



A kötődési kapcsolatban elszenvedett gyermekkorai bántalmazás, elhanyagolás és traumák kezelése játékterápiával

Eigner Bernadett

KapcsolatSzerviz Magánszolgáltatás

Absztrakt

A korai anya-gyermek mindennapi, kölcsönös interakciók folyamatában az út vezethet a harmonikus kapcsolat, a biztonságos kötődés felé, de atipikus anyai kommunikáció esetén bizonytalan kötődéshez, vagy a kötődési viselkedés széteséséhez is. Ennek hátterében abúzus, stressz, traumák, deprivációk állhatnak, mind a gyermeket körülvevő környezetet, mind az anya konfliktusos gyermekkorát tekintve. A kötődési kapcsolatban elszenvedett bántalmazás, interakciós tévesztések, atipikus kommunikáció kapcsolati zavarhoz, súlyosabb esetben traumatizációhoz vezethet, mely további gyermeki pszichopatológiák, atipikus fejlődés, mentális zavarok kialakulásának veszélyével járhat. Az atipikus személyiségstílus alakulása a gyermeknél már igen korán észlelhető, a játékmagatartásban megfigyelhetők a specifikus megküzdési, védekezési mechanizmusok. Az interakciók korai megfigyelése és elemzése, valamint az integratív játékterápia, mely gyermek-és családközpontú, kapcsolatorientált, trauma fókuszú módszer, még idejében segíthet a szülőkkel együttműködve a kóros irányú folyamatok egészséges irányba terelésében. A korai kapcsolati sérülések, traumatizációk, patológias védekezések, anyai deviáns tükrözés és mentalizáció későbbi, terápiás intervenció során történő átírását, átdolgozását mutatom be eset-részlettel is illusztrálva a saját játékterápiás és szülőkonzultációs gyakorlatomból.

Kulcsszavak: rossz bánásmód, kötődési kapcsolati traumatizáció, Korai Diádikus Interakció Kódrendszer (KDIK), integratív játékterápia (IJDT)

Bevezetés

A korai anya-gyermek interakciók megfigyelésével és elemzésével idejekorán fel lehet ismerni a kapcsolati félreértéseket, félresiklásokat, korai kapcsolati nehézség, zavar vagy traumatizáció gyanújeleit. Anya és gyermeke egymásra találása hosszabb út, az anya részéről út a szülőséghez (*transition to parenthood*), a baba részéről alkalmazkodás, mindkettejük részéről egymásra hangolódás (Eigner, 2012a, 2022a). A korai rizikófaktorok, a tartósan fennálló anyai atipikus kommunikáció, súlyos interakciós nehézségek és hibázások,

melynek háttérében stressz, veszteségek, traumák, depriváció vagy mentális zavar áll fenn, bizonytalan kötődéshez vezethetnek. A bizonytalan kötődés (Ainsworth et al., 2015) talaján pedig nagyobb valószínűséggel alakulhatnak ki gyermekkori mentális és viselkedészavarok, patológiák, mint például kötődési zavarok, kapcsolatspecifikus zavar, poszttraumás stressz zavarok (PTSD), alkalmazkodási zavarok. Sok esetben szorongásos, hangulati, kényszeres és regulációs zavarok is kialakulhatnak (Kuritárné Szabó & Tisljár-Szabó, 2015; Kuritárné et al., 2018).

Az alapvető igények kielégíthetősége hiányállapotokhoz, súlyos és tartós traumatizációhoz vezethet. Egy spektrumon helyezhetjük el a stresszhatásoknak kitettség mértékét, a trauma akkor keletkezik leginkább, amikor több interperszonális tényező van jelen, személyes hatások és érintettség. A skála egyik végén az *imperszonális* (természeti katasztrófák, balesetek), a középsőn az *interperszonális* terület áll, melyben másokat szándékosan sértő, bántó stresszorok vannak, mint például erőszak, bűncselekmény, zaklatás. A skála másik végpontján a *kötődési trauma* áll – azaz a trauma a kötődési kapcsolatban következik be, akár gyermek, akár felnőttkorban (Kuritárné Szabó & Tisljár-Szabó, 2015). A kötődési kapcsolatban elszenvedett bántalmazás, abúzus vagy elhanyagolás a legsúlyosabb, kötődési traumát okozza. A fizikai, szexuális, pszichés bántalmazás, illetve antipátia (szülői visszautasítás, rosszindulat, szóbeli bántás, kritizálás, rideg bánásmód, ignorálás) mellett a fizikai vagy a pszichoszociális elhanyagolás is súlyos károkat okoz. A pszichés bántalmazás esetében az elmét közvetlenül éri támadás, ezért talán ez a legmélyrehatóbb. Az érzelmi, pszichoszociális elhanyagolás lényege, hogy nem érdeklődnek a gyermek lelkiállapota iránt, nem foglalkoznak fejlődésével, lényege a szülő részéről fennálló pszichés, érzelmi elérhetetlenség (Kuritárné et al., 2018). Az ilyen anya távolságtartó, nem válaszkész, nem örömmel lép kapcsolatba gyermekével. Ez a legkevésbé feltűnő, ám a bántalmazás egyik legártalmasabb formája. Gyakran az anya atipikus bánásmódját, ijedt-ijesztő, kiszámíthatatlan, időnként disszociatív, elutasító, ellenséges interakciós viselkedését lehet megfigyelni, az anyai tükrözés és mentalizáció¹ súlyos hiányosságait. Ennek következménye lehet akár a kötődés szétesése, a dezorganizált-dezorientált, ún. D-típusú kötődési minta, mely valójában nem strukturált mintázat, hanem pont annak a hiánya. Az atipikus anyai kommunikációval szemben a gyermek védekezni kényszerül, mely részéről adaptív próbálkozás, reaktív stratégia a nem optimális környezeti hatásokkal szemben. A korai súlyos hiányállapotok, depriváció, abúzus esetén a formálódó szelf primitív elhárításokkal, hasítás alapú védekezésekkel az atipikus személyiség szerveződés irányába halad (Fonagy et al., 2022). Ezek jellegzetes mechanizmusai már igen korán megfigyelhetők a szülő-gyermek interakciók jellegzetességeiben, illetve zavaraiiban, ezért a megfelelő felismeréssel,

¹ Mentalizáció: az a képességünk, hogy magunknak és másoknak belső állapotokat, vágyakat, hiedelmeket tulajdonítunk, és ezeken keresztül értjük meg a másikat és magunkat is (Lénárd, 2020).

elemzéssel és segítségnyújtással a korai intervencióban meg lehetne előzni a súlyosabb kimeneteket, visszafordítani, más irányba terelni a kezdeti folyamatokat. A kapcsolati zavarra veszélyeztetett párosok (diádok) interakciós, kommunikációs jellegzetességeinek feltárására kidolgoztam egy, a korai anya-gyermek interakciók mérésére alkalmas kódrendszert (Korai Diádikus Interakció Kódrendszer, KDIK) (Eigner, 2012a, 2014b). A kódrendszer segítségével felismerhető az atipikus anyai interakciós stílus, melyre a csecsemő adaptív válaszokkal igyekszik reagálni – ez a prevenció számára hasznos. Az interakciók elemzése a későbbiekben is nagyon fontos és hasznos, amikor már intervencióra van szükség, mert a gyermek fejlődése, társas kapcsolatai zavart mutatnak. Az érzelmi-szociális fejlődésben, a viselkedésben patológiás tüneteket mutató gyermekek és családjuk ellátása eredményesen történik meg az integratív játékkerápia (Integratív Játékdiagnosztika és Játékkerápia, IJDT) módszerével (Eigner, 2005, 2018, 2019, 2021a, 2022b). Az integratív játékkerápia gyermek-és családközpontú, kapcsolati és trauma fókuszú, komplex módszer, mely a szülőket is aktívan bevonja a folyamatba. A korai kapcsolati félreértések, sérülések, traumatizációk későbbi, terápiás és szülő-konzultációs intervenció során átírhatóak, átdolgozhatóak, erre a saját integratív játékkerápiás gyakorlatomból is hozok példát.

Korai interakciók, abúzus, trauma, mentális és kapcsolati zavarok

A korai interakciók szerepe az érzelmi-szociális fejlődésben

Az optimális anya-gyermek kapcsolatban az intenzív érzelmeket az anya befolyásolja. Módosítja, enyhíti, így a gyermek toleranciára tesz szert az érzelmi feszültségekkel szemben (Eigner, 2013, 2022a). A szülők saját önszabályozása, érzelmei, viselkedése, nevelési stílusa befolyásolja gyermekük önszabályozásának alakulását. A pozitív, meleg, gondoskodó, támogató, válasz-kész nevelés, az érzelmek kifejezése, a támogató iránymutatás, a pozitív fegyelmezési stratégiák használata a gyermek hatékonyabb önszabályozásával járnak együtt, ezért könnyen belátható, hogy a szülőknek, a gyermek környezetének milyen óriási szerepe van a gyermekek önszabályozásának fejlődésében (Cs. Ferenczi & Németh, 2020). Az intervenció tervezése szempontjából ezért a szülői önszabályozás fejlesztése kulcsfontosságú lesz, melyet például integratív játékkerápiás és/vagy szülőkonzultációs keretben lehet megtenni, ahol a szülő aktív résztvevő. A csecsemőnek, kisgyermeknek szüksége van arra, hogy szülője képes legyen megnyugtatni, érzelmeit csillapítani, modellt nyújtani az önszabályozásra, kereteket, rutinokat kialakítani, optimális elvárásokat támasztani, empatikusan viselkedni, érzelmekről beszélni, érzelm-kifejezésre bátorítani, mintha játékokat játszani, stratégiákat tanítani.

