

Danis Ildikó

GYERMEKGYÓGYÁSZATI (PEDIÁTRIAI) PSZICHOLÓGIA A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN

A gyermekgyógyászati (pediátriai) pszichológia (pediatric psychology) története a nemzetközi gyakorlatban több évtizedes múltra tekint vissza, hazánkban azonban hagyományosan a neurológiai és a pszichiátriai osztályokon kívül csak egy-egy szomatikus gyermekosztályon dolgoznak klinikai pszichológusok. Az osztályok többségénél ritka még a klinikai és/vagy egészségpszichológusok állandó alkalmazása és a rendszerszemléletű, team munkában szervezett interdiszciplináris ellátás. Amennyiben az orvosok szükségesnek ítélik, többnyire a kórházak szakambulanciáiról vonnak be pszichológus kollégákat, illetve pszichoszociális vagy pszichoszomatikus háttér feltételezése esetén leginkább más intézmények más szakembereihez küldik tovább a családokat.

Az országban egyre megalapozottabb felsőfokú egészségpszichológiai képzések lehetőséget teremtenek arra, hogy a fejlődés- és családpszichológiai kompetenciákkal is bíró kollégák egyre nagyobb számban megjelenjenek a gyermekosztályokon, a gyermekorvosi rendelőkben, és állandó segítői legyenek a gyógyításnak.

Tanulmányomban szeretnék nemzetközi körképet nyújtani a pediátriai pszichológia klinikai szakterületéről, megerősítve azt, hogy a magyarországi egészségügyi ellátórendszer számos jellemzője adekvátan támogatná e szakterület hazai megalapozását és kibontakozását.

I. A GYERMEKGYÓGYÁSZATI (PEDIÁTRIAI) PSZICHOLÓGIA DEFINÍCIÓJA ÉS A SZAKTERÜLET ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

A gyermekgyógyászati pszichológia közel hat évtizede lett önálló szakterület Észak-Amerikában, és az utóbbi években az európai országokban is egyre szervezettebb keretek között működik (rövid történetéről lásd a keretes szöveget). A *Journal of Pediatric Psychology* 1988-ban (id. Roberts és mtsai., 2014, 5. o.) a következőképpen definiálta a pediátriai pszichológiát:

„A pediátriai pszichológia interdiszciplináris szakterület, amely azokra a testi és lelki fejlődéssel, egészséggel és betegségekkel kapcsolatos jelenségekre fókuszál, amelyek a gyerekekre, serdülőkre és családjaikra hatással vannak. ... azoknak a témáknak a széles skálájára koncentrálnak, amelyek a gyerekek és a serdülők pszichológiai és fizikai jólléte közötti kapcsot

latot vizsgálják, beleértve a fejlődési rendellenességek megértését, diagnosztikáját és intervencióit; az érzelmi és viselkedésproblémák, illetve a betegségek kísérő tüneteinek felmérését és kezelését; a pszichológia szerepét a gyermekgyógyászatban; az egészségfejlesztést és a fejlődés támogatását; valamint a gyerekek és a fiatalok körében előforduló betegségek és sérülések megelőzését.”

Az *interdiszciplináris szakterület* két legfontosabb tematikája (1) a gyermekbetegségek előfordulására és a gyógyulásra, felépülésre ható pszichológiai és fejlődési folyamatok, állapotok, valamint (2) a gyermekkori sérülések, betegségek és fejlődési zavarok viselkedéses és érzelmi következményeinek felmérése és kezelése (Roberts és mtsai., 2014). Központi célkitűzése pedig a beteg gyerekek és családjaik jóllétének, életminőségének emelése, támogatása.

A gyermekgyógyászati (pediátriai) pszichológia rövid története

A pediátriai pszichológia kialakulása jóval később következett be, mint ahogy a klinikai (gyermek)-pszichológia és a gyermekgyógyászat egymástól függetlenül már a 19. század végétől fejlődésnek indult. A 20. században a gyermekgyógyászok egyre többször találkoztak olyan szülői panaszokkal és a gyerekek érzelmi és viselkedéses tüneteivel, amelyek megoldására nem voltak képzettek (Roberts és mtsai., 2014). A pediátriai pszichológia „megszületése” mégis csak az 1960-as évekre tehető. Jerome Kagan – a fejlődéslélektan egyik észak-amerikai úttörője – 1965-ben egy cikkében a gyermekgyógyászat és a pszichológia „új házasságáról” beszélt, annak szükségességéről, hogy a fejlődépszichológia a gyermekgyógyászaton belül is vállaljon szerepet a fejlődési és a viselkedési problémák minél korábbi felismerésében és kezelésében. Természetesen klinikai pszichológusok már korábban is együttműködtek gyermekgyógyászokkal, leginkább városi kórházakban, azonban az első, kifejezetten pediátriai pszichológia szakirányú egyetemi képzést csak 1966-ban kezdték el az USA-ban, az Iowai Egyetemen (Routh, 1975). Az első nagyhatású tanulmányban, Logan Wright 1967-es írásában jelent meg a szakterület korai definíciója, miszerint gyermekgyógyászati pszichológus „minden olyan pszichológus, aki elsősorban gyerekekkel foglalkozik orvosi színtereken, amelyek természete nem pszichiátriai.” (Wright, 1967, id. Routh, 1975, 323. o.).

Az *Amerikai Pszichológiai Társaság (APA)* 1969-ben, Logan Wright vezetésével alapította meg a *Gyermekgyógyászati Pszichológiai Társaságot (Society of Pediatric Psychology)*, amely 2000 óta önálló (az 54.) divízió az APA-n belül. Immár 5. kiadásában jelentették meg a *Handbook of Pediatric Psychology* (Roberts & Steele, 2018) című szakkönyvet, illetve a *Journal of Pediatric Psychology* és a *Clinical Practice in Pediatric Psychology* című folyóiratokat is a társaság gondozza.

Az utóbbi két évtizedben Európában is több társaság (a brit szervezet 2000-ben, a holland 2008-ban, a svéd 2010-ben, míg az ír 2015-ben) kezdte meg működését. 2018-ban fogalmazódott meg az igény arra, hogy egy európai ernyőszervezet is megalakuljon. 2020 óta az Amerikai Gyermekgyógyászati Pszichológiai Társaság egyik regionális szervezeteként tartják számon a *European Pediatric Psychology Network* (Európai Gyermekgyógyászati Pszichológia Hálózat) elnevezésű szervezetet. A szervezet célja, hogy Európában is teret nyerjen a pediátriai pszichológia, valamint Európa és Észak-Amerika klinikusai és kutatói együttműködjenek a fontos kérdések megoldásában.

Az egészségügyi ellátás fejlődésével a modern gyermekgyógyászati ellátás fókuszja az akut és a fertőző betegségek ellátásáról a krónikus megbetegedések menedzsmentjére és megelőzésére tevődött át. A korábbi biomedikális modellel szemben – Engel (1977)

munkássága óta – a modern nemzetközi gyermekgyógyászati ellátás ma már egyértelműen a *biopszichoszociális modell* szerint működik (Russo & Tarbell, 1984). Ezen belül a pediátriai pszichológia interdiszciplináris szakterületként a gyermekgyógyászat, a fejlődépszichológia, a klinikai gyermek- és ifjúságpszichológia, az alkalmazott egészségpszichológia, a családpszichológia és a szociális munka legfontosabb ismereteinek és gyakorlati tapasztalatainak integrációját tűzi ki célul (Barakat & Boyer, 2008; Barakat és mtsai., 2003).

A gyermekgyógyászati pszichológus nem a pszichopatológiával élő gyerekekre és családjaikra fókuszál, mint a klinikai pszichológus. Általában „átlagos” gyerekekkel foglalkozik, akiknek viszont a betegségeik miatt egyáltalán nem átlagos körülményekkel kell megküzdeniük. Azokkal a gyerekekkel, akiknek akut vagy krónikus betegségeik, illetve a kezelésük során átélt gyakran fájdalmas élményeik vagy a félelemkeltő beavatkozások miatt jelentős *fizikai és pszichológiai kihívásokkal* kell szembenézniük. Esetükben a természetes megküzdés folyamatában és a komolyabb pszichés problémák megelőzésében nyújt támogatást a pszichológiai szaktudás (Houghton, 2015).

Az alap- és szakellátó rendszerben dolgozó gyermekgyógyászati pszichológusok munkájának fókuszában tehát egyrészt a gyerekek és a családjaik alkalmazkodásának támogatása áll a gyógykezelések és a terápiás beavatkozások során (pl. műtéti előkészítés, stresszoldó és fájdalomcsillapító technikák tanítása stb.), másrészt feladatuk a gyermeki fejlődés nyomon követése, valamint a fejlődési és a viselkedési zavarok szűrése, felismerése és kezelése is. Kiemelt tevékenységi körök még a családok támogatása az orvosi ellátások iránti elköteleződésben és a kezelési előírások betartásában, az egészségpromóció, valamint a betegség- és a balesetprevenció (Barakat & Boyer, 2008; Russo & Tarbell, 1984). A szakterület képviselői a nemzetközi gyakorlatban kiterjedt kutatási munkát is végeznek, és jó gyakorlatokat fogalmaznak meg a célzott pszichológiai diagnosztika és intervenció területén (Barakat & Boyer, 2008; Russo & Tarbell, 1984).

A gyermekgyógyászati pszichológusoknak a fenti célkitűzések miatt átfogó ismeretekkel kell rendelkezniük a fejlődés- és a klinikai (gyermek)pszichológia, az orvoslás és az egészségügyi ellátás speciális területeiről, tisztában kell lenniük az orvosi ellátás színtereinek működésével, a medikális környezet gyerekekre és családjaikra gyakorolt hatásaival, és annak a speciális kommunikációnak a „szabályaival”, amely egyrészt az egészségügyi teamen belül, másrészt az egészségügyi team és a családok között zajlik (Russo & Tarbell, 1984).

