

DC: 0–5TM

A DC: 0–5TM: A csecsemő- és kora gyermekkori
lelki egészség és fejlődés zavarainak
diagnosztikai klasszifikációs rendszere című,
2019-ben megjelent kötet 2026-os módosításai

DC: 0–5™

**A csecsemő- és kora gyermekkori
lelki egészség és fejlődés
zavarainak diagnosztikai
klasszifikációs rendszere**

Második, javított kiadás

Tartalom

Előszó a 2., javított magyar kiadáshoz	ix
Előszó a magyar kiadáshoz	xi
Köszönetnyilvánítás	xv
Fordítók jegyzéke	xvii
Előszó	3
Köszönetnyilvánítás	5
Bevezetés	7
A DC: 0–5 változásai a DC: 0–3R-hez képest – összefoglalás	8
A ZERO TO THREE diagnosztikai klasszifikációs törekvéseinek története	9
A DC: 0–3R használhatósága és a revízió szükségessége	12
Vizsgálat, diagnózis és szakvélemény	13
Kulturális hatások a csecsemők/kisgyermekek klinikai zavarainak diagnosztikájában	15
A DC: 0–5 távlatai	19
I. tengely: Klinikai zavarok	21
10 Az idegrendszer fejlődési zavarai	21
10.1 Autizmus spektrum zavar	22
10.2 Korai atipikus autizmus spektrum zavar	27
10.3 Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar	32
10.4 Kisdedkori túlaktivitás zavar	37
10.5 Globális fejlődési késés	42
10.6 Nyelvfejlődési zavar	44
10.7 A mozgáskoordináció fejlődési zavara	45
10.8 Az idegrendszer egyéb fejlődési zavara csecsemő- és kora gyermekkorban	47
20 A szenzoros feldolgozás zavarai	49
20.1 Szenzoros túlérzékenység zavar	49
20.2 Csökkent szenzoros érzékenység zavar	53
20.3 Egyéb szenzoros ingerfeldolgozási zavar	56
30 Szorongásos zavarok	58
30.1 Szeparációs szorongás zavar	59
30.2 Szociális szorongás zavar (szociális fóbia)	60
30.3 Generalizált szorongás zavar	61
30.4 Szelektív mutizmus	66
30.5 Újdonsággal szembeni gátoltság zavar	69

30.6	Egyéb csecsemő- és kora gyermekkori szorongás zavar	72
40	Hangulati zavarok	73
40.1	Kora gyermekkori depresszív zavar	73
40.2	Kora gyermekkori szabályozatlan düh és agresszió zavar	78
40.3	Egyéb kora gyermekkori hangulati zavar	85
50	Kényszeres és kapcsolódó zavarok	86
50.1	Kényszeres zavar	86
50.2	Tourette-zavar (Tourette-szindróma)	90
50.3	Motoros vagy vokális tik zavar	93
50.4	Trichotillománia (hajtépkedés zavar)	95
50.5	Csecsemő- és kora gyermekkori bőrkapirgálás/ bőrtépkedés zavar	97
50.6	Egyéb kényszeres és kapcsolódó zavar	99
60	Alvás-, táplálkozási és evés-, valamint sírászavarok	101
	Alvászavarok	101
60.1	Elalvási zavar	102
60.2	Éjszakai ébredések zavar	103
60.3	Részleges ébredéssel járó alvászavar	104
60.4	Kora gyermekkori lidérces álom zavar	105
	Táplálkozási és evészavarok csecsemő- és kora gyermekkorban	110
60.5	Túlevés zavar	110
60.6	Csökkent táplálékbevitel zavar	113
60.7	Atipikus evés zavar	117
	Sírászavar csecsemő- és kora gyermekkorban	121
60.8	Excesszív sírászavar	121
60.9	Egyéb alvás-, táplálkozási és evés-, valamint excesszív sírászavar csecsemő- és kora gyermekkorban	123
70	Trauma, stressz és depriváció okozta zavarok	125
70.1	Poszttraumás stressz zavar	126
70.2	Alkalmazkodási zavar	130
70.3	Komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban	133
70.4	Reaktív kötődési zavar	137
70.5	Gátolatlan társas kapcsolati zavar	141
70.6	Egyéb trauma, stressz és depriváció okozta zavar a csecsemő- és kora gyermekkorban	145

80 Kapcsolati zavarok.....	147
80.1 Kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kora gyermekkorban.....	148
II. tengely: Kapcsolati kontextus.....	153
III.tengely: Általános egészségi állapotok és tényezők	165
IV. tengely: Pszichoszociális stresszorok	169
V. tengely: Fejlődési kompetenciák	175
A) függelék. A fejlődési mérföldkövek és kompetenciák értékelése...	177
B) függelék. A DC: 0–3R felülvizsgálata és korszerűsítése	211
C)függelék. A ZERO TO THREE diagnosztikai klasszifikációs rendszer munkacsoportja (DC: 0–3) és a felülvizsgálat munkacsoportja (DC: 0–3R).....	215
Szómagyarázat.....	217
Hivatkozások jegyzéke	219
Tárgymutató	221

Előszó a 2., javított magyar kiadáshoz

A kötet készítői és támogatói számára egyaránt nagy öröm, hogy az érdeklődő Olvasók ismét kézbe vehetik a *DC: 0–5TM: A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere* című szakkönyvet, amely először 2019-ben jelent meg a Medicina Kiadónál, és most, javított 2. kiadásban, 2026-ban kerül újra a könyvespolcokra. A kötet egy időben jelenik meg a *DC: 0–5TM Esetbemutatók* című kiadvánnyal, amely a *DC: 0–5TM* alapelvei mentén mutat be eseteket, diagnosztikai folyamatokat, ezzel is elmélyítve azt a tudást, amit a klasszifikációs rendszer közvetít. A két kötettel célkitűzésünk, hogy a kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség iránt érdeklődő szakmai közösség egyre nagyobb hozzáértéssel gondolkodhasson a korai zavarok megjelenéséről, tüneteiről, kialakulásuk lehetséges útvonalairól, a diagnosztikai mérések lehetőségeiről, a megismerést követő esetértelmezésekről, következtetésekről, valamint a leghatékonyabb intervenciók tervezéséről.

A javított kiadás csak néhány fontos kiegészítést, módosítást tartalmaz az eredeti szöveghez képest, amelyek a következők:

- a kötetben végig alkalmazzuk a zavarok numerikus kódjait, amelyeket az amerikai szerkesztők az egészségügyi rendszerekkel való illeszkedés és a kultúrközi vizsgálatok és szakvélemények egyértelműsége érdekében vezettek be;
- néhány állítást, néhány jelenség, összefüggés magyarázatát rövid kiegészítésekkel pontosítottak;
- néhány táblázatban történt néhány apró módosítás.

Lényegi változtatások sem a klasszifikációs rendszerben, sem a szövegében nem történtek, így hasonlóan az amerikai javított kiadáshoz, az apró módosításokat egy letölthető dokumentumban is összesítjük azok számára, akiknek bár polcán már ott van az első kiadás, szeretnének naprakészek lenni a szöveg kisebb módosításait tekintve, de az új kiadást nem vásárolnák meg újra. Ezt a kivonatolt módosításjegyzéket angol nyelven a www.zerotothree.org/dc05resources oldalon, magyar nyelven pedig a <http://dc05.medicina-kiado.hu> oldalon találhatják meg az Olvasók.

