

Danis Ildikó

INTERDISZCIPLINÁRIS TEAM-MUNKA ÉS RENDSZERSZEMLÉLETŰ ELLÁTÁS: FÓKUSZBAN A KORA GYERMEKKOR

Számos gyermekkori *krónikus betegség* már a születéskor vagy az első hónapok során bizonyossá válik, így a szülőknek a kora gyermekkori időszakban nemcsak a szülővé válás természetes krízisével (lásd bővebben: Danis, 2020), hanem a beteg gyermekkel kapcsolatos mindennapi teendőkkel, orvosi beavatkozásokkal, kórházi tartózkodással vagy szeparációval is meg kell küzdeniük. A kora gyermekkori időszakban számos olyan *állapot-, érzelem- és viselkedésszabályozási nehézség* (lásd bővebben alább) is felmerülhet, amelyek testi tünetekkel járnak, és emiatt a szülők gyakran jelentkeznek panaszaikkal az egészségügyi ellátásban.

A kora gyermekkori időszakról azért is érdemes kiemelten gondolkodnunk, mert a kisgyermek a vele történt események alacsonyabb fokú megértésével és belátása miatt kiszolgáltatottabb, mint idősebb társai. Az állapot- és érzelemszabályozás terén erőteljesebben a gondozókra szorul, és a család számára is egészen más megküzdési módok, otthoni betegség- vagy probléma-menedzsmenttel kapcsolatos feladatok szükségesek, mint a későbbi gyermekkor vagy serdülőkor idején. A csecsemők és a kisgyermek ellátásában még sokkal kevesebb feladat és felelősség ruházható át a gyerekekre, és szorosabb testi közelség fenntartására van szükség. A fejlődés rohamosan zajlik, éppen ezért a betegségek/problémák is két szélsőséges irányban alakulhatnak: egyrészt jelentősen korlátozhatják a fejlődést és a mindennapi funkcionalitást, másrészt viszont gyorsabb felépülést is tapasztalhatunk a betegség, a sérülés vagy a probléma jellemzőitől függően. Az intervenciók időzítése és célzása kulcsfontosságú: a leghatékonyabb módszerek a minél korábbi komplex, rendszerszemléletű, családcentrikus ellátások (lásd alább), amelyek mind az alapellátásban, mind a szakellátásban megvalósíthatók.

I. A TÍPIKUS PROBLÉMÁK KÖRE KORA GYERMEKKORBAN

A nemzetközi gyakorlatban a *krónikus és akut szomatikus betegségek* kezelése mellett az egyéb, gyakran *testi tünetekkel is együtt járó pszichológiai (érzelmi és viselkedési) problémák* megelőzésében, felismerésében és kezelésében nem válik szét olyan erőteljesen a klinikai pszichológia és az alkalmazott egészségpszichológia hatóterülete, mint hazánkban. Számos szülő rendszerint a házi gyermekorvosi rendelőben jelentkezik a gyermekkel kapcsolatos fejlődési, érzelmi és viselkedési problémákkal, panaszokkal, így a házi

gyermekorvosnak és a védőnőnek, illetve a nemzetközi gyakorlatban a velük teamben együtt dolgozó *gyermekgyógyászati pszichológusnak* kell eldönteni, hogy az adott probléma saját hatáskörben megoldható-e, vagy speciálisabb, átfogóbb klinikai kivizsgálás és kezelés érdekében továbbküldésre van szükség. A gyerekekkel foglalkozó alkalmazott egészségpszichológusnak (a nemzetközi gyakorlatban: pediátriai vagy gyermekgyógyászati pszichológusnak) mind a gyerekek, mind a szülei és általában a családok mentális egészségét, jóllétét monitoroznia kell, fel kell tudnia ismerni az egyes problémákat, és hálózat-szemléletben együtt kell dolgoznia a különböző kompetenciákkal bíró kollégákkal (gyermekgyógyászokkal, gyermekpszichiáterekkel, klinikai pszichológusokkal, gyógypedagógusokkal, szociális munkásokkal stb.), részletesen lásd bővebben Danis másik tanulmányát, jelen kötetben).

A gyermekgyógyászati pszichológus a nemzetközi gyakorlatban számos olyan problémakörrel is foglalkozhat a kora gyermekkor idején (legalább érintőlegesen), amelyek hagyományosan a gyógypedagógia és a klinikai pszichológia tárgykörei, ilyenek például:

- az idegrendszeri fejlődés átfogó zavarai (pl. autizmus spektrum zavar, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, globális fejlődési zavar, nyelvfejlődési zavar, a mozgáskoordináció zavarai);
- a szenzoros feldolgozás zavarai (pl. szenzoros túlérzékenység);
- a szorongásos zavarok (pl. szeparációs szorongás zavar, szociális szorongás zavar, szelektív mutizmus);
- a hangulati zavarok (pl. kora gyermekkori depresszív zavar, szabályozatlan düh és agresszió zavar);
- a kényszeres zavarok (pl. motoros vagy vokális tik zavar, Tourette-szindróma, trichillománia);
- a trauma, stressz és depriváció okozta zavarok (pl. poszttraumás stressz zavar, alkalmazkodási zavar, komplikált gyász zavar, kötődési zavarok);
- és egyéb kapcsolatspecifikus zavarok stb., amelyekben a populáció kb. 5–20%-a érintett.

(Mindezek előfordulásáról, komplex – az egyén–környezet interakciókat hangsúlyozó – etiológiájáról és a kezelési lehetőségekről lásd Zeanah, 2018; valamint a DC:0–5TM osztályozási rendszert: ZERO TO THREE, 2016/2019).

A kora gyermekkori lelki egészség problémák egyik fontos témaköre a szomatikus megnyilvánulásokkal is együtt járó ún. *regulációs zavarok (állapot-, érzelem- és viselkedésszabályozási zavarok)* köre (lásd bővebben pl.: Hédervári-Heller, 2008/2020; ZERO TO THREE, 2016/2019), amelyek a csecsemő- és kisgyermek populáció 5–15%-át érintik. Ezek a pszichoszomatikus zavarok körébe is sorolhatók, mivel organikus és pszichoszociális, kapcsolati hatások interakciói érvényesülhetnek mind az etiológiájukban, mind a megfigyelhető tüneti működésben, így az esetek gyakran kerülnek a gyermekorvosok és a pszichológusok látókörébe is. Ide sorolhatók a következők:

- Csecsemőkorban a rendszeresen megnyilvánuló sírás, nyűgösködés, általános irritabilitás és nehéz megnyugtathatóság jelentékeny probléma lehet. A fokozott sírás-nyűgösködés főleg azért stresszteli a szülők számára, mert a csillapíthatatlan sírás gyakran egyéb betegségek, fájdalom kísérő jelensége is lehet. A differenciáldiagnosztikával igazolt – organikus betegségektől független, de gyakran idegrendszeri éretlenséggel együtt járó – *excesszív sírásról* akkor beszélünk, ha a gyermek az élete első három hónapjában legalább három héten keresztül, legalább három napon át, naponta legalább 3 órát sír vagy nyűgösködik (Wessel és mtsai., 1954). Nyugat-európai reprezentatív kutatásokban az *excesszív sírás* aránya 15–30% (Lehtonen 1994; St. James-Roberts & Halil, 1991; prevalenciáról, etiológiáról, következményekről és kezelési lehetőségekről lásd bővebben: Long, 2004; St. James-Roberts, 2012; magyarul még: Hédervári-Heller, 2008/2020; Danis és mtsai., 2015).
- A gyermeki alvásmintázatok természetes sokszínűségét (Galland és mtsai., 2012; Mindell és mtsai., 2010) szem előtt tartva, a nagyobb külföldi gyermekorvosi felmérések szerint (Anders és mtsai., 2005; Mindell és mtsai., 2006) az *alvási problémák* számítanak az egyik leggyakoribb szülői panasznak, amivel a szülők a házi gyermekorvoshoz fordulnak. A komolyabb gyermekgyógyászati alvászavarok (Bower & Ray, 2006) mellett számos enyhébb alvással kapcsolatos viselkedéses nehézséget élnek meg gyermekek és szüleik. Egy kulturális összehasonlító, közel 30 ezer családot megkérdező, elsődlegesen transz-atlanti és ázsiai országokat vizsgáló kutatás (Mindell és mtsai., 2010) szerint országonként – jelentős kulturális különbségekkel – 10–76% között mozog az *elalvási és átalvási problémák* szülői jelzésének aránya.
- A leggyakrabban orvosi látókörbe kerülő problémák a táplálás és súlyosabb esetben a gyarapodás zavarai. Átmeneti *táplálási problémák* szinte minden harmadik gyermeknél jelentkeznek (Carruth és mtsai., 2004; McDermott és mtsai., 2008), míg súlyosabb klinikai jelentőségű táplálási zavarok a gyerekek 3–10%-nál fordulnak elő (Corbett & Drewett, 2004). A gyarapodási zavarok (failure to thrive) aránya ennél is alacsonyabb, maximum 3–4% a különböző populációkban (Benoit, 2005). A táplálási zavarok diagnosztikája és kezelése nagy érdeklődésre tart számot a nemzetközi gyakorlatban és már hazánkban is. Mivel a táplálkozási zavarok etiológiája komplex, és különböző típusú táplálkozási problémákat azonosíthatunk (Chatoor, 2009; magyarul: Scheuring és mtsai., 2016), e differenciáldiagnosztikai folyamat határozza meg a hatékony kezelési terv felállítását is, ami a legtöbb súlyosabb esetben csak interdiszciplináris team munkával (lásd alább) valósulhat meg.