A szakterület relevanciáját támasztja alá a tény, miszerint a gyerekek kb. 30%-a él krónikus betegséggel vagy olyan fizikai egészséget veszélyeztető problémával, amely folyamatos pszichológiai stresszt okozhat, és hatással lehet az általános fejlődésre és a mindennapi életminőségre. E betegségek hatással lehetnek az életkorilag elvárható fejlődési feladatok teljesítésére, a társas-érzelmi fejlődésre és a családi kapcsolatokra, a kedvezőtlen állapotok befolyásolhatják a gyerekek ellenállóképességét, megküzdését, én- és testképét, mindennapi általános működését (táplálkozást, alvást, mozgást stb.), idősebb gyerekeknél

az önbecsülést, a pozitív identitást és a jövőbeli reményeket és álmokat is. A negatív következmények csökkentése, az optimális fejlődés és a pszichoszociális jóllét maximalizálása érdekében ezekben az esetekben *komplex egészségügyi ellátásra* van szükség (Barakat & Boyer, 2008), amelynek szerves része a gyermekgyógyászati pszichológia.

A nemzetközi gyakorlatban az e szakterületen tevékenykedő pszichológusok legtöbbször *multi-, inter- és transzdiszciplináris teamekben* (Choi & Pak, 2006) dolgoznak, gyermekgyógyászokkal, nővérekkel, szociális munkásokkal, pszichiáterekkel és más egészségügyi szakemberekkel kollaborálnak annak érdekében, hogy a komplex és hatékony intervenciók ne csak a testi gyógyulást, hanem a pszichoszociális alkalmazkodást is elősegítsék (Barakat és mtsai., 2003). Optimális esetben minden teamtag képes a családok támogatására, nem csak fizikai, hanem érzelmi szinten is (Christie, 2020). A pediátriai pszichológusnak viszont fontos szerepe lehet nemcsak a gyerekek és a családjaik, hanem a klinikai team támogatásában is, annak érdekében, hogy a nagyfokú napi stressz, a fájdalmat okozó, invazív kezelési eljárások végzése, valamint az esetleges sikertelenségek minél kisebb mértékű negatív hatást gyakoroljanak az ellátó személyzet pszichés jóllétére (Russo & Tarbell, 1984). (A team-munkáról lásd még bővebben Danis másik tanulmányát a jelen kötetben.)

2. A GYERMEKGYÓGYÁSZATI PSZICHOLÓGIA ELMÉLETI KERETRENDSZERE

A gyermekgyógyászati pszichológia elméleti keretrendszerében a számos modern alkalmazott fejlődéseméleten (részleteket lásd Danis & Kalmár, 2011, 2020a) belül néhány jelentősebb perspektívát említenek a klinikus teoretikusok (pl. Barakat & Boyer, 2008; Barakat és mtsai., 2003; Roberts és mtsai., 2014 alapján, a szerző által kiegészítve).

A fejlődési perspektíva az egyik legfontosabb elméleti nézőpont (lásd bővebben Danis & Kalmár, 2011, 2020a; Danis és mtsai., 2011). Kiindulópontja, hogy a gyermek folyamatosan fizikai, kognitív és társas-emocionális változásokon megy keresztül. A gyermeki életút folyamán zajló *normatív* (fejlődésileg elvárható) és *paranormatív* (a fejlődést tekintve váratlan és gyakran stresszteli) *változások* jelentősen befolyásolják a gyermek fejlődését, jóllétét. Egy gyermek tartós betegsége és a beavatkozások, amelyen át kell esnie, önmagukban is paranormatív életeseményeknek számítanak, ugyanakkor a betegséggel és a kezelés folyamatával egyéb várható és nem várt életesemények és környezeti hatások is interakcióba léphetnek. Egy adott fejlődési életszakasz számos ponton befolyásolhatja a hatékony ellátást (pl. a pontosságot és a precizitást igénylő beavatkozások könnyebben kivitelezhetőek egy csecsemőnél vagy egy serdülőnél, mint egy örökmozgó óvodásnál). Az életkorból fakadó közelség-távolság szabályozás és a hatékonyan bizonyuló társas támogatási formák is változnak (pl. csecsemő- és kisgyermekkorban a nagyon szoros kontaktusban zajló szülő-gyermek interakciók miatt a rövid szeparációk is nehezen megoldhatók), emellett minden életkorban másfajta megküzdési módok és otthoni betegségmenedzsmenti feladatok szükségesek (pl. a csecsemők és a kisgyerme-

kek ellátásában még sokkal kevesebb feladat és felelősség ruházható át a gyerekekre). A fejlődési nézőpont mindenképpen ajánlja és használja a *szülői edukáció* intervenció eszközeit, amelyben a fejlődési mérföldkövekről, a betegség lefolyásáról és e két folyamat interakciójáról történik ismeretátadás.

A humán fejlődés társas ökológiai modellje a gyermek fejlődését, így egészségét és betegségét is kontextuális módon értelmezi és kezeli. A modern gyermekgyógyászati pszichológiában e nézőpont érvényesül a betegségek kialakulásának megértésében és az intervenciók tervezésében is (Barakat és mtsai., 2003; Roberts és mtsai., 2014). A társas-ökológiai modellben (Bronfenbrenner, 1979, 1986; bővebben: Danis & Kalmár, 2011, 2020a) – alkalmazva mindezt a gyermekgyógyászatra – a legfontosabb *mikrorendszer* a gyermek, a betegsége és a gyermek családja, míg a *mezorendszerbe* a gyermek tágabb környezete, a témánk fókuszában álló egészségügyi ellátórendszer és a gyermek kezeléséért felelős team is beletartozik. Az *exorendszerben* (pl. a szülő munkahelye) és a *makrorendszerben* (pl. egészségügyi szabályozás) olyan távolabbi hatások érvényesülnek, amelyek kontextuálisan fogják meghatározni (néha akár korlátozni, akadályozni) a leghatékonyabb kezelés lehetőségeit. A klasszikus biomedikális modellben a betegségek hátterében egy vagy több konkrét okot feltételeztek. Ma sokkal inkább *kontextus-függőnek* gondoljuk a betegségek etiológiáját, mivel a környezeti stressz és az egyéb hatások is befolyásolják a betegségek kialakulását és lefolyását. A több környezeti ágens által befolyásolt betegség-történet értelmezése mellett az orvosi és a pszichoszociális intervenciókat is a környezet több szintjén kell megszervezni, odafigyelve a rendszerszintű hatásokra és azok komplexitására.

A beteg gyerekek gyógyításában a családnak kiemelt szerepe van, és ez annál jelentősebb, minél fiatalabb egy gyermek. A *családi rendszerszemlélet* (Barnes, 1991; Dallos & Procter, 2001; Feuer, 2008; Goldenberg & Goldenberg, 2008) és a *tranzakciós fejlődésmodell* (Fiese & Sameroff, 1989; Sameroff, 1975, magyarul lásd még: Danis & Kalmár, 2011, 2020a) arra hívja fel a figyelmet, hogy a család maga is rendszerként működik, a családtagok állapota és viselkedése hat egymásra, és a folyamatos interakciók alakítják ki a családi működés és a gyermekfejlődés legfontosabb jellemzőit és azt, hogy hogyan küzdenek meg a betegséggel, a beavatkozásokkal és ezek következményeivel. Folyamatos kétirányú kapcsolatokról beszélünk a beteg gyermek és a közvetlen környezete (a családja és a kezelő team) között. Egyrészt a gyermek betegsége hatással van a család működésére (pl. hogyan alkalmazkodik a család a paranormatív krízishez), másrészt a családnak, mint a beteg gyermek környezetének szerepe van a kezelés hatékonyságában, az egészséggel kapcsolatos viselkedésformák megválasztásában és változtatásában, ugyanakkor az adott tünetek fenntartásában is.

A *reziliencia-szemlélet*, a kompetencia-alapú megküzdési paradigma (Barakat és mtsai., 2003; Walsh, 2003; részletesen lásd magyarul pl.: Danis & Kalmár, 2011, 2020b; Ribiczey, 2008) pedig az az optimális megközelítésmód a beteg gyermekek és a családjaik támogatásában, amely a deficit-alapú és a pszichopatológia irányú megkö-

zelítés helyett a családok erősségeire és erőforrásaira alapoz, azokat mozgósítja. A családi reziliencia keretrendszer (Walsh, 2003, 2016) szerint minden család egyedi módon találja meg hatékony válaszait az adott kihívásokra, és ez így van paranormatív krízisek, pl. tartós betegség esetén is. Azok a családok, akik elakadnak ebben a megküzdési folyamatban, pszichológus segítségére támaszkodhatnak.

3. A PEDIÁTRIAI PSZICHOLÓGIA LEGFONTOSABB TÁRGYKÖREI

A gyermekgyógyászati pszichológia számos problématerülettel foglalkozik. A gyógypedagógia határterületeként az *atipikus (megkésett vagy eltérő) fejlődéssel* (pl. fogyatékos-sággal, fejlődési rendellenességekkel, koraszülöttséggel, fejlődésneurológiai problémákkal) kapcsolatos szomatikus és viselkedési tünetek (Vekerdy-Nagy, 2018) is tárgykörei, de ennek a részterületnek a kibontására jelen tanulmány terjedelmi korlátok miatt nem vállalkozhat. Az alábbiakban azokat a betegségtypusokat vázoljuk fel röviden, amelyekkel a pediátriai pszichológus leggyakrabban találkozhat.

3.1. KRÓNIKUS SZOMATIKUS BETEGSÉGEK

A gyermekgyógyászatban a *krónikus betegségek* egyre magasabb arányban fordulnak elő. A különböző epidemiológiai mérések, ahol a vizsgálati csoportok, a diagnosztikai megközelítések és a mérőeszközök nagy változatosságot mutatnak, a gyermekpopuláció 10–40%-os érintettségéről számolnak be (Barakat & Boyer, 2008). Az asztma, ami az egyik leggyakoribb krónikus megbetegedés gyermekkorban, körülbelül a gyerekek 9%-át érinti (Stancin & Perrin, 2014). Bár egyre magasabb arányban találkozunk olyan speciális betegségekkel is, amelyekben korábban hamar meghaltak a gyerekek, e speciális betegségek kevesebb, mint a gyerekek 1–1%-át érintik. Ilyen betegségek pl. az 1-es típusú diabétesz, a cisztás fibrózis, a sarlósejtes vérszegénység, a veleszületett szívfejlődési rendellenesség, a gyulladásos bélbetegségek, a veseelégtelenség, az epilepszia, a gyermekkori HIV vagy a gyermekkori rákbetegségek. A legtöbb gyermekkori megbetegedést és halálozást ma is balesetek és sérülések okozzák (Barakat & Boyer, 2008; Stancin & Perrin, 2014).