A *DC: 0–5TM* 2019-es első magyar fordítása, a 2026-os 2. javított kiadás és ezzel párhuzamosan a *DC: 0–5TM Esetbemutatók* kötet fordításának és megjelenítésének folyamatában mindvégig elkötelezett támogatásáról biztosított Kathleen Mulrooney, a ZERO TO THREE Infant and Early Childhood Mental Health (IECMH) Strategy Program igazgatója és Farkasvölgyi Frigyesné Borbála, a Medicina Könyvkiadó igazgatója. Folyamatos és hatékony együttműködés örömteli termékei a megjelent kötetek. Hálával tartozom szakmai támogatásukért, hiszen nélkülük e kötetek nem lennének elérhetők a magyar szakemberek számára.

Érdekes, izgalmas és hasznos olvasmányélményt, valamint szép és sikeres eseteket, segítő történeteket, klienskapcsolatokat kívánok mindannyiunknak, akik csecsemőkkel, kisgyermekkel és szüleikkel foglalkozunk a mindennapi gyakorlati munkánkban.

Dr. Danis Ildikó

- A „Táplálási viselkedés zavarai” új nevet kapott. „Táplálkozási és evés-zavarok csecsemő- és kora gyermekkorban” lett az elnevezés, hogy hangsúlyozzuk a csecsemő/kisgyermek szerepét egy nyilvánvalóan interakcióban zajló tevékenységben, mely egyetemesen kapcsolati kontextusba ágyazott. A kategóriában meghatározott zavarok számát lényegesen csökkentettük, és szélesebb klaszterekbe soroltuk. Ezek a túlevés zavar, a csökkent táplálékbevitel zavar és az atipikus evés zavar elnevezéseket kapták.
- Annak érdekében, hogy ösztönözzük a DC: 0–5 klasszifikációs rendszer által leírt klinikai zavarok beemelését az egészségügyi ellátó- és az elektronikus nyilvántartási rendszerekbe, a DC: 0–5-ben szereplő zavarokat elláttuk numerikus kódokkal. Ezek a kódok konzisztenciát biztosítanak a különböző zavarokat tartalmazó listák között, és a félreértések elkerülését szolgálják olyan esetekben, amikor a diagnózisokat más nyelvekre kell lefordítani.
- Minden DC: 0–5 I. tengelyben szereplő zavar esetén jelöltük az átjárást a megfelelő DSM-5-ben és BNO-10-ben szereplő zavarokhoz.
- Átfogó átdolgozásnak vetettük alá a II. tengelyt (Kapcsolati kontextus). A tengely most két részt foglal magába: az elsődleges gondozóval való kapcsolat adaptációs szintjének minősítését és a gondozási környezet adaptációs szintjének minősítését. Ez utóbbi azt a tágabb családi kapcsolati hálót (beleértve a közös szülőiséget/közös nevelést) jelenti, melyben a csecsemő/kisgyermek fejlődik.
- A III. tengelyt kiegészítettük olyan betegségek, egészségügyi állapotok például, melyeket figyelembe kell venni a diagnózisalkotás folyamatában.
- A IV. tengelyben megtartottuk a Pszichoszociális és környezeti stresszorok listáját, de kiegészítettük még egyéb kategóriákkal és specifikus stresszorokkal is.
- Az V. tengelyt átfogóan megújítottuk. Azokra a fejlődési kompetenciákra fókuszáltunk, melyek az érzelmi, a társas-kapcsolati, a nyelvi és társas kommunikációt érintő, a kognitív, a mozgásos és a testi fejlődés területeit integrálják. A gyakorló szakemberek munkájának megkönnyítése érdekében az A. függelékbe helyeztük el a „Fejlődési mérföldkövek és kompetenciák értékelése” című táblázatot.
- Minden DC: 0–5-be foglalt zavarhoz megadtuk a kapcsolódó DSM és BNO-kódokat. A DC: 0–5-ben megadott zavarokhoz tartozó teljes átjárástási táblázat elérhető angolul a www.zerotothree.org/dc05resources oldalon, magyarul pedig a <http://dc05.medicina-kiado.hu> oldalon.

A ZERO TO THREE diagnosztikai klasszifikációs törekvéseinek története

A DC: 0–3-t 1994-ben jelentette meg a ZERO TO THREE. A kötetet az az igény hívta létre, hogy megszülessen a lelki egészség és fejlődési nehézségek első három életévben releváns, szisztematikus, fejlődésalapú klasszifikációja. A DC: 0–3 elsőként testesítette meg egy szakértőkből és rendkívül nagy tapasztalatú klinikusokból álló csoport azon törekvését, hogy olyan hasznos rendszert dolgozzanak ki, mely kiegészíti, de nem helyettesíti az idősebb gyermekek és felnőttek számára már használatban lévő klasszifikációs rendszereket. Akkor pl. a DSM-IV, a Men-

- Az előbbi két pontra vonatkozó átfogó kezelési vagy preventív intervenció terv.

A DC: 0–5 továbbra is használja a többtengelyes klasszifikációs rendszert, mely hasznosnak bizonyult a klinikai szakvélemény kialakításában. A klinikai véleményalkotásban a többtengelyes klasszifikációs rendszer használata a klinikus figyelmét egyrészt azokra a tényezőkre fókuszálja, melyek hozzájárulhatnak a csecsemő/kisgyermek problémáihoz és az alkalmazkodását segítő erősségekhez, másrészt egyéb funkcionális területekre összpontosítja, melyeknél intervencióra lehet szükség. A DC: 0–5 és a DC: 0–3R két tengelyének neve azonos, azonban a további három tengely nevét megújítottuk, korszerűsítettük. Mindegyik tengely tartalma lényegesen módosult:

- I. tengely: Klinikai zavarok
- II. tengely: Kapcsolati kontextus
- III. tengely: Általános egészségi állapotok és tényezők
- IV. tengely: Pszichoszociális stresszorok
- V. tengely: Fejlődési kompetenciák

Kulturális hatások a csecsemők/kisgyermekek klinikai zavarainak diagnosztikájában

A család kulturális értékei és szokásai a születés pillanatától fogva alakítják a csecsemő/kisgyermek viselkedését és érzelemkifejezését. Ezek gyakran tudattalanul követett, ám rendkívül erős hatást kifejtő tényezők annak megítélésében, hogy mi helyes és mi helytelen a csecsemő/kisgyermek nevelésében. Az értékek és szokások átítatják a gondozás összes aspektusát, az olyan konkrét döntésektől kezdve pl., hogy hol és kivel alszik a csecsemő, és mikor kell elkezdeni a szobatisztaságra szoktatást, egészen a felnőttek olyan elvárásaiig, hogy mit kell és mit nem szabad mondani vagy tenni a gyermeknek bizonyos szituációkban. Ezen okok miatt a lelki egészség problémáival küzdő csecsemő/kisgyermek vizsgálatának része, hogy képessé váljunk a család kulturális háttérének és a szülők szocio-ökonómiai státuszának, származási nemzetének és történelmének, bevándorlási státuszának, etnikai és faji identitásának, szexuális orientációjának, vallási és spirituális gyakorlatának és a sokféleség egyéb forrásainak a megértésére és megbecsülésére.

Jelentősen növeli a diagnosztikai folyamat pontosságát és hasznosságát, ha a klinikusok aktívan érdeklődnek a szülők percepciói, felfogásai és a csecsemő/kisgyermek mentális egészségi problémáival kapcsolatos ok-okozati magyarázatai iránt, illetve, ha figyelembe veszik, hogy a szülők nézeteit a kulturális hatások formálhatják. Ennek jelentősége hangsúlyozódik, amikor a klinikus és a szülők kulturális háttere különböző, amikor nem kellően ismerik egymás meghatározó attitűdjeit és elképzeléseit az elfogadott gyermeknevelési gyakorlat szempontjából. Azt is fontos elkerülni, hogy hamis feltételezéseket alakítsunk ki csak azért, mert hasonló a háttérünk és közös a hitvilágunk. A legtöbb társadalomban növekszik a kulturális sokféleség, ezért a csecsemő/kisgyermek családja egyedi értékrendjének és gyakorlatának megértése ma a minőségi klinikai gyakorlat központi eleme. Ebben az értelemben a kulturális érzékenységet és a kulturális kompetenciát a klinikai érzékenység és klinikai kompetencia integráns elemeiként kell értelmeznünk.

együttműködés különösen fontos mind a diagnosztikai kivizsgálás és felmérés, mind az intervenciók során.