2. INTERDISZCIPLINÁRIS TEAM-MUNKA ÉS CSALÁDCENTRIKUS ELLÁTÁSOK

Ma már a gyermekgyógyászat számos területén (pl. a táplálási zavarok, a krónikus fájdalom, a diabétesz kezelése vagy a fizikai rehabilitáció terén) működnek nagy hatékonysággal *interdiszciplináris teamek* (néhány hazai team munkájáról lásd: Lengyel & Siba,

2020; Németh & Kurimay, 2020; Scheuring & Szabó, 2020; Scheuring és mtsai., 2018; Fájdalomkezelő Ambulancia a Bethesda Gyermekkorházban stb.). A multi- vagy interdiszciplináris teamekben több egészségügyi specialista (gyermekgyógyász, pszichológus, ápoló, klinikai szociális munkás, dietetikus, fejlesztő terapeuta stb.) működik együtt. A diagnosztikai folyamat során általában mindegyik szakember felméri a gyermeket és a családját, majd közösen alakítanak ki egy kezelési tervet. Mindegyik szakember azokat a szolgáltatásokat ajánlja fel, amelyeket a képzettségének megfelelően biztosítani tud a család számára. Ideális esetben mindez integrálásra kerül egy átfogó kezelési tervben. Az interdiszciplinaritás tehát már nem csak azt jelenti, hogy jó esetben „egy fedél alatt” számos szakember dolgozik ugyanazokért a célokért, hanem azt is, hogy ezeket a célokat megosztják egymással, és intenzív kollaboráció történik a betegek érdekében. A szakmai határok között lehet némi átjárás is, a *transzdiszciplináris* munkában akár egészen nagymértékűek lehetnek a közös kompetenciák, és a feladatok is átruházhatók, az információk a család felé különböző szakemberek által egységesen képviselhetők, átadhatók.

A pszichológusnak jelentős hozzájárulása lehet egy interdiszciplináris teamben: vezető szerepet játszhat a pszichológiai működés felmérésében és kezelésében, a fejlődés és a pszichés állapot nyomon követésében mind a pszichológiai problémák, mind pedig a fizikai egészséggel összefüggő pszichológiai reakciók esetében. Részt vehet a program dokumentációjában, értékelésében és kutatómunkát is végezhet (Conroy & Logan, 2014).

Az ellátások családi rendszerszemléletű keretében interaktív rendszerekről beszélünk, ahol a családon belül is, illetve a család és a környezete (így a kezelő team) között is folyamatos interakció zajlik. A *családcentrikus ellátások* (Family Centered Care, FCC; bővebben a koncepcióról: Mikkelsen & Frederiksen, 2011) a 20. század közepétől alakultak az angolszász kultúrákban, majd Európa többi részén. Korábban, a 20. században gyakori volt a kórházi ellátások során, hogy szeparáció történt a gyermek és a szülők között. A családcentrikus ellátási modellek 1920 és 1970 között fejlődtek ki, azonban leginkább az 1960–70-es években John Bowlby és James Robertson munkái nyomán Angliában, és René Spitz nyomán az USA-ban (az ellátások történetéről részletesen olvashatnak itt: Jolley & Shields, 2009). A nyugati kultúrkörben is jó néhány évtizede joguk van a szülőknek a gyerekeikkel együtt lenni a kórházakban és egyéb egészségügyi intézményekben, de a családcentrikus ellátás ennél többet jelent: az egész család köré szerveződik. Mai tudásunk szerint az FCC a legadekvátabb módja a beteg gyerekek ellátásának, amelyben szerető, törődő környezetet tudunk biztosítani a gyerekek számára, ahol meg lehet tartani a saját szokások, rutinok egy részét, ahol biztonságot nyújt a megszokott kommunikáció, valamint a szülők gondoskodása és érdekképviselése.

A *családcentrikus terápiás triádban* a gyermek, a családja és az ellátó team működik együtt, e rendszer pedig a tágabb társas környezetbe integrálódik (Kazak és mtsai., 2002; e modellben a pszichológiai munkáról lásd még a keretes szöveget).

A pszichológiai konzultációk folyamata és célja a családcentrikus ellátások során

Kazak és munkatársai (2002) modelljében, ajánlásában négy irányelv szerint történik a pszichológiai konzultációs folyamat:

- *Csatlakozás*: a terápiás kapcsolat kialakítása, a család és a kezelő team ítéletmentes elfogadása;
- *Fókusz*: a fő probléma és a kihívások definiálása, az intervenciók cél megfogalmazása, a folyamat kulcsszereplőinek azonosítása;
- *Kompetencia*: az erősség alapú megközelítésben a készségek és a problémamegoldási stratégiák megerősítése, erősítése;
- *Kollaboráció*: közös munka a partnerekkel, ahol mindenkinek van feladata és felelőssége a megoldásban.

A modellben a beteg gyermek családjának és a gyermeket ellátó személyzetnek is három nagyobb feladatköre rajzolódik ki:

- *Önmegnyugtató* annak érdekében, hogy az érzelmi megpróbáltatásokat kezelni tudja a család és a team;
- *Bizalmi kapcsolatok építése*, hatékony együttműködés a betegség kezelésének folyamatában;
- *Konfliktusok kezelése* a családon belül, illetve a család és a team között.

A pediátriai pszichológia kezdetektől fogva *család-fókuszú intervenciókat* érvényesít. Az általános rendszerszemlélet, a tranzakció-elmélet és a társas ökológiai modellek elméleti keretrendszerét (lásd Danis másik írását, jelen kötetben) és a különböző rendszerszemléletű, családterápiás megközelítés módok alkalmazását ösztönzi (Mullins és mtsai., 2014). Megjelenési formái:

- *Az orvosi családterápiában* (McDaniel és mtsai., 1992) a cél a gyermek, a család és a kezelő team közötti kollaboráció kiépítése. Erősség- és reziliencia-alapú megközelítésekről van szó, ahol a gyermek gyógyulási folyamatában a szülők a környezet több szintjén szakértői szerepbe kerülnek, ahol a sokszínűség érzékeny elfogadásra talál, ahol a családok sokfélesége érték. Rendszerszemléletet alkalmazunk mind az egyéni, mind a családi hatások és változások értelmezésében. Fontos segíteni a családokat abban, hogy azonosítani tudják, a betegség mely jellemzői kontrollálhatók, és melyek nem. A krónikus betegségek idején oly gyakori izoláció elkerülése érdekében fontos a család külvilághoz kapcsolódásának segítése, a társas támogatási formák megtalálásának ösztönzése. Gyakran szükség van új rutinok és rituálék kialakítására, és hangsúlyosan minden családtag szükségleteinek kielégítésére, továbbá a betegségről való fluens kommunikációra egymás között és a külvilággal is.
- *A kognitív viselkedésterápiás szemléletű családterápiák* kognitív és viselkedéses stratégiák tanítását, a problémáról alkotott közös tudás kialakítását, a distressz és a fájdalom monitorozását és kezelését, imaginációs és relaxációs technikák tanulását, szükség esetén kognitív áttervezést, coping stratégiák ösztönzését, figyelemelterelési technikák tanítását, illetve a szülő-gyermek kapcsolat erősítését tűzik ki célul.
- Az ún. többrendszeres (multisystem) vagy hálózat terápiákban (Henggeler & Schaeffer, 2010) a gyermek, a család és a kezelő team mellett a tágabb család, az iskolai közösség, a kortárs csoport, a pedagógusok is bekerülhetnek az intervenció fókuszába.

Csecsemő- és kisgyermekkor idején a *szülő-csecsemő konzultáció és terápia* (lásd bővebben: Hámori, 2020; Hédervári-Heller, 2008/2020; Hédervári-Heller, 2020; Németh & Hédervári-Heller, 2020) nyújthat még olyan rendszerszemléletű és kötődés-alapú ellátási formát, amely segítségével a legtöbb kora gyermekkori, testi és viselkedéses tünetekkel járó interakciós probléma hatékonyan orvosolható.

Ugyanakkor az ellátás sikerességének több korlátja lehet, amivel foglalkoznunk kell (Mullins és mtsai., 2014). A szülők részéről monitoroznunk szükséges a környezeti stresszt, az érzelmi működést, az egészségügyi ellátásról alkotott nézeteket, illetve az edukációs/kognitív szintet. A családi rendszer oldaláról problematikus lehet a gondozásban nyújtott segítség hiánya, a kapcsolati elégedetlenség, konfliktusok és stressz a családban, valamint a családi kohézió és működés problémái. A gyermek oldaláról az érzelmi és viselkedéses működést, az életkori fejlődési szintet, az egészségi állapotot és az egészségről alkotott nézeteket kell figyelembe vennünk. Pragmatikus és pénzügyi szempontok is hátráltathatják a folyamatokat, ilyenek az alacsony szocioökonomiai státusz, az egészségbiztosítás hiánya, a szállítás/utazás nehézségei, illetve a munkahely és a napközbeni ellátást biztosító gyermekintézmények (bölcsőde-óvoda-iskola) rugalmatlansága. Az orvosi oldalról számolnunk kell a rendelések idejének korlátaival, várólistákkal, a kezelő intézményen belül a testvérek napközbeni ellátásának csökkent lehetőségeivel, illetve az ellátó személyzettel való kommunikáció akadályaiival.

Összefoglalóan, a pszichológusok kompetenciakörében a családterápia és a szülő-csecsemő konzultáció olyan rendszerszemléletű és kapcsolat-fókuszú módszertani elemek lehetnek egy egészségügyi komplex interdiszciplináris ellátás során, amelyben a terápiás triád, vagyis a gyermek, a szülei és a kezelő team kollaborációja lehet a hatékony megoldás és a mielőbbi felépülés kulcsa.