A társas ökológiai modell szerint az adott betegség jellemzői, a szülők és a gyerekek betegségről alkotott hiedelmei, nézetei és az egészségügyi ellátórendszer sajátosságai interakcióba lépnek a családi rendszer működésével. A betegség lefolyását és az alkalmazkodást befolyásolja a gyermek életkora, fizikai, kognitív és pszichoszociális fejlődési szintje és a család aktuális élethelyzete és életciklusa is. Ezek a tényezők, a szülő-gyermek kapcsolat, a gondozás és a társas támogatás minősége, valamint az ellátórendszer sajátosságainak alakulása nyomon követendők a betegségek lefolyása során (Barakat & Boyer, 2008). A betegségek, problémák jellemzői között a legfontosabb szempontok az alábbiak (Barakat & Boyer, 2008):

- A betegség indulása: hirtelen vagy fokozatos;
- A betegség lefolyása: progresszív, állandósult vagy visszaeső;
- A betegség kimenetele: életvégi/terminális, életet megrövidítő, hirtelen halálnak van esélye vagy nincs hatása a várható élettartamra;
- A teljesítőképesség korlátozottsága;
- A lefolyás és a kimenet bizonytalansága.

A krónikus betegségek kockázati faktort jelentenek a pszichoszociális jóllétre vonatkozóan. Azok a gyerekek, akik krónikus egészségügyi problémákkal küzdenek, nagyobb valószínűséggel mutatnak internalizáló és externalizáló viselkedésproblémákat, és életminőségük is alacsonyabb szintet ér el. A szociodemográfiai tényezők, a betegség súlyossága és specifikus jellemzői, a mindennapi működésbeli korlátok és a kognitív hatások mind emelhetik a pszichoszociális alkalmazkodás nehézségeinek valószínűségét. Ezzel szemben a reziliencia tényezők (pl. az aktív megküzdés, az intrapszichés és az interperszonális források, a kiegyensúlyozott családi működés, a társas támogatás) segítik a gyerekek és a gondozóik adaptációját (lásd a szülői stressz és a gyermeki életminőség néhány jellemzőjéről a keretes szöveget).

Krónikus betegségek hatása a gyerekekre és a családra

Szülői stressz. Cousino és Hazen (2013) több kvantitatív kutatás áttekintése alapján megerősítik, hogy a gyerekek krónikus betegsége gyakran az egész családi rendszert érinti. A szülők számára megterhelő lehet a diagnózisközlés, a betegséghez kapcsolódó medikális kockázatok sora, illetve annak a lehetősége, hogy a gyermek életútja megrövidül. A vizsgálatok azt mutatják, hogy azoknak a gyerekeknek a szülei, akik krónikus betegséggel élnek, magasabb fokú szülői stresszről számolnak be, mint az egészséges gyerekek szülei. Ezzel együtt jár a gyerekek fokozott sérülékenységének észlelése, illetve a gyerekek túlvédése is. Számos tanulmány különböző betegpopulációk vizsgálatánál nem talált összefüggést a szülői stressz és a különböző betegségek jellemzői (pl. időtartama, súlyossága) között. Ugyanakkor pl. a fájdalom epizódok gyakorisága és intenzitása több csoportban összefüggött a szülői stresszel, valószínűleg azért, mert ilyenkor a gyermek fájdalmának enyhítésében a szülők tehetetlennek érzik magukat. Coffey (2006) több kvalitatív kutatás meta-szintézisében gyűjtötte össze azokat a legfontosabb témákat, amelyekről a krónikus beteg gyerekek szülei beszámolnak. Ezek többek között (1) a jelennel és a jövővel kapcsolatos aggodalmak, félelmek, (2) az állandó mindennapos küzdelem mind fizikai, mind érzelmi szempontból, (3) az ellátás és a gondozás terhei, a felelősség „cipelése”, (4) főleg az édesanyák számára az egyéb törekvésekről (karrier, szabadidő) való lemondás, (5) a család egységének és minden családtag (pl. párkapcsolat és testvérek) igényeinek a kielégítése, (6) a külvilággal való kapcsolattartás és az izoláció elkerülése, (7) a krízisidőszakokban való helytállás és a hatékony megküzdés, valamint (8) a gyermek és a család érdekeinek hatékony és asszertív képviselése. A tranzakciós modell alapján a szülői stressz visszahat a gyermek egészségi állapotára: a magasabb általános és a betegség-specifikus szülői stressz nemcsak a szülők, hanem a gyerekek pszichológiai alkalmazkodásával is összefügg. Ezért is fontos intervenciók erőfeszítéseket tennünk, hogy megelőzzük és csökkentjük a szülői stressz szintjét (Cousino & Hazen, 2013).

Életminőség. Az életminőség egy komplex pszichológiai konstruktum, amelybe beletartozik a testi egészség, a fizikai és mentális képességek megélése, az életkörülményekhez és a környezethez való

alkalmazkodás, a társas kapcsolatok, a pozitív szubjektív élmények és a személyes értékek, a függetlenség és az autonómia megélésének foka, a jóllét érzése stb. Az egészséghez kapcsolódó szubjektív életminőség az egyik legfontosabb kimeneti mutató az egészségügyi intervenciókban. A krónikus egészségi állapotokhoz való alkalmazkodásban nagyon fontos az elfogadás egy bizonyos szintje. A tapasztalatok szerint azok a gyerekek számolnak be jó életminőségről, akik képesek elfogadni jelenlegi és jövőbeli korlátaikat, és ehhez rendezik be az életüket az életút során (Payot & Barrington, 2011).

Hazánkban a krónikus szomatikus betegségek kezelése gyermekosztályokon, szakrendelőekben és a házi gyermekorvosi ellátásban zajlik, és ezek közül mindössze néhány helyen dolgozhatnak gyermekgyógyászok teamben (egészség)pszichológus kollégával. Legtöbb esetben ma még klinikai szakpszichológusok konzíliumi tevékenysége lehetséges, azonban gyakran ez sem valósul meg, hanem a szomatikus osztályok továbbküldik betegeiket és családjaikat, ha pszichés, pszichoszociális vagy pszichoszomatikus problémát észlelnek. A lehetséges fejlesztések irányai később a tanulmányban bővebben kifejtésre kerülnek.

3.2. PSZICHOSZOMATIKUS ZAVAROK

A *pszichoszomatikus zavarok* hátterében vagy nem mutatható ki organikus ok, vagy a tünetek súlyosságát, intenzitását nem magyarázzák az organikus okok (Wolraich és mtsai., 1996). A szomatizációnak lehet ugyan genetikai háttere is, de leginkább tanult viselkedésről van szó: például a gyermek megtapasztalja, hogy a fizikai tünetek hamarabb kapnak pozitív választ a szülőktől, mint más erőteljes érzések, pl. a szorongás, a félelem, a féltékenység vagy a harag kifejezése (Brill és mtsai., 2001; Silber, 2011).

A gyerekek 10–25 %-ánál találkozunk pszichoszomatikus panaszokkal, amelyek életkori csoportonként változnak. Általában gyakori tünetek a hasfájás, a hányinger, a fejfájás, a mozgásszervi- és végtagfájdalmak, a mellkasi fájdalom, a hátfájás, a fáradtság, a hiperventilláció, a nehézlégzés, a rosszullet, az ájulás, a pszeudoneurológiai tünetek stb. (Brill és mtsai., 2001). Kisgyermekkorban leggyakoribb a hasfájás, kicsit később, óvodáskortól pedig a fejfájás, a „növekedési fájdalom”, az alvásproblémák, és a krónikus fáradtság is megjelenik a tünetek között (Silber, 2011). Minden esetben alapos differenciáldiagnosztikára van szükség az organikus okok kiszűrésére. Amennyiben az organikus okok kizárhatók, a tüneteket általában a *stresszre* adott válaszként értelmezhetjük: vagy nagyfokú stresszre adott normál válaszként, vagy kismértékű stresszre adott erős válaszként. E stresszteli helyzeteknek a legkülönbözőbb okai lehetnek a gyerekek életében: pl. bölcsődei-óvodai-iskolai problémák, családi problémák, kortárs-nyomás, a szülők krónikus betegsége vagy fogyatékosága, a szülők mentális betegsége, súlyos baleset, haláleset a családban, költözések, szülői konfliktusok, rigid szülői stílus, abúzus, a szülők alkohol és droghasználata stb. (Brill és mtsai., 2001).

A stressz kialakíthatja, majd újra és újra triggerelheti a tüneteket, amelyek beindítják a szülői aggodalmat és kiváltják a gondoskodó választ. Kialakul egyfajta *interakciós forgatókönyv*, ami hosszú távon fennmaradhat (Silber, 2011). A pszichoszomatikus tüne-

teknél általában jellemző a tünetek bizonytalansága, változó intenzitása, az inkonzisztens jellemzők és mintázatok, az orvosi ellátás kérésének késleltetése, akár több tünet jelenléte egyszerre, tartós lefolyás, miközben jó egészségnek örvend a gyermek stb. Az enyhébb tünetek gyakran maguktól is elmúlnak, a súlyosabb és tartósabb tünetek esetén – az organikus okok kizárása után – környezeti és családi diszfunkciót kell feltételeznünk (Brill és mtsai., 2001).

A rendszerszemléletű klinikus és elméletalkotó, Minuchin és munkatársai (1975, 1978) pszichoszomatikus betegségekkel élő gyerekek családjaiával foglalkozott már az 1970-es években. Elképzelése szerint a gyerekek tünetei (pl. pszichoszomatikus eredetű diabétesz, asztma, anorexia) olyan reakciók, amelyek a családon belüli konfliktusok következményeként is kialakulhatnak. A gyakran szimbiotikusan összemósódott családokban a gyermek tünetei fókuszot adnak, és „védenek” a mélyebb kapcsolati konfliktusok felismerésétől. Mivel álláspontja szerint a családi dinamika tartja fenn a tüneteket, így az intervenciók is a családi dinamika megváltoztatására irányulnak.