Ebben a részben a két legjobban ismert és legtöbbet tanulmányozott idegrendszeri fejlődési zavar, az autizmus spektrum zavar és a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar kerül bemutatásra. Ezen kívül még két zavar leírására kerül sor, melyek korai, de nem teljes körű megnyilvánulásai az említett zavaroknak (esetükben néhány tünet jelenik meg, melyek funkcionális károsodásokat okoznak). A korai atipikus autizmus spektrum zavar az autizmus spektrum zavar néhány problémát okozó jellemzőivel jár együtt, a teljes tünetegyüttes megjelenése nélkül. A kisdedkori túlzott aktivitás zavara szintén kisgyermeket érint, jelentős hiperaktivitási tünetekkel, melyek azonban nem érik el a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar diagnosztikai kritériumának küszöbét. E kora gyermekkori zavarok leírása magas rizikójú csecsemők és kisgyermek longitudinális utánkövetéséből eredő adatokból származik; közülük sokanál a későbbiekben az autizmus spektrum zavar, illetve figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar minden kritériuma fennáll.

Három további fejlődési zavar kerül leírásra ebben a fejezetben: a globális fejlődési késés, a nyelvfajlárdési zavar és a mozgáskoordináció fejlődési zavara. Ezek a zavarok megjelenhetnek önállóan, de leggyakrabban más idegrendszeri fejlődési zavarokkal együttesen fordulnak elő. Azoknál a gyermekeknél, akik jelentős fejlődési késést mutatnak, a szakembernek a gyermek mentális életkorát kell figyelembe vennie az I. tengelyen szereplő zavarok diagnózisának megállapításakor.

10.1 Autizmus spektrum zavar

(Autism Spectrum Disorder, ASD)

Bevezetés

Az autizmus spektrum zavar egy idegrendszeri fejlődési zavar, amit a társas interakciók és a szociális kommunikáció súlyos zavara, valamint beszűkült és repetitív viselkedésmintázatok jellemeznek. Az autizmus tüneteinek korai felismerése és a korai, hiteles diagnózisalkotás kulcsfontosságú a magas előfordulási gyakoriság, a családokat és társadalmat érintő kiadások, valamint a korai fejlesztés elismert jelentősége miatt.

Diagnosztikai folyamat – kritériumok

A diagnózis felállításához az összes alábbi kritériumnak teljesülnie kell.

A) Az alább részletezett, a szociális kommunikáció minőségi zavarára utaló mindhárom tünetegyüttes jelen kell legyen:

1. Korlátozott vagy atipikus szociális-érzelmi válaszkészség, társas figyelem és reciprok társas interakciók, ami az alábbiak közül legalább egy tünet megjelenésében nyilvánul:
 - a) Atipikus társas közeledés.
 - b) Társas kölcsönösségre épülő játékok és tevékenységek (pl. kukucska játék) részvételében való csökkent vagy korlátozott képesség.
 - c) A közös figyelem kezdeményezésének csökkent vagy korlátozott képessége az érdeklődés és érzelmek megosztása, vagy a környezet tárgyaitól való információszerzés érdekében.

mégis sok globális fejlődési késést mutató csecsemő/kisgyermek későbbi mérés-kor az intellektuális képességszavar kritériumainak megfelelően teljesít.

A szülők gyakran akkor tudatosítják a csecsemő/kisgyermek globális fejlődési késését, amikor a gyermek nem éri el a mozgásfejlődés mérföldköveit (pl. ülés, járás) vagy elmarad a beszédfejlődése. Amennyiben bármelyik fejlődési terület elmaradását tapasztaljuk, fontos formális standardizált, sok területre kiterjedő vizsgálatot végeznünk. Ha a csecsemő/kisgyermek fejlődési teszt eredményei globális fejlődési elmaradásra utalnak, fontos adaptív viselkedés tesztet is végezni, hogy eldönthessük, vajon a csecsemő/kisgyermek tesztben mutatott teljesítményével összhagnban van-e az életkorának megfelelő, önállósághoz szükséges mindennapi készségek szintje.

A globális fejlődési késést mutató csecsemőknél/kisgyermeknél általában találunk relatív erősségeket és gyengeségeket az egyes fejlődési területeken, ezek ismerete segíti az intervenció tervezését. Mindemellett a globális fejlődési késést mutató csecsemők/kisgyermek mérhető késést mutatnak a legtöbb fejlődési területen, szemben azokkal a csecsemőkkel/kisgyermekkel, akiknek specifikus tanulási vagy nyelvfejlődési zavara van. A globális fejlődési késés a lelki egészség zavarok széles körével jár együtt.

Diagnosztikai folyamat – kritériumok

A diagnózis felállításához az összes alábbi kritériumnak teljesülnie kell.

A) Az érintett gyerekek a kognitív funkciók, a verbális és nemverbális problémamegoldás, a tervezés, a szimbolikus gondolkodás, a motoros készségek, a társas megítélés és a tanulás hiányosságait mutatják, beleértve az iskolai tanuláshoz szükséges előzetes óvodáskori készségeket is. Ez utóbbiakat standardizált fejlődési vagy intelligencia teszttel, norma-referenciával rendelkező mérőeszközzel vizsgálva erősítjük meg. E hiányosságok a fejlődési/intellektuális működést mérő teszteken mérve dokumentálhatók, ahol a teljesítmény 2 szórással marad el az átlagtól (vagy a 2 standard szórás standard hiba értékén belül van az átlag alatt, pl. a standard IQ érték kevesebb, mint 75).

B) Az adaptív viselkedés hiányosságaira utalnak az életkornak nem megfelelő kommunikáció, társas és mindennapos tevékenységeket segítő készségek, melyek az önálló, adaptív működéshez szükségesek nap mint nap. Támogatás nélkül az adaptációs hiányosságok akadályozzák a csecsemő/kisgyermek részvételét és bevonódását a mindennapi élet egy vagy több, az adott életkori szinten elvárt tevékenységébe, amilyenek pl. az otthoni rutin tevékenységek (pl. önkiszolgálás), játék a családtagokkal vagy másik csecsemővel/kisgyermekkel (pl. bölcsődében, óvodában) és közösségi élmények szerzése (pl. játszótéren). Ezeket a hiányosságokat dokumentáljuk, amennyiben a gyermek az adaptív viselkedés legalább két területén 2 szórással elmarad az átlagtól.

Életkor a diagnózis felállításakor: 6 hónapos életkor alatt a diagnózis nem adható.

Átjárás a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel

DSM-5: Globális fejlődési késés

BNO-10: A pszichés fejlődés egyéb rendellenességei, Globális fejlődési késés (F88)

20 A SZENZOROS FELDOLGOZÁSOK ZAVARAI

(SENSORY PROCESSING DISORDERS)

A szenzoros feldolgozás zavarait akkor állapítjuk meg, amikor a csecsemő/kisgyermek viselkedése a szenzoros ingerek rendellenes szabályozására utal. E viselkedés a csecsemő/kisgyermek számára distresszt okoz vagy a mindennapi tevékenységeket érintő működését zavarja. A szenzoros feldolgozás zavarai a teljes csecsemő- és kora gyermekkorban kifejtik hatásukat, az első életévükben ezek a problémák bizonyítottan stabilan fennmaradnak.

