi változások folyamatai a születési kohorszok különböző életút mintázatai alapján végzett összehasonlító kohorszelemzésekkel érhetők tetten.* A társadalomtudományi és élettörténeti kutatásokban rendszerint a serdülőkort és a fiatal felnőttkort jelölik meg olyan formáló erejű életszakasként, amelyben egy-egy történelmi-társadalmi esemény vagy periódus átélése és/vagy befolyásolása kapcsán az érintettek társadalmi változásokat idézhetnek elő (Wingens, 2022). Az élettörténeti kutatások egyik klasszikus úttörője, Norman B. Ryder, nagyjelentőségű, a „The Cohort as a Concept in the Study of Social Change” című cikkében (Ryder, 1965) már így fogalmaz a generációkat meghatározó kohorszok szerepéről:

Az új kohorszok lehetőséget nyújtanak a társadalmi változásra. Nem okozzák a változást, megengedik azt. Ha változás történik, az megkülönbözteti a kohorszokat egymástól, és életpályájuk összehasonlítása a változás tanulmányozásának egyik módja lesz [...]

A változás lehetősége a fiatal felnőttek csoportjaiban összpontosul, akik elég idősök ahhoz, hogy közvetlenül részt vegyenek a változás által ösztönzött mozgalmakban, de nem elég idősök ahhoz, hogy elkötelezzék magukat [...] egy adott életforma mellett. (844–848)

Ryder (1965) e klasszikus, korszakalkotó cikkében amellet is érvel, hogy miként a társadalom folyamatosan változik a történelem során, *egy-egy születési kohorsz mindig egy nagyon sajátos társadalmi, kulturális, gazdasági és politikai kontextusba ágyazódik be, amely csak rá jellemző, és amely formálja a kohorsz tagjait*. Ugyanakkor, érvelése szerint, a folyamat kétirányú, mivel *a kohorsz tagjai is formálják azt a társadalmi-történelmi közeget, amelyben élnek*. (Használhatjuk itt is elméleti keretként – tágan értelmezve – a Sameroff-féle tranzakciós elméletet [Sameroff, 2009; Sameroff és Fiese, 2005], vagyis az egyén és a környezet kétirányú kölcsönhatásairól szóló fejlődéstudományi érveléseket). Ryder szerint *a kohorszokat és a generációkat alakító tényezők* leginkább a formális oktatás, az informális kortárscsoport-hatások és a sajátos történelmi tapasztalatok, de fontos az adott kohorsz összetétele, szociodemográfiai struktúrája (nemek, iskolai végzettség aránya stb.), valamint a populáris kultúra és a gyermeknevelési szokásrendszer is. Láthatjuk, hogy *az ún. kohorszhatásokat* (lásd alább bővebben kifejtve) *az egyének saját élettörténete mellett a makroszintű társadalmi-gazdasági hatások* (vö. Bronfenbrenner, 1979, 1986) *és a kettő közötti kölcsönhatások generálják*. Rosow (1978) is megerősíti korai munkájában azt, hogy a kohorszhatások központi jelentőségűek a generációk elemzésében, értelmezésében. Amikor az egyik generáció tagjai azonos vagy egymáshoz nagyon hasonló módon reagálnak, de másképp, mint egy másik generáció tagjai, vagyis amikor ugyanarra a jelenségre adott válaszok hasonló(bb)ak a generációkon belül, de különböző(bb)ek a generációk között, akkor kohorszhatást értünk tetten.

A legklasszikusabb kohorszt meghatározó esemény maga a születés, a születési év. A társadalomtudományokban – beleértve a szociológiát, a demográfiát vagy a gerontológiát –, de a fejlődéslélektanban is sokáig, gyakran még ma is, *a kohorszvizsgálatok többsége ún. születési kohorszokkal dolgozik* (Wingens, 2022; George és Ferraro, 2016; ld. még a későbbiekben). Azonban más események, mint

például az iskolai végzettség megszerzése, a házasságkötés, a gyermekvárás vagy épp a nyugdíjazás is meghatározhat vizsgálati kohorszokat. Vagy beszélhetünk olyan speciális életeseményekről is, amelyeket a vizsgált egyének ugyanabban a történelmi időszakban élnek át (pl. várandósság és *postpartum* időszak a Covid19-világjárvány idején vagy iskolakezdés az orosz–ukrán háború idején). Az orvosi epidemiológiai kutatásokban pedig a kohorsz általában inkább egy olyan csoportot jelent, amelynek tagjait egy adott időpontban vizsgálati alanyként toborozták közös klinikai jellemzőik vagy betegségeik alapján (Heo és mtsai, 2017).

Összefoglalásként tehát, az egy kohorszhoz tartozó emberek körülbelül azonos időszakban és azonos földrajzi régióban születtek, és bizonyos jelentőségteli természeti, történelmi, társadalmi eseményeket (pl. háborúk, gazdasági krízisek és fellendülések, járványok, természeti katasztrófák stb.) közösen éltek át. Így ezeknek az életeseményeknek a globális hatása feltételezhetően hasonló az adott kohorsz tagjaira nézve. Mivel az egyének fejlődésük és öregedésük folyamatában állandóan kölcsönkapcsolatba lépnek az adott időszak, történelmi korszak eseményeivel, kultúrájával, társadalmi berendezkedésével, technológiáival, a kohorszok tagjainak fejlődése és életpályája feltételezhetően több szempontból párhuzamosan halad, és ez már a generációk körvonalazódását feltételezi (Sigelman és Rider, 2018; Feldman, 2017; Rosow, 1978; Ryder, 1965).

A KOHORSZHATÁSOK VIZSGÁLATÁNAK ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSEI: AZ ÉLETTÖRTÉNETI (LIFECOURSE) KUTATÁSOK INSPIRÁCIÓI

Matthias Wiggins friss, összefoglaló munkája (2022) ismerteti az elmúlt évtizedek *lifespan* (életút-) és *lifecourse* (élettörténet-) kutatásait inspiráló filozófiai és szociológiai elméletek rövid történetét. Az írásból most csak néhány olyan gondolatot emelünk ki (az eredeti és további értekezések felhasználásával), amelyek ma is fontos támpontokat adhatnak a kohorszokat és a generációkat érintő fejlődépszichológiai kérdésfeltevések vizsgálatához.

A tárgyalt témakör legfontosabb életút-szociológiai perspektívája a fent már idézett Norman B. Ryder (1923–2010) nevéhez köthető, aki a *kohorsz* fogalom meghatározásában és elterjesztésében játszott fontos szerepet (lásd a fentebbi definíciókat). Ryder (1965; Wiggins, 2022; George és Ferraro, 2016) azt feltételezte, hogy legvalószínűbben négy körülmény különbözteti meg az egyes kohorszokat egymástól:

1. *A kohorszok mérete és összetétele:* a különböző méretű és jellemzőkkel bíró kohorszok eltérő lehetőségekkel és korlátokkal élnek mindennapjaikat egy-egy történelmi korszak idején.
2. *A jelentőségteljes társadalmi és történelmi események:* ezek az események a legintenzívebb és legtartósabb hatást azokra a kohorszokra gyakorolják, amelyeket az események idején serdülő vagy fiatal felnőtt egyének alkotnak. Bár a populáció minden tagja átéli az adott eseményt, általában a fiatal felnőttek életét, életpályáját érinti leginkább egy adott történelmi-társadalmi változás. (A szerző megjegyzése: Amennyiben fiatalabb gyerekekről gondolkodunk, a modern fejlődépszichológia már bizonyította, hogy egy-egy megrázó életesemény vagy hosszabb veszélyeztető periódus a fejlődési területekre, a személyiségfejlődésre és a szülő-gyermek kapcsolatokra is – gyakran ugyan nem közvetlenül, hanem a szülő által közvetítve – negatív hatással bírhat. Persze minden kockázat és negatív hatás esetén számba kell vennünk a környezet különböző szintjein érvényesülő, moderáló hatású protektív faktorokat. Lásd bővebben a fejlődési pszichopatológia és reziliencia törvényszerűségeiről összefoglaló jelleggel: Danis és Kalmár, 2020b.)
3. *A migráció jellegzetességei és eltérései* (értve ez alatt akár a nemzetközi, akár a belföldi regionális, pl. a vidékről a városba történő széles körű migrációt): e migrációs folyamatok megváltoztathatják egy-egy kohorsz jellegét, szociodemográfiai összetételét.
4. *A technológiai innovációk szintén jelentősen differenciálják az egyes kohorszokat, és a legerőteljesebb hatásokat és ösztönző erőt szintén a serdülők és a fiatal felnőttek körében érhetjük tetten.* (A szerző megjegyzése: az előnyök mellett ennek fejlődési kockázata a 2000-es években egyre intenzívebben érvényesülnek az internet, a digitális és (szociális) médiatartalmak felhasználásának rohamos térnyerésével, szinte az egész gyermekkori populációban [Cataldo és mtsai, 2021; Li és mtsai, 2020;].)

Egy másik, némileg későbbi kutatási irány, már alapozva a ryderi kohorsz-megközelítésre, a korcsoportok strukturális-funkcionalista szociológiájának Matilda White Riley (1911–2004), gerontológia-kutató szociológus általi továbbfejlesztése volt (Riley és mtsai, 1972; Wingens, 2022; Dannefer és mtsai, 2005). Riley szerint *a társadalom számos különböző életkorú „rétegből”, korosztályból áll, melyek mérete és összetétele eltérő. A korosztályok tagjai az életkorukhoz kötődő társadalmi szerepekkel írhatók le, és számos jellemzőjükben, kompetenciáikban, érdeklődésükben,*

prioritásaikban, aktivitásaikban különböznek egymástól. Riley főbb állításai a következők voltak:

1. A folyamatos „kohorsz-áramlás” korrétegeket/korosztályokat alkot, és ezen keresztül zajlik az egyéni fejlődés és életút, az öregedés folyamata.
2. E folyamatban – ahogy az egyes korrétegeken áthaladnak az egyének – a szocializáció által társadalmilag kijelölt szerepeknek tesznek eleget.
3. Léteznek *nem életkorral összefüggő folyamatok* is, amelyek hatással bírnak a társadalmi szereprendszerre.