Hazánkban a pszichoszomatikus zavarokat – organikus kivizsgálások után – főleg gyermekpszichiátriai osztályok, különböző fenntartású klinikai pszichológiai szakambulanciák látják el. Ritka az „egy fedél alatti” team munka, a szakemberek inkább hálózatban, network-szemléletben dolgoznak multidiszciplinárisan, azonban ez sem általánosan elfogadott gyakorlat, számos esetben a különböző, de egyébként összefüggést mutató problémákkal „szigetszerűen” foglalkoznak (a testi tünetekkel az orvos, a lelki háttérrel a pszichológus). Jó gyakorlatként említve vannak már olyan kórházi osztályok, amelyek a pszichoszomatikus szemléletmóddal definiálják tevékenységüket (csak egyetlen példa a Bethesda Kórház Pszichoszomatikus részlege).

A pszichoszomatikus zavarok egyik gyakori példája a *krónikus fájdalom szindróma*. A gyerekek természetesen átélhetnek fájdalmat sebesülés vagy valamilyen krónikus betegség következtében, de a fájdalom lehet maga a krónikus betegségi állapot is. A krónikus fájdalom visszatérő vagy folyamatos fájdalom, akkor is, amikor már a normál szöveti regeneráció nem indokolná a fájdalmat. Diagnosztikai szempontból fontos, hogy legalább három-hat hónapig fennáll. A kisebb gyerekeknél leggyakoribb krónikus fájdalom pl. a gastroenterológiai kivizsgálást igénylő hasfájás, a neurológiai kivizsgálást igénylő fejfájás, valamint a reumatológiai-ortopédiai kivizsgálást igénylő izom és ízületi fájdalmak (idősebb gyerekeknél már egyéb szervek fájdalma is megfigyelhető). Hasonlóan az egyéb pszichoszomatikus hatásmechanizmusokhoz, a fájdalmat generálhatják és fenntarthatják környezeti (családi) stresszorok, és viszont, a krónikus fájdalom hatással lehet a szülők működésére és a családi életre. Egy sor szociokulturális tényező hatással van arra, ahogy a gyerekek kifejezik fájdalmukat, ahogy a gondozó jelentést ad ezeknek, és ahogy reagál a gyermek fájdalmára. A gyerekek temperamentuma is meghatározza azt, hogy mennyire aktívan reagálnak a stresszre, és mennyire érzékenyek a fájdalomra. A csillapíthatatlan fájdalom-epizódok, illetve az elhúzódó panaszok a szülőknél gyakran szorongást, tehetetlenség érzést és depresszív tüneteket váltanak ki (Gauntlett-Gilbert & Connell, 2012; Palermo és mtsai., 2014).

Hazánkban a fájdalom-ambulanciák még nem annyira elterjedtek, általában a szomatikus vagy a pszichés problémákat ellátó helyszínek között „ingázva” kapnak ellátást a gyerekek és a családjaik. Egy jó gyakorlatként emelhetjük ki a gyermekkori krónikus fájdalom panaszok interdiszciplináris, rendszerszemléletű kezelésére alapított, a Bethesda Kórházban működő Fájdalomkezelő Ambulanciát.

3.3. LELKI EGÉSZSÉG (TÁRSAS-EMOCIONÁLIS ÉS VISELKEDÉSI) PROBLÉMÁK

A gyerekek kb. 25%-a olyan társas-emocionális és/vagy viselkedési problémákkal küzd, amelyekkel a szülők gyakran fordulnak segítségért az alapellátásban dolgozó gyerekkorvosokhoz, védőnőkhöz.

A korai érzelem- és viselkedésszabályozási zavarok (lásd még Danis másik írását, jelen kötetben), az idegrendszeri fejlődés vagy a szenzoros feldolgozás zavarai, a szorongásos zavarok, a hangulati zavarok, a kényszeres zavarok, a trauma, a stressz és a depriváció okozta zavarok, valamint a kapcsolati zavarok stb. már a kora gyermekkori populáció 5–20%-ában is előfordulnak (Zeanah, 2018; ZERO TO THREE, 2016/2019). E pszichés nehézségek megoldás nélkül a későbbi gyermekkor és a serdülőkor idején is pszichopatológiai folyamatokat indíthatnak be. A lelki egészség zavarai gyermekkorban egyértelműen a fejlődési pszichopatológiában ismert és az egészségpszichológiára is alkalmazott tranzakciós folyamatokat mutatják: előfordulásuk hatással van a szülő-gyermek kapcsolati és a családi működésre, miközben háttérükben – a genetikai hatások és környezeti stresszfaktorok mellett – többek között a szülő-gyermek kapcsolati és a családi működés problémái is állhatnak.

A jól ismert DSM és a BNO diagnosztikai rendszerek kevésbé kezelik a gyermekkori, és főleg a kora gyermekkori lelki egészség zavarokat, emiatt a témánk iránt érdeklődő olvasónak ajánlott néhány kiegészítő diagnosztikai rendszer, pl. a DSM-PC (Wolraich és mtsai., 1996) és a magyarul is elérhető DC:0–5TM (ZERO TO THREE, 2016/2019) osztályozási rendszer (lásd bővebben: Danis, 2020a) ismerete is.

Az alapellátásban dolgozó gyermekgyógyászoknak, védőnőknek fontos szerepe van a lelki egészségproblémák megelőzésében, szűrésében és korai felismerésében, illetve abban, hogy e pszichológiai nehézségekkel küzdő gyerekek szakellátásba kerülését (pl. információátadás, szülő-edukáció és továbbküldés révén) segítsék. A pediátriai pszichológusnak kiemelt szerepe lehet mind a prevencióban, mind az ellátásban. Fontos kiemelnünk azt is, hogy a fizikai egészség és a viselkedéses egészség szignifikánsan összefügg: a tapasztalatok alapján például a rossz fizikai egészséggel élő gyerekek esetében több mint 5-szörös a tanulási zavar és több mint 2-szeres az ADHD előfordulása, mint azoknál a gyerekek-nél, akik nagyon jó egészséggel rendelkeznek (Stancin & Perrin, 2014). Sajnos még Észak-Amerikában is nagyon alacsony az olyan képzett gyermekgyógyászati pszichológusok száma, akik a lelki egészséggel is foglalkoznak, főleg 5 év alatti gyerekek-nél.

Magyarországon a (kora) gyermekkori lelki egészség problémákat hagyományosan a klinikai pszichológia és nem az egészségpszichológia látja el. Kórházi gyermekpsichiátriai osztályok, pedagógiai szakszolgálatok, klinikai gyermekpszichológiai szakrendelők és magánszolgáltatók kapcsolódnak ebbe a munkába. Hazánkban a korai életidőszak pszichés támogatása több évtizedes múltra tekint vissza, több iskola hozzájárulásával formálódik a szakterület (lásd bővebben: Danis és mtsai., 2020), azonban a nemzetközi gyakorlatban elterjedt interdiszciplináris és rendszerszemléletű ellátás még nem általánosan hozzáférhető.

4. A PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK OSZTÁLYOZÁSA ÉS A PEDIÁTRIAI PSZICHOLÓGIA TIPIKUS TEVÉKENYSÉGI KÖREI

A pediátriai pszichológus tevékenységének – bármilyen szintéren is dolgozzon (lásd alább részletesen kifejtve) – alkalmazkodnia kell az orvosi ellátási modellhez, amelyben a gyerekekkel és a szülőkkel folytatott gyorsabb intervenciókat részesítik előnyben. Mind az idő, mind a pénz szempontjából gazdaságosnak kell lennie a pszichológiai felméréseknek és az ellátási formáknak. Általában nincs lehetőség kiterjedt diagnosztikai folyamatokra és hosszú pszichoterápiás eljárásokra. Minden résztvevő (gyermek, család, kezelő team) számára hatékony és gyors pszichológiai intervenciókra van szükség, a megfigyelhető és mérhető kimenetek (pl. több étel fogyasztása, gyarapodás elindulása, szorongásszint csökkenése stb.) dokumentálásával (Roberts és mtsai., 2014).

Az intervenciókat attól függően osztályozhatjuk (Barakat és mtsai., 2003), hogy milyen valószínűsűgű és mértékű lélektani kockázatokat feltételezünk a gyerekek betegségeinek és a kezeléseik következményeiként:

- *Univerzális (általános) intervenciók.* Az univerzális intervenciók esetében preventív törekvések történnek arra, hogy a gyerekek pszichoszociális jólléte biztosított legyen olyan esetekben is, ahol a betegségek következtében nincsen pszichológiai kockázat (pl. alapellátási feladatok, oltások, balesetek megelőzése). A gyerekek egészségének védelme érdekében interdiszciplináris kollaborációra van szükség a családok, a pszichológusok, a gyermekgyógyászok, a pedagógusok és más szakemberek között. Ezek az intervenciók különböző szinteken (az individuális szinttől a családon keresztül a közösségi és a szakmapolitikai szintekig) érhetnek el eredményeket.
- *Szelektív (célzott) intervenciók.* A célzott intervencióknál már legalább közepes fokú kockázata van a pszichológiai problémák előfordulásának akár az orvosi beavatkozások stressztelisége miatt, akár pl. az újra és újra előforduló intenzív fájdalom és diszkomfort okán. Intervenciók példa lehet a fájdalom és a stressz kezelése, vagy az előírások betartásának támogatása fokozottabb stressz esetén.
- *Indikált (javallott) intervenciók.* Az indikált intervenciókat fokozott pszichológiai veszélyeztetettség (pl. traumás agysérülés, transzplantációk stb.) esetén alkalmazzuk, amely a betegségből adódó stressz esetén egyéni és társas kockázati faktorokat és akár

pszichopatológia irányába is mutató problémákat jelent. A betegség lefolyásával vagy a kezelésekkel időben egybeeső olyan stresszes életesemények is, mint pl. a válás, halálózás stb. intenzívebb pszichológiai ellátást indokolnak.