Mivel a *játékosság* a doktori kutatásomban (Eigner, 2012a, 2014, 2015) fontos protektív faktorként szerepel, saját módszeremben ennek kódolása

külön hangsúlyt kapott. A játékoság/kreativitás dimenziók megragadásánál a Greenspan-Lieberman Observation System for Assessment of Caregiver-Infant Interaction During Semi-Structured Play (1989) szempontjait, valamint az Adult Playfulness Scale (Glynn-Webster, 1992) tételeit vettem figyelembe az interakciók megfigyelésénél. Az anyai játékoságot hat fő területen igyekeztem megragadni (ezek maguk a változók): fizikai spontaneitás, szociális spontaneitás, kognitív spontaneitás, örömlémény, humorérzék, „jelölt” kommunikációs kód. A játékoságnak igen fontos szerepe van a mentalizációs folyamatokban, s ezáltal a biztonságos kötődés, és egészséges fejlődés kialakulásában. A korai kapcsolat, kötődés létfontosságú: a közelség fenntartása egy megnyugtató pszichofiziológiai állapot elérését célozza, a veszélyhelyzetben a kötődési személy nyújt védelmet, biztonságot (Bowlby, 1958). A csecsemő környezete jeleit kiértékelve biztonságot vagy éppen annak hiányát éli meg, ez a kötődési viselkedés alapja (Fonagy et al., 2022). A kötődési rendszer az érzelmi élmény szabályozója, s így számos mentális zavar és terápiás intervenció terepe lehet. Az érzelmek szabályozása kétszemélyes rendszerben megy végbe, melyben a gondozó az érzelmek visszatükrözésével és a reflektív hozzáállásával segít. A szaporodó kapcsolati élmények egy reprezentációs rendszerben tárolódnak, melyet Bowlby „belső munkamodellnek” nevezett el. A fejlődést nem csupán az ösztönök kielégítése, hanem a kapcsolatok keresése motiválja, melyben az interszubsjektivitásnak jelentős szerepe lesz.

A felnőtt bizonytalan kötődése is meghatározó a kapcsolatban, sok esetben a hiányos *mentalizációs* képessége lesz akadály a gyermeke egészséges fejlődésének. Bonyolult összefüggéseken keresztül gyakran elhanyagolás, bántalmazás következtében kialakuló traumatizáció is megjelenhet a gyermek fejlődéstörténetében. Az anyai mentalizáció jelentősebb szerepet játszik a kötődés biztonságában, mint az általános érzékenység. A biztonságos kötődés elősegíti a mentalizáló interakciókat. A szülő gyermekével kapcsolatos mentalizációja szoros kapcsolatban áll a gyermek affektusszabályozó képességének fejlődésével is (Allen et al., 2011). Ha a reflektív funkció ép a szülőnél, akkor a gyermeknél mért kötődési típus nagy valószínűséggel biztonságos lesz. Az anyák, elsődleges gondozók reflektív, mentalizáló képességének fejlesztése megszakíthatja akár a hátrányos környezeti hatások intergenerációs átörökítésének ciklusát is. Ezért is tartom fontosnak az integratív játékerápiában (Eigner, 2005, 2018a, 2019, 2021a) szükséges esetben az anya bevonását a közös játékba, és utána a szülőkonzultációban a mentális reflektivitásának, elérhetőségének a fejlesztését, gazdagítását, melyet a közös helyzetek, esetleg videón visszanezett jelenetek elemzésével, értelmezésével jelentősen befolyásolni lehet. Így „visszaadva” a gyermeknek egy immár (jobban) mentalizáló kötődési személyt, a játékerápia terében és idejében megvalósítható reparációs és újrafogalmazó helyzet megteremtésével.

Az alacsony mentalizációs szintű anyák gyakrabban mutattak atípusos anyai interaktív viselkedést az AMBIENCE kódrendszerrel mérve (Novák &

Lakatos, 2005), és gyakrabban volt jellemző rájuk az AAI (Felnőtt Kötődési Interjú, George et al., 1985) szerinti feldolgozatlan/dezorientált kötődési stílus (Clarkin et al., 2012). Ezekben az esetekben a szülő nem tekinti egyenrangú partnernek a gyereket, nem magyaráz, nem értelmez neki érzelmet, gondolatokat, vágyakat, így a gyermek eltávolodik a mentális világtól, és ezen a módon aztán nem is tud már megküzdeni a bántalmazással vagy rossz bánásmóddal. A szülő rémisztő vagy rémült viselkedése hozzájárul a D-típusú kötődés (Main & Solomon, 1986; Hesse & Main, 2000; Hesse & Main, 2006) kialakulásához. Ilyen például, ha a szülő fenyegetőzik, beront a gyermek terébe, tolakodóan, nagyon irányítóan, korlátozóan viselkedik, ijesztő játékot játszik, vagy nagyon félénk, lefagyott, passzív. Az ellenséges betolakodás (intruzív interakciós viselkedés) és a tehetetlen visszahúzódás az a mintázat, amit megbetegít – az anya nem képes a ráhangolódásra, az együttérző kommunikációra, sőt, averzív érzései vannak a gyerek kötődési viselkedésével szemben (Allen et al., 2011). A biztonságérzet is fontos tényező ahhoz, hogy a gyermek a gondozója tudatállapotai felé forduljon, explorálja azt. Ha nem biztonságos a környezet, elhanyagoló, kiszámíthatatlan vagy bántalmazó, akkor a gyermek elfordul gondozója elméjétől, nem lesz érdekelt mentális állapotának azonosításában, hiszen az veszélyes a számára. A legsúlyosabb esetekben, a D-kötődésű gyermekeknél figyelhető meg, hogy hiperérzékeny figyelemmel monitorozzák a gondozó viselkedését, szándékainak legkisebb, váratlan változásaira is felkészülten. Ez azonban nem jelenti azt, hogy saját érzelmi állapotaikat is képesek lennének azonosítani, így a mentalizáció önszabályozó és szelf-szervező szerepe hiányosan alakul ki esetükben. A szülők játékos bevonódása a gyermek belső világába, az adekvát mentalizáció, jelölt tükrözés átsegíti a gyermeket azon a korai szakaszon, amikor még nincs a mentalista intencionális fázisban. Ez protektív szerepet játszik a gyermek fejlődésében. A játékosságnak igen fontos szerepe van a mentalizációs folyamatokban, s ezáltal a biztonságos kötődés, és egészséges fejlődés kialakulásában. A szülői játékosság hiánya az érzelmtükrözés (Gergely & Watson, 1998) és a mentalizáció devianciáihoz vezet (Fonagy et al., 2001). A bántalmazás hozzájárulhat egy szerzett és részleges elmevakág kialakulásához, nagyban gátolva szülő és gyermeke reflektív kommunikációját. Fennáll annak a veszélye, hogy a tartós trauma hosszú távú dezorganizációt okozhat a kötődésben, amit a szociális kogníció fejletlensége és pszichopatológia esélye kísér (Allen et al., 2011).

A gyermekkori rossz bánásmód, trauma és következményei

A gyermekkori ártalmas élmények körébe nemcsak a *bántalmazás és elhanyagolás*, hanem a *családi működési zavarok* is beletartoznak. Az ártalmas gyermekkori élmények (ACE, Adverse Childhood Experiences) első nagy kutatása még ma is zajlik (Felitti et al., 1998), a kutatók egyre nagyobb figyelmet szentelnek a témának. A családi diszfunkciók körébe soroljuk a szerhasználó

és a mentális beteg családtaggal való egy háztartásban történő együttélést, a családon belüli kriminalitást és azt is, ha a gyermek a bántalmazás szemtanúja. *Bántalmazásnak* (maltreatment) nevezünk minden olyan cselekedetet, amely a gyermeknek fizikai, érzelmi, lelki károsodást okoz, sérti emberi méltóságát, és akadályozza a fejlődésben, rombolja testi-lelki integritását, autonómiáját. A bántalmazás során bizalommal, hatalommal élnek vissza az elkövetők, melyet erőfölényen alapuló, hatalmi helyzetben, kapcsolatban követnek el (Kovács-Tóth & Kuritárné Szabó, 2023). A WHO európai jelentésében a leggyakoribb volt az érzelmi bántalmazás, ezt követte a fizikai bántalmazás és az érzelmi elhanyagolás (Sethi et al., 2013). Fizikai bántalmazás esetében az elkövető fenyegeti vagy megsérti a gyermek testi épségét, ide tartozik az ütés, rúgás, lökés, rázás, forrázás stb. Érzelmi bántalmazás során megalázzák, megszegyenítik, kigúnyolják a gyermeket, leértékelve őt, azt sugallva, hogy haszontalan, értéktelen, nem méltó a szeretetre. A szexuális bántalmazás sokféle tevékenységet magában foglalhat. Az *elhanyagolás* esetében a gondozó nem biztosítja az egészséges fejlődéshez szükséges törődést, odafordulást. Mulasztás történik, visszaélés a gyermek életkori sajátosságaival és kiszolgáltatottságával, hiszen ő nem tud védekezni, nem tud önállóan gondoskodni magáról, így a gyermek sérül érzelmileg, megfosztják az az egészséges személyiségfejlődéshez nélkülözhetetlen gondoskodó felnőtt nyújtotta szeretetkapcsolattól vagy fizikai szükségleteiben hiányt szenvedve kénytelen felnőni. A gyermek által elszenvedett események traumatizálóak, betörnek a személyiségfejlődés menetébe, visszafordíthatatlanul megváltoztatva annak pályáját (Kovács-Tóth & Kuritárné Szabó, 2023). A gyermekkori, családon belüli bántalmazás és elhanyagolás igen hosszán tart: a gyermek éveken át a bántalmazó család „fogságában” él (Herman, 2011). Következményeit tekintve a krónikus és komplex (több típusú ártalom együttes jelenléte) traumatizáció zilálja szét leginkább a fejlődő személyiséget és jár a leginkább lesújtó szomatikus és mentális egészségi következményekkel (Ujhelyiné Nagy & Kuritárné Szabó, 2020).

Nem minden megrázó esemény feltétlenül traumatikus, valami félresiklik, a megrázó esemény traumatikussá válik az átélő számára és ez állandósul akkor, ha nem sikerül ezt az eseményt a személyes élettörténetbe integrálni. Minél kevésbé kontrollálható egy esemény, stressz-szituáció, annál inkább érzelmfókuszú megküzdés lép életbe. Ha nem tudunk változtatni, akkor érzéseinket, érzékelésünket igyekszünk változtatni, hogy elviselhetőbb legyen számunkra a helyzet. Mind a trauma objektív jellegzetességei, mind szubjektív megélése meghatározóak. Nem mindennapiak olyan értelemben, hogy meghaladják az ember mindennapi alkalmazkodásának képességét. Közös jellemzőjük az intenzív félelem, kiszolgáltatottság, kontrollvesztés és a megsemmisülés fenyegetésének érzése. Traumás reakciók akkor alakulnak ki, amikor az egyéni cselekvés hatástalan (Herman, 2011). Nem maga a trauma, hanem annak megélése és feldolgozása mérvadó. Ha gyermekkorban nincs senki, aki segítene, annak beláthatatlan következményei lehetnek. Ha van se-

gítség, akár egy szerető rokon, vagy szakember, akkor támogató, odaforduló gondozói magatartással csökkenthető a trauma negatív hatásai a gyermekre nézve (Pohárnok & Lénárd, 2015).