Mindezek a folyamatok és a korrétegek jellegzetességei folyamatos változásban vannak, a társadalmilag kijelölt szerepek, pozíciók, a mindennapi élet jellegzetességei a történelem során állandó átalakuláson mennek keresztül (lásd még a szociális konstruktivista nézőpontokat [Berger és Luckmann, 1966/2011]). Emiatt fontos az adott történelmi időszak és kultúra jellemzőit is számításba vennünk, amikor korábbi kutatási eredményeket értelmezünk a gyermekfejlődést és bármilyen más vizsgált konstruktumot tekintve.

Az életút/élettörténet-kutatás fejlődése szempontjából Glen H. Elder (1934–) munkássága is kiemelkedő. Híres, *Children of the Great Depression / A nagy gazdasági világválság gyermekei* című kötetében (Elder, 1974/2018) három longitudinális adatsor elemzéseit dokumentálta. Az *Oakland Growth Study* az 1920/1921-es születési kohorsz egy mintájának életútját és személyiségfejlődését vizsgálta Oaklandben, míg a *Berkeley Guidance Study* és a *Berkeley Growth Study* a szomszédos Berkeleyben felnövekvő 1928/1929-es születési kohorsz egy-egy mintáját vizsgálta. Ami a vizsgálati mintáiban közös volt, hogy az e kohorszokba tartozó gyerekek még gyermekkoruk valamelyik szakaszában éltek át a nagy gazdasági világválság gazdasági–politikai–társadalmi következményeit. A longitudinális mérések több adatgyűjtési hullámon át dokumentálták e személyek életútját egészen a felnőttkorig, több mint fél évszázadon át. Elder újítása az volt, hogy az ő fókuszában a történelmi események egész életútra gyakorolt hatásai álltak, és emellett az élet különböző területei (pl. a család és a munka) közötti összefüggésekre irányította a figyelmet, ezek kölcsönhatásait elemezte a változó történelmi–társadalmi kontextussal összefüggésben (Wingens, 2022).

A fenti klasszikus nézőpontok a mai napig meghatározzák a kohorszvizsgálatok teoretikus és módszertani alapjait. Több évtizedes dilemma azonban az *életkori, az időszak- és a kohorszhatások elkülönítésének problémája* a kohorszvizsgálatok eredményeinek értelmezésekor. Erre a kérdéskörre térek ki következő fejezetben.

AZ ÉLETKORI, AZ IDŐSZAK-/KORSZAK- ÉS A KOHORSZHATÁSOK TÍPUSAI

Az empirikus kohorszkutatások elindításával a kutatókban hamar felmerült az az elméleti és módszertani probléma, hogy hogyan is lehet azonosítani és megkülönböztetni a fejlődést befolyásoló idői tényezőket. A társadalomtudományokban számos jelenséget, folyamatot az életkor, a történelmi időszak és az egyes, meghatározott kohorszok függvényében értelmeznek. A nagy jelentőségű történelmi események, mint a gazdasági válságok és fellendülések, háborúk, politikai terror, kulturális forradalmak, környezeti katasztrófák stb. nemcsak bizonyos kohorszokat és kohorszhatásokat határozhatnak meg, hanem a populáció minden tagját érinthetik (időszakhatások), természetesen korosztályonként különböző hatással vagy hatásintenzitással.

Schaie (1965), a kohorszhatások elemzésének klasszikus teoretikusa, a fejlődési problémák tanulmányozására egy ún. általános fejlődési modellt (*General Development Model*) fogalmazott meg még az 1960-as években, amely három összetevőn alapult: a biológiai életkor, a mérés idején jellemző történelmi–társadalmi–kulturális időszak és a kohorsz-hovatartozás (születési dátum). Schaie (1965) a fejlődést az ún. életkori (*age effects*), az időszak- (*period effects*) és a kohorszhatások (*cohort effects*) következményeiként magyarázta, és ez az értelmezés régóta keresett volt a társadalomtudományokban. Értelmezésében az időbeli hatások három típusa a következőképpen írható le:

1. *Életkori hatások*: az egyének személyes változásai mind biológiai, mind társadalmi szempontok alapján meghatározott életciklusokon, fejlődési mérföldköveken keresztül zajlanak. Az életkori hatások olyan biológiai és/vagy környezeti hatások, amelyek hasonlóak egy adott korcsoportba tartozó egyének esetében, függetlenül attól, hogy a korcsoport tagjai mikor és hol nevelkednek. Jellemző életkori hatásokról beszélhetünk pl. a 2–4 évesek dackorszaka, a pubertás vagy a menopauza idején, de akár életkorhoz kapcsolódó, azonban társadalmilag is meghatározott életeseményekkel, pl. az iskolakezdéssel vagy a nyugdíjazással összefüggésben is.
2. *Időszakhatások*: a fejlődésben tetten érhető változások alapja lehet az egyének reakciója (vagy kölcsönhatása) egy jelentős természeti vagy történelmi–társadalmi eseményre vonatkozóan, amely a teljes populációt érinti. Ilyen időszakhatások pl. az orosz–ukrán háború miatti elszegényedés vagy a Covid19-járványhelyzet miatti izoláció hatásai, amelyek minden

korcsoportban megfigyelhetők, természetesen más-más konkrét jellemzőkkel (ez a differenciálódás már némileg átvezet a kohorszhatásokhoz, lásd alább).

3. *Kohorszhatások*: e hatások is olyan *biológiai vagy környezeti hatások, amelyek egy-egy adott történelmi pillanathoz kapcsolódnak, azonban csak a populáció egy-egy körülhatárolt csoportjára vannak hatással*, pl. azoknak a gyerekeknek a mentális egészsége, akik New Yorkban éltek a 2001. szeptember 11-i terrortámadás idején, és a tragédiában elvesztették a szüleiket. (Schaie, 1965 alapján)

Mint látjuk, az időszak- és a kohorszhatások közötti választóvonal az adott esemény által érintett egyedek közösségének meghatározható érintettségén múlik: ha az esemény egy adott populáció (ország, régió) minden vagy majdnem minden egyedére globális hatást gyakorol, időszakhatásról beszélünk, ha viszont csak bizonyos (születési) kohorszokat érint a hatás, akkor kohorszhatásról van szó.

A fejlődépszichológusok figyelmét felhívó tény, hogy az életkor és az életkori hatások fogalmának meghatározásában tulajdonképpen egy meglehetősen korlátozó érési szemlélet érvényesül, mivel a tiszta életkori hatásoknak, ha kiszűrjük a kohorsz- és időszakhatásokat, olyan jelenségeket kellene tükrözniük, amelyek szigorúan fajspecifikus, biológiai és/vagy etológiai jellegűek. A fejlődésben mutatókozó minden más varianciát a (többszörösen meghatározott) csoporthoz tartozás (kohorszhatások) és a történelmi események megtapasztalása (időszakhatások) magyaráz (Schaie, 1986).

Bár az életkori, időszak- és kohorszhatások elméletileg megkülönböztethetők egymástól, sohasem egymástól függetlenül, hanem különböző kombinációkban, gyakran „összeolvadva” fordulnak elő és érhetők tetten (Wingens, 2022; Sigelman és Rider, 2018; Feldman, 2017). Ez azt is jelenti, hogy *a szociológiában, a demográfiában vagy akár a közgazdaságtanban vizsgált számos jelenség egyaránt függhet az egyének biológiai és társadalmi fejlődésétől, az adott életciklusból adódó jellegzetességekből (életkor), az egyének által az adott évben tapasztalt főbb történelmi eseményektől, gazdasági helyzetétől és strukturális társadalmi változásoktól (időszak), valamint a különböző történelmi és társadalmi kontextusokban élő speciális csoportok tapasztalataitól és/vagy szociodemográfiai és gazdasági jellemzőitől (kohorsz)* (Schulhofer-Wohl és Yang, 2011).

A fejlődépszichológusok, mint már említettük, hagyományosan elsősorban az egyének születési éve szerint alkalmazták a kohorsz-koncepciót, azonban erre más szempontrendszerek is léteztek már az 1970-es évektől. A híres *lifespan*-kutató,

Paul Baltes és munkatársai (1979) munkáját idézi és értelmezi Schaie (1984, 1986), valamint a Reese és McCluskey (1984) szerzőpáros is. Ők a kohorszokat meghatározó hatásokat három alapvető típusba sorolták: az életkori (biológiai és társadalmi), a történelmi és a nem normatív hatások közé.

1. *Az életkorral összefüggő, kohorszmeghatározó biológiai és társadalmi események* általában normatív jellegűek, időben kiszámíthatóak és bejósolhatóak, a természetes életút részei (pl. első menstruáció, menopauza, első gyermek születése stb.). Ezeknek az eseményeknek a bekövetkezte többnyire független a kultúrától és a történelmi korszaktól. Amikor viszont időzítésük megváltozik (pl. első gyermek vállalásának időpontja az európai társadalmakban), érdemes a változás okait keresni. Az életkor által meghatározott események várhatóan nem mutatnak kohorszspecifikusságot (amikor is egy esemény hatása egy adott kohorszra korlátozódik csak). (Schaie, 1984, 1986; Reese és McCluskey, 1984)
2. Vannak ugyanakkor az *életkortól független, általában történelmi események által meghatározott kohorszok*. Persze, a történelmi események hatásának skálája is fontos differenciáló szempont: egyes események *univerzális, globális hatással bírnak* (pl. járványok – Covid19-járvány; háborúk – orosz–ukrán válság; vagy jelentős technológiai változások – a mesterséges intelligencia alkalmazásának térnyerése), mások *csak egyes régiókat érinthetnek*, vagy egyetlen régióban is *csak a népesség egyes csoportjait*. Így haladunk az ún. időszakhatástól a kohorszhatások felé. E változások lehetnek *történelmi események sorozatának* (pl. izraeli–palesztin konfliktus) tartós és/vagy összeadódó hatásai, vagy egy viszonylag *hirtelen és jól körülhatárolt történelmi esemény* (pl. 2001. szeptember 11-i terrortámadás New Yorkban) eredménye. *Az emberi fejlődést befolyásoló történelmi események eltéríthetik az érintett kohorsz egyedeinek, valamint a nagyobb társadalmi egységek, például a családok, kisközösségek vagy teljes populációk generációkon átívelő életútját, élettörténetét*. Ezek a nagy jelentőségű események – legalábbis pontosan ugyanúgy – várhatóan nem fognak megismétlődni a későbbi kohorszok életében, ezért a későbbi kohorszokra csak kulturális közvetítéssel tudnak hatni (Schaie, 1984, 1986; Reese és McCluskey, 1984).
3. Végül vannak olyan kohorszok is, amelyek bizonyos *nem normatív (para-normatív) eseményeket* élnek át, mely események is csak legfeljebb mérsékelten korrelálnak az életkorral, pl. gyermek halála, válás, súlyos fertőző

betegség, rokkantságot okozó baleset átélése. (Schaie, 1984, 1986; Reese és McCluskey, 1984). (Megjegyzésként fontos kiemelnünk, hogy számos traumatikus történelmi esemény vagy politikai periódus hatásai egyben paranormatív élménynek is számítanak a fejlődési életúton.)