A pszichológiai ellátást végző szakemberek fő célkitűzése, hogy maximalizálják a gyerekek fizikai egészség és jóllét mutatóit, eközben minimalizálják a betegség és a kezelés érzelmi következményeit, és emeljék, vagy legalább megtartsák a gyerekek és a családjaik életminőségét. A pszichológus segítségét az egészségügyi ellátás különböző szintjein (lásd alább részletesen kifejtve) leginkább a következő témákban keresik:

- orvosi beavatkozások (pl. műtétek) előtti felkészítés,
- a kezelés iránti elköteleződés támogatása,
- a fájdalom csillapítása és kezelése,
- fizikai és pszichés trauma kezelése,
- testvérekkel és családtagokkal való munka,
- terminális betegek és családjaiknak kísérése és gyászmunka támogatása,
- orvosilag nem magyarázható tünetek felmérése és kezelése,
- szorongás, depresszív hangulat és egyéb pszichés konstruktumok felmérése (lehetséges témákról és mérőeszközökről lásd a keretes szöveget) és kezelése,
- a diagnózishoz való alkalmazkodás nehézségeinek kezelése stb.

A *szakvélemény alkotás* során a pszichológus kitér arra, hogy a gyermek és a család hogyan alkalmazkodik a jelenlegi nehézségekhez, milyen kockázati faktorok, esetleg trigger események járultak hozzá a tünetek kifejeződéséhez vagy a tünetek fenntartásához. Ezek után *kollaboratív intervenció*s terv készül a gyermek, a család és az orvosi team bevonásával (Jacobs és mtsai., 2012).

Idősebb gyermek esetében a gyermekkel és a szülőkkel együtt és külön-külön is dolgozhat a pszichológus, míg csecsemő- és kisgyermekkorban a konzultációk családi, szülő–kisgyermek helyzetben történnek vagy szülőkonzultációban dolgozik a szakember (lehetséges kompetenciákról, alkalmazható módszerekről lásd a keretes szöveget).

Felmérési és diagnosztikai módszerek a gyermekgyógyászati pszichológiában

Interjúk (szabad, félig strukturált és strukturált interjúk)

Kérdőíves módszerek

Pszichoszociális alkalmazkodás és pszichopatológia: érzelmi és viselkedéses tünetek (Holmbeck és mtsai., 2008)

Kognitív működés (Campbell és mtsai., 2008)

Életminőség és funkcionális sérülések (Palermo és mtsai., 2008)

Fájdalom (Cohen és mtsai., 2008)

Stressz és megküzdés (Blount és mtsai., 2008)

Családi működés (Alderferer és mtsai., 2008)

Elköteleződés és együttműködés az ellátás során (Quittner és mtsai., 2008)

Naplók (étkezés, alvás és napirend, sírás-nyűgösködés; pl. St. James-Roberts, 2012; Veresné Bálint, 2006)

Szülő-gyermek interakciók megfigyelése és videófelvetelek elemzése (Danis, 2020b; Góczán-Szabó és mtsai., 2020)

Magyar nyelven számos felnőtt és gyermek kérdőív összefoglalása található meg néhány gyűjteményes kötetben, amelyek a gyermekgyógyászati pszichológia területén is bátran alkalmazhatók (Horváth és mtsai., 2021; Perczel Forintos és mtsai., 2018; Rózsa és mtsai., 2020)

Az alkalmazott egészségpszichológia mellett fontos és lehetséges kiegészítő kompetenciák, végzettségek a gyermekgyógyászati pszichológiai ellátásban

Egészségügyi szakvégtzettség vagy az adott egészségügyi szakterület ismerete: adott betegcsoportok és ellátási szintek jellemzőinek specifikus ismerete.

Fejldépszichológiai háttértudás: A gyermekgyógyászati pszichológia a klinikai egészségpszichológia részterülete, ahol a fejlődési nézőpont érvényesítése, valamint a szülők fejlődési tanácsadása, edukációja legkönnyebben fejlődépszichológiai háttérrel biztosítható.

Gyógypedagógiai háttértudás: A fejlődési rendellenességek, fogyatékoságok, eltérő vagy megkésztett fejlődésmenet neurológiai és szomatikus egészséggel összefüggő előzményeivel, következményeivel és kísérő tüneteivel kapcsolatban támogatja a munkát.

Klinikai pszichológia (gyermek és / vagy felnőtt): A mentális zavarokkal, betegségekkel, valamint a fejlődési pszichopatológiával kapcsolatos háttértudás és szakképesítés egyrészt a határterületi szintereken (neurológia, pszichiátria), másrészt a szomatikus betegségeket kezelő osztályokon, szakrendelőkben a lelki egészség zavarok diagnosztizálásában és kezelésében segít mind a gyermekek, mind a szülők esetében.

Pár- és családterápia: Mivel a gyermekkorai megbetegedések és a pszichoszociális környezet (szülők, tágabb család, tágabb közösségek) működése között tranzakciós folyamatok zajlanak, ezért a rendszeremléletű pár- és családterápiás képzettség számos helyzetben támogathatja a megfelelő családi intervenciókat.

Szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció: Kifejezetten kora gyermekkorban mind a szomatikus, mind pedig a pszichoszomatikus és az állapot-, érzelem- és viselkedésszabályozással összefüggő tünetek esetén a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció módszertana támogathatja a problémák megoldását.

Szupportív és relaxációs módszerek: Mind a gyermekek, mind pedig szülők esetében relevánsak lehetnek érzelemszabályozással, vegetatív tünetekkel, stresszel és szorongással kapcsolatos problémáknál, ahol alkalmazásuk hatékony és gyors segítséget nyújthat.

Kognitív-viselkedésterápiás megközelítésmódok: A kognitív-viselkedésterápiás módszerek az orvoslás szinterein azért is közkedveltek, mivel az edukáció és az eredményes információátadás, a gyors és hatékony megoldások keresése és az aktív megküzdés elősegítése akár alacsony intenzitású intervenciókkal (Purebl, 2018), akár pszichoterápiás folyamatokban elősegíthetők.

5. A GYERMEKGYÓGYÁSZATI PSZICHOLÓGIA SZÍNTEREI

A pediátriai pszichológus a nemzetközi gyakorlatban többféle szinten dolgozhat, amelyeket ebben az alfejezetben bővebben mutatunk be annak illusztrálására, hogy a hazai ellátó rendszerben is adekvát feladatkörökről van szó. Az általánosan ajánlott interdiszciplináris kollaboratív modellekről és a családcentrikus ellátásokról részletesebben olvashatnak Danis másik tanulmányában, a jelen kötetben.

5.1. OSZTÁLYOS (INPATIENT) SZÍNTEREK

5.1.1. Kórházi szolgáltatások (Buckloh & Greco, 2009; Houghton, 2015; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014 alapján)

A nemzetközi gyakorlatban többféle kórházi ellátásban dolgozhat pediátriai pszichológus: pl. általános kórházak gyermekosztályain, gyermekkórházak különböző osztályain, illetve speciális (pl. rehabilitációs) gyermekkórházakban. A gyakorlati munka mellett kutatás, oktatás és egészségügyi adminisztráció is tartozik a kórházi pszichológusok tevékenységi körébe.

Az osztályos klinikai munka általában problémafókuszú ellátást jelent. Leggyakrabban olyan érzelmi és viselkedési nehézségek kapcsán hívják a pszichológust, amelyek vagy már a betegség előtt is fennálltak, vagy a betegség által alakultak ki vagy erősödtek meg. Az orvos és ápoló szakemberektől érkező legtöbb kérdés, kérdés az alábbi tipikus témákat érinti (Houghton, 2015, 115. o. alapján):

- A kórházi felvétellel járó érzelmi szorongás;
- Észlelhető stressz/szorongás/depresszió a gyermek viselkedésében;
- Fájdalom vagy a mozgás érintettsége organikus háttér nélkül;
- A gyermek nem hajlandó további kezelésre/vizsgálatokra;
- A test eltorzulása/problémás test- és énkép;
- A család viselkedési problémákat tapasztal a gyermeknél, amelyeket nem tudnak megoldani.

A pszichológus a beteg gyermek mellett a családdal, a szülőkkel és a testvérekkel is foglalkozhat. A szakember az akut vagy a krónikus betegséghez, a kezeléshez és a kórházi környezethez való alkalmazkodásban segít, illetve támogatja az átmeneti helyzeteket (pl. a kórházból a hazatérést, az otthoni és a kortársak közötti működést és alkalmazkodást). Fontos feladata a család orientálása a jelenlegi és a jövőbeli pszichológiai ellátás formáival és lehetőségeivel kapcsolatban.

A pediátriai pszichológus a családokkal a kórházi kezelés bármelyik szakaszában találkozhat. A találkozások hossza sok mindentől függhet, de általában rövidebb és időben rugalmasabb egy-egy találkozás, mint a tipikus heti rendszerességű, kb. 50 perces terápiás óra. A pszichológus általában célorientált megfigyeléseket, felméréseket végez,

majd hozzájárul a komplex intervenció megtervezéséhez és folyamatosan kollaborál és kommunikál az orvosi teammel (orvosi dokumentáció és esetmegbeszélés formájában). Gyakran kezdeményező és koordinációs szerepet vállal a különböző diszciplínák együttműködésének, esetkonferenciák szervezésének és interdiszciplináris szakmai edukációs lehetőségek ösztönzésében.