A családon belüli erőszakkal és a gyerekkori szexuális visszaélésekkel foglalkozó kutatások a *pszichés trauma tünetegyüttesét* helyezték a középpontba. A poszttraumatikus szindrómát diagnosztikus kategóriaként 1980-ban felvették a DSM-III-ba. A jelenleg érvényes DSM-5 (APA, 2013/2022) referencia-kézikönyv a Traumával és stresszrel összefüggő zavarok körében tárgyalja a Reaktív kötődési zavart, a Gátolatlan társas kapcsolati zavart, a Poszttraumás stressz zavart (PTSD), az Akut stressz zavart, az Alkalmazkodási zavarokat, az Elhúzódozó gyász zavart, valamint az Egyéb meghatározott, traumával és stresszrel összefüggő zavart, és a Nem meghatározott, traumával és stresszrel összefüggő zavart. PTSD előfordulhat 6 évesnél idősebb, és annál fiatalabb személyeknél. A traumatikus események (halál, sérülés, erőszak) közvetlen vagy közvetett átélése, megtapasztalása nyomán létrejött tünetek jellemzőek, mint visszatérő, nyomasztó emlékek, álmok, disszociatív reakciók, szenvedés, kifejezett élettani reakció a hasonló helyzetekre. Az alkalmazkodási zavarok azonosítható stresszorokra adott válaszok, melyek társulhatnak depressziós hangulattal, szorongással, viselkedészavarral és ezek kombinációival. Egyre inkább ismert az összefüggés a későbbi pszichiátriai betegek élettörténetében megismert szexuális, fizikai erőszak, illetve súlyos érzelmi elhanyagolás és zavaraik között (Allen et al., 2011; Miller, 2017). Sajnos még ma sem mindig explorálják a pszichés zavarok hátterében megbúvó traumatikus eseményeket, különösen nem a gyermekek esetében. Sokszor az amnézia, illetve az elhárítások is nehezítik a felismerést. Sajnos, ma Magyarországon a diagnosztikai vizsgálatok a gyermekek mentális és viselkedészavarainak feltárása során kevés hangsúlyt fektetnek a közvetlen környezet hatásainak feltérképezésére, és a tünetek hátterében fellelhető bántalmazás, elhanyagolás következtében fellépő traumatizációra, általában csak a gyermek kap különféle diagnosztikus címkéket (lásd még lentebb).

A *komplex traumatizáció* azt jelenti gyermekek esetében, hogy multiplex traumatikus eseményt él át a gondoskodó rendszerben, abban a társas környezetben, ahol biztonságot és stabilitást kellene kapnia. Egy időben, vagy egymást követően fordulnak elő különféle bántalmazások. Újabb traumákhoz vezet az érzelmszabályozás zavart fejlődése, a biztos bázis és iránymutatás elvesztésre, a vészjelek felismerésének képtelensége és a védekezés lehetetlensége. A következmények számos károsodást okozhatnak: önszabályozási, kötődési, szorongásos zavarokat, addikciókat, agressziót, évszavarokat, disszociatív és szomatikus zavarokat, betegségeket, szexuális zavarokat, reiktimizációt. A lehetséges kimenetet hét területen azonosították a tanulmány szerzői (Kuritárné et al., 2018): kötődés, biológia, érzelmszabályozás, disszociáció, viselkedésszabályozás, kogníció és énkép. A gyermek fejlődésre fordítható erőforrásait a túlélésre kell fordítania. Ha nem áll rendelkezésre

egy megbízhatóan válaszkész gondozó, az a veszély, a bejósolhatatlanság és a kontrollálhatatlanság legnagyobb forrása egy gyermek számára (Chicchetti & Lynch, 1995). Bizonyított tény a gyermekkori bántalmazás hatása a mentális zavarok kialakulására (Kuritárné & Tisljár-Szabó, 2015). A kimenet rengeteg tényező függvénye. A jelenlegi osztályozási rendszerek nem képesek igazán megragadni a bántalmazott gyermekek jellemzőit, viselkedésének jellegzetességeit, mint például az érzelem- és indulatszabályozás elégtelensége, a figyelem és koncentráció nehézségei, az énkép torzulása, a mentalizáció, reflektív működés sérülése, az intimitásra, kapcsolódásra, adaptációra való képesség gyengesége, az impulzuskontroll, a megküzdési képességek hiányosságai, agresszióra, depresszióra való hajlam. A komplex tünetegyüttes leírására van der Kolk és munkatársai (2011) a fejlődési traumatizáció zavar (*Developmental Trauma Disorder – DTD*) diagnózist javasolják (Kuritárné & Tisljár-Szabó, 2015). A DTD esetében a személy multiplex, ismétlődő, hosszan tartó interperszonális erőszakot élt át vagy volt szemtanúja, szeparációt élt át, vagy súlyos, tartós érzelmi bántalmazásnak volt kitéve, hiányzott vagy változott az elsődleges gondozó. Diagnosztikai kritériumai közül kiemelném az affektív és fiziológiai szabályozási zavart, azon belül is a testi funkciók zavarait, az érzelmekkel kapcsolatos csökkent tudatosságot vagy disszociációt, a figyelem és a viselkedés szabályozásának zavarait, azon belül is a fokozott fenyegetésélezlést, maladaptív önmegnyugtatót, önsértéseket, célirányos tervezés deficitjeit, a negatív szelférzetet, azon belül is az extrém és tartós bizalmatlanságot, a reaktív agressziót, empátia problémákat, és a funkcióromlást több területen.

A traumatizált gyerekek diagnózisai nem tartalmazzák a trauma eredetét, sokszor nem megfelelőek, sok esetben ezeket a diagnózisokat kapják a gyermekek: szeparációs szorongás, fóbia, PTSD, ADHD, oppozíciós zavar, magatartászavar, kötődési zavar (WHO, 1992). A DSM-5 rendszerében jelennek meg külön kategóriaként az Egyéb, klinikai figyelmet igénylő állapotok körében a bántalmazás és elhanyagolás, és a kapcsolati problémák, mint szülő-gyermek kapcsolati probléma, testvérkapcsolati probléma, illetve a kapcsolati probléma házastárral vagy partnerrel, valamint a családi környezettel kapcsolatos problémák között a szülői kapcsolati problémák hatása a gyermekre, a szülőktől távol nevelkedés, a család felbomlása külön költözés vagy válás miatt, és a kifejezett érzelem magas szintje a családban (APA, 2013/2022).

A gyermekkori mérgező környezetben a tünetek és pszichés mechanizmusai az adaptív megküzdési próbálkozásokat jelentik (Eigner, 2022b). A koragyermekkori zavarok leírására szolgáló DC:0-5 (ZERO TO THREE, 2016/2019), illetve a pszichodinamikus zavarok diagnosztikai rendszere, a PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) több támpontot adnak ebben, de hazánkban még nem elterjedt a használatuk. A gyermekkori érzelmi és viselkedészavarok főbb rizikófaktorai: anyai pszichopatológia, mentális egészségi állapot, szegényes anya-gyermek kapcsolat, perinatális rizikó, devianciák a

családban, hátrányos szocio-ökonómikus tényezők, korai kezdet, fejlődési késés (Eigner, 2012a, 2022a). A traumatizált gyermeknek az erőforrásait a túlélésre kell fordítania, nem az egyszerű növekedésre és fejlődésre. Ha nem áll rendelkezésre egy gyermek számára az érzékenyen válasz kész gondozó, akkor szembe kell néznie a veszéllyel, bejósolhatatlansággal, kontrollálatlansággal, kiszámíthatatlansággal. A gondozóval a közös szabályozás nehézségei az önszabályozás hiányosságaihoz vezetnek. Neurobiológiai szempontból vizsgálva a trauma megakadályozza a jobb és bal féltekei agyműködés integrációját (Kuritárné et al., 2018), ami miatt a stresszhatásokra a traumatizált gyermekek sokszor irracionális viselkedésmintázatokkal reagálnak. Az elemzési képességeik ilyenkor szétesnek, és a jobb agyféltekei működéshez kapcsolható érzelmi sémáik válnak uralkodóvá. Ez kontrollálatlan dühöt és tehetetlenséget eredményezhet. Ezeknek a gyerekeknek gondjaik vannak az érzelmeik kifejezésével, belső állapotaik modulálásával és érzelmeik szabályozásával is. A túlszabályozott, merev érzelmkifejezésektől kezdve egészen a robbanásszerű érzelmkifejezésig. A korai életkorban elszenvedett traumatizáció szignifikánsan összefügg az impulzuskontroll zavarok kialakulásával (Kuritárné et al., 2018). Ezek a túlradó stresszre adott védekezési reakciókként értelmezhetők. A gyermekek újra játszhatják az általuk átélt trauma egyes viselkedéses aspektusát (például agresszió, kontrolláló kapcsolati dinamika), melyek lehetnek automatikus válaszreakciók, vagy olyan kísérletek, melyekkel nehéz élményeik felett igyekeznek kontrollt vagy uralmat szerezni. A koherens szelféret fejlődésével is problémák adódnak. Ha a gyermek sorozatos bántást, elutasítást tapasztal, az nagy valószínűséggel tehetetlenséggel, elégtelenség-érzettel és szerethetlenséggel jellemezhető szelféret kialakulásához vezet (Kuritárné et al., 2018). A bántalmazott gyermek magára veszi bántalmazója gonoszságát, ezáltal megőrzi a szülei iránti elsődleges kötődését. Legalább egy szülőjéről igyekszik idealizált képet kialakítani. és még felnőtt korukban is megvetéssel, szégyennel tekintenek magukra (Herman, 2011). Mélységes belső rosszaságérzését közvetlenül megerősítheti a szülői bűnbakképzés is, emellett ezzel megőrizheti a kapcsolatot is. Eköré szerveződik a bántalmazott gyermek identitása is. A játékerápia elsődleges célja és feladata az érzelmi-szociális és kommunikációs készségek fejlesztése, a szociális kompetencia javítása. Várhatóan a traumatizált gyermeknek nehézségei lesznek a düh szabályozása terén, ami tovább erősíti belső rosszaság-tudatát. Minden újabb attack azt bizonyítja számára, hogy őt tényleg nem lehet szeretni. Önvádját tovább mélyíti, ha az agressziót másoknak adja tovább, akik arra nem szolgáltak rá. Sajnos, általában a mélységes belső rosszaságérzés lesz az a mag, amely köré a bántalmazott gyermek identitása szerveződik. Ennek a romboló érzését a gyermek gyakran azzal leplezi, hogy megpróbál jó lenni. Igyekszik támadóinak megfelelni, gyakran kiemelkedően jól teljesítő gyerekké válik. Gyakran a bántalmazott gyermekből bántalmazó felnőtt válik, vagy éppen olyan felnőtt, aki áldozatul esik mások bántalmazásának.