Egy egyén egyszerre lehet két vagy több kohorsz tagja, és az is lehetséges, hogy két egyén ugyanazt az eseményt némileg más időben éli meg, vagy ugyanazon időpontban különböző eseményeket él át. A kutatástervezés és az eredmények értelmezése szempontjából fontos, hogy *a vizsgálati kohorszok többnyire homogének egy meghatározó életesemény és bizonyos szociodemográfiai jellemzők alapján, de más jellemzőik alapján célzottan heterogének* (Wingens, 2022).

Korábban a fejlődépszichológusok a kohorsz- és a történelmi időszak-hatásokat elsősorban az életkori változások megértésének nemkívánatos zavaró hatásaiként értelmezték (Schaie, 1984, 1986), később azonban jelentős módszertani előrelépések történtek e hatások elkülönítése érdekében, különböző mérési és elemzési módszerek kialakításával (lásd alább).

AZ EMBERI FEJLŐDÉS ÉS AZ IDŐBELI VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLATÁNAK LEHETŐSÉGEI

Az emberi fejlődés- és életútutakutatók általában az idő múlásával bekövetkező különbségekre vagy változásokra kíváncsiak. E változások, a fejlődés, az életkori és az időbeli különbségek mérésére a kutatók három fő kutatási stratégiát dolgoztak ki az elmúlt évtizedekben: *a longitudinális kutatást, a keresztmetszeti kutatást és a szekvenciális kutatást* (Kail és Cavanaugh, 2019; Sigelman és Rider, 2018; Feldman, 2017; Stassen Berger, 2014, 2016 munkái alapján; ld. 1. táblázat és 1. ábra).

Longitudinális kutatások

(Források: Kail és Cavanaugh, 2019; Sigelman és Rider, 2018; Feldman, 2017; Stassen Berger, 2014, 2016)

A fejlődés általános menetét az élet bizonyos kitüntetett – a vizsgált konstruktumok fejlődése szempontjából releváns – időszakaiban leginkább nagyobb elemszámú minták követésével érthetjük meg. E nyomon követés az egyetlen módja annak is, hogy meghatározzuk a viselkedésformák stabilitását vagy változékonyságát, konkrétan azt, hogy a csecsemő- vagy kisgyermekkorban megfigyelt jellemzők későbbi

gyermekkorban vagy felnőttkorban is megmaradnak-e. A *longitudinális elrendezéssel* a kutatók legalább két vagy több mérési pontban gyűjtenek információkat ugyanazon személyektől. Ebben a dizájnban az *életkor által meghatározott változásokról szeretnénk információt nyerni, nem pedig más időszak- vagy kohorszhatásokról*. Azonban a fejlődéskutatásokban érvényesülhetnek bizonyos időszakhatások: olyan történelmi események és trendek hatásai, amelyek az adatok gyűjtése során következnek be, és amelyek az adott időben bárkit érinthetnek (pl. egy azdasági recesszió, egy járvány hatásai, az internet feltalálása és elterjedése stb.). Egy *longitudinális vizsgálat eredményeinek értelmezésekor* tehát az *életkori és az időszakhatásokat összekeverhetjük*. Az időszakhatások miatt előfordulhat, hogy nem tudjuk biztosan, vajon a longitudinális vizsgálat során megfigyelt, életkorral összefüggő változások általánosíthatók-e más társadalomtörténeti kontextusban fejlődő emberekre vagy sem.

A longitudinális kutatásoknak a fenti módszertani bizonytalanság mellett még számos hátrányuk van: (1) A vizsgálni kívánt fejlődési szakasztól és a tervezett időtávtól függően jelentős időbefektetést, humán és pénzügyi erőforrást igényelnek. (2) A résztvevők a kutatás során gyakran kimaradnak, elköltöznek, megbetegszenek vagy akár meg is halnak. Ezek a lemorzsolódások akár szisztematikusan torzíthatják a végső eredményeket. (3) A költséges és időigényes kutatás módszerei és mérőeszközei a vizsgálat végére akár el is avulhatnak vagy hiányosnak tűnhetnek. (4) A résztvevőkre hatással lehet, ha ismételten tesztelik őket, főleg ugyanazzal a mérőeszközzel. Egyre jobban tudatában lehetnek a vizsgálat kérdéseinek vagy céljainak, és ez idővel befolyásolhatja válaszaikat, sőt viselkedésüket is. (5) A tudomány, a populáris kultúra és a politika megváltoztatja az általános élettapasztalatokat, és ezek a változások korlátozhatják az évtizedekkel ezelőtt született emberekről gyűjtött adatok jelenlegi relevanciáját. (Érdemes átgondolni, hogy a 20. század második felében született gyerekekkel végzett longitudinális fejlődési tanulmányok eredményei vajon relevánsak-e még a 21. században; emiatt számos fejlődési konstruktum újramérése lehet indokolt.)

Hangsúlyozni kell, hogy longitudinális kutatási terv a fejlődés tanulmányozásának és az éréssel, időbeli tapasztalatokkal összefüggő változások megértésének, nyomon követésének, illetve ok-okozati kapcsolatok tetten érésének pótolhatatlan eszköze, mégis, a módszer fenti és egyéb problémái miatt a fejlődéskutatók gyakran keresztmetszeti vizsgálatokat alkalmaznak.

Keresztmetszeti vizsgálatok

(Források: Kail és Cavanaugh, 2019; Sigelman és Rider, 2018; Feldman, 2017; Stassen Berger, 2014, 2016)

A keresztmetszeti kutatás során különböző életkorú emberek csoportjait hasonlítjuk össze ugyanabban az időpontban. A keresztmetszeti kutatás idő szempontjából lényegesen gazdaságosabb, mint a longitudinális kutatás, hiszen a résztvevőket csak egy időpontban vizsgálják. E dizájn nagy gyakorlati előnye tehát, hogy gyors és egyszerű: a kutatók egy adott évben mintát vehetnek különböző korú egyének csoportjaiból, és már teljesült is az adatfelvétel. *A keresztmetszeti vizsgálatok azt mutatják meg, hogy a különböző életkorú egyének (kohorszok) miben különböznek egymástól.* Ezáltal a kutatók megkísérelhetnek következtetéseket levonni arra vonatkozóan, hogy egy tulajdonság, jelenség vagy a teljesítmény hogyan változik az életkorral, de e dizájnban kapott eredményeink alapján ebben azért nem lehetünk feltétlenül biztosak.

A keresztmetszeti kutatás további sajátos nehézségekkel is jár. (1) A keresztmetszeti kialakítás egyszerűnek tűnhet, azonban nehéz biztosítani, hogy az összehasonlított csoportok az életkor kivételével minden tekintetben hasonlóak legyenek. (2) A keresztmetszeti vizsgálatokban is előfordulhat szelektív lemorzsolódás, amikor egyes korcsoportok résztvevői nagyobb valószínűséggel állnak el a vizsgálatban való részvételtől, mint mások. (3) És végül a legfontosabb szakmai szempont, hogy *a keresztmetszeti vizsgálatokban az életkori és a kohorszhatások összekeveredhetnek.*

Minden személy egy adott születési kohorszba tartozik: egy azonos helyen, nagyjából azonos időben született emberek csoportjába. Ha azt találjuk, hogy a különböző korú emberek valamilyen dimenzióban eltérnek egymástól, lehetséges, hogy az a kohorszhoz való tartozásban rejlő különbségeknek (is), nem pedig önmagában az életkornak tudható be. A keresztmetszeti vizsgálat azt feltételezi, hogy amikor az idősebbek fiatalabbak voltak, akkor hasonlítottak a fiatalabb korosztályhoz, de ez nem mindig igaz. A korkülönbségen kívül más tényezők (kohorszhatások) is felelősek lehetnek a csoportok közötti különbségekért (pl. a digitális kultúrához való hozzáférés különbségei népszerű elemzési szempont a média-kutatásokban és a fejlődépszichológiában). Az összehasonlított kohorszok felnövekedési tapasztalatai különböznek, és erről keveset tudunk (legfeljebb retrospektív módon érdeklődhetünk). Ez utóbbi vizsgálatára egyértelműen a longitudinális követés alkalmas.

A kutatók – azonosítva a két alapvető kutatási stratégia fenti hátrányait – néhány évtizede érvelni kezdtek egy harmadik stratégia alkalmazása mellett,

amelyben ötvözik a keresztmetszeti és longitudinális kutatások előnyeit. Ezt a kombinációt *szekvenciális* (más néven kohorsz-szekvenciális vagy időszakvenciális) kutatásnak nevezzük.