Nincs még elegendő empirikus bizonyíték, amely leírná, hogy vannak csecsemők/kisgyermek, akik klinikailag jelentős, megzavart módon reagálnak az ingerekre anélkül, hogy más pszichopatológiai vagy fejlődésneurológiai állapot felmerülne. E válaszok egy részét jellemezhetjük túlzottaknak, túlreagálóknak, amit pl. fokozott mértékű válasz, rövidebb latencia idő, lassabb habituáció vagy a válasz utáni lassabb felépülési szakasz jellemez. Más részükben csökkent reakciókészségről van szó, amit pl. alacsonyabb fokú válasz, vagy az ingerre adott válasz hosszabb latenciája ír le. Olyan atipikus válaszok is lehetségesek, melyek esetében az egyébként általánosságban nem jelentős ingerre adott elnyújtott szenzoros explorációt (pl. fal vagy fogantyú nyalogatása) figyelhetünk meg. A diagnózis adásához szükséges, hogy a probléma több kontextusban (otthon, bölcsődében, közösségi helyzetekben) előforduljon, és egy vagy több szenzoros modalitásban (pl. taktilis, vizuális, auditív, vesztibuláris, szaglási, ízérzékelési, az ízületek helyzetére vagy az izmok nyomására reagáló proprioceptív, illetve a belső szervekből fakadó interoceptív érzékelésben) jelentkezzen a zavar. A szenzoros információ életkornak megfelelő feldolgozása vagy a válasz hiánya általában együttjár a csecsemő/kisgyermek és családja működésének sérülésével.

A tüneteket nem magyarázza jobban más mentális zavar (pl. figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, generalizált szorongás zavar, autizmus spektrum zavar **vagy poszttraumás stressz zavar**) de azok előfordulhatnak más mentális zavarral együtt (kivéve az autizmus spektrum zavart, mert az atipikus szenzoros válaszkészség jelenleg e diagnózishoz szükséges repetitív és beszűkült viselkedés kritériumát fedí le).

Szemben a regulációs zavarokkal, melyeket a DC: 0-3 és DC: 0-3R meghatározott, a szenzoros feldolgozás zavarainak fókusza kizárólag a túlzott és a csökkent szenzoros érzékenységen / válaszkészségen van, melyek mellé bekerült egy „Egyéb” kategória is a kevésbé jellemző megnyilvánulások leírására. A mozgáskoordináció nehézségei máshol kerültek meghatározásra, e kritériumokba nem tartoznak bele.

20.1 Szenzoros túlérzékenység zavar

(Sensory Over-Responsivity Disorder)

Bevezetés

A szenzoros túlérzékenység zavar központi jellemzője a szenzoros ingerekre adott felfokozott, intenzív vagy elnyújtott válaszok folytonos mintázata, me-

lyek súlyosabbak, gyakoribbak vagy tartósabbak, mint ami más hasonló korú és fejlettségű egyének esetében megfigyelhető. A szenzoros túlérzékenység több mint egy kontextusban fordul elő (pl. otthon, bölcsődében/óvodában, közösségi helyszíneken), és egy vagy több szenzoros modalításban (pl. tapintás, hallás, látás, ízérezékelés, szagérezékelés, téri mozgás [vesztibuláris érzékelés], az ízületek helyzetének vagy az izmokra ható nyomásnak az érzékelése [propriocepció] és a belsőszervek érzékelése [interocepció] területén) megnyilvánul. Bár a szenzoros érzékenységekben egyéni különbségek vannak, a zavart akkor állapítjuk meg, amikor az distresszt vagy funkcionális károsodást okoz a csecsemőnek/kisgyermeknek és/vagy a családjának. A megfigyelt szenzoros túlérzékenység tünetei nem illenek jobban más mentális zavar (pl. figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, generalizált szorongás zavar, autizmus spektrum zavar **vagy poszttraumás stressz zavar**) leírásába, de más mentális zavarral együtt előfordulhatnak.

Diagnosztikai folyamat – kritériumok

A diagnózis felállításához az összes alábbi kritériumnak teljesülnie kell.

- A) A csecsemő/kisgyermek a szenzoros túlérzékenység állandó és pervazív mintázatát mutatja, mely intenzív negatív reakciókban nyilvánul meg a szokásos szenzoros ingerek egy vagy több fajtája [pl. tapintási, látási, hallási, egyensúlyi (vesztibuláris), szagérezékelési, ízérezékelési, proprioceptív vagy interoceptív ingerek] esetén. Mindez egynél több kontextusban (pl. otthon, bölcsődében, játszótéren) és különböző gondozók jelenlétében (ha a csecsemőnek/kisgyermeknek több gondozója is van) megnyilvánul. A reakció intenzitása és hossza nincs arányban az inger intenzitásával. Az 1. vagy a 2. kritériumnak teljesülnie kell:
1. A csecsemő/kisgyermek intenzív érzelmi vagy viselkedéses választ ad az érzékelést kiváltó ingerre. A reakció intenzitása és hossza nincs arányban az inger intenzitásával.
 2. A csecsemő/kisgyermek bejósolhatóan megpróbálja elkerülni a szokásos szenzoros ingereket, melyek averzívok számára.
- B) A csecsemő/kisgyermek nem felel meg az autizmus spektrum zavar kritériumainak. A tüneteit nem magyarázza jobban a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar sem.
- C) A zavart okozó tünetek, vagy a gondozó válaszai, alkalmazkodása a tünetekhez, jelentősen befolyásolják a csecsemő/kisgyermek és a család működését az alábbiak közül egy vagy több módon:
1. Distresszt okoznak a csecsemő/kisgyermek számára.
 2. Negatívan befolyásolják a csecsemő/kisgyermek szociális kapcsolatait.
 3. Korlátozzák a csecsemő/kisgyermek részvételét az életkorának megfelelő tevékenységekben és rutinokban.
 4. Korlátozzák a családot mindennapi tevékenységekben és rutinokban, vagy
 5. Korlátozzák a csecsemő/kisgyermeket abban, hogy új készségeket sajátítsanak el, vagy akadályozzák a fejlődését.

Életkor a diagnózis felállításakor: 6 hónapos életkor alatt a diagnózis nem adható.

A tünetek fennállása (időtartam): A diagnózishoz szükséges, hogy a szenzoros túlérzékenység tünetei legalább 3 hónapon keresztül fennálljanak.

nyugtató tapintási ingerek (pl. simogatás, ölelés) vagy más szenzoros élmények hatására. A csecsemők/kisgyermek növekedésük során elkerülő vagy ellenálló viselkedésmintákat alakíthatnak ki azokra az esetekre, amikor megkérik őket, hogy olyan tevékenységekben vegyenek részt, melyekben előfordulhatnak a számukra kellemetlen ingerek.

Prevalencia

A szenzoros túlérzékenység zavar előfordulási gyakorisága még nem ismert, de a szülői beszámolókra alapozott epidemiológiai adatok alapján a családi működést zavaró tünetek előfordulását 5 és 16% közöttire becsüljük.

Lefolyás

A szenzoros túlérzékenység zavar lefolyása ismeretlen. Egy- és nyolcéves kor között a szenzoros túlérzékenység zavar tünetei viszonylagos állandóságot mutatnak, és általában minden kisgyermek fokozódó túlérzékenységet mutat a szenzoros ingerekre 1 és 3 éves kor között.