Prevenációs és intervenciós lehetőségek

Koragyermekkori intervenció

A bántalmazott, traumatizált, érzelmi és viselkedészavarokat mutató gyermekek ellátásában fontos szerepe van, lenne a prevenciónak, és a megfelelő időben történő, hatékony intervenciónak. Magyarországon az abúzusprevenció három lépcsőből áll, a primer, a szekunder és a tercier prevencióból. Fontos, hogy ne az áldozattá válást előzzük meg, hanem az elkövetővé válást. A *primer prevenció* szerteágazó társadalmi feladat. Olyan ágazatok tartoznak ide, mint a jogi terület (hogyan szankcionálja az állam a bántalmazás elkövetését), a gazdasági (milyen jövedelemhez, munkához juthatnak a családok), a szociálpolitikai terület (milyen családtámogatási rendszerek vannak). A *primer prevenció* elsősorban tájékoztatást jelent. A *szekunder prevenció* a rizikócsoportokra irányuló megelőző tevékenység. Itt különösen fontos a védőnő, valamint a gyermekjóléti szolgálatok szerepe. A védőnőnek módja van korán észlelni a családi diszfunkciókat. Feladatai közé tartozik a bántalmazás rizikófaktorainak felismerése, kiszűrése. A szekunder prevenció a gyermekbántalmazásban már érintett családokra irányul. Különösen fontos a gyermek védelme a további bántalmazástól. Törekedni kell a szülői képességek fejlesztésére. A *tercier prevenció* magának az áldozatnak a kezelését jelenti, és arra irányul, hogy a bántalmazás megismétlődését elkerülje. A tercier prevenció nemcsak az áldozatra, hanem a hozzátartozók segítségére is figyel. Utánkövetéssel segíteni kell a gyermek felépülését a traumából, támogatni a további fejlődését, hogy új esélyt kaphasson az életében. Szakszerű segítséggel átkeretezhetőek a gyermekkori rossz tapasztalatok. Meg kell akadályozni a további bántalmazást. Ez főleg a gyermekvédelmi rendszer dolga. Fontos egyrészt a gyermek támogatása, másrészt a család segítése (Tománé et al., 2018).

A szülői jóllét, valamint a csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség gyakorlati támogatása évtizedek óta interdiszciplináris, ágazatközi feladat a tengerentúlon és Nyugat-Európa országaiban. Számos bizonyítékokon alapuló, protokollal működő kapcsolatfókuszú intervenciós program is ismeretes a szülő-gyermek kapcsolatok megerősítésére (Danis, 2021).

A gyermekek fejlődésének legkorábbi életszakasza kitüntetett figyelmet érdemel, hiszen minél korábban bekerül egy rászoruló gyermek az ellátórendszerbe, annál nagyobb eséllyel tudja leküzdeni hátrányait (Czeizel, 2013). A hazai koragyermekkori intervenció rendszerében Czeizel (2013) hangsúlyozza a szakmák közötti együttműködést, több ágazat összefogásával megvalósuló korai intervenciós gyakorlatot mutat be, korszerű módon nemcsak az eltérő fejlődésű, hanem az erre *veszélyeztetett (rizikó) csecsemők és kisgyermekek* ellátását. A koragyermekkori intervenció korszerű értelmezése magában foglalja a szülést megelőző és a születés körüli időszak megelőző ellátásait, és a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és

családjukra irányuló szolgáltatások összességét. A koragyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, (pszicho)terápiás, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet. Korszerű megközelítésében a mentális egészséget, viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok jótékony befolyásolását is célul tűzi ki a szülő-gyermek kapcsolatdiagnosztika és konzultáció segítségével (Kereki & Szvatkó, 2015).

Fontos előrelépés, hogy megjelent, és 2017. 03.07-től hatályos „Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba – mama – papa egységében történő kezeléséről” klinikai egészségügyi szakmai irányelv. A hátrányos helyzetű gyermekek fokozottabb preventív figyelmet igényelnének, a gyermekvédelmi ellátórendszerben pedig rajtuk kívül a veszélyeztetett, bántalmazott gyermekek ellátása is bele kell, hogy tartozzon a korszerű szemléletű koragyermekkori intervencióba (2020. EüK. 14. szám EMMI szakmai irányelv 2 (hatályos: 2020.08.05.–). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv Azonosító: 001148). Ami pedig még kevésbé látszik, az a korai kapcsolati traumatizációt átélt gyermekek, illetve szülő-gyermek diádok (párosok) problémáinak, elakadásainak megfelelő felismerése és kezelése, a később kialakuló mentális zavarok, érzelmi- és viselkedészavarok, személyiségzavarok megelőzése érdekében. Ezek a célcsoportok kevésbé jelennek meg a ma hazánkban inkább a szűkebben értelmezett korai fejlesztés ellátórendszerében, ezért sok gyermek és család nem kapja meg a megfelelő segítséget, vagy nem idejében kapja meg. Hazánkban folyamatos törekvések vannak a különböző ágazati tevékenységek összehangolására, átláthatóságára, együttműködések megteremtésére, a *multidiszciplinaritásra*. A hazai ellátórendszerben a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás a köznevelés egyik alapfeladata.

A szülők a legfontosabb szereplők a terápiás teamben, ezért kulcsfontosságú, hogy erős, elköteleződött munkakapcsolat alakuljon ki a szülőkkel. Minden esetben vizsgálandó témák a szocioökonómiai háttér, a szülők lelki egészség problémái, a családon belüli erőszak jelenléte és egyéb traumák történetei is. Mivel a kora gyermekkori önszabályozás alakulásában a gyermekről gondoskodó felnőtteknek hatalmas szerepe van, érdemes az intervenciókat úgy tervezni, hogy a felnőttek saját önszabályozási, és önszabályozást támogató képességeit, valamint a gyermekekkel való kapcsolatukat célozzák. Az intervenciók irányulhatnak a szülőkre, illetve a kisgyermekekkel foglalkozó szakemberek közül elsősorban a csecsemő- és kisgyermeknevelőkre és az óvodapedagógusokra. A kisgyermekekkel foglalkozó szakemberek esetében tréningek, továbbképzések, hosszabb távon az alapképzésbe beépített kurzusok jelenthetik a megoldást, míg a szülőknél tematikus szülőcsoport-

tok, tréningek, illetve egyénileg a szülő-csecsemő konzultáció, terápia adhat teret a gyermek önszabályozását támogató szülői viselkedés fejlesztésének. A hazai egyetemek és képzőhelyek a szülő-gyermek kapcsolat támogatását célzó szakmai képzéseket indítanak. 2010-ben indult az első, egyetemi diplomát adó posztgraduális szakirányú továbbképzés Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde kidolgozásában Integrált szülő-csecsemő konzultáció néven (Németh & Hédervári-Heller, 2020). A Pázmány Péter Katolikus Egyetemen 2015-től működik a Hámori Eszter nevével fémjelzett Kapcsolatdiagnosztika és csecsemő-szülő konzultáció szakirányú továbbképzés. A képzés a kapcsolati folyamatok dinamikájára, mélyebb rétegeinek megértésére helyezi a hangsúlyt, elméleti alapját pszichoanalitikus elméletek adják, gyakorlati része pedig a videóalapú résztvevő csecsemő/kisgyermek megfigyelés módszere (Hámori, 2020b). Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció a koragyermekkor (0-5 év) időszakában alkalmazható prevenció és intervenció módszer, melyet az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának továbbképzésén lehet elsajátítani. A korai érzelmi- és viselkedésszabályozási problémák (regulációs zavarok), kapcsolati nehézségek és egyéb korai testi-lelki problémakörök kezelését, enyhítését célozza meg, ezzel támogatva a kiegyensúlyozott szülő-gyermek kapcsolatot és a harmonikus fejlődést. Az EGO Klinika módszerspecifikus analitikus gyermekterapeuta képzésén a csecsemőmegfigyelés és anya-csecsemő terápia módszertanának oktatása évtizedek óta zajlik (Halász & Jakab, 2020). A cikk szerzője pszichodinamikus megközelítést is nagy mértékben az EGO Klinika gyermekterapeuta képzése alapozta meg (emellett még Kende Hanna individuálszichológiai játékerápiás képzése és munkássága). Komplex korai intervenció stratégikaként kidolgozott játékerápiás rendszerem évtizedek óta jelen van a szülők és szakemberek számára a hazai intervenció palettán. Öt éven keresztül a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia szervezésében valósultak meg az Érzelmi és viselkedészavarok kezelése játékerápiával képzések, több, egymásra épülő modellben. A képzés rendszerét 2023-ban megújítottam, immár saját felnőttképzési intézményként indítjuk a játékerápia alap- és a rájuk épülő gyakorlati képzéseket (<https://eignerbernadett.hu/osszes-kepzes/>), melyekben a korai kapcsolati zavar-veszélyeztetettség felismerésére irányuló KDIK (Korai Diádikus Interakció Kódrendszer) és Játékosság kódrendszereket lehet elsajátítani, valamint az erre épülő integratív játékerápiás intervenciókat (IJDT, Integratív Játékdiagnosztika és Játékerápia) (Eigner, 2012a, 2014b, 2015, 2018a, 2018b, 2019, 2021a, 2022a, 2022b). A képzések, a nemzetközi játékerápiás gyakorlatnak megfelelően több segítő szakma számára elérhetőek (pedagógusok, gyógypedagógusok, pszichológusok, orvosok, egészségügyi szakdolgozók, gyermekvédelmi és szociális szakemberek), a Játékerápia alapok továbbképzés akkreditált a pedagógus továbbképzési rendszerben (PIR), és az egészségügyben, az OFTEX portálon. A képzést a Játékerápia szakkönyv-sorozat támogatja (Eigner, 2022a, 2022b). A módszert lentebb részletesen ismertetem.