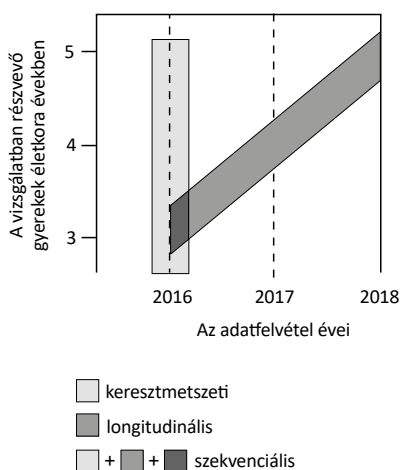
Szekvenciális kutatási elrendezések

(Források: Kail és Cavanaugh, 2019; Sigelman és Rider, 2018; Feldman, 2017; Stassen Berger, 2014, 2016)

Ebben az elrendezésben a kutatók (már korán: Schaie, 1965; Baltes, 1968) több különböző korú embercsoportot tanulmányoznak (keresztmetszeti megközelítés), és követik őket az évek során (longitudinális megközelítés), majd egyesítik az eredményeket. A szekvenciális kutatást kivitelezni bonyolult a toborzást és az elemzést tekintve is, de csak egy ilyen megközelítés egyesítheti a longitudinális és a keresztmetszeti kutatás előnyeit, *lehetővé téve a kutatók számára, hogy elválasszák az életkori hatásokat a történelmi időszak- és kohorszhatásoktól.* A szekvenciális kutatások válaszokat adnak a következőkre:

1. Melyek azok az életkorral összefüggő tendenciák, amelyek valóban fejlődési jellegűek? Arról adnak információt, hogy a legtöbb ember – kohorsz-hovatartozástól függetlenül – várhatóan hogyan változik az idő múlásával (*életkori hatások*).
2. Milyen életkori trendekben találunk különbségeket az egyes kohorszok között? Megerősíthetjük-e azt a feltételezést, hogy minden generációra hatással vannak annak egyedi felnövekedési tapasztalatai (*kohorszhatások*)?
3. Mely tendenciák utalnak arra, hogy a történelem egy adott időszakában zajló események hatással vannak az adott időben élő összes kohorszra (*időszakhatás*)?

Összefoglalva, a szekvenciális mérési dizájnok (1. ábra) kiváló lehetőséget nyújtanak az életkori, az időszak- és a kohorszhatások azonosítására és elkülönítésére, azonban e komplex stratégiák egyértelmű hátránya, hogy bonyolultak és drágák.



Egy 2016-ban végzett keresztmetszeti vizsgálatban három-, négy- és ötéveseket hasonlítanak össze. A longitudinális kutatásban a 2016-ban hároméves gyerekek egy kisebb csoportját kezdik el követni, és megvizsgálják őket, amikor (2017-ben) négyévesek és amikor (2018-ban) ötévesek lesznek. A szekvenciális vizsgálat a keresztmetszeti és a longitudinális módszertant ötvözi: először a háromévesek egy kisebb csoportját hasonlítják össze 2016-ban négy- és ötévesekkel, majd egy és két évvel később szintén, amikor ők maguk is négy- és ötévesek lesznek.

1. ábra. Egy szekvenciális kutatás vázlatja (Feldman, 2017, 59 alapján)

1. táblázat. A keresztmetszeti, a longitudinális és a szekvenciális dizájn előnyei és hátrányai (összefoglalás Sigelman és Rider, 2018, 25 és Kail és Cavanagh, 2019, 31 alapján)

	Longitudinális	Keresztmetszeti	Szekvenciális
Eljárás	Azonos életkorú emberek csoportját figyelik meg ismételten, időben többször.	Több különböző életkorú csoportot figyelnek meg egyetlen időpontban.	A longitudinális és a keresztmetszeti dizájn kombinációja; több kohorszt figyelnek meg több időpontban.

	Longitudinális	Keresztmetszeti	Szekvenciális
Információk	Életkori változásokat írnak le.	Életkori különbségeket írnak le.	Életkori különbségeket és változásokat is leírnak.
Előnyök	Az egyének hasonlóságát és különbségét vizsgálja meg, ahogyan változnak az idővel. Képes kapcsolatot találni a korai élmények és az aktuális, valamint a későbbi viselkedés között. Az egyes konstruktumok stabilitását és változékonyságát tudja mérni.	Életkori különbségeket tudnak megállapítani a viselkedésben és fejlődési trendeket fogalmazznak meg. Idő- és pénztakarékos.	Képes elkülöníteni az életkori, az időszak- és a kohorszhatásokat. Megállapíthatjuk, hogy a fejlődési változások hasonlóak-e a különböző kohorszokban.
Hátrányok	Az életkori trendek a mérés időpontjával (időszakhatás) is összefügghetnek, így nem biztosan számolhatunk be igazi fejlődési változásról. Költséges és sok időt igényel a kivitelezése. A mérőeszközök idővel inadekváttá válhatnak. Gyakori a lemorzsolódás. A válaszadókra hatással lehet az ismételt tesztelés.	Az életkori trendek a kohorszhatásokkal is összefügghetnek, így nem biztosan számolhatunk be igazi fejlődési változásról. Nem ad információt az egyén időbeli fejlődéséről, változásáról, a konstruktumok stabilitásáról, illetve változékonyságáról.	Komplex, költséges és időigényes. Bár módszertanilag a legerősebb dizájnról van szó, a kutatás-tervezés esetleges hibáiból, hiányosságai-ból fakadóan hagyhat megválaszolatlan kérdéseket maga után.

A kohorszkutatások célkitűzéseinek professzionális megválaszolása érdekében nemcsak a kutatási dizájnok fejlődtek. Az életkori, időszak-, és kohorszhatások elkülönítésének elméleti problematikája számos statisztikai módszer kidolgozását is ösztönözte az elmúlt évtizedekben. Az alábbi keretes szövegben e matematikai problémák és megoldási lehetőségek rövid összefoglalását olvashatják a statisztikai módszertan iránt is érdeklődő olvasók.

ELEMZÉSI LEHETŐSÉGEK: KOHORSZHATÁSOK ÉS AZ ÉLETKOR-IDŐSZAK-KOHORSZELEMZÉS

Hogy jól értsük az adatsorok értelmezésének nehézségét, lássunk egy szabványos kohorsztáblát fiktív változóértékekkel (2. ábra; Wingens, 2022, 77). Ez egy olyan fiktív szekvenciális kutatás eredményeinek a vázlata, ahol 1970-ben, majd minden tizedik évben összehasonlítottak több korcsoportot a fiatal felnőttektől egészen az időségekig. 1970-től viszont a két legfiatalabb korcsoportot longitudinálisan is elkezdtek követni. A kohorszhatásokat az átlók közötti különbségek, az életkori hatásokat az oszlopokon belüli különbségek, az időszakhatásokat pedig a sorokon belüli különbségek képviselik.

Életkor	Évek				
	1970	1980	1990	2000	2010
20-29	60	50	40	30	20
30-39	62	52	42	32	22
40-49	66	56	46	36	26
50-59	72	62	52	42	32
60-69	80	70	60	50	40

.....> Kohorszhatás — — — — — Életkori hatás >-----> Időszakhatás

2. ábra. Az életkori, az időszak- és a kohorszhatásokat szemléltető, illusztratív matematikai mátrix (fiktív összefoglaló változóértékekkel) (Wingens, 2022; 77 alapján)

A kronológiai életkor a keresztmetszeti adatokban az egyének közötti különbség változója, a longitudinális adatokban viszont az egyéneken belüli változás változója (Schaie, 1986).

Az empirikus vizsgálatokban a „kohorsz” (*Cohort* – C) változót a kohorszt meghatározó esemény időpontja jelöli ki (pl. születési év vagy életkori csoport; lásd az ábra bal oldali oszlopát). A „időszak” (*Period* – P) változót egy releváns megfigyelési idő határozza meg (általában éves szinten), amikor az adatfelvétel, a mérés megtörténik (lásd az ábra legfelső sorát). Az „életkor” (*Age* – A) változót pedig a kohorszt meghatározó esemény és a megfigyelési időpont között eltelt időként definiáljuk. Az A, P és C változók nem függetlenek egymástól, mindegyik változó mindig „benne van” a másik kettőben, azaz ha két változó értéke adott, akkor a harmadik változó értéke is meghatározásra kerül. Matematikailag az A, P és C változók lineáris / additív kapcsolatban állnak egymással: $A = P - C$, ezt már az 1970-es években leírták (Mason és mtsai, 1973), és innen indult egy dilemma az egyes hatások elkülönítésére vonatkozóan.

Az APC-elemzéseket a mai napig széles körben alkalmazzák a demográfiai és epidemiológiai kutatások vizsgált jelenségeinek, például a morbiditás, a mortalitás és az öregedés folyamatainak megértésére, magyarázatára. A három idővel összefüggő tényező (életkor, történelmi időszak és kohorsz-hovatartozás) mindegyike elvileg független módon befolyásolja az egyének egészségi állapotát vagy a társadalomban fennálló egészségügyi egyenlőtlenségeket. Ezért a hosszú távú változások megértéséhez elengedhetetlen a három tényező független hatásának egyidejű becslése az APC-elemzés segítségével (Heo és mtsai, 2017).

A kohorszhatások becslésénél figyelembe kell venni az életkor és az időszak hatását is, azonban az APC-elemzés problematikája, hogy a hagyományos lineáris regressziós modell nem képes azonosítani a kohorszhatásokat a három időfüggő változó tökéletes lineáris, additív kapcsolata miatt. Ez a matematikai dilemma „azonosítási problémaként” is ismert. A kutatók különféle matematikai modelleket javasoltak az azonosító probléma megoldására (O’Brien és mtsai, 2008; Schulhofer-Wohl és Yang, 2011).

Az 1970-es és 1980-as években két módszertan jelent meg: a nemlineáris modellek és a korlátozottan általánosított lineáris modellek. Mindkét megközelítést érték erőteljes módszertani kritikák. Az elmúlt másfél évtizedben új megközelítéseket fejlesztettek ki, amelyek innovatív módszereket javasolnak az azonosító probléma megoldására. Többszintű elemzési keretrendszert alkotva, számos új matematikai és grafikai megközelítést fogalmaztak meg a fenti adatmátrix kérdésfeltevéseinek megválaszolására, amit széles körben kezdtek alkalmazni

különböző akadémiai területeken. Az APC-problémával foglalkozó matematikai modellek, a kohorszелемzések irányzatai iránt érdeklődő olvasóknak íme néhány korai és friss összefoglaló szakirodalom: Glenn, 2005; Yang és Land, 2013; Heo és mtsai, 2017; Fu, 2018; Fosse és Winship, 2019; Bell, 2020.

KOHORSZKUTATÁSOK A FEJLŐDÉSPSZICHOLÓGIÁBAN

Főleg külföldi példákra, de ma már magyarországi kutatásokra is (lásd alább) alapozva ismerhetünk meg nagyobb elemszámú – lehetőség szerint országosan reprezentatív – mintákon folytatott, kohorszokat vizsgáló dizájnokat. Ezek a fejlődépszichológiában, a szociológiában, a demográfiában és az orvosi epidemiológiában szakterületeken honosak.