5.1.2. Konzultációs liaison munka (Buckloh & Greco, 2009; Carter és mtsai., 2014; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

E szerepkörben – rendszerint az orvos kollégák felkérésére – a pediátriai pszichológusnak diagnosztikus méréseket kell végeznie, konceptualizálnia kell a problémát és szakvéleményben kommunikálnia azokat az ajánlásokat, amelyek a pszichoszociális intervenciók megtervezéséhez szükségesek. Az orvosi team általában a kórházi osztályokon bent fekvő gyermekek fokozott internalizáló és externalizáló tünetei esetén szokta igényelni a pszichológus segítségét. A pszichológiai intervenciókban a megküzdési stratégiák segítése, a gyors kognitív-viselkedés terápiás módszerek alkalmazása és a rövid esetmenedzsment jellemző. Az is lehetséges, hogy egy adott kórházi program, protokoll, irányelv alapján definiált kérdéskörökben kéri a pszichológus segítségét, vagy az orvosi team edukációjában, esetleg más ellátó személyzettel való kollaborációban vesz részt, specifikus ajánlásokat tesz, illetve visszajelez az orvosi teamnek. Legtöbbször az alábbi témákban kéri a pszichológus segítségét:

- megküzdés támogatása a fizikai betegség és a hospitalizáció kapcsán;
- olyan pszichológiai működési problémák, amelyek a kórházba utalással függenek össze, vagy amelyek interferálnak a gyermek kórházi ellátásával (pl. oppozíciós problémák);
- olyan pszichológiai panaszok, amelyek a gyermek fizikai betegségének kezelése során merülnek fel (pl. hangulati problémák a fizikai állapot miatt);
- krízishelyzetek (pl. diagnózisközlés, önsértő magatartás, acting out, nagyobb változás az egészségben, traumatikus sérülés).

A fenti helyzetekben a gyermek és a családja egy megemelkedett emocionális állapotban vagy épp tagadásban lehetnek, amelyek a hatékony megküzdést és döntéshozatalt is akadályozhatják. Az invazív eljárások és az olyan súlyos betegségek, amelyek hosszú távon jelentenek kihívást a családnak, mindenképpen igénylik a hatékony stresszoldó technikák és megküzdési mechanizmusok azonosítását és facilitálását a család tagjainál. Fontos téma lehet az együttműködés és az elköteleződés (compliance) nehézségeinek megoldása is. Ha a szülők nem értik és/vagy nem fogadják el az ajánlott kezeléseket, nem működnek együtt az orvosi teammel, ez emelkedett kockázati faktort jelenthet a gyógyulás esélyeire vonatkozóan. Ilyenkor a pszichológus segíthet helyreállítani a hatékony együttműködést: a beteg gyermek, a család és a team közötti kommunikációs

problémák, félreértések, egyet nem értések esetén, vagy esetleges konfliktusoknál mediátor szerepkört vállalhat. E folyamat részeként az ellátó személyzet érzékenyítése is fontos téma lehet a kulturális tradíciók, értékek és szokások elfogadása érdekében.

5.1.3. Kritikus ellátási formák (Buckloh & Greco, 2009; Colville, 2012; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

Néhány kórházi osztályon kritikus helyzetek kezelésére van szükség. Ilyen pl. a neonatológiai intenzív centrumok vagy a gyermekgyógyászati intenzív centrumok, az égési osztályok vagy a transplantációs osztályok munkája. Ezekben a színtereken általában egyéni klinikai vagy konzultációs liaison munka zajlik, osztályos nyomon követés, családterápiás segítségnyújtás, érzelmi támogatás, interdiszciplináris esetvezetés. A komplex kezelés annak érdekében történik, hogy a fájdalmas beavatkozásokkal, az excesszív stimulációval, az invazív eljárásokkal és a gyakran változó ellátó személyzettel kapcsolatos stresszt csökkentsék. A pszichológus támogathatja a hatékony megküzdést, az alkalmazkodást és a pozitív szülő-gyermek interakciókat. Az intenzív ellátásban (pl. végstádiumú rákbetegség, meningitis, égési sérülések, légzési problémák, posztoperatív állapotok esetén) a beavatkozások során a gyerekek rendkívül magas stresszt élhetnek át, felhetnek (Salmela és mtsai., 2010a, 2010b) a beavatkozások előtt és az azokra való emlékezéskor. A gyerekek emlékezete fragmentált, gyakran a valóság és a képzelet összemosódik, bizarr éjszakai álmok, rendkívüli perceptuális élmények lehetnek jellemzőek, és a gyerekek kisebb hányada poszttraumás stressz zavar tüneteit is mutathatja. Néha tanúi lehetnek más gyerekek ellátásának vagy esetleg halálának. A szülők számára is kihívást jelenthet az intenzív ellátás, amennyiben nem tudnak közel maradni a gyerekeikhez. Gyakran megfigyelhető a szülők magasfokú szorongása, poszttraumás stressz tünetei, valamint gyermekeik túlélése. A gyerekek mellett a szülők pszichológiai támogatását is biztosítanunk kell. Problémafókuszú intervenciók, illetve a narratívák (az események kronológiájának és logikájának) helyreállítása mind gyerekeknél, mind felnőtteknél a hatékony megküzdést szolgálja. Ezeket az intervenciókat csak akkor lehet megkezdeni, amikor a gyermek már túl van az életveszélyen, stabilizálódik az állapota, és ez akár hónapokat is igénybe vehet. A betegséggel, a beavatkozásokkal és a gyógyulás feltételeivel kapcsolatos pszichoedukáció mind a gyerekek, mind pedig a szülők számára jelentőségteljes. Emellett – bár a figyelem perifériájára kerülhet –, de nagyon fontos a családok egyéb feladatainak (pl. testvérek ellátásának, párkapcsolat ápolásának) támogatása is.

Az intenzív centrumokban az orvosi csapat kiégése is fokozottan fenyeget, ezért a pszichológus feladatkörének része lehet a multidiszciplináris teamben az ellátó személyzet pszichológiai támogatása is.

5.1.4. Specializált ellátási formák (Buckloh & Greco, 2009; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

A krónikus betegségek, mint pl. az onkológiai, a kardiológiai, az endokrinológiai vagy a pulmonológiai betegségek esetén e speciális betegségcsoportokba tartozó gyerekekkel is dolgozhat rendszeresen – a témára és a betegségcsoportra „szakosodva” – a pszichológus mind az osztályos, mind pedig az ambuláns ellátásban. Ezekben az esetekben is az interdiszciplináris együttműködési formák a leginkább előrevivőek. A specializált osztályos ellátásoknál (pl. az osztályos interdiszciplináris táplálási programok) fontos, hogy a pszichológus az adott területen szakértő legyen, ismerje az alapvető orvosi és egyéb egészségügyi beavatkozásokat, a betegségek tipikus lefolyását, a gyógyítási folyamat komplex intervencióit stb. A legtöbb osztályon a beteg gyermek szüleivel és a család többi tagjával is intenzív munka folyik, és előfordulhat az is, hogy a pszichológus pl. krónikus vagy terminális beteg szülők gyermekeivel és családtagjaival foglalkozik. Amikor a pszichológus a szülőkkkel, a gondozókkal és a családdal dolgozik, a központi cél annak körüljárása, hogy a család és a szülők hogyan tudnak megküzdenni a gyermek betegségével, a kórházi kezeléssel, hogyan tudják mindebben támogatni a gyermeküket, illetve hogyan tudják a szülő-gyermek kapcsolatot megerősíteni.

5.1.5. Sürgősségi osztályok (Buckloh & Greco, 2009; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

Sürgősségi gyermekosztályokon nemcsak a fizikai, hanem idősebb gyerekeknél a lelki egészség krízisállapotait (pl. öngyilkossági kísérlet, drog és alkohol abúzus, agresszív viselkedés) is kezelik. Mindkét esetben kérhetik a pszichológus segítségét felmérés/diagnosztika, valamint pszichológiai stabilizálás céljából. A pediátriai pszichológus a sürgősségi osztályon is együtt dolgozhat más lelki egészség területen képzett szakemberekkel, pl. gyermekpszichiáterrel, szociális munkással, pszichiátriai szakápolóval.

5.1.6. Rehabilitációs osztályok (Buckloh & Greco, 2009; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

Rehabilitációs osztályokon olyan krónikus betegségekkel, sérültséggel, tartós fizikai vagy mentális rendellenességgel és ezek kezelésével foglalkozik a team, és benne a pszichológus, amelyek hosszú távon (valószínűsíthetően az egész életúton) hatással vannak a gyerekek és a családjaik életére. Az átfogó felmérési/diagnosztikai tevékenység és a rehabilitáció komplex kezelési tervének kidolgozása, az intézmények (kórház, bölcsőde-óvoda-iskola) és az otthon közötti átmenetek támogatása, a környezeti hatások és a körülmények folyamatos nyomon követése és az ellátó személyzettel való konzultációs munka mind részét képezhetik a gyermekgyógyászati pszichológus tevékenységének.

5.2. AMBULÁNS (OUTPATIENT) SZÍNTEREK

5.2.1. Kórházi szakambulanciák és magánrendelések (Buckloh & Greco, 2009; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

Az ambuláns ellátások sokfélék lehetnek (pl. ambuláns klinikák egy-egy kórházon vagy egészségügyi centrumon belül, alapellátáshoz kapcsolódó szakrendelők, magánszolgáltatók). Ezekben a szakrendelőkben is találkozhatunk gyermekgyógyászati pszichológusokkal, munkájuk kerete ekkor sok hasonlóságot mutat a klinikai pszichológusok időbeosztásához (rendszeres időközönként 50–60 perces ülések). Legtöbbször nem az organikus alapbetegségekkel, hanem az azzal együtt járó viselkedési és érzelmi vagy fejlődési problémákkal jelentkeznek a családok, ahol az organikus betegség az érzelmi-viselkedéses tünetek „csupán” egyik háttértényezője. Legtöbbször a fejlődés nyomán követése, a szűrés és a pszichológiai problémák felismerése, majd ellátása is feladatköre a pediátriai pszichológusoknak, és az sem ritka, hogy – az érdeklődésnek és/vagy a szakképzettségnek megfelelően – a szakemberek specializálódnak egy-egy problémakörre, célcsoportra vagy életkori csoportra (pl. kora gyermekkori táplálási zavarok vagy krónikus, életrovidítő betegségek pszichés támogatása). E szintereken is fontos a kollaboráció a gyermekgyógyászokkal és más segítő foglalkozású szakemberrel (akár szociális munkásokkal, pedagógusokkal is).