Traumatizált gyermekek kezelésének lehetőségei

A komplex családon belüli bántalmazást elszenvedett, traumatizált gyermekek gyakran mutatnak érzelmi- és indulatszabályozási, viselkedésszabályozási nehézségeket, illetve mentális és viselkedészavarok tüneteit. Gyermekbántalmazás esetén *cél a bántalmazás megszüntetése, a már kialakult sérülések kezelése, a transzgenerációs bántalmazás negatív körének megállítása*. Cél továbbá, hogy a család és a tágabb környezet olyan sokrétű – pszichológiai, szociális, pedagógiai – segítséget kapjon, amely segíti a gyermek és az őt körülvevő családi rendszer fejlődését, és a szülőket abban, hogy megszüntessék a bántalmazó, elhanyagoló bánásmódot, és új kapcsolati módokat tudjanak gyermekükkel létrehozni. Fontos szakmai és etikai alapvetés az, hogy e szülőket nem ítéljük meg morálisan, és a beavatkozásoknak sem a gyermek családból való kiemelése a célja (Lénárd, 2020). A gyermekkori traumatizáció fázis-alapú kezelésének lényege, hogy a traumatizált gyermekek és fiatalok intervenciójának alapelvei négy fő cél köré épülnek (Kuritárné és mtsai, 2018):

1. biztonság a környezetükben (otthon, iskola, lakóhely)
2. készségfejlesztés az érzelemszabályozás és az interperszonális működés területén
3. értelemadás az átélt múltbeli traumatikus eseményekkel kapcsolatban, pozitívabb, adaptívabb, reményteljesebb nézőpont kialakítása
4. a reziliencia növelése és a szociális hálózatba történő integrálás

Fontos a fázisok szem előtt tartása az intervencióban, mert túlterhelést okozhat, ha egyidejűleg dolgozunk minden területen. A biztonságos környezet kiépítésére kell törekedni, a terápiás kapcsolat vonatkozásában pedig a bizalomépítésre és a pozitív munkakapcsolat kialakítására. Csak ezután lehet majd az érzelemszabályozási készségek fejlesztésére koncentrálni. A biztonság kiépítésére való törekvést követi az érzelemszabályozási készségek fejlesztése, mely segíti a traumatikus élmények átdolgozását. *A játékkerápia súlypontjait* gyakran ez a munka jelenti. Amint fejlettebb megküzdéssel és jobb érzelmi- és indulatszabályozási készségekkel rendelkeznek, a bántalmazott gyermekek jobban képessé válnak a nehéz élmények kommunikációjára és feldolgozására. Ez a kapcsolódó pszichés distressz csökkenéséhez vezet. Magabiztosabbak lesznek, pozitívabb lesz az énképük, nő az én-hatékonyság-érzésük, önbizalmuk, önbecsülésük. A reziliencia növelése reményt ad arra, hogy az egyének elkerüljék a jövőbeni áldozattá válást, és egészséges, pozitív fejlődésre legyenek képesek. A kisgyermek számára választandó kezelés a szülő-gyermek diádikus modellen alapul (Kuritárné et al., 2018). Az elsődleges cél a szülői érzékenység, ráhangolódás elősegítése, fejlesztése, a szülő szövetségesként való megnyerése, a „jobb szülővé válás” elősegítése (Novick & Novick, 2014). Akkor a legjobbak az esélyek, ha az intervenció korai és a szülő-gyermek kapcsolatra fókuszál. Fontos, hogy a szülő a gyermek

érzelmeire, belső állapotaira, és ne a külső, viselkedéses megnyilvánulásaira reagáljon. Az *anya érzékenyítése gyermeke érzelmi megtámogatására* hangsúlyos a szülőkonzultációs munkánkban, és az integratív játékkerápiában (Eigner, 2018, 2019, 2021a, 2022b) is, ahol a kapcsolat- és trauma orientált, interaktív megközelítés van a fókuszban.

A játék alapvető szerepet tölt be a gyógyítás elősegítésében és azon készségek tanulásában, melyek a későbbi fejlődési szakaszokhoz szükségesek. A *traumatizált gyermekek játékmagatartása* gyakran gátolt vagy expanzív, vagy egyáltalán nem játszanak (Wurst, 1983). Az érzelmi- és viselkedészavarokat, teljesítményzavarokat mutató gyermekekkel (melynek háttértényezői között gyakran megtaláljuk a bántalmazást, elhanyagolást, veszélyeztetést és traumatizációt) a gyógypedagógián belül a pszichopedagógia foglalkozik, a sajátos nevelési igényű², a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségeket mutató, illetve a hátrányos helyzetű gyermekek ellátásainak körében, a köznevelésben a pedagógiai szakszolgálatok korai fejlesztési, nevelési tanácsadási, szakértői bizottsági tevékenységeiben, illetve az egészségügyben, gyermekvédelmi-szociális szférában (Eigner, 2014a, 2021b, 2022b). A fejlődési nézőpont érvényesítése fontos az érzelmi- és viselkedészavarok diagnosztikájában és terápiáiban, hiszen a fejlődés változásai, a fejlődési csomópontok, krízisek, a normálfejlődés és az ahhoz viszonyított eltérések dinamikus nézőpontot kívánnak. Az érzelmi- és viselkedészavarok megismerésében és megértésében nem elégséges a klasszifikációs rendszerek kínálta kategóriák, feltétlenül szükséges egy olyan megközelítés, amelyik komolyan veszi az adaptív funkciókat, a környezet sajátosságait és az interakciók természetét. Az előbbi, kategória alapú statikus rendszerrel szemben az utóbbi dimenzióális elrendezésben gondolkodó, dinamikus szemlélet (Péley, 2013).

Játékkerápia

Játékkerápia a nemzetközi gyakorlatban

A játékkerápiát széles körben alkalmazzák a gyermekek érzelmi és viselkedési problémái kezelésére, mert jól képes alkalmazkodni az egyedi és változatos fejlődési igényekhez (Bratton, 2005). A játékkerápiában a játékok olyanok, mint a gyermek szavai, a játék pedig a gyermek nyelve (Landreth, 2002). A játékon keresztül a terapeuták segíthetnek a gyerekeknek adaptívabb viselkedésmódok elsajátításában, ha érzelmi vagy szociális készségek hiányosságai vannak (Pedro-Carroll & Reddy, 2005). A játékkerápiás foglalkozások során a terapeuta és a gyermek között kialakuló pozitív kapcsolat a gyógyuláshoz

² Sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló (SNI): „az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv>

szükséges korrekciós érzelmi élményt adhat (Moustakas, 1997). A játékerápia felhasználható az érzelmi-szociális, és a kognitív fejlődés elősegítésére, valamint a belső konfliktusok vagy a gyermek diszfunkcionális gondolkodásának betekintésére és megoldására (O'Connor & Schaefer, 1983; Reddy et al., 2005). Nemzetközi viszonylatban a játékerápiát széles körben úgy tekintik, mint fontos, hatékony és fejlődésorientált mentálhigiénés gyógymódot. „A játék a gyermek természetes megnyilvánulási közege önmaga megtapasztalására.” – állítja Virginia Axline (1989), a gyermek-központú játékerápia megalapítója. A *játékerápia* gyűjtőfogalom, sok szakterületen alkalmazható, többféle módszer és tevékenység, valamint szakma részeként. Beépíthető elemi a nevelési folyamatba, - módszerekbe, alkalmazható, mint módszer a nevelésben, az intervencióban (terápiák) és a (re)habilitációban is. Egyes sajátos válfajai beépíthetők a pedagógiai terápiás, a művészeti terápiás, a pszichoterápiás, a gyógypedagógiai terápiás és a szocioterápiás szakmai munkába – a játékerápia módszereinek felhasználása a szakember alapvettségének kompetenciái szerint lehetséges. A játékerápiát hazánkban elsősorban a szocioterápiák körébe sorolják, azon belül is a foglalkozásterápiák csoportjába. A foglalkozásterápiák altípusai: kreatív és művészetterápiák, mozgásterápia, játékerápia, kombinált foglalkozási terápia. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2000³-es állásfoglalása kiemeli, hogy minden humán tevékenységre építhető szocioterápiás eljárás, amelynek terápiás értéke csak akkor lesz, ha nem a tevékenység pusztá gyakoroltatására szorítkozik, hanem a személyiség kibontakozását, differenciálódását, társas viszonyainak dinamizálását szolgálja. A terápiás hatású nevelés speciális formái (játékerápia, viselkedésterápia, zeneterápia, művészeti terápiák, konfliktuskezelés stb.) különösen a viselkedési zavart mutató, nehezen tanuló gyermekek esetében szükségesek (Mesterházi, 2000).

A játékerapeuta olyan, a nemzetközi ajánlások szerint 3–12 éves korú gyermekekkel játszanak, akik pszichés nehézségekkel és nehéz élettapasztalatokkal küzdenek – beleértve az emocionális és viselkedési problémákat, a válást, a családon belüli erőszakot, a kríziseket, traumákat. A képzett játékerapeuta segít a gyermeknek abban, hogy megismerje tapasztalatait, megküzdjön ezekkel, növelje érzelmi-szociális rugalmasságát, megismerjen olyan új stratégiákat, melyek csökkentik a problémás viselkedéseket és az internalizált konfliktusokat, lebontják a kóros védekezéseket, egészséges coping stratégiákká alakítva. A játékerápia során a terapeuta szorosan együttműködik a gyermek szüleivel/gondozóival, segíti a szülő-gyermek kapcsolat javulását, harmonikussá válását.

A játékerápia eredményeinek metaanalízise című munkájukban LeBlanc és Ritchie (2001) egészen 1945-től vizsgálta a játékerápia, gyermekterápia, szülő-gyermek interakció terápia hatékonyságát. A játékerápiába bevont

³ Füredi János, Gerevich József (2000). A pszichiátriai szakmai kollégium állásfoglalása a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről. Budapest, 2000 <http://mob.gyemnszi.hu/detailsperm.jsp?PERMID=66239>

gyermek életkora 0-12 év között volt. A bemutatott problémákat hat kategóriába sorolták: érzelmi diszfunkciók, szociális alkalmazkodás problémái, traumás reakciók, tanulási problémák, családi működés zavarai, viselkedési problémák. A játékerápia típusát négy csoportba kódolták: nondirektív terápiamódok; speciális eszközökre összpontosító terápiák, mint például a bábok használata; szülő kiképzésével ható módok, beleértve a gyermeki és szülő-gyermek interakciós terápiákat, valamint minden más típusú terápia. A játékerápiában részesülő gyerekek 25 százalékponttal jobb eredményt értek el az adott eredménymutatókon, mint azok a gyerekek, akik nem részesültek kezelésben. A szülők részvétele a terápiás folyamatban szignifikánsan összefüggött a hatás méretével. A játékerápia ugyanolyan hatékonynak tűnt az érzelmi nehézségekkel küzdő gyermekek kezelésében, mint a nem játékerápiák. A kezelés hatékonysága erősödött, amikor a szülőket is bevonták a terápiás folyamatba. A terápia időtartama összefüggött a kezelési eredményekkel, a maximális hatásmérés körülbelül 30 kezelés után következett be. Több más kutatás is ugyanezt találta: a játékerápiának a megfelelő hatás eléréséhez több időre van szüksége, legalább 20 ülésre. Bratton és munkatársai (2005) szerint a játékerápia széles körben a fejlődésre reagáló beavatkozás, gyermekterapeuták használják. 93 (1953–2000 között publikált) kontrollált kimenetelű tanulmány metaanalízisét végezték el a tanulmányukban, vizsgálva a játékerápia általános hatékonyságát, és a hatékonyságát befolyásoló tényezőket. A hatások kedvezőbbek voltak a humanisztikus megközelítésű terápiákban, valamint akkor, ha a szülők is részt vettek a játékerápiában. A játékerápia egyformán hatékonynak tűnt az életkortól, a nemtől és a probléma megjelenésétől függően. Nagy hatással van a gyerekek viselkedésére, szociális alkalmazkodására és személyiségére. Az eredmények szerint jelentős szerepe van a gyermekek viselkedésváltozásában, de szociális kapcsolataik bővülésében, harmonizálásában is.