A kohorszvizsgálatokban alkalmazhatunk prospektív, retrospektív vagy kétirányú stratégiákat (összefoglalás: Barrira, 2018 az epidemiológiai vizsgálatokra, amelyek általánosíthatók a fejlődépszichológia kérdésköreire is, lásd alább).

- A *prospektív kutatásokat* előre megtervezik, és egy jövőbeni időszakban kezdik meg és végzik el. A kutatók kérdéseket tesznek fel vagy hipotéziseket állítanak fel egy jelenségről, majd egy több évig tartó időszakon keresztül nyomon követik az emberek adott szempontok alapján kiválasztott csoportját a kérdések, hipotézisek megválaszolása érdekében. Olyan kockázati és protektív tényezőket leíró adatokat gyűjtenek, amelyek relevánsak lehetnek a vizsgált kimenetel (függő változó, pl. egy betegség bekövetkeztének vagy egy fejlődési mutató változásának) magyarázata szempontjából.
- A *retrospektív kohorszvizsgálatok* a meglévő, rendelkezésre álló adatokból próbálják azonosítani az adott állapotot magyarázó jelen- és múltbeli tényezőket. Például a meglévő orvosi feljegyzések vagy pedagógiai vélemények, védőnői dokumentációk stb. segítségével visszatekinthetünk az időben, hogy azonosítsuk a fontos múltbeli hatótényezőket a jelenben mérhető változók magyarázata érdekében. Ebben az esetben szorítkoznunk kell a meglévő információkra és adatokra, emiatt az értelmezések korlátozottak, mert a kutatók nem tudnak visszamenni az időben és összegyűjteni még szükségesnek tűnő, hiányzó adatokat.
- A *kétirányú vizsgálatokban* az adatgyűjtést mindkét irányban, a múlt és a jövő információi érdekében folytatják le. A kutatók visszatekinthetnek

a már összegyűjtött dokumentációkban fellelhető adatokra, és a jövőben elkezdhetik nyomon követni az alanyokat a fejlődési kimenetel vagy a betegség megjelenésének megfigyelése érdekében.

A kohorszokat *zárt (rögzített)* vagy *nyitott (dinamikus)* kohorszokba is besorolhatjuk. A zárt vagy rögzített kohorszokba a résztvevőket egy adott időszakban vonják be, és nem engedik új vizsgálati személyek belépését az utánkövetés során. A nyitott vagy dinamikus kohorszokba az egyének a vizsgálat teljes időszakában különböző időpontokban léphetnek be, de a nyomon követés minden vizsgálati személynél ugyanabban az időrendben történik. Mindkét elrendezésben a tagok száma idővel változhat, spontán lemorzsolódás miatt: a résztvevők elhagyhatják a csoportot, elköltözhetnek, elveszíthetik a kapcsolatot a kutató *teammel* vagy meghalhatnak. Ez torzítást eredményezhet az eredményekben, amit statisztikai módszerekkel, megfelelő értelmezésekkel és a következtetések óvatos levonásával kezelni kell (Barrira, 2018).

Mint fentebb láthattuk, *a longitudinális kohorszkutatások lehetővé teszik a fejlődés nyomon követését, kellően hosszú időtávban pedig lehetőséget adnak a gyermekkori és a felnőttkori egészség, viselkedés és teljesítmény összehasonlítására, a konstruktumok stabilitásának vagy változékonyságának vizsgálatára, magyarázatára.* Magyar nyelven is olvashatók a legnevesebb fejlődési kohorszkutatások tapasztalatai. Blaskó (2009), majd Lábadai és Pohárnok (2019) és Bóné (2021) összefoglaló tanulmányaikban mutatják be a jelentős nemzetközi és hazai kohorszkutatások célkitűzéseit, tervezési és kivitelezési tapasztalatait, főbb eredményeit, módszertani korlátait.

Érdekes vizsgálatra teremt alkalmat, hogy, hogy az 1990–2000-es évektől folyó több fejlődési kohorszkutatásban egykor részt vevő gyerekek mára felnőttek, és akár saját gyermekeik is születtek, ami nagymértékben növeli ezeknek a kohorszoknak az értékét a fejlődéskutatók számára. A *többgenerációs kohorszokból* származó adatok felhasználhatók a pszichológiai, viselkedési és társadalmi fejlődés generációk közötti mechanizmusainak, valamint a genetikai és környezeti hatások szülői nevelésre gyakorolt kölcsönhatásainak vizsgálatára (Kretschmer, 2021). A vizsgálat középpontjában álló résztvevők (Generáció 1; G1) mellett a longitudinális kohorszvizsgálatok néha a szülőket (G0) vagy az utódokat (G2) is megkérdezik. A G0–G1 elrendezés gyakori a várandóssági/szülési kohorszkutatásokban: tartalmazhat a szülőktől (G0) gyűjtött információkat (pl. mentális jóllét, házastársi és szülősegi kapcsolat minősége) és a célcsoport résztvevőire (G1; pl. csecsemőkre) vonatkozó információkat (pl. fejlődési vizsgálatok eredményeit). Az ilyen tervezés gyakran lehetővé teszi a kutatóknak, hogy gazdag adatokat gyűjtsenek a várandóssági

időszakról és a csecsemők fejlődéséről. Azonban ahhoz, hogy megértsük, pontosan hogyan befolyásolják a fogantatás előtti tapasztalatok a szülői nevelést és később a megszülető gyermek fejlődését, többgenerációs (G1–G2) kohorszokra van szükség, amelyekben a G1-et prospektívan tanulmányozzák a gyermekkortól a várandósságig és a szülővé válás során – részletes információkat gyűjtve a G1 kohorsz fejlődéséről még jóval a szülővé válás előtt –, és amelyek a G2-re vonatkozó adatokat is tartalmazzák, amelyeket viszont a jövőben gyűjtenek (Kretschmer, 2021). Egy ilyen kutatási dizájnál (már G0–G1 esetén is) érvényesül a fentebb ismertetett kétirányú kohorszkutatás stratégiája, hogy a várandósság/szülés időpontjából elágazva retrospektíven tudunk visszatekinteni a már rendelkezésre álló információkra, és prospektíven tudjuk nyomon követni a szülővé válás, a szülő-gyermek kapcsolat és a gyermek fejlődésének alakulását. Mivel a *többgenerációs kohorszok (G0–G1–G2)* gyakran tartalmazzák a szociális, viselkedési és pszichológiai konstruktumok ismétlődő méréseit, a kutatók még azt is feltárhathják, hogy a stabilitás és a változás hogyan kapcsolódhat a szülői neveléshez, lehetőséget teremtve, hogy következtetéseket vonjanak le a *társadalmi, viselkedési és pszichológiai sajátosságok generációk közötti biológiai és szociális átörökítéséről*. Erre a fajta kutatásra azért lenne szükség gyakrabban, mert a mai kutatások nagyrészt retrospektív beszámolókon alapulnak: a szülő-gyermek kapcsolatok minőségének vizsgálatában a gondozók korábbi tapasztalatairól többnyire retrospektív visszaemlékezéssel tájékozódunk, amelyek nagyban torzíthatnak. A genetikai és környezeti transzmissziós utak szétválasztása hagyományosan ikervizsgálatokkal történik, de a genetikai információkat is tartalmazó többgenerációs kohorszkutatások is módot adnak rá. Az epigenetikai kutatások eredményei, amelyek azt próbálják megérteni, hogy az egyik generáció környezeti tapasztalatainak hatása miként kerül biológiai úton a következő generációba, és e hatások hogyan bontakoznak ki a következő generációban, szintén jól strukturált több generációs adatokon múlnak (Kretschmer, 2021).

Hazai vizsgálatok

Néhány speciálisabb előzmény után (lásd bővebben Blaskó, 2009; Lábadi és Pohárnok, 2019; Bóné, 2021) hazánkban 2018-ban indult el az első átfogó interdiszciplináris kohorszvizsgálat, demográfiai és családszociológiai fókusszal, amely csecsemő- és kisgyermekkorai fejlődéssel, lelki egészséggel és szülői jóllétel összefüggő kérdésköröket is vizsgált. A *Kohorsz'18 kutatás*¹ (Veroszta, 2018) a Központi

¹ <https://kohorsz18.hu/>

Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének (KSH NKI) szervezésében zajlik immár a tizededik hullámban. A 2018-2019-ben született kb. 9 000 gyermek fejlődését követik nyomon a várandósság óta (ez a mintanagyság kb. egy átlagos születési kohorsz 10%-a). Már lezajlott a születés után 6 hónappal, 1,5 és 3 évvel történő adatfelvétel, és a kutatócsoport további célja a későbbi gyermekkor és a felnőtté válás nyomon követése. A kutatás fókuszában szociodemográfiai, egészségügyi és fejlődésre vonatkozó kérdésfeltevések vizsgálata áll, a hazai irodalomból eddig hiányzó leíró adatok publikálása és a fejlődésben számottevő környezeti hatások összefüggés-elemzése is célkitűzés.