5.2.2. Közösségi szinterek (Buckloh & Greco, 2009; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014)

Közösségi szintereken (családi környezetben otthon, bölcsődében, óvodában, iskolában, közösségi házakban, klubokban) olyan problémafókuszú közösségi ellátások (pl. edukáció, csoportos tréning) kapnak hangsúlyt, amelyben a beteg gyermeke(ke)t a környezeti szereplőkkel együtt látjuk el (pl. hatékony táplálkozási programok megvalósítása diabétesz esetén). A különböző kortárs csoportok szintereiben a pszichológus képviselheti a beteg gyerekek érdekeit egy-egy krónikus problémával kapcsolatban, felmérheti a nevelők és a szülő társak tudását, és edukáció, valamint csoportos intervenciók segítségével erősítheti a krónikus probléma ellátásával kapcsolatban a társas támogatási hálót.

5.2.3. Alapellátás (Buckloh & Greco, 2009; Lassen és mtsai., 2014; Roberts és mtsai., 2014; Stancin & Perrin, 2014; Stancin és mtsai., 2014)

A pediátriai pszichológus az alapellátásban (a gyermekorvosok és/vagy a védőnők mellett) különböző kollaborációs modellek szerint dolgozhat. A pszichológus feladatai lehetnek: a fejlődéssel és a viselkedéssel kapcsolatos szűrések, nyomomonkövetési programok végzése és koordinációja, fejlődési, viselkedési, érzelmi és társas problémák prevenciója, illetve rövid és problémafókuszú terápiája, további pszichológiai és más speciális ellátásokra való továbbküldés, az egészséges fejlődés promóciója és az orvosi ellátást biz-

tosító személyzettel való mentálhigiénés konzultációk. A viselkedési és az érzelmi problémák menedzsmentje mellett a pszichológus az egészség-promócióban, a betegségek és a sérülések megelőzésében, a krónikus betegségek és a fejlődésneurológiai zavarok ellátásának támogatásában is részt vesz.

A pszichológus a páciensekkel különböző hosszúságú és rendszerességű alkalmakon találkozhat, majd nyomon követő „kontroll” ülések is beiktathatók. A nemzetközi gyakorlatban a leggyakrabban a gyerekekkel kapcsolatos panaszokkal érkeznek a szülők: viselkedés- és figyelem-problémák, hangulati panaszok, szorongás, szobatisztasági kérdések, fejlődési kihívásokkal való megküzdés, szülői/családi megküzdés különböző élet-események, krízisidőszakok (pl. válás, halálozás, költözés, nagyobb fejlődési változások) idején. A pszichológus az egyéni támogató (konzultációs vagy pszichoterápiás) munkája mellett információs füzeteket és szórólapokat is készíthet, oszthat meg a szülőekkel a különböző gyermekkori fejlődési és pszichológiai témákról, témaspecifikus szülő-csoportokat szervezhet, és krízishelyzetekben telefonos konzultációkat is tarthat.

Azoknak a családoknak, akik alacsony szocioökonómiai státuszuk vagy etnikai hovatartozásuk miatt hátrányos helyzetűek, a gyermekgyógyászati alapellátás a leginkább hozzáférhető és legkevésbé stigmatizáló ellátási szintér. Az utóbbi évtizedekben számos innovációs ajánlat megfogalmazódott olyan kollaboratív ellátási modellekkel kapcsolatban, amelyekben a gyermekgyógyászok pszichológusokkal, szociális munkásokkal, pszichiáterekkel és más közösségi segítőkkel dolgozhatnak együtt az alapellátás területén. E modellekről röviden alább olvashatnak (Stancin & Perrin, 2014):

- *Egy helyszínű ellátások (co-location).* Ilyenkor az orvosi és a lelki egészséggel kapcsolatos ellátások közel vannak egymáshoz térben, de ez nem feltétlenül jelent integrált ellátást.
- *Kollaboratív ellátások.* Ezekben az ellátásokban az interdiszciplináris munkának már magasabb szintje mutatkozik meg. Legtöbbször olyan gyerekek esetében érvényesül, akik viselkedéses, fejlődési vagy orvosi ellátást igényelnek. A szolgáltatók nem feltétlenül ugyanannak a rendelőnek a tagjai, de network-szemléletben együtt dolgoznak eseteken, és folyamatos szakmai kommunikációt folytatnak.
- *Integrált ellátások.* Ezekben a teamekben már egészen biztosan egy térben dolgoznak a szakemberek. A pszichológiai ellátás integrált eleme az alapellátásnak, minden gyermek számára elérhető és biztosított. A pszichológusok nagy betegforgalommal dolgozhatnak, rugalmasabb időrendben és rövidebb ellátási formákkal, mint a klinikai pszichológusok. A team rendszeresen találkozik, közös ellátási terveket alkot, és ugyanazokat a dokumentációs rendszereket használja.

Az alapellátásban dolgozó pszichológusok általában inkább a gyakoribb érzelmi és viselkedési problémákkal találkoznak. Kevésbé súlyos esetekkel, kevésbé komplex pszichoszociális háttérrel jellemezhető családokkal foglalkoznak, mint a klinikai pszichológusok, ezért rövidebb eljárásokat is alkalmaznak. Ugyanakkor a fejlődési és a viselkedéses nehézségek megoldása érdekében a pszichológus bevonódásának szintje a konzultációs

munkától egészen a pszichoterápiáig terjedhet. A pediátriai pszichológiában nincs mód a hagyományos, hosszú pszichoterápiákra, ez a feltétele annak, hogy maradjon idő a több családdal végzett rövid konzultációkra, a nyomon követő intervenciókra, a szűrésekre, a szupervízióra és az interdiszciplináris kollaboratív munkamód fenntartására (a prioritizált célkitűzésekről és tevékenységi formákról lásd az 1. táblázatot). A betegek hozzáférése nagyobb a folyamatosabbnak tekinthető ellátásokhoz, csökken a stigmatizáltság érzése, eredményesebb lesz a kommunikáció az ellátás során. Jól működő modellek esetén az a tapasztalat, hogy a családok többsége ebben az ellátási formában marad, és kevésbé jellemző az, hogy tovább utalják őket külső terápiás helyszínekre.

<i>Prioritások</i>	<i>Tevékenységek</i>
Megelőzés, szűrés és korai intervenció	A csecsemők és kisgyermekek fejlődésének szisztematikus szűrése Átfogó viselkedési szűrés A serdülők célzott szűrése a szerhasználatra, depresszióra/szorongásra vonatkozóan Gyermekbántalmazás és elhanyagolás gyanúja esetén azonosítás és támogatás A szülők edukációja és a család bevonása a gyermek optimális fejlődésének elősegítésében
Intervenciók a gyermek viselkedési problémái és zavarai esetén	Egyéni vagy csoportos szülő-fókuszú intervenciók a szubklinikai vagy enyhe viselkedési problémák esetén: pl. alvás, dührohamok, félelmek, dacos viselkedés, szobatisztasági problémák, problémás etetési/evési viselkedés Rövid, tünetközpontú intervenciók enyhe-közepes fokú pszichiátriai zavarok esetén: pl. figyelemhiányos/hiperaktivitási zavar (ADHD), magatartászavarok, depresszió, szorongásos zavarok
Krónikus betegségek	Egészségfejlesztő intervenciók krónikus betegségek (pl. elhízás, cukorbetegség, asztma, sarlósejtes vérszegénység, epilepsziás görcsök, fejfájás, alvás- és táplálkozási problémák) esetén
Fejlődési zavarok	Felmérés, intervenciók és az ellátások koordinációja a gyerekek fejlődési zavarai (pl. ADHD, autizmus, intellektuális képességzavar, tanulási zavarok, nyelvi zavarok, érzékszervi károsodások, traumás agysérülések) viselkedési és fejlődési problémái esetén Oktatási-nevelési és közösségi szolgáltatások elérésének támogatása
A családi erőforrások azonosítása	A reziliencia, a stressz, a megküzdés folyamatainak támogatása, illetve szülői lelki egészség problémáinak (pl. depresszió, szerhasználat) azonosítása és ellátások ajánlása

1. táblázat. Gyermekgyógyászati alapellátás – Pszichológiai prioritások és tevékenységek (Stancin & Perrin, 2014, 335. o. alapján)

6. BEFEJEZŐ GONDOLATOK

A tanulmányban áttekintettük a gyermekgyógyászati (pediátriai) pszichológia szakterület főbb jellemzőit és nemzetközi gyakorlatát, színtereit, néhány ajánlását, modelljét. Írásunkkal egyrészt az volt a célunk, hogy illusztráljuk, a hazai gyermekgyógyászati ellátás (az alap- és a szakellátások) felépítése és tevékenységi köre nagyban hasonlít a nemzetközi gyakorlathoz, másrészt érveljünk a pediátriai pszichológia mint tudományág és klinikai szakterület hazai kibontakoztatásának indokoltsága és lehetőségei mellett. Az egészségpszichológiára szakosodott pszichológusok képzése – szükséges kiegészítő kompetenciák (pl. fejlődéspszichológiai, családpszichológiai szaktudás), valamint a gyerekekkel és a családjaikkal való munka hatékony módszereinek (pl. családterápia, szülő-csecsemő konzultáció) ismeretében – lehetőséget nyújt arra, hogy a következő években egyre több gyermekgyógyászati intézmény alkalmazzon gyermekgyógyászati pszichológusokat állandó team-tagként. E törekvésekkel a gyermekkori testi és lelki fejlődés és egészség komplex, biopszichoszociális ellátási modelljeihez kapcsolódhatna a hazai szakma. A team- és hálózati működés nemcsak a beteg gyermekek és családjaik ellátásában, hanem a szakma kibontakozásában, a nemzetközi kapcsolatok kiépítésében, jó gyakorlatok adaptálásában és a nemzetközi tudományos diskurzushoz való csatlakozásban is teret nyerhet.