Kockázatok és prognózis

A koraszülött vagy időre született kissúlyú csecsemők fokozottan veszélyeztetetteknek tűnnek a szenzoros túlérzékenység zavarra. Egyéb környezeti tényezők szintén fokozott kockázatot jelentenek a szenzoros túlérzékenység zavarra nézve. Ilyen hatás pl. a mozgás/tapintási ingerlés hiánya az első életévben (pl. csecsemőotthonban nevelkedő gyerekek esetében), a várandósság idején drognak vagy stressznek való kitettség, kumulatív (halmozódó) kockázati tényezők vagy a bűnözés. A globális fejlődési késés vagy az intellektuális képességzavar is fokozott kockázatot jelentenek a szenzoros túlérzékenység zavar kialakulására. Emellett úgy tűnik, hogy a szenzoros túlérzékenység zavar örökletes sajátosság.

Kulturális szempontok a diagnosztikában

Mivel a testi tünetek felismerésében nagy kultúrközi változatosság mutatkozik, ezért a csecsemő/kisgyermek szenzoros tüneteit a saját családi és közösségi kultúrájára vonatkozó nézetek és gyakorlat kontextusában értékeljük.

Nemi megoszlás

A szenzoros túlérzékenység zavar előfordulásában nem ismerünk nemi különbségeket.

Differenciáldiagnózis

Mivel az atipikus szenzoros válaszkészség az autizmus spektrum zavar egyik kritériuma jelenleg, ezért nem lehet egyszerre autizmus spektrum zavar és szenzoros túlérzékenység zavar diagnózist felállítani. Szükséges annak megállapítása is, hogy a szenzoros túlérzékenység nem magyarázható-e jobban poszttraumás stressz zavarral vagy egyéb trauma, stressz és depriváció okozta zavarral. Jelentős kihívást jelenthet egyes szorongásos válaszok megkülönböztetése a szenzoros válaszoktól (pl. a porszívótól való félelem). Amikor a cse-

A tünetek fennállása (időtartam): A diagnózishoz szükséges, hogy a félelem, szorongás vagy elkerülés tartós legyen, legalább 1 hónapon keresztül fennálljon.

Átjárás a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel

DSM-5: Szeparációs szorongás zavar

BNO-10: Szeparációs szorongás a gyerekkorban (F93.0)

30.2 Szociális szorongás zavar (szociális fóbia)

(Social Anxiety Disorder [Social Phobia])

Diagnosztikai folyamat – kritériumok

A diagnózis felállításához az összes alábbi kritériumnak teljesülnie kell. A kritériumok akkor is teljesülnek, ha a kisgyermek mutatta az alábbi viselkedésmintákat a múltban, de ennek lehetőségét a gondozók jelenleg elkerülik vagy szándékosan korlátozzák.

- A) A kisgyermek kifejezett és tartós félelmet mutat egy, vagy több társas vagy teljesítményhelyzetben amikor idegenekkel kell találkoznia, vagy mások figyelmére irányul, ami gyakran előfordul kortársak vagy felnőttek társaságában. A félelem és a szorongás mértéke nem áll arányban a társas helyzet veszélyével.
- B) A félelmet keltő társas helyzetek szinte mindegyike előidézi a kisgyermek szorongását, amit kifejezhet pánikkal, sírással, dührohammal, lefagyással, csüngéssel, összekuporodással, vagy megnémulással ismeretlen emberek társaságában.
- C) A kisgyermek elkerüli, vagy intenzív szorongás és distressz megélése mellett viseli csak el a félelmet okozó társas vagy teljesítményhelyzeteket.
- D) A félelem nem magyarázható jobban más zavar tüneteként, beleértve az autizmus spektrum zavart, szeparációs szorongás zavart vagy egyéb szorongásos zavarokat.
- E) A zavart okozó tünetek vagy a gondozó válasza, alkalmazkodása a tünetekhez jelentősen befolyásolja a kisgyermek és a család működését az alábbiak közül egy vagy több módon:
 1. Distresszt okoznak a kisgyermek számára.
 2. Negatívan befolyásolják a kisgyermek szociális kapcsolatait.
 3. Korlátozzák a kisgyermek részvételét az életkorának megfelelő tevékenységekben és rutinokban.
 4. Korlátozzák a családot mindennapi tevékenységekben és rutinokban, vagy
 5. Korlátozzák a kisgyermeket abban, hogy új készségeket sajátítson el, vagy akadályozzák a fejlődését.

dés még nem felétlenül utal alkalmazkodási zavarra. Amennyiben a stresszforrás nem magyarázza a tüneti reakciót, vagyis amikor a stresszorok vagy a traumák korábban fennálló zavarokat, rendellenességeket erősítenek fel, nem alkalmazzuk az alkalmazkodási zavar diagnózist. Továbbá, ha a csecsemő/kisgyermek a stresszorok és az elszenvedett traumák hatására poszttraumás stressz zavar tüneteit mutatja, nem diagnosztizálhatunk alkalmazkodási zavart. Ehhez hasonlóan, szintén nem diagnosztizálhatunk alkalmazkodási zavart, ha a csecsemő/kisgyermek fontos kapcsolati veszteséget szenved el, és komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban diagnózist kap. Az alkalmazkodási zavar diagnózisa megfelelő lehet olyan megnyilvánulások jelölésére, melyek nem érik el a fenti zavarok diagnosztikai küszöbét, vagy olyan traumatizált, tüneti viselkedést mutató csecsemők/kisgyermekek állapotának diagnosztizálására, mely nem meríti ki a poszttraumás stressz zavar minden kritériumát.

Komorbiditás

Az alkalmazkodási zavar bármely más zavar vagy szomatikus betegség kísérelője lehet, de a diagnózisalkotáshoz szükséges, hogy olyan tünetek is jelen legyenek, melyeket nem magyaráz a komorbid zavar. Az alkalmazkodási zavar és más, I. tengelyen jelölt zavar együttes előfordulását meg kell különböztetnünk a már korábban fennálló állapot felerősödésétől. Pl. egy figyelemhiányos/hiperaktív zavart mutató kisgyermek félőssé és ingerlékennyé válhat egy autóbalesetet követően. Amennyiben az állapota nem meríti ki a poszttraumás stressz zavar kritériumait, fontoljuk meg az alkalmazkodási zavar diagnózist.

Átjárás a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel

DSM-5: Alkalmazkodási zavarok

BNO-10: Alkalmazkodási zavarok (F43.2)

70.3 Komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban

(Complicated Grief Disorder of Infancy/Early Childhood)

Bevezetés

A csecsemők/kisgyermekek számára a kötődési személyek halála vagy végleges elvesztése jelentős érzelmi stresszforrást jelent. A csecsemők/kisgyermekek még nem értik a halál visszafordíthatatlanságát és azt, hogy a legtöbb haláleset nem szándékos. A szeretett személy távollétének magyarázatai fejlődési fázisuk kognitív képességeit és képességhatárait tükrözik. A csecsemők/kisgyermekek vezető tünetei ez esetben az érzelmi distressz és a szomatikus megnyilvánulások, pl. evési, alvási nehézségek, vagy az emésztési folyamatok zavarai. A kisgyermekek olyan magyarázó elméleteket konstruálhatnak a halálról **vagy más visszafordíthatatlan veszteségről**, melyeket saját magukra is vonatkoztathatnak, magukat okolhatják a haláleset miatt, pl. a kötődési személy halálát saját viselkedésüknek vagy harag-

juknak tulajdoníthatják. A csecsemők/kisgyermek nehezen tudnak realitáson alapuló magyarázatokat alkotni a halálról vagy más visszafordíthatatlan veszteségről, ami patogén, a csecsemők/kisgyermek egészséges szelffejlődését károsító elképzelések kialakulásához vezethet (pl. hogy ők nem szerethetők, vagy hogy a negatív érzelmek veszélyesek). A haláleset vagy a visszafordíthatatlan veszteség körülményei és az alternatív kötődési személyek állandó és támogató jelenléte meghatározó tényezői a kisgyermek gyász folyamatának. A legtöbb csecsemő/kisgyermek képes tolerálni az intenzív distressz érzését, képes fejlettségi szintjének megfelelő magyarázatot kialakítani a halálról, és a helyettesítő felnőttek felé tudja irányítani a kötődését, ha a mellette maradt elsődleges gondozók támogatják ezeket a folyamatokat. A komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban diagnosztizáltakban az esetekben alkalmazhatjuk, amikor a csecsemők/kisgyermek olyan súlyos és mindenre kiterjedő funkcionális károsodást szenvednek el a haláleset vagy a visszafordíthatatlan veszteséget követően, mely legalább 30 napig fennáll, és akadályozza a gyermekeket az életkorilag megfelelő tevékenységekben.