2019–2020 telén, a Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézetében indult el a *21. századi babaszoba kutatás* (Danis, 2021, 2020), az első olyan országos reprezentatív felmérés, amely kifejezetten a kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség környezeti korrelátumait próbálta felmérni. A kutatásban 980 édesanya és 122 szülőpár számolt be 3 év alatti gyermekeik mindennapjairól, fejlődéséről és lelki egészségéről, valamint a szülői jóllétükről és gyermeknevelési szokásaikról. Néhány évvel később, a tanulmányunk témája szempontjából egy hazánkban rendkívüli kutatás lefolytatására adódott lehetősége a kutatócsoportnak 2023–2024 telén. A *21. századi babaszoba kutatás* első hulláma épp lezajlott, mielőtt 2020 márciusában a Covid19-járvány kitört. Azóta 2020 és 2023 között olyan stresszteli természeti–történelmi események történtek világszerte, illetve régiókban (lásd: sorozatban a Covid19-járvány több hulláma, a szomszédunkban zajló geopolitikai válság, az orosz–ukrán háború, valamint az egész Európára kiterjedő gazdasági válság), amelyek feltételezéseink szerint negatív hatással bírhattak a korábban vizsgált konstruktumok egy részére, mivel a kisgyermekes családok elszigetelődéséhez, párkapcsolati, családi krízisek megéléséhez, valamint a fizikai, pszichoszociális és mentális jóllét tekintetében fokozott mértékű problémák megjelenéséhez vezethettek. 2023 telén a *Babaszoba kutatás* számos konstruktumának újramérése történt egy kisebb, független, de azonos jellemzőkkel leírható mintán ($n = \text{kb. } 400$; 12–36 hónapos gyerekeket nevelő anyák lettek megszólítva). Ha a két (a gyerekek életkorára, nemére és lakóhely típusára) reprezentatív valószínűségi minta beszámolóí között szisztematikus eltéréseket regisztrálunk, ezek a különbségek vélhetően a stresszteli természeti–történelmi időszak okozta hatásoknak tulajdoníthatók. E stresszteli évek időszak- és kohorszhatásait megbízható, nagymintás, országosan reprezentatív, rétegzett és valószínűségi minták beszámolóit tartalmazó adatbázisok segítségével tudjuk mérni a kisgyermekes családok populációjában. A teljes mintákon regisztrálható különbségek időszakhatásokról árulkodhatnak, míg attól függően, hogy a rétegzett minta mely szegmenseiben

tudjuk kiemelni ezeket a különbségeket, azonosíthatunk differenciáltabb kohorszhatásokat (pl. különböző korosztályokban, szociodemográfiai vagy regionális különbségek esetén). Elemzéseink és publikációink a következő években várhatók.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Az elmúlt 3-4 esztendő egy sor olyan természetes, kvázi-kísérleti helyzetet teremtő eseményt jelentett nemcsak Magyarország, hanem Európa és más földrészek nemzeteinek gyermek- és szülőpopulációinak számára, amelyek lehetőséget adnak különböző fejlődési hatások felmérésére. Ismerve az életkori, a történelmi időszak- és kohorszhatások irodalmának teoretikus feltételezéseit és módszertani kihívásait, hazai és nemzetközi kutatók is ritka lehetőségekre lelhetnek korábbi kutatások azonos módszertannal való újramérésében, vagy korábban vizsgált populációk követésében. E tanulmánnyal a fejlődéstudomány ezen érdekes kérdésköreiről szerettem volna ösztönző ismeretanyagot és elemzési szempontokat átadni.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Bajnok, T. (2022). Mélyítjük vagy áthidaljuk? avagy Léteznek-e generációs ellentétek a könyvtárosok között? *Könyvtári Figyelő*, 2022/3, 343–384.
- Baltes, P. B. (1968). Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. *Human Development*, 11, 145–171.
- Baltes, P. B., Cornelius, S. W., & Nesselroade, J. R. (1979). Cohort effects in developmental psychology. In J. R. Nesselroade & P. B. Baltes (Eds.), *Longitudinal Research in the Study of Behavior and Development* (pp. 61–87). Academic Press.
- Barría, R. M. (2018). Introductory chapter: The contribution of cohort studies to health sciences. In R. M. Barría (Ed.), *Cohort Studies in Health Sciences*. IntechOpen.
- Bell, A. (2020). Age period cohort analysis: A review of what we should and shouldn't do. *Annals of Human Biology*, 47(2), 208–217.
- Berger, K. S. (2014). *The Developing Person Through the Life Span* (pp. 3–34). Worth Publishers.

- Berger, K. S. (2016). *Invitation to the Life Span* (pp. 3–46). Worth Publishers.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966/2011). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Penguin Books
- Blaskó, Zs. (2009). Születési kohorsz-vizsgálatok itthon és külföldön: Tapasztalatok és tanulságok. *Esély*, 2009/6, 45–75.
- Bóné, V. (2021). Módszertani körkép a nagymintás gyerek- és családkutatásokról. In: Danis I. (szerk.), *21. századi babaszoba: Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a kora gyermekkori lelki egészség hátterében – feltáró kutatás: Elméleti háttér, módszertan, társadalmi indokoltság* (pp. 25–36). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.
- Buda, A. (2019). Generációk, társadalmi csoportok, a 21. században. *Magyar Tudomány*, 180(1), 120–129.
- Cataldo, I., Lepri, B., Neoh, M. J. Y., & Esposito, G. (2021). Social media usage and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 508595.
- Costanza, D. P., Rudolph, C. W., & Zacher, H. (2023). Are generations a useful concept? *Acta Psychologica*, 241, 104059.
- Csutorás, G. Á. (2021). „Ratio Generationis”: Szempontok a felelős generációkutatáshoz. *Metszetek*, 10(2), 104–126.
- Danis, I., Bóné, V., Hegedüs, R., Pilinszki, A., Szabó, T., & Dávid B. (2020). Infancy in 21st century Hungary: A project introduction: Policy, theoretical and methodological framework and objectives of the first national representative parent survey on infant and early childhood mental health. *European Journal of Mental Health*, 15(2), 111–144.
- Danis, I. (szerk.) (2021). *21. századi babaszoba: Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a kora gyermekkori lelki egészség hátterében – feltáró kutatás: Elméleti háttér, módszertan, társadalmi indokoltság*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.

- Danis, I., & Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei* (pp. 76–125). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2020a). Modern alkalmazott fejlődéstudományok: Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka hátterében. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkor lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I.: Fejlődéstudományok és empirikus eredmények* (pp. 46–81). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I., & Kalmár, M. (2020b). A fejlődési pszichopatológia alapjai: Kockázati és védőtenyezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.), *A kora gyermekkor lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I.: Fejlődéstudományok és empirikus eredmények* (pp. 108–136). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Dannefer, D., Uhlenberg, P., Foner, A., & Abeles, R. P. (2005). On the shoulders of a giant: The legacy of Matilda White Riley for gerontology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), S296-S304.
- Elder, G. H. (1974/2018). *Children of the Great Depression*. Routledge.
- Feldman, R. S. (2017). *Development Across the Life Span*. (8th ed.). (pp. 21–63). Pearson.
- Fosse, E., Winship, C. (2019). Analyzing age-period-cohort data: A review and critique. *Annual Review of Sociology*, 45, 467–492.
- Fu, W. (2018). *A Practical Guide to Age-Period-Cohort Analysis: The Identification Problem and Beyond*. CRC Press.
- George, L. K., Ferraro, K. F. (2016). Aging and the Social Sciences: Progress and prospects. In L. K. George, & K. F. Ferraro (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (8th ed.) (pp. 3–22). Elsevier.
- Glenn, N. D. (2005). *Cohort Analysis*. Sage.
- Heo, J., Jeon, S. Y., Oh, C. M., Hwang, J., Oh, J., & Cho, Y. (2017). The unrealized potential: cohort effects and age-period-cohort analysis. *Epidemiology and Health*, 39, e2017056.

- Johfre, S., & Saperstein, A. (2023). The Social Construction of Age: Concepts and Measurement. *Annual Review of Sociology*, 49, 339–358.
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2019). *Human Development: A Life-Span View* (pp. 3–38). Cengage Learning.
- Komár, Z. (2018). Re-, de- és intergeneráció: A kommunikáció, innováció és kultúra vizsgálata hagyományos és rendhagyó modorban. *Kortárs*, 62(4), 80–90.
- Komár, Z. (2017). Generációelméletek. *Új Köznevelés*, 73(8–9), 14–16.
- Kretschmer, T. (2021). The value of multiple-generation cohorts for studying parenting and child development. *Child Development Perspectives*, 15(2), 83–89.
- Lábadi, M., & Pohárnok, M. (2019). A születési kohorszvizsgálatok pszichológiai kérdései. *Demográfia*, 62(2–3), 235–269.
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W., & Yan, Y. (2020). The relationships between screen use and health indicators among infants, toddlers, and preschoolers: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7324.
- Mason, K. O., Mason, W. M., Winsborough, H. H., & Pooleet W. K. (1973). Some methodological issues in cohort analysis of archival data. *American Sociological Review*, 38(2), 242–258.
- Mészáros, A., & Lestyán, K. (2017). *Generációso(k)k. Tanulmányok a generációk témakörében*. Szent István Egyetemi Kiadó Nonprofit Kft.
- Moksony, F. (2002). A kohorszhatás vizsgálata a szociológiai és demográfiai kutatásban. *Demográfia*, 45(1), 26–47.
- O'Brien, R. M., Hudson, K., & Stockard, J. (2008). A mixed model estimation of age, period, and cohort effects. *Sociological Methods & Research*, 36(3), 402–428.
- Pew Research Center (2015). *The Whys and Hows of Generations Research*. <https://www.pewresearch.org/politics/2015/09/03/the-whys-and-hows-of-generations-research/>
- Pitt-Catsoupes, M., Matz-Costa, C., & James, J. (2012). *Through a Different Looking Glass: The Prism of Age*. Sloan Center on Aging & Work, Boston College.
- Reese, H. W., & McCluskey, K. A. (1984). Dimensions of historical constancy and change. In K. A. McCluskey, H. W. Reese (Eds.), *Life-Span Developmental Psychology Historical and Generational Effects* (pp. 17–45). Academic Press.

- Riley, M. W., Johnson, M. E., & Foner, A. (1972). *Aging and Society, Vol.3: A Sociology of Age Stratification*. Russell Sage.
- Rosow, I. (1978). What is a cohort and why? *Human Development*, 21(2), 65–75.
- Ryder, N. B. (1965). The Cohort as a concept in the study of social change. *American Sociological Review*, 30, 843–861.
- Sameroff, A. J. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other* (pp. 3–21). APA.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2005). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed.) (pp. 3–19). The Guilford Press.
- Schaie, K. W. (1965). A general model for the study of developmental problems. *Psychological Bulletin*, 64(2), 92–107.
- Schaie, K. W. (1984). Historical Time and Cohort Effects In K. A. McCluskey, H. W. Reese (Eds.), *Life-Span Developmental Psychology Historical and Generational Effects* (pp. 1–15). Academic Press.
- Schaie, K. W. (1986). Beyond calendar definitions of age, time, and cohort: The General Developmental Model revisited. *Developmental Review*, 6, 252–277.
- Schulhofer-Wohl, S., & Yang, Y. (2011). *Modeling the Evolution of Age and Cohort Effects in Social Research*. Federal Reserve Bank of Minneapolis. Research Department Staff Report 461.
- Sigelman, C. K., & Rider, E. A. (2018). *Life-Span Human Development* (9th ed.) (pp. 3–30). Cengage Learning.
- Veroszta, Zs. (szerk.) (2018). *Kutatási koncepció Kohorsz '18 – Magyar Születési Kohorszvizsgálat*. Kutatási jelentések 100. KSH NKI.
- Wingens, M. (2022). *Sociological Life Course Research* (pp. 13–46, 67–102). Springer.
- Yang, Y., & Land, K. C. (2013). *Age-Period-Cohort Analysis: New Models, Methods, and Empirical Applications*. Chapman & Hall/CRC Interdisciplinary Statistics Series. CRC Press, Taylor and Francis.