3. ESETBEMUTATÁSOK

Az alábbiakban olyan fiktív esetek kerülnek bemutatásra, amelyben a klinikai egészségpszichológus munkája a gyermekosztályokon és a házi gyermekorvosi rendelőkben megforduló csecsemőket és kisgyermekeket nevelő családok esetében illusztrálhatja az elméleti bevezetőben és Danis e kötet másik tanulmányában tárgyalt lehetőségeket. Az esetbemutatókban több eset általános jellemzőit, a támogatás lehetséges formáit és a családokkal való munka előforduló dilemmáit, akadályait, valamint azok lehetséges megoldásait mutatjuk be úgy, hogy a pszichológus szerepkörére fókuszálunk. A pszichológus általános tevékenységeinek leírása az esetek előtt segít kontextusba helyezni a bemutatott ellátást. A fiktív esetleírásokban egyrészt a korai táplálkozási zavarok egy típusának ambuláns, interdiszciplináris kezelési lehetőségeit szeretnénk bemutatni, másrészt szeretnénk a házi gyermekorvosi rendelésen dolgozó egészségpszichológus közvetítő szerepét hangsúlyozni a kora gyermekkori problémák megoldása érdekében együttműködő ellátási hálózatban.

3.1. FIKTÍV ESET: TÁPLÁLÁSI ÉS GYARAPODÁSI ZAVAR AMBULÁNS KÓRHÁZI KEZELÉSE CSALÁDI / SZÜLŐ–CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓK ÉS INTERDISZCIPLINÁRIS TEAM MUNKA SEGÍTSÉGÉVEL

3.1.1. Gyermekgyógyászati pszichológus egy magyar kórházban

A 2010-es évek második felében, egy fővárosi gyermekkorház belgyógyászati és gasztroenterológiai osztályának együttműködésében többek között a kora gyermekkori táplálási zavarok interdiszciplináris ellátása történik. A teamben gyermekgyógyászok (belgyógyász és gasztroenterológus szakorvosok és rezidensek), dietetikus, pszichológus, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens, ápolók és gyógytornász dolgozik. A gyakorló egészségpszichológus fejlődépszichológiai, pár- és családterápiás és szülő-csecsemő konzultációs háttérrel önkéntesen látja el feladatait az osztályon, amelyek rendszerint a következők:

- *Akut betegségek idején felmerülő érzelmi és viselkedéses nehézségek kezelése a kórházi tartózkodás során (szülő-, gyermek- és szülő-gyermek konzultációk a betegágynál; szülő-orvos-pszichológus team együttműködése).* A pszichológus a mindennapi működés részeként többször konzultál a betegágynál szülőkkel, családokkal, szülői engedélyt követően akár gyerekekkel önállóan is (pl. kényszerű szeparáció idején a gyerekek számára kifejezetten fontos támogatási forma az életkornak megfelelő rendszeres „látogatás”: beszélgetés, játék, közös rajzolás stb.). A reggeli osztályos értekezleten az orvosi team jelzi, hogy mely bent fekvő gyermekeket és családjaikat indokolt meglátogatni. Néha a szülők is jelzik, hogy szeretnének a pszichológussal beszélgetni, máskor az orvosokban, nővérekben fogalmazódik meg olyan kérés, hogy a pszichológus tegyen látogatást egy-egy gyermeknél és szüleinél. A pszichológust mindig a kezelőorvos mutatja be a szülőnek, majd ismerteti a saját szempontjait és hogy miért érzi indokoltnak a rövid konzultációt. Amennyiben a szülő beleegyezik, a pszichológus a betegágynál beszélget a családdal, vagy adott esetben szülői engedélyt követően a nagyobb gyerekekkel, kamaszokkal történik rövid konzultáció. Kisgyermeknél a szülő minden esetben jelen van, kivéve, ha életkörülményeik miatt szeparációra kényszerülnek. Módszertanilag a rövid segítő beszélgetésben, érzelmi támogatásban, információ-átadásban, pszicho-edukációban, közös játékban, rajzolásban stb. merülnek ki ezek a rövid 15–25 perces alkalmak. A témák többnyire a gyermek fejlődésével, viselkedésével, gondozásával vagy a szülő érzelmi állapotával, aggodalmaival kapcsolatosak. Elsősorban a betegség és a kezelés áll a konzultációk fókuszában, másodszorban viszont előkerülhetnek általános fejlődési és a családi működéssel kapcsolatos kérdések is. Amennyiben olyan információ hangzik el a beszélgetésben, amit a pszichológus fontosnak tart megosztani a kezelőorvosokkal vagy nővérekkel, engedélyt kér ezen információk átadására, és ha teheti, szülő-gyermek-orvos-pszichológus team együttműködésében ösztönzi mindezt, mintegy mediátor szereplőként. Amennyiben az orvossal együtt úgy ítélik meg, hogy többszöri konzultációs alkalom is indokolt a kórházi ellátást követően, a szülőknak ambuláns találkozásokat ajánl fel, vagy egyéb szakember, intézmény megkeresését ösztönzi.

- *Krónikus betegségek időszakos kezelése az osztályon (szülő-, gyermek- és szülő-gyermek konzultációk a betegágyánál; szülő-orvos-pszichológus team együttműködés).* Előfordul, hogy az osztályra visszatérő krónikus beteg kisgyerekek (pl. cisztás fibrózissal élő tüdőtranszplantációra váró kisgyerekek vagy krónikus emésztési vagy légzési panaszokkal élő gyerekek) és szüleik fekszenek az osztályon, akikkel a pszichológus többször is találkozik. Ezekben az esetekben érzelmi támogatást nyújt, és fejlődési, otthoni betegség-menedzsment kérdésekről beszélgetéseket folytat a szülőkkel, hozzátartozókkal, és játékosan beszélget, interakcióba lép a gyerekekkel is. Fokozott szülői vagy családi pszichés nehezítettség esetén ambuláns és egyéb pszichológiai támogatást ajánl fel.
- *Csecsemő- és kisgyermekkorú regulációs problémák (pl. táplálási zavar, alvászavar, krónikus sírás, nyugtalanság) esetén ambuláns, heti rendszerességű szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció vagy családterápia a team munka részeként.* A kisgyermek és családjaik ellátása orvosokkal, dietetikussal, gyógytornással, ápolókkal együtt team munkában történik. A pszichológus – az orvosi kivizsgálást követően – leginkább különböző (pl. infantilis anorexiás, szenzoros ételavertióval és betegséghez köthető vagy poszttraumás ételutasítással járó) táplálkozási és gyarapodási zavarok (pl. Chatoor, 2009; Scheuring és mtsai., 2016) esetén végez szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt vagy családterápiát. E munka egy fiktív eset-illusztrációja kerül bemutatásra alább.
- *Intervíziós esetmegbeszélések vezetése orvos-pszichológus teamben.* A különböző kora gyermekkorú pszichoszomatikus zavarok etiológiájával és kezelésével kapcsolatos dilemmákról, kérdésekről és konkrét tennivalókról történik esetmegbeszélés a pszichológus, valamint a pszichoszomatikus zavarok iránt érdeklődő orvosok között.
- *Az ellátó szakemberek pszichés támogatása.* Néhány megrázó esetben vagy erőteljes pszichés kimerültség esetén az osztályon dolgozó szakemberek is felkeresik a pszichológust. Ilyenkor rövid támogató beszélgetések történnek, akár egyénileg, akár csoportban. Amennyiben a kiegészítő veszélye vagy poszttraumás stressz gyanúja felmerül, külső szaksegítség ajánlására kerül sor.

3.1.2. Fiktív eset egy kórházi ambuláns kezelésről

A 22 hónapos Zalán és szülei (Zsuzsa 32 éves, bölcsődei kisgyermeknevelő, Bálint 34 éves, asztalos) egy Nógrád megyei kis faluban élnek szerény körülmények között. Zalán elhúzódó, nehezen gyógyuló bőrfertőzése miatt keresik meg a kórház egyik bőrgyógyász szakorvosát. A rutin fizikai vizsgálat során a bőrgyógyász észleli Zalán soványságát, majd azt ajánlja a szülőknek, hogy keressék fel a belgyógyászati osztály interdiszciplináris csapatát, akik táplálási problémák kivizsgálásával és kezelésével foglalkoznak osztályos és ambuláns keretek között.

Az első konzultáción a gyermek belgyógyász szakorvos és az osztályon dolgozó egészségpszichológus találkozik a családdal. A találkozó egy játszószőnyeggel, játékokkal és kényelmes székekkel berendezett ambuláns helyiségben zajlik. A teamet vezető gyer-

mekgyógyász jelzi, hogy az első konzultáció információi alapján határozza meg a team, pontosan milyen kivizsgálások várhatók, és milyen szakemberek fognak foglalkozni a panaszokkal. Ennek érdekében a rutin fizikai vizsgálat mellett először orvosi kérdéseket tesz fel Zalán jelenlegi és múltbeli fejlődése, egészségi állapota, táplálás-története kapcsán, majd a bővebb anamnézis felvételére a pszichológust kéri meg a tünetek pontosítása, a szülői attitűd és viselkedés, valamint a család kapcsolatrendszerének feltérképezése céljából.

Látva a kisgyermek gyors mozgását, rendkívül aktív temperamentumát és sovány testalkatát, és megismerve a táplálás eddigi történetét, egy külföldön már évtizedek óta használt, de hazánkban még kevésbé ismert és elfogadott diagnosztikai rendszer (Chatoor, 2009; DC:0–3R: ZERO TO THREE, 2005) egyik táplálási zavar kategóriája, az ún. infantilis anorexia tüneti képe (lásd keretes szöveg) rajzolódik ki.