Diagnosztikai folyamat – kritériumok

A diagnózis alkalmazásához az alábbi kritériumok mindegyikének teljesülnie kell.

A) A kötődési személy halálát vagy végleges elvesztését követően a csecsemő/kisgyermek legalább kettőt megjelenít az alábbi tünetek közül:

1. A csecsemő/kisgyermek folyamatosan sír, hívja vagy keresi az elvesztett személyt.
2. Amikor a veszteségére emlékeztető dolgokkal találkozik, a csecsemő/kisgyermek az alábbi tünetek bármelyikét mutatja:
 - a) Leválás, ami megnyilvánulhat abban, hogy a csecsemő/kisgyermek látszólag közömbösen, indifferensen reagál a gondozóra emlékeztető dolgokra, pl. fényképére vagy nevének említésére.
 - b) Szelektív „felejtés”, pl. látszólag nem ismeri fel az elvesztett személy fényképét vagy egyéb rá emlékeztető dolgot.
 - c) Túlzott érzékenységgel reagál az elvesztett személyre emlékeztető dolgokra, pl. nagyon felzaklatja, ha az elvesztett személyhez tartozó tárgyhöz valaki hozzányúl vagy elviszi.
 - d) Erős érzelmi reakciót váltanak ki belőle a szeparációval vagy a veszteséggel kapcsolatos témák, pl. nem akar bújócskázni, sírni kezd, ha egy használati tárgy a megszokott helyéről máshova kerül, intenzív szeparációs szorongást él át, vagy állandóan mások hollétével foglalkozik.
3. Az alábbi módok valamelyikén folyamatosan a saját vagy mások halálának lehetőségével foglalkozik:
 - a) Sokszor kérdez a halálról („Én meg fogok halni?” „Te meg fogsz halni?”).
 - b) Halálvágyáról beszél („Én is meg akarok halni.”) vagy játékában megjeleníti a halál témáját.
 - c) Sokszor beszél idegeneknek gondozója elvesztéséről.

B) Az alábbiak közül három vagy több szerepel a csecsemő/kisgyermek veszteségre adott reakciói között:

1. Kimerültség vagy energiahiány.
2. Depresszív hangulat vagy szomorú arckifejezés.
3. Korának megfelelő tevékenységek iránti érdeklődés hiánya.
4. Önsértés vagy önveszélyeztető viselkedés.

5. A veszteséggel kapcsolatos büntudatot vagy önvádat megjelenítő kijelentések („Rossz vagyok.” „Én öltem meg.”).
6. Jelentős változások az alvási szokásokban.
7. Jelentős változások az étkezési/táplálási szokásokban.
8. Fejlődésben való elmaradás, megakadás (nem ugorja meg az életkorában elvárható fejlődési mérföldköveket.)

C) A zavart okozó tünetek vagy a gondozó válaszai, alkalmazkodása a tünetekhez, jelentősen befolyásolják a csecsemő/kisgyermek és a család működését az alábbiak közül egy vagy több módon:

1. Distresszt okoznak a csecsemő/kisgyermek számára.
2. Negatívan befolyásolják a csecsemő/kisgyermek szociális kapcsolatait.
3. Korlátozzák a csecsemő/kisgyermek részvételét az életkorának megfelelő tevékenységekben és rutinokban.
4. Korlátozzák a családot mindennapi tevékenységekben és rutinokban, vagy
5. Korlátozzák a csecsemőt/kisgyermeket abban, hogy új készségeket sajátítson el, vagy akadályozzák fejlődését.

Életkor a diagnózis felállításakor: A diagnózisalkotás alsó korhatára nincs kijelölve, de 9 hónaposnál fiatalabb csecsemők esetében körültekintően adjuk ezt a diagnózist. (Ez az a fejlődési szakasz, melyben az elsődleges kötődés egyértelműen ki kell, hogy alakuljon.)

A tünetek fennállása (időtartam): Legalább 30 napos időtartamban a tünettelt napok száma meg kell, hogy haladja a tünetmentes napok számát.

Jelölendő:

1. hogy a csecsemő/kisgyermek jelen volt-e a halálhoz vezető eseményeknél.
2. hogy a csecsemő/kisgyermek ki volt-e téve a halál körülményeiről szóló információknak.

Diagnosztikai jellemzők

A komplikált gyász zavar a csecsemő- és kora gyermekkorban diagnózist csak akkor adhatjuk, ha legalább 30 napos időtartamban a fenti tünetekkel terhelt napok száma meghaladja a tünetmentes napok számát. E pervazív és tartós mintázat különbözteti meg a diagnózist a csecsemők/kisgyermek normatív gyászfolyamatától. A normatív gyász során a gyermek intenzív distresszt él át, sokat foglalkozik az elhunyt személy hollétével, vagy a gyász egyéb megnyilvánulásait mutatja, melyek tartama rendszerint behatárolható, és nem befolyásolja jelentősen a csecsemő/kisgyermek fejlődésmenetét vagy napi működésmódját. A preverbális korban lévő csecsemők/kisgyermek tünetei szomatikus úton, viselkedésesen vagy érzelmi válaszok mentén fejeződnek ki. A gyászreakciók formájának és súlyosságának túl kell mutatniuk a csecsemő/kisgyermek aktuális fejlődési fázisának és kulturális közegének elvárt normáin, és károsító hatást kell gyakorolniuk a csecsemőre/kisgyermekre.

A diagnózist alátámasztó egyéb jellemzők

Egy kötődési személy halála **vagy visszafordíthatatlan elvesztése** a komplex gyászfolyamaton kívül más hatásokat is kiválthat a csecsemőből/kisgyermekből. A gyermek vonakodhat más felnőttekhez kötődni, mert attól fél, hogy ők is meghalhatnak;

elkerülhet bizonyos tevékenységeket, mert attól tarthat, hogy ezek sérülést vagy halált okozhatnak; csökkenhet az exploráció, a tanulás vagy a problémamegoldás iránti érdeklődése. Előfordulhat szerepcsere/szerepmegfordítás is: lehet, hogy életkorának nem megfelelő módon aggódni kezd gondozói jólléte miatt, mert félti biztonságukat. A kötődési személy elvesztését vagy végleges távollétét követően általában felerősödik a szeparációs szorongás.

Fejlődési jellemzők

A háromévesnél fiatalabb csecsemők/kisgyermek gyászfolyamatának leírására nem állnak rendelkezésre szisztematikus tanulmányok, és az óvodás korú gyermekekre vonatkozó vizsgálatok száma is csekély. Első életévükben a csecsemők intenzív distresszt élhetnek át a kötődési személy végleges távozása vagy elvesztése miatt, amit sírósággal, nehéz megnyugtathatósággal, alvási nehézségekkel, felriadásokkal és kedvetlenséggel fejezhetnek ki. A kisgyermek magukat okolhatják a halál bekövetkeztéért, túl sokat foglalkozhatnak a halállal, haldoklással, aggódhatnak, hogy ők okozták a halált, negatív gondolataik lehetnek, pl. arra vágnak, hogy a kötődési személy után haljanak, hogy újra vele lehessenek. Haragot vagy ambivalens kötődést mutatnak a helyettes gondozók felé.