KÖZREMŰKÖDŐK

A kötet szerzői, szerkesztői, szakmai lektora

DANIS ILDIKÓ, PhD

danis.ildiko@semmelweis.hu; ildiko.danis@gmail.com

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

Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéne Intézet:
tudományos főmunkatárs; pszichológiai magántevékenység



A kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség kutatásával és gyakorlati támogatásával foglalkozom. Évekig dolgoztam az MTA Pszichológiai Kutatóintézetében, majd különböző gyermekügyi projektekben, 2015 óta pedig a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéne Intézetének munkatársa vagyok. Gyakorlati pszichológusként is dolgozom gyerekekkel, felnőttekkel, párokkal és családokkal. Elhivatottsággal olvasok és írok a kora gyermekkori szakterület nemzetközi eredményeiről, tapasztalatairól.

Az, hogy 1998 és 2004 között Magdi tanítványa lehettem, életre szóló mérföldkő volt szakmai identitásom alakulásában. Az a felismerés, hogy a teoretikus érdeklődésem és a gyakorlati segítő munka iránti vonzalmam ötvözhető, szakirányának és doktori programjának kurzusain alakult bennem meggyőződésé. Magdit az első mesteremnek tartom a pályámon, mélyen tisztetem munkásságát, odaadó személyiségét. Hálás vagyok azért, hogy mindazt, amit tőle tanultam az alkalmazott fejlődépszichológiáról, több tanulmányban együtt közre is adhattuk, és mindez ma már nemcsak pszichológusoknak, hanem számos más segítő szakma képzésében jelenthet szemléleti ösztönzést.

EIGNER BERNADETT, PhD

dreignerbernadett@gmail.com;

<https://eignerbernadett.hu/>; <https://kapcsolatszerviz.hu>

gyógypedagógus, pszichopedagógus, speciális pedagógia szakos tanár
és szakpedagógus, gyermekterapeuta, integratív játékteapeuta

Eduklin Bt. (KapcsolatSzerviz magánszolgáltatás): ügyvezető, szakmai vezető



A saját, integratív játékkerápiás (Integratív Játékdiagnosztika és Játékkerápia - IJDT) módszerét alkalmazó pszichopedagógus, gyermekterapeuta vagyok. Neveléstudományból és pszichológiából is doktoráltam, tíz évig az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán, a Pszichopedagógia Tanszéken oktattam, ma is tartok előadásokat, illetve játékkerápiás képzéseket szakembereknek. Fő szakterületem a korai szocio-emocionális fejlődés, szülő-gyermek kapcsolat, kapcsolati traumatizáció és a játék. Érzelmi és viselkedési problémákkal küzdő gyermekeknek és családoknak segítek a nehézségek megoldásában és a jobb családi működésben. Publikálok népszerű és szaklapokban, könyveim szülőknek és szakembereknek szólnak.

Magda az ELTE Pszichológiai Doktori Iskola Kognitív Fejlődés Programjában volt a témavezetőm, témám *A játékoság szerepe a korai anya-gyerek kapcsolat alakulásában – a kapcsolati problémákat bejósoló gyanújelek és moderátor tényezők* volt. Hálás szívvel gondolok Magdára, a rengeteg segítségre, arra, hogy mennyire sokat tanulhattam tőle, fordulhattam hozzá a kérdéseimmel, mindig szeretettel fogadott. A doktori képzés során a fejlődéslélektani kurzusain is részt vehettem. Rendkívül nagy tudású, elkötelezett, széles látókörű, ugyanakkor tanítványaival közvetlen, kedves embernek ismertem meg. Szakmai hitvallása, korszerű fejlődéslélektani és gyermekvédelmi szemlélete, ismeretei nagy hatással voltak rám.

EGYED KATALIN, PhD, HABIL.

egyed.katalin@ppk.elte.hu

pszichológus, csecsemő-szülő kapcsolati konzulens

ELTE PPK Kognitív Pszichológia Tanszék: habilitált egyetemi docens



Az ELTE PPK Kognitív Pszichológia Tanszékének oktatójaként szakmai munkámat a társas elme és az ember mentalizáló természetének csodálata és megértése vezérli. Fejlődépszichológusként – hasonló érdeklődésű kollégáimmal és hallgatóimmal együttműködve – egyfelől arra keresem a választ, hogyan értelmezi a társas elme a világot „kis korában”. Másfelől, a kora gyermekkori lelki egészség területét meghatározó kapcsolati megközelítés jegyében, a szülő-gyermek kapcsolatban gondolkodva azzal foglalkozom, hogy miként működik a társas elme, ha szülő, azaz hogyan mentalizálja a szülő gyermekét, illetve értelmezi számára a világot.

Magdát az egyetemi tanulmányaim alatt, a Gyermekpszichológia szakirányon ismertem meg. Témavezetőm mellett ő javasolta és támogatta az ELTE pszichológiai doktori képzésére való jelentkezésemet. Így a doktori éveim megkezdése óta eltelt immár 27 évben folyamatosan kapcsolatban vagyunk egymással. Azt, hogy szakmai identitásom szerint megrogzítottan és eltántoríthatatlanul fejlődépszichológus vagyok, annak köszönhetem, hogy mellette és tőle – kezdetben szakirányos és doktori kurzusokon, majd az általa vezetett különböző nevű tanszékeken és közösen tartott kurzusokon, jelenleg is munkatársaként az ELTE-n – egy anyanyelv természetességével sajátíthattam el és művelhetem ma is a fejlődésben és tranzakciókban való gondolkodást, illetve a fejlődési pszichopatológiák kapcsán a dimenzionális megközelítést.

Cs. FERENCZI SZILVIA, PhD

szilvia@ferenczi.me

közgazdász, pszichológus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens

Széchenyi Programiroda Nkft.: osztályvezető



Szakterületem a kora gyermekkori fejlődés, ezen belül különösen érdekelnek a temperamentum, az önszabályozás, a reziliencia, valamint a családi és intézményes nevelés kérdései. Kisgyermekkel, kisgyermekes családokkal foglalkozó szakembereket, továbbá szülőket oktatok, és kutatom a kora gyermekkori lelki egészség védőfaktorait, erőforrásait.

Magdával pszichológus hallgatóként találkoztam először, és alapvető hatást gyakorolt szakmai életutamra, fejlődésemtre. Nála írtam a szakdolgozatomat, becsatlakozhattam

az általa vezetett kutatásba, és invitálására jelentkeztem a doktori iskolába, ahol konzulensemként segített végig a kutatás, a disszertáció írás és védés folyamatán. Tudása, szakmaisága, szemlélete akkor, és azóta is példa számomra.

GERVAI JUDIT, PhD (LEKTOR)

judit.gervai@gmail.com

okl. vegyész; a biológiai tudomány egyetemi doktora, kandidátusa
HUN-REN TTK Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet: MTA emeritus kutató;
ELTE PPK Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék:
címzetes egyetemi tanár



Kutatási érdeklődésem fókuszában a kötődés fejlődésére, különös tekintettel a dezorganizált kötődés kialakulására ható biológiai és környezeti tényezők vizsgálata áll. Több kutatási együttműködésben is dolgozom. Dr. Danis Ildikóval (Simmelweis Egyetem) a szülői környezet hatásait vizsgáljuk kisgyermeknek érzelmi/kapcsolati fejlődésére, Dr. Scheuring Noémivel (Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet) a szülői percepció, viselkedés és attitűdök szerepét kutatjuk kisgyermeknek evés- és alvászavaraiiban. Az ELTE-n rendszeresen oktatok az MA képzésben, jelenleg „A korai kötődés fejlődése és zavarai”, valamint „Kvantitatív és molekuláris viselkedésgenetika” tárgyakat.

Magda tanszékvezetőm volt az ELTE Pszichológiai Intézetben, ahol az ő javaslatára kezdtem tanítani rész munkaidőben a szakirányú és a doktori képzésben. Magda koraszülött fejlődés kutatásában 1995-2003-ig működöttünk együtt úgy, hogy az általam vezetett longitudinális Budapesti Családvizsgálat időre született gyermekei szolgáltak összehasonlító kontroll csoportként.

GRÁF RÓZSA, PhD

rozsa.graf@gmail.com

gyógypedagógus, pszichopedagógus, speciális pedagógia szakos szakpedagógus
Miskolci Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar Tanárképző Intézet,
Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Neonatológiai
és Csecsemő Osztály NIC II.: egyetemi adjunktus



Koraszülöttek fejlődését követem a Péterfy Sándor utcai Kórházban. Megszervezem az osztályos koraszülött utánvizsgálatokat és az utánvizsgáló team tagja vagyok. A fejlődési vizsgálatokat a Bayley III Csecsemő és Kisgyermek Skálával végzem. Rendszeres szülői edukációt, tanácsadást tartok a szülők számára 2 éves korig. Szükség esetén megszervezem a korai fejlesztést, konzultálok a fejlesztő szakemberekkel.

Magda tanítványa voltam az ELTE-s képzésem alatt. Kutatói teamjének tagjaként részt vettem a 100 Magyar Család kutatásban. Témavezetőm volt a doktori képzésem egy időszakában. Több közös publikációnk jelent meg. Magdától a kitarató, alapos, pontos munka fontosságát tanultam meg. A szó, a kifejezések pontos megválasztására hívta fel sokszor a figyelmemet, és arra, hogy ezen a téren is rendkívüli jelentősége van a pontosságnak. A koraszülöttek iránti érdeklődés, a sorsuk, ellátásuk javítása közös szenvedélyünk.