Infantilisanorexia (csecsemőkori étvágytalanság)

Az infantilis anorexia tüneti kép általában csecsemő- és kisgyermekkorban (tipikusan 6–36 hónapos kor között) jelenik meg. A csecsemő/kisgyermek rendszeresen elutasítja az ételt, nem mutat érdeklődést, kíváncsiságot az étkezések és az ételek iránt. A táplálási helyzetekből kimenekül, vagy nem is lehet étkezési helyzetbe hozni (szalad, nem ül le az asztalhoz). A szülők gyakran csak gyarapodási zavar esetén keresnek segítséget. A tüneti képben sokszor megfigyelhető a fokozott éberség és kíváncsiság, az általános nyugtalanság, a túlmozgásosság és az alvászavar. A táplálás fejlődésében az önálló, türelmet igénylő kanalas vagy csipegetős étkezésre való áttérés az egyik legjellemzőbb időpontja a probléma kialakulásának. Dietetikai vizsgálatok alapján leggyakrabban az figyelhető meg, hogy a táplálékbevitel sem mennyiségében, sem minőségében nem felel meg az életkornak, ezért a fizikai és a laborvizsgálatok során gyakran hiánytünetek kialakulására is fény derül. A diagnosztikai kritériumoknak megfelelően a súlygyarapodás stagnálása, majd két major percentillel alacsonyabb értékre történő esése jellemző egy 2–6 hónapos időszakban. A gyerekek az átlagnál alacsonyabbak, törékenyebbek, soványabbak, miközben fejkörfogatuk az életkornak megfelel. Az etetési nehézség hátterében rendszert organikus megbetegedés nem mutatható ki, és a probléma nem a száj-garat tájékot vagy a gyomor-bél rendszert érintő traumatikus élménnyel függ össze. A gyerekek aktívak, érdeklődőek és nagyon érzékenyek a külső környezeti hatásokra (látványokra, zajokra stb.), ezek hatására figyelmük az étkezéstől azonnal elvonható. Jellemzően nem észlelik és így nem is jelzik, hogy éhesek lennének. Szüleik beszámolóiból úgy tűnik, hogy „számukra minden más fontosabb, mint az evés”. A rendszeres ételutasítások miatt a szülők általában számos figyelemelterelési stratégiával és néha kényszerítéssel próbálják pótolni a számukra is nyilvánvalóan hiányzó táplálékmenyiséget. Legtöbbször családdinamikai következményeket is látunk: nemcsak az adott gyermekre és szüleire, hanem az egész családra hatással vannak az étkezések körüli „harcok”, frusztrációk.

Feltételezések szerint a táplálási zavar hátterében egyértelműen temperamentumbeli sajátosságok (túlaktivitás, irritabilitás, nehéz megnyugtathatóság), valamint az idegrendszer éretlensége, érzékenysége, a belső testérzetek (pl. éhség, jóllakottság) állapot szabályozási problémái állnak. A csecsemő/kisgyermek inkább a külső körülmények és környezeti ingerek iránt érdeklődik, és sokkal inkább azokra figyel, mint a belső testi „üzenetekre”. A probléma megoldásának kulcsa az orvosi és a dietetikai szempontok érvényesítése mellett a mindennapi együttlétekllel (gondozási helyzetekkel, játékkal) és kifejezetten az étkezéssel összefüggő szülő-gyermek interakciók támogatása. A pszichológiai konzultáció során a gyermekben és a szülőknél is jelentkező szorongás, a gyermeki ellenállás és a szülői kényszerí-

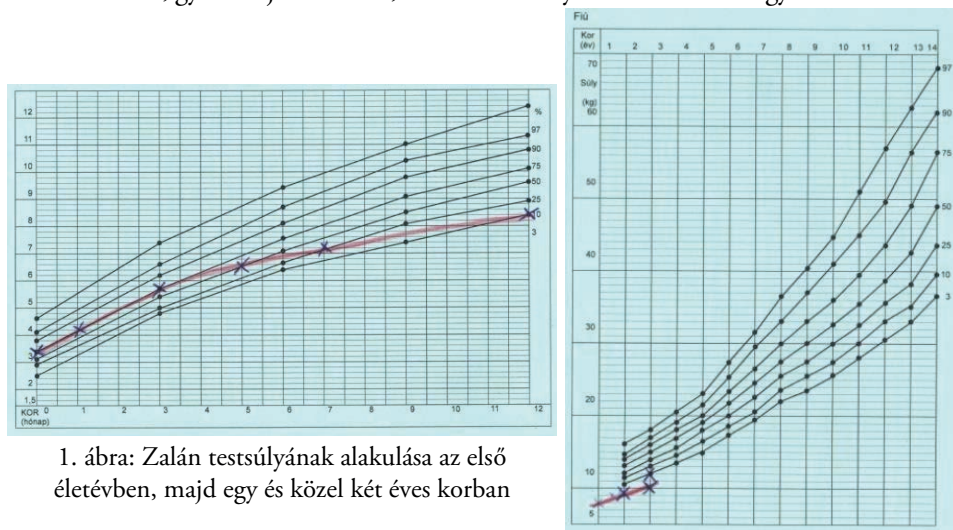
tés, vagy épp a tehetetlenségből fakadó feladás, a frusztrációs-indulati forgatókönyvek és a táplálkozás körüli harcok csökkentése, a napirend és az étkezések kiszámíthatóságának megteremtése, a közös étkezések erejének felismerése, valamint a viselkedéses határok és keretek felállítása (a szenzitív fegyelmzés) van fókuszban. (Chatoor, 2009; ZERO TO THREE, 2005; magyarul még: Scheuring és mtsai., 2016)

A tüneti kép edukatív összefoglalása után a szülők szorongva mesélnek arról, hogy már régebben is érezték, hogy „nincs rendjén valami”, hogy Zalán mindig keveset evett, és „apróka volt”. Mindig mozgott, amikortól járni kezdett, rohant, pakolt, érdeklődött, „mindig rosszkodott, a szemem sem állt jól”, és alig lehetett rávenni az evésre. Ezt a viselkedést és a kevés elfogyasztott táplálékot jelezték a gyermekorvosnak és a védőnőnek is, akik türelemre intették őket, mert a gyermek vitalitásában és pszichomotoros fejlődésében is az életkorának megfelelő viselkedést mutatott. Zalán a bölcsődében (16 hónapos korától jár) elfogadja az ételt, de ott gyakoriak a pürés ételek, és önállóan még nem eszik. Otthon néha a darabosat is elfogadja, de mindig nagyon keveset eszik. Csak szalad mindig mindenhová, jobban lefoglalja a játék. Egész nap képes elutasítani az ételt, vagy csak egy-egy falatot fogad el. Szokássá vált, hogy a szülők kiraknak nasikat (apró kekszeteket, pufit, kölesgolyót, ropit) az asztalra, és azt akkor veszi el Zalán, amikor szeretné. „Csak legalább egyen valamit” – mondja szomorúan az anya. Néha szoktak csak együtt leülni az asztalhoz. Ilyenkor Zalán el is kezd enni, de ha bármi kikökkenti (akár a kutya ugatása vagy egy mentőautó szirénája kint), akkor azonnal abbahagyja az evést, és szalad az ablakhoz.

Zalán 22 hónapos korában 10 kg. 38. hétre született egészséges újszülöttként, 3390 gr-mal. Az édesanyának nehezen indult el a tejelválasztása, az első pár napban tápszerrel egészítették ki az anyatejet, ami aztán 5 hetesen teljesen el is apadt. Ekkortól teljesen áttértek a tápszerre, amiből Zalán mindig sokat evett csecsemőkorában, és a mai napig reggel és este szívesen fogyasztja. Hat hónaposan elkezdett pépeset enni, a szülők szerint jól evett (1–1 nagy üveggel is elfogadott). 12 hónaposan 8 kg volt. Az alábbi 1. ábrán láthatjuk, hogy Zalánnak az első életévben folyamatosan csökkent az elvárható súlya, és egy éves korára már csak a 10-es percentilt érte el. Nem sokkal később (16 hónaposan) bölcsődébe ment, azóta nem igazán fogadja el az otthoni ételeket, a súlya tovább csökkent az elvárthoz képest: a találkozáskor a 3-as percentil görbe alatt van (1. ábra), tehát egyértelmű a gyarapodási probléma. Látszólag aktív, vitális, soványságán kívül nincs semmilyen fizikai problémája. Kiderül viszont, hogy sosem szilárd a széklete. Zalán nagyon „aktív és akaratos”, mondják a szülők, csecsemőkorától állandóan azt igényli, hogy a szülei vele legyenek, és hevesen ellenáll mindennek, ha nem úgy történik, ahogyan ő szeretné.

A szülők motiváltak és elkötelezettnek tűnnek az első pillanattól. Az apa elmeséli, hogy hasonló gyerek volt: „egy kanál leves, egy kör futás a ház körül, falun ez volt a szokás” – szokták róla mesélni az otthoniak. Korábban nagyon messze, Baranyában éltek,

onnan származnak mindketten, de öt éve, a kapcsolatuk elején az apa munkája (egy nagyobb asztalos cég) miatt Nógrád megyébe költöztek. Segítségük errefelé nincs, de ahány-szor csak lehet, gyakran járnak haza, mert mindannyian szeretnek a nagyszülőknél lenni.



1. ábra: Zalan testsúlyának alakulása az első életévben, majd egy és közel két éves korban

A doktornő az első találkozás után tájékoztatja a szülőket, milyen orvosi vizsgálatokat végeznek el a következő két hétben. Nincs szükség bentfekvésre, ambuláns módon zajlik a továbbiakban az ellátás. A pszichológus pedig arra kéri a szülőket, hogy egy négynapos részletes étkezési naplót vezessenek (két bölcsődei nap, két otthoni nap), ahol minden egyes étkezés időpontját, időtartamát, a fogyasztott étel típusát és mennyiségét feljegyzik; ehhez írásban kéri a bölcsődei kisgyermeknevelő együttműködését is. Megegyeznek abban, hogy a szülők emailen keresztül elküldik a naplót, amelyet nemcsak a pszichológus és az orvosok, hanem a dietetikus kolléganő is elemezni fog, és várhatóan ő is kapcsolódik majd az egyik konzultációhoz. A szülők bizakodnak, hogy Zalan táplálása és gyarapodása hamarosan pozitív fordulatot vesz.