A kezelés időtartama és a szülők részvétele befolyásolja az ő vizsgálataik szerint is a játékerápia hatékonyságát. A tartós belső változások eléréséhez több alkalomra van szükség, mint csupán néhány ülés. Lin és Bratton (2015) 1995 és 2010 között 52 kontrollált kimenetelű vizsgálat metaanalitikus áttekintésén keresztül tárták fel a *gyermekközpontú* játékerápia (Child Centered Play Therapy, CCPT) megközelítéseinek általános hatékonyságát. Szignifikáns mérsékelt hatást találtak, és szignifikáns összefüggéseket a hatás mérete és a vizsgálat jellemzői között (életkor, etnikai hovatartozás, gondozói részvétel). A gyermek életkorát illetően a CCPT nagyobb előnyöket mutatott a 8 éves és az alatti életkorú gyermekeknél. Ezenkívül a szülők részvételével kapcsolatos megállapítások összhangban voltak más metaanalitikai *áttekintésekkel* (Bratton et al., 2005; Dowell & Ogles, 2010; LeBlanc & Ritchie, 2001), és megerősítették a játékerápia jótékony hatásait fejlődési és kulturális szempontból is.

Slade és Warne (2016) azt találták, hogy mind a kognitív-viselkedés terápia, mind a *játékerápia csoportban résztvevők pozitívabb eredményeket értek*

el, mint a kontroll vagy összehasonlító csoportokban. Széles körben elterjedt használatuk miatt a trauma-fókuszú kognitív-viselkedési terápiát (TF-CBT) és a játékterápiát (PT) választották ki egy metaanalitikus vizsgálatba, amely a gyermekbántalmazás áldozatainak segítésében való hatékonyságukat vizsgálta. Az eredmények azt mutatták, hogy mindkét terápia forma *előnyös lehet a gyermekbántalmazás áldozatai számára.* Jensen és munkatársai (2017) a játékterápia kimeneti tényezőinek mérésére helyezték a hangsúlyt meta-analitikus tanulmányukban. Szignifikáns, mérsékelt hatást találtak a kimenetre vonatkozóan. Megállapítják, hogy nem könnyű a játékterápiát kutatni, és ezen a téren még vannak tennivalók. A diagnosztikai kritériumokat ritkán használják bemeneti tényezőként, ezért is nehéz a mérés. Line és munkatársai (2024) összehasonlították a szülők bevonásával végzett gyermektanácsadás kezelési hatásait a szülők nélküli módszerekkel, 59 randomizált, kontrollált vizsgálat metaanalízisével, 3–11 éves gyermekeknél, amelyet négy tudományos adatbázison keresztül találtak meg. Az eredmények azt mutatták, hogy a szülők bevonásával végzett terápiás kezelések hatékonyabbak a gyermekek mentális egészségügyi tüneteinek kezelésében, mint azok a kezelések, amelyekben nem vesznek részt a szülők.

A játékterápia hatékonyságának vizsgálatát szolgáló tanulmányok száma egyre bővül, de még mindig szükséges lenne több összehasonlító elemzés az eredményességet, illetve a más módszerekkel való összehasonlítást tekintve. Az eddigi eredmények megerősíthetnek a játékterápia érzelmi és viselkedészavarok kezelésében kifejtett hatásával kapcsolatban, és felhívják a figyelmet a szülők aktív részvételére, bevonására.

Az integratív játékterápia (Integratív Játékdiagnosztika és Játékterápia, IJDT)

Az integratív játékdiasztika és játékterápia (IJDT) hosszú évek munkája során általam kifejlesztett komplex koragyermekkorai intervenciós stratégia, csecsemőkortól tíz éves korig (Eigner, 2005, 2018a, 2018b, 2019, 2021a, 2022b). A tünetek megértése a családi hatótényezők megismerésével válik lehetővé. A terápiában – mivel a tünetek háttérben gyakran találjuk meg a kommunikációs, kapcsolati zavarjeleket vagy traumatizációt – gyakori, hogy az anyát (esetenként az apát) is bevonjuk a játékterápiába: anya, gyermek és terapeuta integratív, játékos együttlétében íródhatnak át kapcsolati mintázatok. A szülők így aktív segítőként vehetnek részt a terápiás folyamatban. A közös munka célja nemcsak a gyermek változása, hanem a kapcsolatok változása is. Az integratív játékdiasztika és játékterápia mind szemléletében, mind módszertanában integratív. Az integratív szemlélet magában foglalja az ökológiai-rendszerelvű megközelítést (Speck, 1995) miszerint a személyiséget közvetlen környezetével szoros kapcsolatban és interakcióban lévő rendszernek tekinti, s így is vizsgálja és befolyásolja annak működését. A kapcsolatra összpontosító korai intervenciós megközelítéssel, közelebről

a connecticuti „család – konzultációs programmal” mutat hasonlóságot. A kapcsolatra összpontosító programok célja a meleg, kölcsönös interakciók elősegítése szülő és a fejlődési zavart mutató gyermek között, valamint az általános szülői kompetencia és problémamegoldó készség fejlesztése (Affleck et al., 1991). Ez gyermek-és családközpontú szemléletet jelent, lényege az egész családi rendszer és működésének feltérképezése a gyermek viselkedésének, védekezéseinek, jelen állapotának, tüneteinek megértése céljából. Ehhez fontos a szűkebb és a tágabb családi rendszer dinamikus összefüggés-hálózatának, kapcsolódási pontjainak, csomóponti meghatározottságának feltárása. Ezért a módszerek körében kiemelt szerepet kap egy ható-és háttértényezőkből álló csomópontok által kirajzolódó összefüggésrendszer, háló felvázolása. A gyermek tünete védekezés, feltevésünk szerint az érzelmi- és viselkedészavarok, beilleszkedési, alkalmazkodási nehézségek háttérben mindig kapcsolati sérülés, kapcsolati traumatizáció (is) áll. A kapcsolati sérüléseket integratív és interaktív kapcsolati munkában tudjuk korrigálni. Ezért a munka fókuszában ez áll. A meghatározó korai kapcsolatok harmonizálása után szükségtelenné válik a tünet (Eigner, 2018).

Az integratív játékdiaosztika és játékkerápia (IJDT) módszertana alkalmazható állami ellátásban (például pedagógiai szakszolgálatok nevelési tanácsadás, korai fejlesztés tevékenységében, gyermekjóléti szolgálatokban, gyermekpszichiátriai ambulanciákon), integratív családi játéktárakban, magánrendelésben, civil szervezeti fenntartású intézményekben. A játékkerápia elsődleges célja és feladata az érzelmi-szociális és kommunikációs készségek fejlesztése, a szociális kompetencia javítása, a nehéz tapasztalatok átdolgozása, a megküzdés új útjainak kiépítése és a társas kapcsolatok segítése. Megfelelő szülői minták hiányában és az érzelmi elhanyagoltság miatt a bántalmazott, traumatizált gyermekek szociális képességei kevésbé hatékonyak, és nehézségeik vannak a konfliktuskezelésben is, sokkal gyakoribb az indulatvezérelt viselkedés (Révész, 2015). A játékkerápiás munkában kiemelt szerepet játszik az érzelmi-szociális kompetencia fejlesztése. Az Integratív Játékdiaosztika és Játékkerápia (IJDT) specifikus módszertana alapján elsősorban a *gyógypedagógiai terápiák* körébe sorolható, azon belül is a pszichopedagógiai terápiák körébe, illetve *szocioterápiás eljárás*ként is felfogható, melynek (re)habilitációs céljai vannak, fő célcsoportja az érzelmi- és viselkedészavarokkal küzdő gyermekek, tanulók köre. Beilleszthető gyermekpszichoterápiás munkába is. Alkalmazási lehetőségei ugyanúgy széles körűek, mint az általában vett játékkerápiáé. Az IJDT az érzelmi- és viselkedészavarok, teljesítményzavarok körét mutató gyermekek, tanulók, a sajátos nevelési igényű (elsősorban az egyéb pszichés fejlődés zavarai), a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségeket mutató, a hátrányos helyzetű, valamint a rizikó fejlődésű gyermekek preventív és intervenciós ellátásában használható komplex módszer. Az IJDT a pedagógiai terápiák körébe is beépíthető, pedagógus alapvégzettséggel, specifikus módszertani képzettséggel művelhető. A nevelésben is alkalmazhatók terápiás eljárások, többek között

a játékkerápiás módszerek is (Strédl, 2017). A játékkerápia a pszichoterápiás módszerek körében is elterjedt eljárás. A gyermekterápiában, elsősorban az analitikus gyermekpszichoterápiában hangsúlyos szerepet kap a fantázia, mese, játék. A gyermekterápia módszere alapvetően analitikusan orientált alapokon nyugszik.