Prevalencia

A komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban előfordulási gyakoriságáról nem áll rendelkezésre adat.

Lefolyás

Nem ismerjük a komplikált gyász zavar a csecsemő- és kisgyermekkorban hosszú távú lefolyását.

Kockázatok és prognózis

A klinikai tapasztalatok arra mutatnak, hogy az olyan csecsemők/kisgyermek esetében ritkábban jelentkezik a zavar, akik számára elérhető egy túlélő alternatív kötődési személy, szemben azokkal a csecsemőkkel/kisgyermekkel, akik egyetlen kötődési személyüket veszítették el. Bizonyos jelek arra utalnak, hogy azok a gyermekek, akik csecsemő- és kora gyermekkorukban elveszítették kötődési személyüket, a későbbiekben hajlamosabbak arra, hogy depresszióval reagáljanak egy szeretett személy elvesztésére.

Kulturális szempontok a diagnosztikában

A csecsemő- és kora gyermekkorú komplikált gyász megjelenésének kulturális különbségeire vonatkozó tanulmányokat nem közöltek. E vizsgálatok elkészítésének legfőbb akadálya az a kultúrákon átívelő hiedelem, miszerint a csecsemő/kisgyermek elfelejtik az elhunyt **vagy elvesztett személyt**, ha nem emlékeztetik rá őket, és a rá emlékeztető tárgyakat eltávolítják mindennapi környezetükből.

Nemi megoszlás

E zavar megjelenésében nem ismerünk nemi különbségeket csecsemőknél/kisgyermeknél.

Differenciáldiagnózis

A komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban klinikai képe specifikus és nonspecifikus tüneteket is tartalmaz. A specifikus tünetek közé tartoznak a veszteség után hirtelen fellépő, a diagnózis kritériumainak megfelelő distressztünetek. A nonspecifikus tünetek közé tartoznak a negatív érzelmek, a mindent átható szomorúság, ingerlékenység, féltőség és érzelmi visszahúzódság. A komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban diagnózis felállításához szükséges, hogy a tünetek a haláleset vagy a végleges veszteség után megjelenjenek vagy felerősödjenek. Az alkalmazkodási zavar diagnózis elsősorban egy traumatikus vagy stresszszkeltő eseményt követő, nonspecifikus érzelmi és viselkedéses válaszokat foglalja magába, a veszteséggel vagy halállal való intenzív foglalkozás/elárasztottság nélkül.

Komorbiditás

Nem állnak rendelkezésre tanulmányok a komplikált gyász zavar csecsemő- és kora gyermekkorban diagnózis komorbiditásával kapcsolatban. A generalizált szorongás zavar és a kora gyermekkori depresszió zavar jellemzőit a klinikai gyakorlatban figyelték meg.

Átjárás a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel

DSM-5: Egyéb meghatározott traumával és stresszorzallal kapcsolatos zavar (tartósan fennálló komplex gyász zavar)

BNO-10: Súlyos stresszre adott egyéb reakció (F43.8)

70.4 Reaktív kötődési zavar

(Reactive Attachment Disorder, RAD)

Bevezetés

A reaktív kötődési zavar olyan állapotot ír le, melyben a csecsemőnek/kisgyermeknek nincs kötődési személye, holott fejlettsége alapján képes lenne a kötődés kialakítására. A csecsemők/kisgyermeknek már születésük pillanatától erős késztetést mutatnak arra, hogy kötődést alakítsanak ki az őket gondozó felnőttekkel. Ez a kötődés valóban ki is alakul, kivéve néhány olyan szélsőséges esetet, körülményt, amikor a csecsemőknek/kisgyermekeknek nincs lehetőségük megfelelő társas interakciókba lépni gondozóikkal. A zavar az elvárható kötődési viselkedés hiányában és a tipikustól eltérő, megzavart társas és érzelmi válaszkészségben jelenik meg. Ezt a zavart klinikai kivizsgálás során diagnosztizáljuk, melynek részét képezi a részletes anamnézis-felvétel és a csecsemő/kisgyermek viselkedésének megfigyelése. Nem állnak rendelkezésre olyan specifikus tesztek vagy eljárások, melyek megerősítik vagy támogatják a diagnózist.

III. tengely

ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTOK ÉS TÉNYEZŐK

A III. tengely az I. tengelyen nem szereplő általános egészségi állapotok és tényezők leírására szolgál. Egy átfogó diagnosztikai vizsgálat a lelki egészségen kívül magában foglalja a csecsemő/kisgyermek fizikális, kognitív és fejlődési állapotának felmérését. A társuló egészségi állapotok és tényezők általában feltárhatók az orvosi dokumentációból, családi beszámolókból vagy felmerülő kockázat esetén a szakorvosi ellátóval való együttműködés során. A III. tengely egy minden részletre kiterjedő, átfogó klinikai szakvélemény részeként szolgál a klinikai gyakorlatban. A III. tengelyen feltüntetett állapotnak változó hatása lehet a lelki egészségi állapotra: esetenként növeli a kockázatot, más esetekben elősegíti a rezilienciát, de az is előfordul, hogy semmilyen jelentős hatása nincsen.

A csecsemők/kisgyermekek fejlődésének minden területe összefüggésben van egymással, a testi, idegrendszeri fejlődési és a lelki egészség területei átfednek és kölcsönösen hatnak egymásra. Megegyezés szerint a DC: 0–5[™] az I. és II. tengelyt használja a csecsemőknél/kisgyermeknél megfigyelhető érzelmi, viselkedésbeli és kapcsolati minták leírására, a III. tengely pedig a testi egészségi állapotokra összpontosít. Ezt a megközelítést használva, a III. tengely olyan biológiai tényezőket és folyamatokat is magában foglal, melyek hozzájárulnak az olyan jól körülírt szindrómák kialakulásához, mint pl. a magzati alkohol szindróma vagy a törékeny X-szindróma (fragilis X-szindróma). Elismert tény, hogy amint egyre mélyül a tudásunk a biológiai és környezeti tényezők, valamint pszichológiai folyamatok komplex kölcsönhatásairól, ezek a kategóriák egyre elmosódottabbá válnak.

Az általános egészségi állapot direkt vagy indirekt módon is hatással lehet a mentális egészségre. A betegség, a betegséget okozó toxinok, vagy a csecsemő/kisgyermek kezelésére használt gyógyszerek is befolyásolhatják a központi idegrendszer működését veleszületett rendellenességek vagy sérülések révén. Ezen kívül a testi tünetek – beleértve pl. a fájdalom, viszketés vagy légzészavar megélését – hatással lehetnek az érzelmi megnyilvánulásokra, az alvás- és evésmintákra. A III. tengely különös figyelmet szentel a várandósság alatti és perinatális kockázati tényezőknek, melyek közvetlen hatással lehetnek a csecsemő/kisgyermek fejlődésére. Indirekt módon a betegségek befolyásolhatják a csecsemő/kisgyermek korai élményeit, azáltal, hogy potenciálisan traumatikus (még ha életmentő is) orvosi beavatkozásoknak teszik ki a gyermeket, illetve azáltal, hogy a normatív tevékenységek vagy társas érintkezések korlátozódnak a testi fogyatékosság, az érzékeny immunrendszer, vagy a kezelési ütemterv miatt. Mind akut, mind krónikus betegségek esetén előfordulhat az elsődleges gondozótól való szeparáció és számos egészségügyi dolgozó által nyújtott gondozás. Ez kihathat a családi dinamika működésére a fáradtság, anyagi terhek, stressz és egyéb kapcsolódó tényezők közvetítésén keresztül. A testi betegségek pszichológiai szempontból gyakran hatással vannak arra, hogy a szülő hogyan ítéli

IV. tengely

PSZICHOSZOCIÁLIS STRESSZOROK

A IV. tengely keretét nyújt azoknak a pszichoszociális és környezeti stresszoroknak az azonosításához és értékeléséhez, melyek befolyásolhatják a lelki egészség tünetek és zavarok megjelenését, lefolyását, kezelését és megelőzését csecsemő- és kora gyermekkorban. A kutatások azt jelzik, hogy sok csecsemő/kisgyermek gyakran együtt előforduló stresszoroknak van kitéve. A „kumulatív (halmozott) kockázatok hipotézise”, melynek egyre növekszik az empirikus támogatottsága, arra utal, hogy a stresszorok száma erőteljesebben jósolja be a későbbi adaptációs zavart, mint bármelyik specifikus stresszor önmagában. E hipotézis konzekvenciája, hogy a csecsemőre/kisgyermekre hatást gyakorló stresszorokat átfogóan kell figyelembe venni, mert ezek fontosak a gyermek környezetének megértésében.