Az első találkozás alkalmával úgy tűnik, az anya és az apa kapcsolata harmonikus, támogatják egymást, és erőforrást jelentenek egymásnak a mindennapok során. Kapcsolatuk és Zalanhoz való gondoskodó hozzáállásuk, törődésük fontos háttér az eredményes munkához. Aggódnak és bizonytalanok, hogyan lehet megfordítani a folyamatokat, ebben nyíltan az orvosok és a pszichológus segítségére támaszkodnak. Problémamegoldó készségeik, a mozgósítható társas támogatás és a pozitív jövőkép jó prognózist feltételez annak ellenére, hogy az irodalomból tudni lehet, a hasonló jellegű táplálási problémák tartós megoldása hosszú folyamat.

A második alkalommal a pszichológus egy másik, a teamben dolgozó rezidens gyermekgyógyász kolléganővel együtt tartja a beszélgetést, aki a találkozás előtt már konzultált a dietetikus kollégával, és ő képviseli az általa elmondottakat is (lásd: transzdiszci-

lináris team-munka). Mivel a korábban elrendelt orvosi vizsgálatok (fizikális vizsgálat, részletes labor, székletvizsgálat, ultrahang) nem jeleznek organikus hátteret (elváltozást, felszívódási zavart, tejallergiát, coeliákiát stb.), ezért az orvosnő a táplálás-táplálkozás témára fekteti a hangsúlyt. A már elküldött táplálási napló alapján szóban is végigkérdez egy teljes napi átlagos étkezést. A dietetikussal való előzetes konzultációból is kiderül, hogy keveset, és nem minden tápanyagból visz be Zalán. Az elfogadott ételek között többségében van a fehérje (tápszer), azonban számos tápanyag és vitamin hiányzik a természetes étrendből. Az előzetes team megbeszélés alapján (ahol a team vezetője, a rezidens kolléganő, a dietetikus és a pszichológus is jelen van) a rezidens orvosnő felajánl egy kalóriadús, magasabb energiatartalmú, vitaminokkal és nyomelemekkel dúsított italt, amit esténként javasol megitatni a gyermekkel, mivel így nyugodtabbakká válhatnak az éjszakák is, miközben reggelre azért megéhezhet Zalán, ami fontos az eredményes evésviselkedés megtanításához. Étvágygerjesztésre is ajánl néhány szirupot és cseppet. A team kiemeli a szülők számára, hogy a legfőbb cél az, hogy a kiszámítható napi ritmus szerinti evésviselkedés kialakuljon, és Zalán megtanulja az éhség-jóllakottság érzéseket felismerni és kielégíteni. Megerősítik a szülőket abban, hogy a felajánlott kiegészítő táplálék, és a már szedett vitamin készítmények nagyon fontosak, amelyek viszont azzal párhuzamosan építhetők le, ahogyan lassan elindul az étkezés (ez a folyamat a nemzetközi iránymutatásoknak megfelelő, pl. Chatoor, 2009). Az orvos és a pszichológus együtt mutatják be a terápiás tervet, amelyben a szülők véleményére is alapoznak. Az evés viselkedéses támogatását a pszichológus végzi, de a konzultációk során időről időre az orvosokkal és a dietetikussal is fog találkozni a család. Mivel a család messze lakik Budapeستől, kétheti rendszerességű találkozásokban egyeznek meg reggelente, hogy utána az apa még el tudjon menni dolgozni.

A konzultáció további részében a pszichológus vezeti a beszélgetést, a rezidens kolléga elbúcsúzik a családtól. A szülők beszámolójában az amerikai diagnosztikai támpontok (Chatoor, 2009; DC:0–3R: ZERO TO THREE, 2005) alapján az „infantilisan anorexia” (csecsemőkorai étvágytalanság) mindhárom fontos tüneti köre jelen van:

- 1) Zalán aktív, „örökmozgó”, magas idegrendszeri izgalmi szinttel élő kisgyerek;
- 2) Generációs ismétlődés jelentkezik: az apa is hasonló kisgyermek volt, szintén étkezési nehézségekkel küzdött; most is hasonló mintázatban táplálkozik (egész nap az asztalos műhelyben dolgozik, gyakran elfelejt enni és inni, vékony, szikár testalkatú, gyakran csak este eszik rendszeresen);
- 3) Az általában megfigyelhető autonómia-határ-kontroll problémák jelennek meg a szülő-gyermek kapcsolatban, a fegyelmzésben, a gondozási helyzetekben és az étkezések körül is.

A fontos információkról edukáció is történik, a pszichológus a szülőkkel közösen azonosítja, hogy Zalán története minden szempontból „beleillik” ebbe a tipikus tüneti képbe. Ennek van biológiai és van viselkedéses háttere, amiről részletesen beszélnek. A szülők információt kapnak arról, hogy az orvosi kísérés mellett egy viselkedés-alapú inter-

venció program az, amely a külföldi tapasztalatok (Chatoor, 2009) alapján eredményes lehet. A szülők továbbra is motiváltak. Megállapodás születik, hogy a konzultációk családi üléseken történnek, ahol jelen lesz a kisfiú és mindkét szülője is. Kétheti rendszerességgel járnak 8 alkalommal, alkalmanként 90 percet. Az utolsó ülésen kölcsönös visszajelzés történik, és teamben döntenek arról, hogyan, milyen gyakoriságú találkozásokkal folyjon tovább a konzultáció. A teamben a szülőkkel közösen megállapodott cél a viselkedéses táplálás-táplálkozás rendezése és a gyarapodás elindulása. Ennek érdekében – mint fentebb már írtuk – a viselkedés- és kötődélmélet alapú intervenció megkezdése előtt/mellett Zalán kiegészítő tápszert kap, amelyet az evésviselkedés rendezésével párhuzamosan majd csökkenteni lehet. Néhány szó esik arról is, hogy a fő cél az intervencióban a napi ritmus és az étkezések rendezése, az étkezések lefolytatásának és konfliktusosságának átgondolása (a kínált ételek milyensége, mennyisége, asztalnál együtt étkezés stb.), de a pszichológus jelzi, hogy a következő alkalommal minderről részletesen esik majd szó.

A *harmadik alkalommal* a szülők őszintén fogalmazzák meg aggodalmukat, hogy úgy érzik, nekik néhány dolog (pl. a „nasik” teljes elhagyása) nehezen fog menni, mert sajnálják Zalánt, és attól félnek, állandóan éhes marad, és nem fog fejlődni még ennyit sem. A szülők szenzitív támogatása, a kérdéses témák és a szükséges intervenciók elemek edukatív átbeszélése után mégis elköteleződnek amellett, hogy megpróbálják. Zalán ez alkalommal is aktívan játszik, keres-talál, jön-megy a szobában, gyakran felveszi a kapcsolatot a pszichológussal is, aki kedvesen válaszol a kezdeményezéseire. Gyakran az apuka játszik Zalánnal, vagy szalad utána, hogy ne csináljon valami turpisságot, miközben az anya mesél. Zalán beszéde nem indult még el markánsan, ezért főleg nonverbális módon adja tudtára a környezetének, hogy mit szeretne. A beszédfejlődés késéséről is esik szó, a pszichológus megosztja a szülőkkel, hogy az aktív rágás gyakorlása hozzájárul az artikuláció és a produktív beszéd elindulásához, és táplálkozási zavarnál gyakran együttjáró nehézség a beszédkezés. A pszichológus azt ajánlja, hogy két éves kor után érdemes e problémával kapcsolatban a helyi korai fejlesztő központot is megkeresni.

A szülők beszámolnak arról, hogy bár van bennük aggodalom, de már az első két alkalmat követően elérték eredményeket:

- Nem hagynak elöl annyi nasit és édes teát, gyümölcslevet a lakásban. Adják az étvágygerjesztő cseppeket. Úgy érzik, Zalánnak jobb az étvágya a „rendes” étkezéseknél. Bár nehezen fogadta el Zalán a változást, de a kalóriadús tápszert az esti tápszerével keverik, amit most már szintén elfogyaszt. Valóban kevesebbet ébred éjszakánként, amit meglepve tapasztaltak. „Lehet, hogy tényleg akkor volt éhes, szegény!” – mondja az anya.
- A szülők megváltoztatták az étkezési körülményeket, gyakrabban esznek együtt (anyával minden főétkezést, apával a vacsorát) egyforma, „felnöttes” tányérból. Zalán is segít a terítésben, az ételek kiválasztásában, elkészítésében. Többet eszik a saját tányéréből, és néha kér a szülőkéből is. A bölcsiben úgy tűnik, továbbra is jól, jobban

eszik („Talán ott mindenki együtt eszik, látja a többieket.” – mondja az apa). Az utóbbi időben több új típusú ennivalót is elfogadott.

- Egy hónap alatt fél kg-ot hízott, aminek mindketten nagyon örülnek. Bizakodnak.

A pszichológus megerősíti az eddigi erőfeszítéseiket és a közös sikereket, majd részletesen átbeszéli a szülőkkel a Chatoor-féle tünetlistát és a táplálás-táplálkozás rendezésére szolgáló egyéb ajánlásokat. Ismét közösen kimondják azt, hogy Zalán aktív, idegrendszerileg felfokozott és mindig a külső ingerek felé orientálódó természetének figyelembe vétele és elfogadása mellett a cél, hogy meg tudja tanulni a belső éhség-jóllakottság ciklus észlelését, és a rendszeres, főétkezéseken nagyobb mennyiségű étel bevitelét úgy, hogy nem folyamatos apró falatokkal elégtí ki a minimális éhségérzetét. Ehhez arra van szükség, hogy rendszeres, kiszámítható időközönként legyenek közös étkezéseik, amelyeknek vannak rugalmas, de kiszámítható szabályai (pl. kellő ideig asztalnál ülés és étkezés, „étellel foglalkozás”, majd utána következik a játék és minden más tevékenység). Az anya kifejezi, neki az a legnehezebb, ha nem adhat azonnal akármit és akármennyi táplálékot, nehezen fogja megállni a 3–4 órás szüneteket, és az sem biztos, hogy ő mindig éhes lesz, amikor Zalánnak evés ideje van. A pszichológus megerősíti a lehetséges megoldásokat e problémák kiküszöbölésére, amelyeket a szülők találnak ki, és azt is hangsúlyozza, hogy nagyon fontos a gyermekkel való kommunikáció, „szerződés” és állandó beszélgetés arról, mit, mikor, hogyan fognak csinálni, és hogyan tud ebben Zalán segíteni. Mivel naponta méri a gyermek súlyát, a pszichológus arra kéri a szülőket, hogy csak kéthetente mérjék, mielőtt a konzultációra jönnek, amire az anya mosolyogva hozzászól, „igen, tudom, nehogy belebonyolódjunk a dologba, mint a pici babáknál”. A pszichológus kéri a szülőket, hogy a gyermekkel együttműködésben ott-hon gyűjtsék össze Zalán kedvenc ételeit, mivel a közös étkezések ösztönzését ezekkel az ételekkel érdemes folytatni. Úgy búcsúznak el, hogy az apa jelzi: „Erre az állandó rosszalkodásra is kellene valami megoldás. Minden úgy van, ahogy ő akarja”. Az ülésről bizakodva indulnak el, tudva, hogy ezzel kapcsolatban is fognak tudni beszélgetni a következő alkalommal.