Fontosnak tartom az integratív játékkerápiában szükséges esetben a traumatizált anya (és/vagy apa) bevonását a közös játékba, és utána a szülőkonzultációban a mentális reflektivitásának, elérhetőségének a fejlesztését, gazdagítását, melyet a közös helyzetek, esetleg videón visszanezített jelenetek elemzésével, értelmezésével jelentősen befolyásolni lehet. Így „visszaadva” a gyermeknek egy immár (jobban) mentalizáló kötődési személyt, a játékkerápia terében és idejében megvalósítható reparációs és újrafogalmazó helyzet megteremtésével. A gyermek problémájának megoldásában akkor lehet nagyobb, gyorsabb sikert elérni, ha a szülők képesek változtatni, változni, és segíteni a gyermekük változását, fejlődését (Novick & Novick, 2014). Az integratív játékkerápiában a szülőkonzultációk során arra törekszünk, hogy a szülő (sok esetben sérült, traumatizált, fájdalmas élményeket átélt) belső gyermekéhez újra tudjon kapcsolódni, vigasztalni, együtt érezni vele, megfogalmazni igényeit, szükségleteit, ebben az esetben lesz majd saját gyermekével is empatikusabb (Miller, 2016) – ehhez többek között a regrediált kinetikus családrajz (Vass, 2006) módszere is segítséget nyújt (Eigner, 2019).

Játékkerápiás esetrészlet

A szülők hozzájárultak az esetrészlet ismertetéséhez. Beni négy és fél évesen jött hozzám, nemrégén költöztek haza külföldről, és az itthoni, nemzetközi óvoda súlyos panaszokat fogalmazott meg a kisfiú viselkedésével kapcsolatban, ami odáig fajult, hogy el akarták tanácsolni az intézményből. Agresszív, bántó, ellenkező viselkedését nem tolerálta az intézmény. A szülők közben második gyermeküket várták, a terápia kezdetekor született meg Beni kishúga. Az egyébként is kibillent egyensúlyát ez a tény totálisan felborította, dekompenzált állapotba került, sokáig erős testvérféltékenység volt jellemző, sok agresszió, disszociatív állapotok. Az érzelmkifejezések, érzelm- és viselkedésszabályozás nehézségei voltak megfigyelhetőek, szélsőséges, hullámzó érzelmi, indulati állapotok, a szülőkkel is kapcsolati zavarok, különösen anyával volt eleinte harcos, dacoló, leértékelő, feszült a kapcsolat. Az integratív játékkerápia sokat segített a kapcsolat harmonikussá válásában, az anya hiányos érzemtükröző és mentalizáló interaktív viselkedését mind a játékkerápia során, mind a szülőkonzultációban sikerült javítani, fejleszteni. A háttérben mind az anyánál, mind az apánál transzgenerációs traumák, valamint feltehető személyiségpatológiák, nem megfelelő szülői bánásmód körvonalazódott, így egyikük sem tudott igazán a gyermekük valódi igényeire, szükségleteire hangolódni, érzelmeket megfelelően tükrözni, kifejezni, adni és kapni, tartalmazni, a gyermeket stresszes állapotaiban megnyugtatni,

magas elvárások és perfekcionizmus jellemezte a felnőtt és a szülői működésüket is. A kislány korai gyermekkorról váratlan, hirtelen szakadásokat, veszteségélményeket lehetett feltárni, a túlzottan szoros anyai jelenlét hirtelen megszakadása, munkába állás és a gyermek intézménybe kerülése egyik napról a másikra történt, és sok intézményi bántalmazást is elszenvedett. Az, hogy a szülők ennyire érzéketlenek voltak a kislány személyes szükségleteivel kapcsolatban, saját traumatizált gyermekkora magyarázta. A fentebb írt összefüggés, hogy az anya akkor lesz képes jobban rálátni gyermekére, ha saját belső gyermekével már megtalálta a kapcsolódást, és empátikus tud lenni, ebben az esetben drámaian bontakozott ki, egy rajz segítségével.

1. ábra

Beni édesanyjának regrediált kinetikus családraja



Az anya szülőkonzultációban rajzolt regrediált kinetikus családraja (Vass, 2006) tárta fel számára, mennyire közönyösek, hidegek voltak vele a szülei, magára hagyták, cserben hagyták. Egyetlen elfogadó, szeretetteljes kapcsolata volt csak, a nagypapájával, aki szintén kirekesztett volt, szülei pedig reggeltől estig dolgoztak, anyja érzelmileg nem volt elérhető, apja sokszor bántó, hullámzó hangulatú ember volt, ugyanakkor elvárták a kiváló teljesítményeket. A rajzon látszik, hogy a kislány szinte kislánynak néz ki, ruházata, neve is inkább kislányé. Így érthető, hogy az ő női működéseibe is hogyan szövődött bele a sok bizonytalanság, önértékelési probléma, a nőiség, női szerepek szorongásos megélése, mely fokozott kontrollra törekvéssel párosult,

rombolva a kapcsolatot gyermekével. A közös játékok nagyban segítették az egymás felé fordulást, gyermeke működésének jobb megértését, elvárásai, kontrolligénye és maximalizmusa, mögöttes szorongásai és büntudatai csökkenését, érzelmei gazdagabb, melegebb, változatosabb kifejezését gyermeke iránt, így a közelséggel párhuzamosan csökkentek a kisfiú viselkedéses és pszichoszomatikus tünetei a terápiában.

Összegzés

A gyermekkori bántalmazás és az abból fakadó traumák miatt megváltozott életutak egyre nagyobb kutatói és társadalmi figyelmet kapnak, de még mindig nagyon sok ezen a téren a tennivaló. Traumatudatos szemlélet és módszertanok (traumatudatos gondozás /*trauma-informed care* – TIC/ bevezetése jól képzett szakemberekkel (Kovács-Tóth & Kuritárné Szabó, 2023) elterjedésére és a bántalmazás megállítására, illetve prevenciójára óriási szükség lenne. Ahhoz, hogy megelőzhessük az élethosszig tartó káros hatásokat, fontos lenne a korai, sokszor nehezen látható és érzékelhető kapcsolati folyamatok elemzése, alapos ismerete. Ha a legkorábbi interakciókban sikerülne szélesebb körben felismerni és megállítani az atipikus jellemzőket, folyamatokat, akkor lehetnének igazán hatékonyak a gyermekek (és majd az ő gyermekeik) testi-lelki jóllétének megteremtésében. Az Integratív Játékdiagnosztika és Játékterápia (IJDT) komplex korai intervenció stratégia, melynek sajátos szemlélete, alapelvei, vizsgálati és terápiás fázisa, eszközei és módszerei vannak (Eigner, 2018). Gyermek-és családközpontú megközelítés, nondirektív és kevert típusú játékterápia, aktív konzultációs szülőkapcsolat jellemzi, kiemelt figyelmet fordít a környezeti tényezők megismerésére, a családi és intézményi megfigyelések keretében. A játék a megismerés és a kezelés eszköze, integratív, interaktív, kapcsolatközpontú, konfliktus-és trauma fókuszú módszerei és minőségi eszköztára van. Nemcsak a gyermek egyéni fejlettségi szintjét, állapotát, képességeit (mozgásos, kognitív, nyelvi, és érzelmi-szociális fejlődését, temperamentum jellemzőit) kell vizsgálni, hanem a család szocioökonómikus, szociokulturális hátterét is, a szülők mentális egészségét, a káros családi hatások jelenlétét (deviancia, nem optimális nevelési hatások, bántalmazás, elhanyagolás, stresszek, traumák). A felmérés multidiszciplináris és kapcsolat fókuszú kell, hogy legyen, team munkában történjék. A korai interakciókban megmutatózó *diszfunkcionális mintázatok* felismerése és felhasználása a célzott intervencióban erős preventív értékkel bírna, a kórosnak induló folyamatok visszafordíthatók lennének. A továbbiakban nagy szükség lenne a társadalmi érzékenyítésre, szülői tréningek, programok bevezetésére, a szakemberek specifikus – bántalmazás, trauma, interakció és kapcsolati fókuszú elméleti és gyakorlati - ismereteinek bővítésére, hatékony, több szakmát összefogó teammunkára, korszerűbb szemlélet, a módszertanok továbbfejlesztésére.

Irodalom

- Affleck, G., Mc. Grade, B., Mcqueneey, M. & Allen, D. (1991). A kapcsolatra összpontosító korai intervenció ígérete fejlődési zavarok esetén. In Kedl M. & Borbély S (Eds.), *Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből I. kötet: Szemléleti kérdések*. Tankönyvkiadó.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (2015). *Patterns of Attachment* (1st ed.). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed.* American Psychiatric Press, Washington D.C. (Magyarul: APA (2022) *DSM-5-TR referencia kézikönyv a DSM-5-TR diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Houghton-Mifflin.
- Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.
- Bratton, S.C., Ray, D.C., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376–90. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development. The case of child maltreatment. In Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 32–71.) John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Fonagy & P. & Gabbard, G. O. (2012). *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Lélekben otthon könyvek, Oriold és Társai Kiadó.
- Czeizel B. (2013). *Helyi együttműködés az eltérő fejlődésű és a fejlődés szempontjából veszélyeztetett csecsemők és kisgyermekes folyamatos ellátása érdekében Budapest XI. kerületében*. TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0-7 év) program III. KORAGYERMEKKORI FEJLESZTÉS JÓ GYAKORLATAI, Szakmák közötti együttműködés. OTH.
- Cs. Ferenczi, Sz. & Németh, T. (2020). Az önszabályozás alakulása és jelentősége kora gyermekkorban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I. & Hédervári-Heller, É. (Eds.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények*. (pp. 202–243) Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Danis, I. (2021, Ed.). *21. századi babaszoba. Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a kora gyermekkori lelki egészség hátterében – feltáró kutatás*. Elméleti háttér, módszertan, társadalmi indokoltság. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.