GYÖNGY KINGA, PhD

gyongy.kinga@tok.elte.hu

pszichológus, pszichológia szakos középiskolai tanár
ELTE TÓK Neveléstudományi Tanszék: egyetemi adjunktus



Bölcsődei kisgyermeknevelők képzésével foglalkozom. A magyar csecsemő- és kisgyermeknevelő BA képzés fejlesztéséhez azzal járultam hozzá, hogy 2010-2015 között egy multidiszciplináris szerzőkből álló csapattal a korai művészeti nevelés pedagógiáját dolgoztuk ki, majd 2017-2021 között az ELTE csecsemő- és kisgyermeknevelő szakának gyakorlati képzését újítottam meg. 2018-2020 között a vezetésemmel a képzés értékeiből kisgyermekes szülők számára készítettünk tömeges nyílt online kurzust.

2007-2009 között a Kalmár Magda által megálmodott és vezetett szakirányon tanultam az ELTE-n. Esetelemzései révén a több szempontú fejlődéslélektani gondolkodásra tanított. 2010-től 2017-ig Magda doktorandusza voltam. Hálás vagyok neki, hogy engedte saját kutatási ötletem megvalósítását és az alkalmazott fejlődéslélektani vizsgálatok nehézségei mellett is támogatott.

M. RIBICZEY NÓRA, PhD

nribiczey@gmail.com

pedagógiai szakpszichológus, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens



Fő érdeklődési területem a kora gyermekkori fejlődés, a szülőség, a szülő-gyermek interakciók alakulása. Korábbi kutatási tevékenységem során a megfigyeléses módszereket tartottam informatívnak, a szülő-csecsemő interakciók elemzésével foglalkoztam. Korábban az ELTE PPK-n oktattam adjunktusként, jelenleg külső óraadóként, elsősorban fejlődéslélektant tanítok. Gyakorlatban kisgyermekes családokkal foglalkozom, regulációs problémákkal, nevelési kérdésekkel, szülői kihívásokkal kapcsolatban gondolkodom közösen a családokkal.

Az ELTE pszichológia szakán oktattam Magdi az akkori „Alkalmazott fejlődépszichológia” szakirányon, 2002-2003 tanévekben, és Magdinál írtam szakdolgozatomat is. Magdi invitálására lettem doktorandusza is, és 2010-ben doktoráltam a szárnyai alatt. Az ELTE-n Magdi mellett kezdtem oktatni, majdnem két évtizedig egy tanszék kötött minket össze. Magdi fejlődéslélektan iránti szeretete, a longitudinális kutatások iránti elkötelezettsége, az alkalmazott fejlődéslélektani kutatások felé terelése nagy hatással van munkásságomra.

NAGY ANETT, PhD

nagy.anett@ppk.elte.hu

gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus
ELTE PPK Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék: egyetemi adjunktus



Tizenöt éve veszek részt a koraszülöttek utánkötéses vizsgálatában egy klinikán. Ezzel kapcsolatos kutatási érdeklődésem is, a koraszülöttek fejlődési sajátosságai, ezen belül is a végrehajtó funkció fejlődése. A gyakorlati munkám során szerzett tapasztalatokat nagy lelkesedéssel osztom meg a hallgatókkal a tanítás során.

Magdival 2013 márciusában találkoztunk, amikor is nagy izgalommal álltam elé azzal a kérdéssel, hogy lenne-e a témavezetőm a doktori kutatásomban. Ő természetesen igent mondott, és én nagyon boldog voltam. Rengeteget tanultam Tőle az évek során, és ez a folyamat azóta is tart.

RADVÁNYI KATALIN, PHD

kradvanyi@gmail.com

oligofrénpedagógia-logopédia szakos gyógypedagógiai tanár,
tanácsadó szakpszichológus, csoportterapeuta
Apor Vilmos Katolikus Főiskola: *Professor Emerita*



Fő érdeklődési köröm az intellektuális képességszavar következményeit enyhítő, illetve súlyosbító következmények kutatása, az egyén szempontjából a kommunikációs készségek jellemzői és fejlesztésük, szociálpszichológiai szempontból a környezeti hatásrendszerek, kiemelten a családtagok helyzete és pszichológiai segítségnyújtás számukra, humánökológiai és tranzakcionális elméleti megközelítésben. Kutatásaim az intellektuális képességszavarral élő gyermekek/személyek életminőségének jobbítását célozzák, az ellátó intézményrendszer javítását szolgáló javaslatokkal.

Szerencsés voltam, Magdával már pszichológiai tanulmányaim alatt hallgatóként találkozhattam. Akkor már gyógypedagógusi diplomával rendelkeztem. Magdától számos új nézőpontot ismerhettem meg, amelyek véglegesen a gyermeki fejlődés felé irányították a figyelmemet. Örültem, amikor elfogadott doktorandusz hallgatójának és kutatási témámmal kapcsolatos könyvem lektorálásával is segített.

SZALAI GERDA, PHD

szalai.gerda@ppk.elte.hu

pszichológus, csecsemő-szülő kapcsolati konzulens
ELTE PPK Pszichológia Intézet Kognitív Pszichológia Tanszék: egyetemi adjunktus



Jelenleg az ELTE PPK Pszichológia Intézet Kognitív Pszichológia Tanszékének egyetemi adjunktusa vagyok. Kiemelt érdeklődési területem a kora gyermekkori társas megismerés fejlődése, vagyis az, hogy hogyan tanulnak a kisgyermekek az őket körülvevő kompetens másokkal való interakciókból azáltal, hogy értelmezik a másik ember cselekedete mögött meghúzódó mentális állapotok széles körét. Foglalkoztat továbbá az a kérdés is, hogy a felnőttek hogyan támogatják a társas elme ezen értelmezési sajátosságának kibontakozását saját mentalizáló működésükön keresztül, vagyis hogy gyermekükre annak élete első pillanatától elmével rendelkező társként tekintenek.

Magda tanítványaként az ELTE Alkalmazott fejlődépszichológia programjában a fejlődés tranzakciós szemléletébe, a tipikus-atipikus fejlődés dimenzionális felfogásába, valamint a fejlődési reziliencia fogalmába kaphattam bepillantást. Már hallgatóként magával ragadott, ahogy a problémákat fejlődépszichopatológiai keretben helyezte el, azokat rizikó- és protektív tényezők függvényében értelmezte. Ez a felfogásmód, azóta is meghatározza gyakorlati és kutatási szemléletemet, és ezt a hagyományt saját egyetemi oktatói munkámban is igyekszem továbbadni.

TÓTH ILDIKÓ, PhD (SZERKESZTŐ)

toth.ildiko@ttk.hu

biológia M.Sc., pszichológia PhD

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont,

Kognitív Idegstudományi és Pszichológiai Intézet: tudományos munkatárs



Érdeklődésem középpontjában a korai érzelmi-társas fejlődés, azon belül is elsősorban a csecsemő- és gyermekkori kötődés és az ehhez kapcsolódó fejlődési korrelátumok tanulmányozása áll. Kiemelten foglalkozom a szülő-gyermek interakciók különböző helyzetekben és életkorokban való megfigyelésével, amellyel a gondozói környezet befolyásoló szerepe érhető tetten a fejlődés különböző – többek között a kötődés és a nyelvi fejlődés – területein.

Doktorandusz hallgatóként Kalmár Magda vezetett be a fejlődépszichológia egyes területeinek megismerésébe, a korai fejlődésről való gondolkodásba, miután frissen végzett biológusként kerültem a doktori programba. Ezzel egyidőben kezdődött a több mint egy évtizedig tartó kutatási együttműködésünk is, amely során további, mélyebb ismeretekre tehettem szert a személyes beszélgetések és a kutatási projektek összehangolása kapcsán.

TÓTHNÉ BABOS EDIT, PhD

editbabos@yahoo.com

gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus

Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXIII. Kerületi Tagintézmény: intézményvezető



Főállásban a klinikumban dolgozom már 21 éve. Emellett nagyon fontos számomra a folyamatos kapcsolat a kutatással, a tudományos élettel. Tudományos tevékenységem fókuszában az állatasszisztált terápiák, különös hangsúllyal a kutyaasszisztált terápiák állnak. Mind a gyakorlati tematikák kidolgozásában, mind a hatékonyságvizsgálatokban igyekeztem elmélyülni, ezzel is megalapozottabbá tenni ennek a területnek a szakmai alkalmazását.

Magda az egyetemi éveim elejétől kezdve meghatározó személy volt a szakmai életutamon, mind a szakdolgozatomat, mind később a doktori tevékenységeimet az Ő mentorálásával végeztem. Kedves, karizmatikus személyisége, hihetetlen szakmai tudása, rugalmassága, újdonságokra való nyitottsága lenyűgözött. Emberileg legalább olyan fontosá vált számomra, mint ahogy szakmailag is mentor, példakép és kedves segítő mindig is. Nélküle nem lett volna lehetséges kutyaasszisztált terápiák hatékonyságvizsgálatait végezni a 2000-es évek elején. Örök köszönet és sok-sok szeretet van mindig a szívemben, ha rá gondolok.

E tisztelgő kötettel szeretnénk, ha oktatónk, mesterünk, kollégánk Prof. Dr. Kalmár Magda fejlődépszichológus 80. születésnapjára egy olyan ajándékot kapna, amit ő is egész szakmai életében ajándékozott tanítványainak: ismereteket, tudást, széles látókörű és bizakodó fejlődési szemléletet, színességet. E kötetben összegyűjtöttük néhány kurrens fejlődéslélektani téma áttekintését mind elméleti, mind pedig módszertani, gyakorlati alkalmazásokra lehetőséget adó területekről.

Ilyen módon szeretnénk méltatni Kalmár Magda munkásságát és meghálálni mindazt, amit mi, közvetlen tanítványok tőle kaptunk, amit őrzünk, gazdagítunk, és amit mi is továbbadhatunk a következő generációk számára az alkalmazott fejlődépszichológiáról. Emellett a kötet sok kutató vagy segítő, fejlődéssel foglalkozó szakember tudását, szemléletét bővítheti, árnyalhatja, miközben egyúttal háttéranyagként szolgálhat a felsőoktatásban és szakmai továbbképzéseken.



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ

Az ELTE hivatalos könyvkiadója



9 789634 897040