A *negyedik találkozás* előtt telefonon jelzi az anya, hogy visszérgyulladás lett, alig bír menni, fekéüdni kell, ezért nem tudnak megjelenni a konzultáción. A pszichológus röviden konzultál telefonon, és jelzi, hogy ha a betegsége miatt a következő hetekben sem tudnak megjelenni, mindenképpen telefonon konzultáljanak arról, hogy vannak, hogyan alakulnak a megbeszéltek. A dietetikus tanácsára, kérésére a pszichológus jelzi az anyának (transzdiszciplináris tudás), hogy a tápanyag arányokat is meg kellene változtatni a táplálkozásban, mivel túl sok fehérje mellett kevés a bevitt szénhidrát és zsír, és alig eszik a gyermek zöldséget és gyümölcsöt. A már kért listáról együtt összegyűjtik azokat az ételeket, amelyek ennek a kívánalomnak megfelelőnek, és Zalán kedveli őket. Az anya elmondja, hogy az elmúlt hetekben már próbálkoztak sok mindennel, amit a konzultációkon megbeszéltek (nagyobb időintervallumok az étkezések között,

nincs „nasi”, gyümölcslé, „tápi” napközben, többnyire közösen étkeznek, a figyelemelterelő játékok és tévzés helyett az étellel való kreatív ismerkedés történik stb. Mosolyogva jegyzi meg az anya, hogy „már azt is elviselem, hogy koszoljon az étellel”). Van, ami működik, van, ami még nem, de ő maga jelzi, hogy tudja, ehhez türelem kell, és az is fontos számukra, hogy ismét 30 dkg-t hízott Zalán. A pszichológus támogatja az anyát abban, hogy mindehhez idő szükséges. Arra kéri az anyát, hogy ha nem is az egész család, de esetleg az egészséges apa látogasson el a következő alkalommal beszámolni a fejleményekről. Az anya megerősíti, hogy az apa el tud menni.

Az ötödik találkozón csak az apa jelenik meg, beszámol az otthoni fejleményekről, Zalán lassan, de egyenletesen gyarapodik, kevesebb a harc az étkezések körül, de Zalán „akaratossága néha kikészít minket” – mondja az apa. A pszichológus az apával nemcsak a táplálkozásról, hanem az egyéb helyzetekben való együttműködésről és általánosságban a kisgyermek biztonságérzetét biztosító keretek felállításáról, a határtartás (szenzitív fegyelmzés) lehetőségeiről és fontosságáról is beszélget. Az apa átad egy rövid listát, amit az anya és Zalán kettesben készített, hogy mit szeret Zalán enni, és mit „utál”. Egy kis rajz is van a papíron, amit Zalán készített: „kakaós csiga”. A pszichológus arra kéri az apát, ossza meg a konzultáción elhangzottakat az édesanyával.

A folyamat megszakadása. Általában a csecsemőkori étvágytalanságban szenvedő gyerekek családjával hosszútávú együttműködés zajlik, mert gyakran a tünetek ellenállóak, a gyerekek alkatából és a szülőknél kialakult hiedelmek és megszilárdult „étkezési forgatókönyvek” miatt lassan alakul ki az egészséges és örömteli evésviselkedés. Az intervenció folyamat lezárása egészen addig nem várható, amíg nem indul el szignifikáns javulás a tápanyagbevitel és a gyarapodás kapcsán. Esetünkben az ötödik alkalom után az anyának hetekig még visszérgyulladás volt, majd visszer műtétet kellett végrehajtani nála, több heti pihenéssel. A pszichológus akkori megítélése szerint a konzultáció még legalább 5–6 alkalommal kellett volna megtörténjen, és azt követően is rendszeres orvosi kontrollra lett volna szükség. A pszichológiai folyamatban tervezett intervenciók voltak még az étkezésről készített videófelvétel közös elemzése a szülőkkel, a konzultáció keretében zajló táplálkozás megfigyelése, azonnali megerősítő visszajelzések, az evés témától kicsit elszakadva más interakciók megfigyelése, átbeszélése, a szülők által hozott egyéb problémák (feszültségek a családban, fegyelmzési helyzetek) megbeszélése. A pszichológus néhány alkalommal még telefonon konzultált a szülőkkel, akik beszámoltak arról, hogy a szirupok és cseppek hatására, illetve hogy néhány dolgot „nagyon más-ként” csinálnak, Zalán elkezdett jobban és kiszámíthatóbban enni és lassan gyarapodni (az első találkozáshoz képest 1,3 kg-ot hízott a gyermek 12 hét alatt). A szülők engedélyével a szakorvosok felkeresték a házi gyermekorvost és a védőnőt is, akik megerősítették, hogy Zalánék „jó úton haladnak a gyarapodásban”. A kórházi és a területi gyermekorvos megegyezett abban, hogy Zalán gyarapodását szorosabban nyomon követik, és ha újabb stagnálás vagy súlycsökkenés észlelhető, azonnal jelzik a szülők számára a

kórházi ellátás szükségességét. A szülők megköszönték a team munkáját és jelezték, hogy a gyermekorvossal tartják a kapcsolatot.

A folyamat hirtelen megszakadásáról a team közösen alkotott hipotéziseket. Nyilvánvalóan az anya visszérgyulladás és műtete hosszú heteken át húzódott, ami miatt nem tudtak vidékről bejönni a budapesti kórházba. A folyamat elején és egészen a megszakadásig rendkívül motiváltak tűntek. A külső környezeti stressz elterelhette a fókuszot, és talán a szülők számára nehéz volt teljes mértékben belátni azt, hogy a gyarapodási zavar akkor is problémát jelent, ha gyermekük aktív, vitális és jókedvű. Mivel az édesapa is így nőtt fel, ezzel is súlytalanabbá válhatott a probléma számukra. Harmadrészt a szülők hajlottak a viselkedéses változás helyett a gyógykészítmények, vitaminok, egyéb tápszerek, valamint nem az életkornak megfelelő táplálási formák (cumisüveges evés) alkalmazására. A tápszerváltás és az étvágygerjesztő gyógyszerek adása elindíthatta a gyarapodást, amellyel a házi gyermekorvos és a szülők is megelégedhettek. Közben néhány viselkedéses változás is elindult, és a folyamatok az anya betegségével együtt járó stressz mellett elegendően hatékonyan mutatkozhattak, a kezdeti kétségbeesés megszűnt, nagyobb fokú biztonságot éltek meg az eddig elért eredmények miatt, ezért is maradhattak el a konzultációkról.

Az esetet a pszichológus rendszeres szupervízióba vitte. A szupervízorral összegyűjtötték azokat a tényezőket, amelyek e szülői döntést támogathatták, és a pszichológusban kialakult átmeneti elégedetlenséggel és a hatékonyságvesztés élményével is foglalkoztak. A pszichológus aggodalmát fejezte ki, nem bízott feltétlenül a hosszútávú radikális javulásban, ugyanis ezek az esetek az irodalomban hosszadalmas team munka során kezelhetők vagy tarthatók szinten. Mivel a szülők mellett a házi gyermekorvos is megerősítette, hogy a folyamatok jó irányba mutatnak, ezért el kellett fogadni a szülői döntést. A szakorvosok és a házi gyermekorvos együttműködő munkája, illetve a család és a házi gyermekorvos között kialakult bizalmi viszony volt a garanciája annak, hogy a meglévő ismeretekkel, a viselkedéses változásokkal és a kiegészítő tápanyagokkal a gyermek fejlődése és gyarapodása kielégítő lesz.

3.2. FIKTÍV ESET-CSOKOR AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Egy Veszprém megyében lévő kisváros gyermekorvosi rendelőjében önkéntes gyakorlatát tölti a családterapeuta és szülő-csecsemő konzultációban képzett egészségpszichológus. A házi gyermekorvos, a védőnő és a pszichológus team munkát végez az egészséges és betegrendeléseken felmerülő nehézségek kapcsán. Amennyiben a gyermekorvos vagy a védőnő indokoltnak ítéli a fejlődési tanácsadást vagy a pszichoszociális támogatást, jelzi ezt a család és a pszichológus számára. Emellett ambuláns pszichológiai (szülői, szülő-csecsemő/kisgyermek és családi) konzultációkat hirdetnek meg előre megadott időpontokban, a szomatikus és pszichoszomatikus gyermekproblémák pszichológiai, kapcsolati hátterével és kezelésével összefüggésben. A meghirdetett konzultációs alkal-

makon a pszichológus egy-két órában fogad családokat, ahol a fő intervenció cél az, hogy meghallgassa a problémáikat, érzelmileg támogassa és információval lássa el a szülőket a továbblépéssel kapcsolatban. Hosszabb konzultációra, terápiára nem nyílik lehetőség ezeken az alkalmakon, a pszichológus szerepe az érzelmi megtartás, a fejlődési és viselkedési tanácsadás, a szülőkonzultáció, a további ellátás lehetőségeinek és a szakemberek, intézmények elérhetőségének tisztázása a családokkal. Az alábbiakban néhány tipikus problémakör fiktív esetsokrát mutatjuk be.

Eszter, Olivér és Bálint. Eszter a védőnője tanácsára keresi fel a pszichológust, mert úgy gondolja, pánikbeteg, ami nem jó hatással van a gyerekekre. Eszter a 12 éves Olivérrel és a 6 hónapos Bálinttal érkezik a konzultációra. Bálint 31. hétre született koraszülött. Az anya elmondása szerint érzelmileg nagyon nehéz volt az első néhány PIC-es (Perinatális Intenzív Központ) hét. Kezdetől fogva számos fejlesztésre járnak a gyermekkel, aki több fejlődési területen mutat lemaradásokat. Eszter egyedül van a nap nagy részében a gyerekekkel, délutánonként, esténként Olivér sokat, és életkorához mérten többet segít az anyának (parentifikált). Az anya körül a felnőtt társas háló nagyon szűkös. Férje nagyon későn jár haza, sőt időnként több napra külföldre utazik, a nagyszülők távol élnek, kevés barátja van, mivel Csongrád megyéből költöztek Veszprém megyébe a férj munkája miatt. Rosszul alszik, és mivel Bálint még többször kel éjjel, nagyon kimerült. „Utálom a reggeleket” – mondja. Fáradékony és ingerlékeny, elmondása szerint gyakran türelmetlen a gyerekekkel, néha kiabál is – vallja be szégyenkezve. Néha elfogja a rettegés, ilyenkor heves szívdobogása is van. Serdülőkorában járt pszichiáterhez, pszichológushoz is, elmondása szerint sok keserűséget, megbántottságot hordoz a gyermekkorából. A pszichológus a jelen állapotáról és az elmúlt hónapok érzéseiről, gondolatairól beszélget az anyával, és közben arra kéri, hogy egy depresszió és szorongás mérő gyorstesztet töltsön ki. A panaszok és a gyorsteszt eredmények alapján több hónapja tartó posztnatális depresszió gyanúja merül fel. A pszichológus ajánl néhány szakembert és intézményt közel a kisvároshoz, ahova panaszaival segítségért fordulhat. Néhány hét múlva a megbeszélés szerint Eszter visszajelez a pszichológusnak, hogy talált-e segítséget.

Karola, István, Dalma és Balázs. Első alkalommal a pszichológus Karolával, az édesanyával találkozik csak, aki beszámol arról, hogy 4,5 éves kislánya, Dalma gyakran bepisil, és nem tud elaludni sem az óvodában, sem este otthon. Kérdezgetve a korábbi fejlődéséről, és hogy történt-e valami mostanában, hogy a már korábban stabilan kialakult szobatisztaság visszacsúszott egy korábbi szintre, az anya elmondja, hogy a férje, István pár héttel ezelőtt egy kiabálás verekedésbe keveredett, aminek pár percre szemtanúi voltak a gyerekek (Balázs, a 4 hónapos csecsemő, éppen aludt). A család az esti közös sétából tért haza, már sötétedett, amikor azt tapasztalták, hogy két házzal arrébb egy apa és nagy kamasz fia hangosan összeszólalkozik, majd összeverekedik. István megpróbálta őket szétválasztani, amikor is a fiatal fiú nagyon megütötte és elesett, a betonban meghorzsolta a könyökét és a homlokát, és vérzett. Az anya gyorsan bement a gye-

rekekkel a házba, Istvánnak sikerült lecsendesíteni a szomszéd családot, majd ezután jött be lehorzsol, vérző könyökkel és fejjel. A férj is tanácstalan volt, hogy mit mondhatna a lányának a verekedésről, ő csak azt bizonygatta, hogy a „papa jól van, nem történt baja”, de tudja, hogy nagyon feldúlt és feszült lett ő is, ami ijesztő lehetett a kislánynak. Azóta erről az esetről nem beszéltek otthon a gyerekekkel. A pszichológus arra kéri az anyát, hogy egy alkalommal jöjjenek el mind a négyen, illetve még esti rituálék-ról, gyermek relaxációs technikákról és mesekönyvekről esik szó a búcsúzás előtt.

Második alkalommal a szakember a teljes családdal találkozik. Az apa a pszichológus bátorítására elmeséli, mi történt az elmúlt hetekben. Ebbe az elmesélésbe – miközben a játéktárgyakkal elmélyülten játszott – a kislány is beleszólt: „És apa verekedett”. A pszichológus tesz néhány apró intervenciót a kislány felé, megfogalmazza valószínű érzéseit: „És neked ezt nagyon nehéz volt látni.” „Félek, hogy apát bántják” – mondta, és közben játszott a játék konyhában. Ezzel a dialógussal megtört a jég, a szülők transzparensten tudtak beszélni a néhány hete történt eseményekről. Közösén stratégiát dolgoztak ki már ezen az alkalmon, hogy hogyan fogják otthon mindezt a gyerekek nyelvéen elmesélni, hogyan beszélgetnek velük, főleg Dalmával a konfliktusokról, az emberi kapcsolatokról, a haragról, a verekedésről, és az apa szerepéről egy ilyen helyzetben. A pszichológus általánosságban mesél a titkok és a ki nem mondott részletek szorongáskeltő hatásáról kisgyermeknél, amelyek a vegetatív (pl. az ürítési) funkciókra is hatással lehetnek. A család megkönnyebbülten búcsúzik el. Pár hét múlva a pszichológus levelet kap az anyától, amelyben leírja, hogy minden rendben van, egyszerűen és szorongás mentesen tudnak beszélgetni ezekről a témákról, verekedős képeket rajzoltak együtt, amiben mindenki kibékül mindenkivel. A kislány panaszai megszűntek, elmúlt a bepisilés, és újra szívesen alszik az óvodában és otthon is.

Zoltán, Hedvig és Hanni. Zoltánt és Hedviget a házi gyermekorvos küldi át a pszichológushoz egy egészséges rendelés idején. A doktornőhöz azzal a panasszal érkeztek a szülők, hogy lányuk, Hanni (19 hónapos) nem beszél, nem bújós, sokszor nem is reagál, ha hozzászólnak, főleg az anyával ilyen (legalábbis ezt ő így érzi). A szülők gondoltak az autizmusra is, mert a család egyik oldalági rokonánál van diagnosztizált autizmus. Korábban jártak már fejlődépszichológusnál, aki a gyermek figyelmi problémáira hívta fel a figyelmet. A pszichológus a gyermek játéktevékenységét megfigyelve és a fejlődéstörténetét kikérdezve komolyabb gyermek-audiológiai vizsgálatot és komplex pszichológiai–pedagógiai felmérést ajánl valamelyik korai fejlesztő központban. A kislány a pszichológus kedves megnyilvánulásaira sem reagál igazán, miközben mozgása, finommotoros manipuláló tevékenysége az életkorának megfelel. A hallássérültség mellett az autizmus spektrumzavar azért is merül fel (bár ennek diagnosztizálására még biztosan várni kell, mert Hanni két év alatti), mivel apai ágon a tágabb családban él egy diagnosztizált autista kamasz. A szülők szorongva búcsúznak el, és az ajánlott intézmények felkeresése mellett döntenek, ahol pár hónappal később el is kezdik a gyermek komplex fejlesztését.

Hajni, Karesz és Peti. Hajni és Karesz azzal a panasszal érkezett, hogy 3 éves kislányuk beszédfejlődése megrekedt. Tavaly már „babanyelven” beszélt, de idén néhány szó kivételével nem indult be a beszéd. Nagyon hamar kiderül a konzultációs alkalmon, hogy mély, heves konfliktusban van a két szülő, rendkívül erős konfliktusok zajlanak Peti szeme-füle hallatára, már gondolkodnak a váláson, de mindketten ragaszkodnak a kislányhoz. A 45 perces konzultáció alatt a pszichológus háromszor állítja le szinte szitkozódó, hangos szóváltásaikat. Visszatükrözi számukra a jelen állapotot, és a gyermek megfelelő fejlődéséhez szükséges érzelmi biztonságról beszél. Azt hangsúlyozza, hogy bár megérti, hogy mindkettejükben vannak sérelmek, de a gyermek érdeke, hogy minél hamarabb nyugvópontra kerüljenek a heves konfliktusok. Párkapcsolati mediációt és az eredményes közös szülőiség kidolgozása érdekében család- vagy párterápiát ajánl a pszichológus, illetve említést tesz olyan központokról, ahol együtt kaphat a gyermek komplex kivizsgálást, beszédfejlesztést és kezdeményezhetnek család- vagy párterápiát.

Mire tanítanak ezek az esetek?

A gyermekgyógyászat területén, osztályos és ambuláns ellátásban, valamint az alapellátás területein is az interdiszciplináris team-munka az, amiben a kora gyermekkori szomatikus és viselkedési problémák a leghatékonyabban megoldhatók. A pszichológus rendszerint a pszichoszociális környezet és a viselkedés felmérésében vállal szerepet, majd az érzelemszabályozás és a viselkedés, illetve a szülőiség, a szülő-gyermek kapcsolat és a családi működés támogatásával lesz kulcsfontosságú a szerepe a kezelésben. Máskor preventív munkát végez, monitorozó, szűrő folyamatokban vesz részt, és a szakemberek, intézmények hálójában összekötő szerepet vállalva támogatja a gyermekek fizikai és pszichés jóllétét és családjaik optimális működését, életminőségét.

4. DISZKUSSZIÓ

A fejezetben ismertetett esetekben több elméleti és gyakorlati probléma illusztrálására került sor. Az orvoslásban nyomon követhető paradigmaváltások eredményei (ld. a biomedikális modelltől való távolodás) a gyakorlatban is megjelennek. A betegségek, zavarok komplex etiológiájának elfogadása, valamint a rendszerszemléletű, családcentrikus és a biopszichoszociális gondolkodás a betegségek okainak felderítésében, illetve a kezelés tervezésében ma már számos területen, de a gyermekgyógyászatban és főleg csecsemő- és kisgyermekkorban elengedhetetlen. Az esetekkel kapcsolatba kerülő orvosok egyértelműen a pszichoszomatikus szemléletet vallották, mindkét irányban feltételeztek test-lélek-környezet kölcsönhatásokat: az okok-következmények viszonylatában és a kialakult problémák egyéni mentális állapotra és a közvetlen környezetre történő visszahatásában is.

A környezeti stressz mint a betegségek kialakulásában és fenntartásban szerepet játszó egyik központi kockázati tényező eseteink egy részében fontos tematika volt. A kérdés: mennyiben járul hozzá egy stresszes életesemény az egyébként is nehezebb körülmények között élő családban zajló folyamatokhoz (pl. Zalán esete), vagy mennyiben közvetlen megelőzője a gyermek pszichoszomatikus tüneteinek (pl. Dalma esete). A stressz hatásait, illetve kialakulását folyamatos kétirányú tranzakciós kölcsönkapcsolatokban képzelhetjük el, hiszen a stressz betegséget okozhat vagy hosszabb időn át fenntarthat, illetve egy betegség kialakulása növeli a megélt napi stresszt (lásd az összes esetről, ahol a gyermek tünete aggodalmat keltenek a szülőknél). E körfolyamat akár akut, akár krónikusan tetten érhető.

Az egyértelműen kockázati tényezőknek számító stresszfaktorok mellett a társas támogatás elérhetősége, mozgósítása, a társas háló szerkezete és az ezzel való elégedettség a protektív folyamatok egyik kulcsa. Eseteinkben a támogató család és a mezorendszer kulcsszereplőinek, az egészségügyi ellátó rendszernek a szerepét emelhetjük ki akár az alap-, akár a szakellátásban.

Az esetek a betegségélmény és a betegségmagatartás modelljeinek, az orvos-pszichológus-beteg (gyermek és családja) kapcsolat, valamint kora gyermekkorban a szülők részéről jelentékeny compliance és adherencia alakulásának megértéséhez is hozzásegítenek. E kérdéskör Zalán esetében is felmerül, ahol a teamnek a folyamat hirtelen megszakadására kellett magyarázatokat és hipotéziseket megfogalmaznia. A gyermekorvoslásban a szülők azok, akik a gyermek kezelését illetően döntenek, így az ő együttműködésük kulcsfontosságú a gyermek hatékony gyógyítása szempontjából.

Az alapellátási esetekben a pszichológusnak fontos közvetítő szerepe van. Hozzáállása, az egy-két alkalmas konzultációkon kialakított bizalmi kapcsolata a családokkal hozzájárul ahhoz, hogy a családok megfelelő segítséget keressenek és találjanak, azok lehetőségeit elfogadják, és az együttműködésben elköteleződjenek. Az alapellátásban a családok segítése a mélyebb és hosszabb távú ellátások megtalálásában hol a gyermek individuális, hol a szülő egyéni pszichés állapota miatt, hol pedig stresszteli környezet vagy párkapcsolati, családi, szülő-gyermek kapcsolati problémák miatt lehet adekvát, aminek következtében a gyermekek különböző testi és viselkedési tüneteket mutathatnak.

A kórház és a gyermekorvosi rendelő mint szintér környezetpszichológiai és orvos-beteg kapcsolati vonatkozásai erőteljesen befolyásolják, hogy a kórházban vagy a rendelőben töltött órák és napok hogyan is zajlanak egy kisgyermek számára. A gyermek- és családbarát terek és működésmód alapfeltételei a hatékony egészségügyi ellátásnak. Egyénileg és életkorilag is nagy különbségek figyelhetők meg a kórházi létről való gondolkodásban és az alkalmazkodásban. A támogató környezet jelentőségét nem hangsúlyozhatjuk eléggé, azonban gyermekek esetében különösen fontos, hogy a szülők / elsődleges gondozók folyamatosan jelen lehessenek a folyamatban. Minél kisebb egy gyermek, ez annál fontosabb.

A szakellátásban vagy az alapellátásban megvalósuló inter-, sőt néha transzdiszciplináris (lásd Zalán esetében több ízben) team-munka a gyermekgyógyászati ellátás számos területén ma már hazánkban is egyre gyakoribb. A gyermekgyógyászati (pediátriai) pszichológia meghonosodásának még nem teljesen adottak az infrastrukturális és financiális keretei, azonban nemzetközi és hazai jó gyakorlatok is rendelkezésre állnak ahhoz, hogy a közeli jövőben a gyermekgyógyászati ellátásban állandó team-tagok lehessenek az alkalmazott egészségpszichológusok.

IRODALOM

- Anders, T. F., Goodlin-Jones, B., Sadeh, A. (2005). Sleep disorders. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health, 2nd ed.* (326–338. o.). The Guilford Press.
- Benoit, D. (2005). Feeding Disorders, Failure to Thrive, and Obesity. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health, 2nd ed.* (339–352. o.). The Guilford Press.
- Bower, C. M., Ray, M. (2006). Pediatric Sleep Disorders. In M. A. Richardson, N. R. Friedman (Ed.), *Clinicians Guide to Pediatric Sleep Disorders* (1–18. o.). Informa Healthcare.
- Carruth, B. R., Zeigler, P. J., Gordon, A., Barr, S. I. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *American Dietetic Association, 104*, 57–64.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. ZERO TO THREE.
- Conroy, C., Logan, D. E. (2014). Pediatric Multidisciplinary and Interdisciplinary Teams and Interventions. In M. C. Roberts, B. S. Aylward, Y. P. Wu (Ed.), *Clinical Practice of Pediatric Psychology* (93–108. o.). Guilford Press.
- Corbett, S. S., Drewett, R. F. (2004). To what extent is failure to thrive in infancy is associated with poorer cognitive development. A review and metaanalysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 641–654.
- Danis, I. (2020). Társadalmi és pszichológiai folyamatok a gyermekvállalás háttérében és a szülővé válás során. In I. Danis, T. Németh, B. Prónay, I. Góczán-Szabó, É. Hédervári-Heller (szerk.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéseméletek és empirikus eredmények* (164–201. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I., Scheuring, N., Papp, E., Németh, T., Szabó, L. (2015). Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban. *Védőnő, 25*(5), 11–18.
- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews, 16*, 213–222.
- Gulácsi, Á., Scheuring, N., Karoliny, A., Nagy, E., Lőrincz, M. (2017). Sikeres leszoktatás szondatáplálásról multidiszciplináris terápiával. *Gyermekgyógyászat, 68*(1), 46–49.
- Hámori, E. (2020). Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció. 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* (122–139. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.

- Henggeler, S. W., Schaeffer, C. M. (2010). Treating Serious Emotional and Behavioural Problems Using Multisystemic Therapy. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 149–164.
- Hédervári-Heller, É. (2008/2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban. (2. kiadás)*. Animula Kiadó.
- Hédervári-Heller, É. (2020). A szülő-csecsemő-terapeuta/konzulens kapcsolat pszichodinamikus megközelítése. 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* (50–69. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Jolley, J., Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164–170.
- Kazak, A. E., Simms, S., Rourke, M. T. (2002). Family Systems Practice in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(2), 133–143.
- Lehtonen, L. (1994). *Infantile colic*. Annales Universitatis Turkuensis, Medica-Odontologica, No. 151. Turku University.
- Lengyel, A., Siba, M. (2020). A Jólenni evésterápiás munka a Budapesti Korai Fejlesztő Központban. 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* (178–189. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Long, T. (2004). *Excessive Crying in Infancy*. Whurr Publishers.
- Martonosi, Á., Scheuring, N., Karoliny, A., Lőrincz, M. (2018). Szondatáplálásra szoruló öt hónapos csecsemő táplálási zavarának kezelése. *Gyermekgyógyászat*, 69(3), 176–180.
- McDaniel, S., Hepworth, J., Doherty, W. (1992). *Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems*. Basic Books.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M. J., Bor, W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: Physical and psychosocial predictors of a birth cohort study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29, 197–205.
- Mikkelsen, G., Frederiksen, K. (2011). Family-centered care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162.
- Mindell, J. A., Kuhn, B. R., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., Sadeh, A., Owens, J. A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29, 1263–1276.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H., Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine*, 11(3), 274–280.
- Mullins, L. L., Gillapsy, S. R., Molzon, E. S., Chaney, J. M. (2014). Parent and Family Interventions in Pediatric Psychology: Clinical Applications. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(3), 281–293.
- Németh, T., Hédervári-Heller, É. (2020). Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelés kezdete es fejlődése Magyarországon. 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* (106–121. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.

- Németh, T., Kurimay, T. (2020). Az első magyarországi modell pszichiátriai beteg szülők és gyermekeik együttkezelésére. 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* (162–177. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Scheuring, N., Danis, I., Karoliny, A., Szabó, L. (2016). Az első három életév táplálási és táplálkozási zavarai organikus és funkcionális nézőpontból. *Lege Artis Medicinae*, 26(5–6), 247–254.
- Scheuring, N., Gulácsi, Á., Tóth, F., Ágoston, O., Siba, M., Kecskeméti, J., Szabó, L. (2018). Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia a Heim Pál Gyermekkorházban. *Gyermekgyógyászat*, 69(3), 150–156.
- Scheuring, N., Szabó, L. (2020). Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben. 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* (190–202. o.). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- St. James-Roberts, I. (2012). *The Origins, Prevention and Treatment of Infant Crying and Sleeping Problems*. Routledge.
- St. James-Roberts, I., Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(6), 951–968.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421–435.
- Zeanah, C. H. (2018). *Handbook of Infant Mental Health (4th ed)*. The Guilford Press.
- ZERO TO THREE. (2005). *DC:0–3R – Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Revised ed.* ZERO TO THREE 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.