A csecsemő/kisgyermek számára pszichoszociális stresszorok lehetnek akut események és állandó körülmények is. Az utóbbi példája a szegénység és a családon belüli erőszak. Ezeken felül a stresszor lehet közvetlen (pl. olyan betegség, ami miatt a csecsemő/kisgyermek kórházba kerül) vagy közvetett (pl. a szülő hirtelen megbetegedése). Olyan események és átmeneti változások is stresszteliek lehetnek a csecsemők/kisgyermek számára, melyek egyébként a család kultúrájában természetes élmények – pl. testvér születése, költözés, egyik szülő visszatér a munkába azután, hogy sokáig otthon volt a gyermekkel, közösségbe kerülés. Néhány csecsemő/kisgyermek ezeket az átmeneteket feszültséggel telinek éli meg, míg másoknak nem jelentenek nehézséget az átmenetek, és az új körülményekhez könnyen alkalmazkodnak.

A gondozói környezet meg tudja védeni és óvni a csecsemőt/kisgyermeket a stresszes eseményektől, körülményektől, ezzel csökkentve azok hatását. Ugyanakkor ugyanaz a stresszt okozó helyzet a gondozókra magukra és reakcióikra is negatív hatással van. Egy stresszes esemény vagy tartós helyzet hatása három tényezőn múlik:

1. A stresszor súlyosságától (intenzitásától, időtartamától és a bejósolhatóságától).
2. A csecsemő/kisgyermek fejlettségi szintjétől.
3. A gondozási környezetben élő felnőttek elérhetőségétől és arra való képességétől, hogy védelmet nyújtsanak és segítsék a csecsemőt/kisgyermeket, hogy megértse és megküzdjön a stresszrel.

Pszichoszociális és környezeti stresszorok a csecsemők/kisgyermek vizsgálatához

Ez a lista keretét nyújt a klinikus számára arra, hogy (1) a csecsemőt/kisgyermeket és családját érő megélt stressz számos lehetséges forrását azonosítani tudja, és (2) feltüntethesse ezek időtartamát és súlyosságát.

Figyelem! Az egyes kategóriák alá felsorolt itemek mindössze példák, a lista nem a teljesség igényével készült.

A stresszorok kumulatív (halmozott) súlyosságának felismeréséhez a klinikusnak fel kell tárni a csecsemő/kisgyermek helyzetéből adódó stressz összes forrását. Például egy nevelőszülőknél elhelyezésre kerülő csecsemő/kisgyermek abúzus, szülői pszichiátriai betegség, szeparáció és szegénység hatását is átélheti. Minél több stresszor van jelen, ezeknek annál ártalmasabb hatása lehet a csecsemőre/kisgyermekre.

A táblázat nyomtatható angol nyelvű változatát a www.zerottothree/dc05resources oldalon, magyar nyelvű változatát pedig a <http://dc05.medicina-kiado.hu> oldalon találja meg.

Pszichoszociális és környezeti stresszorok

(Minden stresszort, mely a gyermek szempontjából fontos, szerepeltessen a listában!)

Stresszorok	Életkor a stresszor kezdetekor (hónapokban)	Megjegyzések, melyek tartalmazzák az időtartamot és a súlyosságot
Kihívások a csecsemő/kisgyermek családjában és az elsődleges támogató csoportban		
Akkulturáció (kultúra elvesztése) és nyelvi konfliktusok		
Testvérek születése		
Változás az elsődleges gondozó személyében		
Családon belüli bűnelkövetés		
A szülő vagy egy fontos gondozó halála		
Más fontos személy halála		
Másik családtag halála		
Családon belüli erőszak		
Érzelmi bántalmazás		
A család szociális izolációja		
Az anya vagy az apa távolléte		
A család számára nem megfelelő társas támogatás		
Családtag bebörtönzése		
A csecsemő/kisgyermek örökbefogadása		
A csecsemő/kisgyermek elhanyagolása		
A csecsemő/kisgyermek fizikai bántalmazása		
A csecsemő/kisgyermek nevelőszülőkhöz helyezése		

Stresszorok	Életkor a stresszor kezdetekor (hónapokban)	Megjegyzések, melyek tartalmazzák az időtartamot és a súlyosságot
Gazdasági és foglalkoztatási kihívások		
Szülő munkanélkülisége vagy bizonytalan munkahely		
Szegénység vagy szegénység közeli helyzet		
A csecsemő/kisgyermek egészsége		
A csecsemőt/kisgyermeket ért baleset vagy sérülés (pl. állat harapása, utas egy balesetet szenvedő járműben)		
A csecsemő/kisgyermek kórházi ápolása		
A csecsemő/kisgyermek testi betegsége (akut vagy krónikus)		
Fájdalmas vagy ijesztő orvosi beavatkozás(ok)		
Várandósággal összefüggő stresszorok		
Jogi vagy büntetés végrehajtással kapcsolatos kihívások		
A gyermekvédelmi hatóság bevonása		
Őrizetbe vételi tárgyalás		
A csecsemő/kisgyermek bűnelkövetés tanúja		
A szülő bűnelkövetés áldozata		
A szülő letartóztatása		
A szülő kitoloncolása		
A szülő bebörtönzése, vagy börtönből szabadulása		
Nem dokumentált bevándorló státusz		
Egyéb		
Emberrablás (Jelölje, hogy családtagról vagy nem családtagról van szó!)		
Természeti katasztrófa (pl. hurrikán, földrengés)		
Járványos megbetegedés		
Terrorizmus		
Háború		
Más egyéb (Kérjük, ismertesse!)		

Figyelem: A „szülő” szó a szülőszerepet betöltő gondozási személyekre vonatkozik.

15 hónapos korig

Kompetencia-terület	Mérföldkő	Mérföldkő értékelése	Megjegyzések	Kompetencia-terület értékelése
Érzelmek	Puszikkal fejezi ki a szeretetét (még csücsörítés nélkül).			
	Óvatosságot vagy félelemre utaló viselkedést mutat, pl. kapaszkodás, vagy a gondozó mögé bújás.			
Társas kapcsolatok	Keresi és élvezi mások figyelmét, különösen a gondozókat.			
	Kortársai mellett játszik.			
	Előhoz egy könyvet vagy játékot, amikor azt szeretné, hogy meséljenek neki vagy játszanak vele.			
	Hangokat vagy cselekvéseket ismételtet, hogy figyelmet kapjon.			
	Élvezi, ha képeskönyveket nézegetnek a gondozójával.			

Jelölési kulcs: 1: képes rá, 2: bizonytalan, kialakulóban van, 3: hiányzik