- Dowell, K. A. & Ogles B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39(2), 151–162. <https://doi.org/10.1080/15374410903532585>
- Eigner B. (2005). „Integratív játék” a prevencióban és korai intervencióban. *Serdülő és Gyermekpszichoterápia. Pszichoanalitikus szakfolyóirat*, 5(2), 58–73.
- Eigner B. (2012a). *A játékoság szerepe a korai anya-gyerekek kapcsolat alakulásában – a kapcsolati problémákat bejósoló gyanújelek és moderátor tényezők*. PhD disszertáció, ELTE Pszichológiai Doktori Iskola Kognitív Fejlődés Program.
- Eigner B. (2012b). Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1. http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=38&jaid=560
- Eigner B. (2013). A szülői stressz szerepe a korai anya-gyerekek kapcsolatban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 39–55.
- Eigner B. (2014a). Pszichopedagógia. Tudomány és gyakorlat. *Fejlesztő Pedagógia*, 25(4), 9–23. http://www.magye-1972.hu/files/Szakosztalyok-Dokument/Pszichoped_Szakmai_allasfoglalas_2014.pdf
- Eigner B. (2014b). Új módszer a korai anya-gyermek interakció elemzésére: Korai Diádikus Interakció Kódrendszer. *Magyar Pszichológiai Szemle*, Gyógypedagógiai pszichológiai tematikus különszám, 69(1), 205–234 <https://doi.org/10.1556/mpszle.69.2014.1.11>
- Eigner B. (2015). A játékos interakció szerepe a korai anya-gyermek kapcsolat alakulásában – rizikó és védő faktorok. *Psychiatria Hungarica*, 30(1), 35–49. https://www.doki.net/tarsasag/psychiatria/folyoirat.aspx?web_id=&tmi=0&f=1&an=1413
- Eigner B. (2018a). Játékterápia az atipikus fejlődésű gyermekek korai intervenciók ellátásában. A gyermekkel, szülővel és a családdal végzett munka az integratív játékterápiában. 2. rész: Diagnosztikus és terápiás eszköztár. *Fejlesztő Pedagógia*, 29(4–6), 4–22.
- Eigner B. (2018b). Rajzok összehasonlító elemzése az integratív játékdiasztika és terápia folyamatában. Anya és gyermeke ember-, fészek-, anya-gyermek rajzainak elemzése Ssca módszerrel. Esettanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 33(1), 35–56. https://www.doki.net/tarsasag/psychiatria/upload/psychiatria/magazine/ph2018_4_vegso_20180416.pdf?web_id=847C2B7C7778A97
- Eigner B. (2019). „Húzz, húzz engemet, én is húzlak tégedet”. A szülőkonzultációban alkalmazott rajzelemzés szerepe egy integratív játékterápiás folyamatban. *Serdülő-és Gyermekpszichoterápia*, 1.
- Eigner B. (2021a). A hópíhe család – környezet indukálta komplex fejlődési zavart mutató gyermek integratív játékterápiája. Esettanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 36(4), 557–597. https://www.doki.net/tarsasag/psychiatria/upload/psychiatria/magazine/10_ph2021_4_hopihe.pdf?web_id=847C2B7C7778A97

- Eigner B. (2021b). A pszichopedagógia korszerű szemlélete az érzelmi- és viselkedészavarok felismerésében és kezelésében. *Fejlesztő Pedagógia*, 32(1–3), 54–67.
- Eigner B. (2022a). *Játékerápia I. A korai szülő-gyermek kapcsolat*. Móra Kiadó.
- Eigner B. (2022b). *Játékerápia II. Érzelmi és viselkedészavarok, pszichopedagógia*. Móra Kiadó.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M. & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258 [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fonagy, P., Gergely Gy., Jurist, E. L. & Target, M. (2022). *Affektus szabályozás, mentalizáció és a szelf kialakulása*. Oriold és Társai Kiadó.
- Fonagy, P., Target, M. & Gergely Gy. (2001). A kötődés és a borderline személyiségzavar. *Thalassa*, 12(1), 21–49.
- Füredi J. & Gerevich J. (2000). *A pszichiátriai szakmai kollégium állásfoglalása a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről*. Budapest. <http://mob.gyemzsi.hu/detailsperm.jsp?PERMID=66239>
- Gergely Gy. & Watson J. S. (1998). A szülői érzelmetükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9(1), 56–105.
- George, C., Main, M. & Kaplan, N. (1985). *Adult Attachment Interview (AAI)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02879-000>
- Glynn, M. A. & Webster, J. (1992). The Adult Playfulness Scale: An Initial Assessment. *Psychological Reports*, 71(1), 83–103. <https://doi.org/10.2466/pr0.1992.71.1.83>
- Greenspan, S. I. & Lieberman, A. F. (1989). Infants, mothers, and their interaction: A quantitative clinical approach to developmental assessment. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The course of life. Vol. 1: Infancy* (pp. 503–560). International Universities Press.
- Halász, A. & Jakab, K. (2020). Az Ego Klinika szemlélete, módszertana a kora gyermekkori lelki egészség támogatásában. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Eds.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képzések*. (pp. 140–147). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Hámori E. (2020a). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődésemélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Oriold és társai Kiadó.
- Hámori, E. (2020b). Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció. In Danis I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I. & Hédervári-Heller, É. (Eds.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai*

- módszerek, irányzatok és képzések.* (pp. 122–139). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Herman J. (2011). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig* Háttér Kiadó – NANE Egyesület.
- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
- Hesse, E. & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309–343, <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>.
- Jensen, S. A., Biesen, J. N. & Graham, E. R. (2017). A meta-analytic review of play therapy with emphasis on outcomes measures. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(5), 390–400. <https://doi.org/10.1037/pro0000148>
- Kereki J. & Szvatkó A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolg. Nonprofit Kft.
- Kovács-Tóth B & Kuritárné Szabó I. (2023). Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban *Orvosi Hetilap*, 164(37), 1447–1455. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32851>
- Kuritárné Sz. I., Molnár J. & Nagy A. (2018, Eds.). *Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia.* Oriold és Társai Kiadó.
- Kuritárné Sz. I. & Tisljár-Szabó E. (2015, Eds.). *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia.* Oriold és társai Kiadó.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 529–535. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.6.529>
- LeBlanc, M & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination <https://doi.org/10.1080/09515070110059142>
- Lénárd, K. (2020). A bántalmazás és a trauma hatása a lelki egészségre. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I. & Hédervári-Heller, É. (Eds.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéstudományok és empirikus eredmények* (pp. 418–447). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Lin, Y.D. & Bratton, S.C. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling and Development*, 93, 45–58. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x>

- Line, A. V., Lenz, A. S., Warwick, L., Branch, M. L. & Lemberger-Truelove, M. E. (2024). A meta-analysis of parent-inclusive child therapy interventions for decreasing symptomatology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(1), 62–77. <https://doi.org/10.1037/cps0000180>
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017, Ed.). *Psychodynamic Diagnostic Manual second edition PDM-2* The Guilford Press.
- Main, M. & Solomon, S. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In T.B.Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy*. Ablex.
- Mesterházi, Zs. (2000). A gyógypedagógia mint tudomány. In Illyés, S. (Ed.), *Gyógypedagógiai alapismeretek* (pp. 39–79). ELTE GYFK.
- Miller, A. (2016). *A tehetséges gyermek drámája és az igazi én felkutatása*. Osiris Könyvtár.
- Miller, A. (2017) *A test kiáltása. A szülői bántás hosszú távú következményei*. Ursus Libris.
- Németh, T. & Hédervári-Heller, É. (2020). Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelés kezdete és fejlődése Magyarországon. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I. & Hédervári-Heller, É. (Eds.), *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képzések* (pp. 106–121). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.
- Moustakas, C. E. (1997). *Relationship play therapy*. Jason Aronson.
- Novák, A. & Lakatos, K. (2005). Az atipikus anyai viselkedés elemzése csecsemőkorban: az AMBIANCE-kódrendszer bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia*, 7, 49–58.
- Novick, K.K. & Novick, J. (2014). *Munka szülőkkel gyermekterápiában*. Animula Kiadó.
- O'Connor K. J. & Schaefer C. E. (1983). *Handbook of play therapy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Pedro-Carroll & J., Reddy, L. (2005). A preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. In L. Reddy, T. Files-Hall & C. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 51–75). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11086-004>
- Péley B. (2013). Pszichopatológia és fejlődés. Diagnózis és terápia fejlődési pszichopatológiai nézőpontból. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 3–6. <https://doi.org/10.1556/mpszle.68.2013.1.1>
- Pohárnok, M. & Lénárd, K. (2015). A trauma lélektana. In: Gyöngyösiné K. E. & Sz. Makó H. (szerk.): *Gyász,krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (old.: 221-234.). Pro Pannonia Kiadó.

- Reddy, L., Files-Hall, T. & Schaefer, C. E. (2005, Eds.). *Empirically based play interventions for Children*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11086-000>
- Révész Gy. (2015). A rossz gyermekkori bánásmód következményei, In Kiss E. Cs. & Sz. Makó H. (Eds.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Slade, M. K. & Warme, R. T. (2016). A meta-analysis of the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy and play therapy for child victims of abuse, *Journal of Young Investigators*, 30(6), 36–43. <https://doi.org/10.22186/jyi.30.4.36-43>
- Strédl T. (2017). *Terápiák és nevelés*. Selye János Egyetem.
- Tománé Mészáros A., Kovács Zs., Domján Gy., Gadó K. & Soósné Kiss Zs. (2018). Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást? A prevenció munkája jelentősége és kihívásai. *Egészségfejlesztés*, 59(2). <https://doi.org/10.24365/ef.v59i5.323>
- Ujhelyiné Nagy A. & Kuritárné Szabó I. (2020). Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra – szakirodalmi összefoglaló. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 21(1), 1–36. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.008>
- Vass Z. (2006). *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai*. Flaccus Kiadó.
- WHO (1992). *ICD-10: International Classification of Diseases 10th Revision*. (Magyarul: WHO (1995) BNO-10: *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió)*. Népjóléti Minisztérium.)
- Wurst, F. (1983). Varianten des Spielverhaltens aus klinischer Sicht In *Handbuch der Spielpädagogik IV*. (pp. 225–239). Kreuzer Verlag, Schwann Basel GmbH.
- ZERO TO THREE (2016). DC:0-5™ *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Zero to Three Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – DC:0-5™ *A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina Könyvkiadó.)



Eigner, B.

Treating childhood abuse, neglect, and trauma in attachment relationships with play therapy

In the process of early mother-child mutual interactions, the path can lead to a harmonious relationship and a secure attachment, but in the case of atypical maternal communication, it can lead to an uncertain attachment or the disintegration of the attachment behavior. This can be caused by abuse, stress, trauma, and deprivation, both in terms of the child's environment and the mother's conflicted childhood. Abuse suffered in attachment relationships, interaction mistakes, and atypical communication can lead to relationship disorders and, in more severe cases, to traumatization, which can lead to the development of further child psychopathologies, atypical development, and mental disorders. The development of an atypical personality style can be detected very early in the child, and the specific coping and defense mechanisms can be observed in the play behavior. Early observation and analysis of interactions, as well as integrative play therapy, which is a child- and family-oriented, relationship-oriented, trauma-focused method, can help, in cooperation with parents, to guide pathological processes in a healthy direction. I present the rewriting and reworking of early relationship injuries, traumatizations, pathological defenses, maternal deviant reflection and mentalization during later therapeutic intervention, illustrated with case details from my own play therapy and parent consultation practice.

Keywords: Adverse childhood experiences, attachment relationship traumatization, Early Dyadic Interaction Code System (KDIK), integrative play therapy



Eigner Bernadett: <https://orcid.org/0009-0008-3953-7776>