IRODALOM

- Alderfer, M. A., Fiese, B. H., Gold, J. I., Cutuli, J. J., Holmbeck, G. N., Goldbeck, L., Chambers, C. T., Abad, M., Spetter, D., Patterson, J. (2008). Evidence-based assessment in pediatric psychology: family measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 1046–1061.
- Barakat, L. P., Boyer, B. A. (2008). Pediatric Psychology. In P. Boyer (Ed.), *Comprehensive Handbook of Health Psychology* (371–394. o.). Wiley.
- Barakat, L. P., Kunin-Batson, A., Kazak, A. E. (2003). Child Health Psychology. In I. B. Weiner, A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller (Ed.), *Handbook of Psychology, Vol 9. Health Psychology* (439–464. o.). John Wiley & Sons, Inc.
- Barnes, G. G. (1991). *Család, terápia, gondozás. Családterápiás olvasókönyv I. kötet.* (13–29. o.). Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat.
- Blount, R. L., Simons, L. E., Devine, K. A., Jaaniste, T., Cohen, L. L., Chambers, C. T., Hayutin, L. G. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 1021–1045.
- Brill, S. R., Patel, D. R., MacDonald, E. (2001). Psychosomatic Disorders in Pediatrics. *Indian Journal of Pediatrics*, 68(7), 597–603.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspective. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.

- Buckloh, L. M., Greco, P. (2009). Professional Development, Roles, and Practice Pattern. In S. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology. 4th Ed.* (35–51. o.). Guilford Press.
- Campbell, J. M., Brown, R. T., Cavanagh, S. E., Vess, S. F., Segall, M. J. (2008). Evidence based Assessment of Cognitive Functioning in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(9), 999–1014.
- Carter, B. D., Thompson, S. M., Thompson, A. N. (2014). Pediatric Consultation-Liaison. In M. C. Roberts, B. S. Aylward, Y. P. Wu (Eds.), *Clinical Practice of Pediatric Psychology* (17–31. o.). Guilford Press.
- Choi, B., Pak, A. (2006). Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine, 29*(6), 351–364.
- Christie, D. (2020). Paediatric psychology services: Keeping the mind and body connected. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 25*(3), 547–549.
- Coffey, J. S. (2006). Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis. *Pediatric Nursing, 32*(1), 51–59.
- Cohen, L. L., Lemanek, K., Blount, R. L., Dahlquist, L. M., Lim, C. S., Palermo, T. M., McKenna, K. D., Weiss, K. E. (2008). Evidence-based Assessment of Pediatric Pain. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(9), 939–955.
- Colville, G. (2012). Paediatric intensive care. *Paediatric Psychology, 25*(3), 206–209.
- Cousino, M. K., Hazen, R. A. (2013). Parenting Stress Among Caregivers of Children with Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(8), 809–825.
- Dallos, R., Procter, H. (2001). A családi folyamatok interakcionális szemlélete. In S. Bíró, P. Komlósi (szerk.), *Családterápiás olvasókönyv* (7–38. o.). Animula.
- Danis, I. (2020a). A kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség zavarainak osztályozása a nemzetközi gyakorlatban. In I. Danis, T. Németh, B. Prónay, I. Góczán-Szabó, É. Hédervári-Heller (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésemelvények és empirikus eredmények* (270–306. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I. (2020b). A kora gyermekkori szülő-gyermek kapcsolatot es lelki egészséget támogató nemzetközi programokról, módszerekről – Fókuszban: a kapcsolat- es kötődésalapú intervenciók a kora gyermekkori. In I. Danis, T. Németh, B. Prónay, I. Góczán-Szabó, É. Hédervári-Heller (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok* (70–104. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I., Farkas, M., Oates, J. M. (2011). Koragyermekkori fejlődés: hogyan gondolkodjunk róla?. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, L. Szilvási (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek II.: A koragyermekkori fejlődés természete: fejlődési lépések és kihívások* (24–67. o.). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Danis, I., Kalmár, M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, L. Szilvási (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei* (76–125. o.). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Danis, I., Kalmár, M. (2020a). Modern alkalmazott fejlődésemelvények – Fejlődési modellek és nézőpontok a minőségi gyakorlati munka háttérében. In I. Danis, T. Németh, B. Prónay, I. Góczán-Szabó, É. Hédervári-Heller (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának*

- elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények (46–81. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I., Kalmár, M. (2020b). A fejlődési pszichopatológia alapjai – Kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban. In I. Danis, T. Németh, B. Prónay, I. Góczán-Szabó, É. Hédervári-Heller (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények* (108–136. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (2020). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Feuer, M. (2008). *A családsegítés elmélete és gyakorlata*. Akadémiai Kiadó.
- Fiese, B. H., Sameroff, A. J. (1989). Family context in Pediatric Psychology: A Transactional Perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(2), 293–314.
- Gauntlett-Gilbert, J., Connell, H. (2012). Coping and acceptance in chronic childhood conditions. *Paediatric Psychology*, 25(3), 198–201.
- Goczan-Szabó, I., Németh, T., Hédervári-Heller, É. (2020). Csecsemőmegfigyeles a szülő-csecsemő konzultációban es terápiában. In I. Danis, T. Németh, B. Prónay, I. Góczán-Szabó, É. Hédervári-Heller (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok* (20–48. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2008). *Áttekintés a családról I–III*. Animula Kiadó.
- Holmbeck, G. N., Thill, A. W., Bachanas, P., Garber, J., Miller, K. B., Abad, M., Bruno, E. F., Carter, J. S., David-Ferdon, C., Jandasek, B., Mennuti-Washburn, J. E., O'Mahar, K., Zukerman, J. (2008). Evidence-based Assessment in Pediatric Psychology: Measures of Psychosocial Adjustment and Psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 958–980.
- Horváth, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy., Demetrovics, Zs. (2021). *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban*. Medicina.
- Houghton, J. M. (2015). Paediatric Psychology in the Twenty-First Century: Forward Together?. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(1), 112–117.
- Jacobs, K., Titman, P., Edwards, M. (2012). Bridging psychological and physical health care. *Paediatric Psychology*, 25(3), 190–193.
- Kagan, J. (1965). The new marriage: pediatrics and psychology. *American Journal of Diseases of Childhood*, 110, 272–278.
- Lassen, S., Wu, Y. P., Roberts, M. C. (2014). Common Presenting Concerns and Settings for Pediatric Psychology Practice. In M. C. Roberts, B. S. Aylward, Y. P. Wu (Eds.), *Clinical Practice of Pediatric Psychology* (17–31. o.). Guilford Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031–1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Harvard University Press.

- Palermo, T. M., Long, A. C., Lewandowski, A. S., Drotar, D., Quittner, A. L., Walker, L. S. (2008). Evidence-based Assessment of Health-related Quality of Life and Functional Impairment in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 983–996.
- Palermo, T. M., Valrie, C. R., Karlson, C. W. (2014). Family and Parent Influences on Pediatric Chronic Pain: A Developmental Perspective. *American Psychologist*, 69(2), 142–152.
- Payot, A., Barrington, K. J. (2011). The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41, 91–101.
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs., Komlósi, S. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Semmelweis Kiadó.
- Purebl, Gy. (2018). *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Semmelweis Kiadó.
- Quittner, A. L., Modi, A. C., Lemanek, K. L., Ievers-Landis, C. E., Rapoff, M. A. (2008). Evidence-based Assessment of Adherence to Medical Treatments in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 916–936.
- Ribiczey, N. (2008). A rizikótényezőktől a protektív mechanizmusokig: A reziliencia fogalmának alakulása a pszichológiában. *Alkalmazott Pszichológia*, 10(1–2), 161–171.
- Roberts, M. C., Aylward, B. S., Wu, Y. P. (2014). Overview of the Field of Pediatric Psychology. In M. C. Roberts, B. S. Aylward, Y. P. Wu (Eds.), *Clinical Practice of Pediatric Psychology* (3–16. o.). Guilford Press.
- Roberts, M. C., Steele, R. G. (2018). *Handbook of Pediatric Psychology. Fifth Edition*. Guilford Press.
- Routh, D. K. (1975). The Short History of Pediatric Psychology. *Journal of Clinical Child Psychology*, Fall, 4(3), 6–8.
- Rózsa, S., Tárnok, Zs., Nagy, P. (2020). *A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák*. EFOP–2.2.0–16–2016–00002 – Gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése. Budapest.
- Russo, D. C., Tarbell, S. E. (1984). Child Health Psychology: Emerging Responsibilities of Pediatric Health Psychologist. *Clinical Psychology Review*, 4, 495–502.
- Salmela, M., Aronen, E. T., Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year old children. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 719–726.
- Salmela, M., Salanterä, S., Aronen, E. T. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1222–1231.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18, 65–79.
- Silber, T. J. (2011). Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatrics in Review*, 32, 56–64.
- St. James-Roberts, I. (2012). *The Origins, Prevention and Treatment of Infant Crying and Sleeping Problems. An Evidence-Based Guide for Healthcare Professionals and the Families They Support*. Routledge.
- Stancin, T., Perrin, E. C. (2014). Psychologists and Pediatricians. Opportunities for Collaboration in Primary Care. *American Psychologist*, 69(4), 332–343.

- Stancin, T., Sturm, L., Ramirez, L. Y. (2014). Pediatric Psychology Practice in Primary Care Settings. In M. C. Roberts, B. S. Aylward, Y. P. Wu (Eds.), *Clinical Practice of Pediatric Psychology* (78–92. o.). Guilford Press.
- Vekerdy-Nagy, Zs. (2018). *A gyermekrehabilitációsajátosságai*. Medicina.
- Veresné Bálint, M. (2006). *Gyakorlati dietetika*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 35(3), 261–281.
- Walsh, F. (2016). A Family Development Framework. Challenges and Resilience Across the Life Cycle. In L. Sexton (Ed.), *Handbook of Family Therapy* (13–29. o.). Routledge.
- Wolraich, M. L., Felice, M. E., Drotar, D. (1996). *The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: Diagnostic and statistical manual for primary care – child and adolescent version*. American Academy of Pediatrics.
- Zeanah, C. H. (2018). *Handbook of Infant Mental Health (4th ed)*. The Guilford Press.
- ZERO TO THREE. (2016). *DC:0–5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. ZERO TO THREE Press.
- ZERO TO THREE. (2019). *DC:0–5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina.