

Szülőedukáció, mint a kora gyermekkori intervenció „rejtett tanterve”: A kora gyermekkori gyógypedagógia fejlesztés és tanácsadás hatásai látássérült gyermeket nevelő szülők körében

KISS Erika

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
kiss.erika@barczy.elte.hu



DOI: 10.18427/iri-2019-0044

Harminc év körüli fiatal pár ül velem szemben egy játékosan berendezett kissozóban, az anyuka kezében csendesen alszik 8 hónapos kisfiuk. Az édesapa egy három oldalas papírt tart a kezében, ez a gyermekükről készült "Szakértői vélemény", amely szerint kisfiuk "sajátos nevelési igényű: érzékszervi fogyatékos"... A tények és a szükséges tennivalók lehetséges tisztázása után az apuka összegez: "akkor most mi átlépünk 'egy másik csapatba', ahol majd arról blogolunk, hol lehet jó minőségű járókeretet és állítható dőlésszögű kissozót szerezni és hol jobb fej a szemész orvos és a neurológus? Mielőbb olyan kapcsolatokra kell szert tennünk, ahonnan a legértékesebb információkat kapjuk arról, hogy hogy lehet túlélni és élhetővé tenni ezt a helyzetet. Gondolom jó szakemberek, hasonló cipőben járó szülők és sok családi, baráti segítség kell, hogy ne őszüljünk meg idő előtt..."

A fenti sorok jól összegzik a sérült gyermeket nevelők társadalmi tőkájének meghatározó komponenseit. Dolgozatomban kísérletet teszek arra, hogy röviden bemutassam azokat a kapcsolatokat és lehetőségeket, amelyek hatótényezőnek számítanak sérült gyermek nevelése, gondozása során, különös tekintettel a gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás szerepét szem előtt tartva.

Ma Magyarországon nincs egységesen kialakított protokollja és kidolgozott kritériumrendszere annak, hogy milyen kisgyermek, mikor szorul korai intervenció megsegítésre és nem egyértelmű, hogy hová kell fordulni akkor, ha egy család elakadást észlel nemrég született gyermeke fejlődésében (Kereki, 2012). Ezek az információk többnyire informális hálózatokon keresztül jutnak el az érintett családokhoz.

Fogyatékos embernek születni?

Fogyatékos embernek születni már az első perctől kezdve hátrányokat jelent a fogyatékos személyre és családjára nézve egyaránt. Természetesen komoly etikai és diagnosztikai kérdés, hogy mikortól és mi számít fogyatékosnak? Továbbá ki az a szakember vagy szakintézmény, amely jogosult ennek megállapítására, közlésére, és mitől válik hihetővé, érzékelhetővé és élhetővé mindaz, amelyet egy-egy érintett gyermekről az őt nevelő szülei annak tartanak.

Az első három életévben többségében a hátrítás és reménykedés szakaszai váltják egymást. A jelenlegi ellátórendszer leginkább a fejlesztésorientált állapotmegismerés égisze (Lányiné, 2014) alatt tartja korai fejlesztés és gondozás alatt az érintett gyermeket, ami megalapozza az egyéni nevelési, fejlesztési és terápiás terv kidolgozását. Ennek az az oka, hogy az átlagos család nem rendelkezik spontánul azzal a tudással és azokkal a készségekkel, amelyek a fogyatékos / megváltozott fejlődésű gyermekek nevelésében szükségesek. Azok az ismeretek, amelyeket a szüleinktől és a környezetünktől a gyerekneveléssel kapcsolatban megtanulunk, és felnőttként saját gyerekeinkre alkalmazunk, majdnem mindig a "szokásos" gyerekekre vonatkoznak. Tudjuk például, miként tanítsunk látó gyereket számolni vagy olvasni, de nem tudjuk, hogy miként kell ugyanezt egy vak gyerekekkel kapcsolatban sikeresen elvégezni. Hiányoznak tehát a családokban (kivéve, ha gyógypedagógus családról vagy olyan családról beszélünk, amelyben például a szülők valamelyike fogyatékos személy, de ezek ritka kivételek) azok a spontán laikus ismeretek, amelyek a fogyatékos gyerekek nevelésében és oktatásában szükségesek. Ezeknek az ismereteknek a megszerzése külön erőfeszítést, tanulást igényel a szülőktől (amire ma már intézményi szervezett keretekben is van mód: korai fejlesztés, nevelési tanácsadó, gyógypedagógia módszertani központok szülősegítő csoportjai). Amíg ezeknek az ismereteknek a felhalmozása meg nem történik, addig a fogyatékos gyerek ellátása hiányos a családban (legalább is ezt érzik az érintettek).

A legnagyobb biztonságot adó tudást és ismereteket más - más szakemberek képviselik: egyrészt az egészségi állapot javításában, szinttartásban érdekelt orvosok (neurológus, ortopéd orvos, gyermekpszichiáter, stb.), terapeuták (gyógytornász, masszőr, dietetikus, stb.), másrészt a gyermek mentális fejlődésének előmozdításában jártas gyógypedagógiai és egyéb fejlesztő pedagógiában jártas "gyógy" személyek (gyógypedagógus, konduktor, logopédus), továbbá igen hasznos lehet a szociális szférában jártas szakember jelenléte, aki az aktuális támogatásokról, kedvezményekről tud információkat nyújtani.

Az eltérő/megváltozott fejlődésű gyermek esetében szinte sohasem beszélhetünk "gyógyulásról", bár jó esetben betegségről sem kellene beszélnünk. A megfelelő szemlélet kialakításában a "fogyatékossgal való ismerkedés" időszakában van igen nagy jelentősége a már meglévő családi és baráti kapcsolatoknak és a

megoldás/feloldás részeként megjelenő "szakmai" vagy "gyógy" kapcsolatoknak. Ezekhez az ún. "gyógy-emberek"-hez sajátos hálózatokon vezethet el az út.

Dióhéjban a kora gyermekkori intervencióról

Hazánkban a csökkenő születésszám mellett évről évre nő a sérülten született, a későbbiekben eltérő fejlődésűnek, viselkedésűnek mutakozó vagy a fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett gyermekek aránya (Beke, 2002; Ferge & Darvas, 2010) Az érintett gyermekek és családjaik a gyermek 0–5(6) éves koráig a *kora gyermekkori intervenció*¹ rendszerében kapnak segítséget, ellátást, támogató szolgáltatást.

A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a minősítésen és diagnosztizáláson át magában foglalja a különböző terápia, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet is. A gyermek állapotának, egyedi szükségleteinek, fejlődésének figyelembe vétele mellett a családra és a környezetre egyaránt fókuszál, szemléletében kiemelten hangsúlyos a prevenció elem.

Az érintett gyermekek életlehetőségeit (és családjuk életminőségét) döntően befolyásolja, hogy időben felismerik-e a problémájukat, bekerülnek-e minél hamarabb a korai ellátórendszerbe és megkapják-e a számukra megfelelő szolgáltatást, hiszen így nagyobb eséllyel tudják leküzdeni hátrányaikat, minőségileg jobb életre számíthatnak. Az egyén és a család érdekén kívül azonban a társadalompolitikai tényezőket is érdemes figyelembe venni, hiszen a morális felelősségvállaláson túl nem mehetünk el olyan gazdasági megfontolások mellett sem, amelyek hangsúlyt fektetnek a preventív jellegű szolgáltatások későbbi költségcsökkentő hatásaira. A korai életkorban kezeletlen problémák következményeinek kompenzálása az életút során sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényel a társadalomtól, mint amennyit a kora gyermekkori intervenció rendszerének hatékony működésébe kellene fektetni.

¹ A kora gyermekkori intervenció fogalmát a *European Agency for Development in Special Needs Education* szervezetnek a kora gyermekkori intervenció európai gyakorlatáról 2005-ben megjelent összegző dokumentuma alapján abban az értelemben használom, mely tartalmában minden olyan időben nyújtott cselekvést és beavatkozást felölel, amelyben a hat évnél nem idősebb, sajátos nevelési igényű gyermek és családja részesül (Early Childhood Intervention 2005). Annyit mindenképpen fontos hozzátenni, hogy az OECD-országok többségében a sajátos nevelési igényű (SNI) kategóriába a hátrányos helyzetű gyerekeket is besorolják. Magyarországon ez nem így van, a hátrányos helyzet nem képez külön SNI-kategóriát, bár a sajátos nevelési igényű gyerekek nem kis része hátrányos helyzetű is egyben.

Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei

Nincs pontos információnk arról, hogy hány gyermeknek lenne szüksége a kora gyermekkori intervenciós ellátásra, s mennyien vannak azok, akik valóban megkapják a megfelelő ellátást/szolgáltatást. Az elvégzett vizsgálat (Kereki & Lannert, 2009a.) az elérhető statisztikák, korábbi kutatási eredmények, a nemzetközi gyakorlatban tapasztalható prevalencia értékek², illetve a kutatásból nyert információk alapján próbálta megbecsülni a Magyarországon kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló és abban részt vevő gyermekek számát. Az adatok becslését nehezítette, hogy a különböző ágazati területek között nincs konszenzus a korosztály meghatározásában.³

A becslés tehát többféle szempontot figyelembe véve próbált törekedni a teljes-körűsége, s ezek alapján megállapítható, hogy a kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló 6 éven aluli gyerekek száma alsó becsléssel közelítve mintegy 9-10 ezerre tehető, s közülük kb. 5-6 ezer részesül intézményes ellátásban (Kereki & Lannert, 2009a). A gyerekeknek majdnem 40%-a nem kapja meg a számára szükséges ellátást/szolgáltatást. A beiskolázási korban megugró SNI-létszám, amely az óvoda utolsó évéhez képest az iskolába kerülés után kohorszontként durván 40%-os emelkedést mutat, szintén azt jelzi, hogy valószínűleg az ellátásba időben be nem jutott gyerekek nagy része bukkan fel a közoktatásban újonnan diagnosztizált, sajátos nevelési igényű gyermekként.

A védőnők kiugróan magasnak ítélik meg az ellátó/szolgáltató rendszeren kívül rekedő gyermekek arányát az észak-magyarországi régióban, ahol adataik alapján majdnem 60%-os ellátatlansági arány becsülhető, legjobb helyzetűnek pedig a nyugat-dunántúli régiót tartják, ahol a gyerekek majdnem háromnegyede megfelelő ellátásban/szolgáltatásban részesül. (TÁRKI-TUDOK-FSZK kutatás: Védőnői adatbázis, Odor, 2010.)

A területi aránytalanságok még inkább érzékelhetőek, ha azt vizsgáljuk, hogy mely régiókban található az országos megoszláshoz képest nagyobb arányú rászoruló gyermek, mint a hasonló korú népesség aránya, illetve milyen arányban jelennek meg az érintett gyermekek az intézményes

²A becslésnél alapvetően a Központi Statisztikai Hivatal, a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY), az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, a Közoktatási Információs Iroda (KIR-STAT) és az egykori Oktatási és Kulturális Minisztérium (OKM) adatbázisait, illetve a perinatális és neonatális intenzív centrumok összesítéseit használták, valamint vonatkozó korábbi vizsgálati eredményeket (Bass, 2008; Herczog, 2008; GYEP, 2006; ISzCsM, 2005).

³ Az egészségügy alapvetően a 0–6 éves korosztályt veszi alapul (akár a kötelező szűrővizsgálatokról szóló 67/2005. (XII. 27.) EüM rendeletet, vagy akár a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendeletet tekintjük). Ellenben a 2011. évi CXCV. köznevelési törvény a korai fejlesztést, gondozást a gyermek 5 éves koráig biztosítja. A kora gyermekkori intervenció rendszerének működését érintő fejlesztési tervek pedig a 0–7 éves korra terjednek ki (Új Magyarország Fejlesztési Terv Társadalmi Megújulás Operatív Program 5., 6., 7. prioritásai).

ellátásban A mutatókat tekintve (Kereki & Lannert, 2009a) elsősorban Észak-Magyarország tekinthető problémás régióknak, de Észak-Alföld (ezen belül is Hajdú-Bihar megye) és Dél-Dunántúl (különösen Somogy megye) helyzete is elgondolkodtató. Ugyanakkor az intézményes ellátást tekintve, jól láthatóan a közép-magyarországi régió, és mindenekelőtt Budapest az, amely dominálja a kora gyermekkori intervenciós ellátás terepét. Az egyenlőtlen kínálat eredményeképpen Budapestnek óriási az elszívó hatása: a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásokat igénybe vevő gyerekek 55%-a a fővárosban kapja meg az ellátást, miközben a 0–4 éves korú népességnek csak 16%-a él itt. A Nyugat-Dunántúlon Vas megyének, a Dél-Dunántúlon Baranya megyének, a Dél-Alföldön Csongrád megyének vannak még jó mutatói az intézményes ellátást tekintve, kompenzálva a környező területek esetleges ellátásbeli hiányosságait is.

A bekerülés szubjektív, társadalmi tőkéhez kapcsolódó kontextusa

Többféle tényező befolyásolhatja, hogy miért nem kerülnek be, vagy miért nem időben kerülnek be a korai ellátó rendszerbe azok a gyerekek, akiknek szükségük lenne rá. Érdemes tágabb kontextusba helyezni a kora gyermekkori intervenció ügyét, nem hagyva figyelmen kívül azokat a társadalmi-gazdasági tényezőket, amelyek hatással lehetnek a gyermeki fejlődésre, növelve egyes gyermekcsoportokban a veszélyeztetettség előfordulását.

Egyáltalán nem evidens, hogy egy pár hónapos csecsemővel, az éppen 'születendő', formálódó család szakemberekhez forduljon. Egy gyermek születése az esetek túlnyomó részében öröm: a családi erős kötések megújítja, újrakovácsolja, legalább is az elején. Ha a csecsemő viselkedése nem mutat markáns eltérést az 'átlagostól', akkor még a terhelő szakorvosi diagnózis mellett is a család összezár. Az *erős kötések kapcsolatok* itt kifejezetten károsan hathatnak: a *"majd mi, családon belül megoldjuk"*- megközelítés bagatellizálást és a csecsemővel együtt sok időt töltő anya mentális állapotának megromlását idézheti elő. Minél több *laza kötéssel*, más szóval *gyenge kapcsolattal* rendelkezik a család, annál nagyobb az esélye, hogy struccpolitika helyett nyitnak és elindulnak az ellátórendszer számukra elérhető (szocioökonomiai státusznak megfelelő) szolgáltatásai felé, ideértve a diagnosztikai és terápiás ellátást is. Pozitív alkalmazkodási folyamatot mutató, sérült kisgyermeket nevelő családoknál megfigyelhető, hogy kiterjedt szociális hálójával bírnak, ahol könnyebben áramlik az információ kifelé és befelé is. A mindennapokban ez azt jelenti, hogy a sérült gyermek születése és folyamatos "nem szokványos" jelenléte miatt traumatizálódó anya és apa meg tudja osztani a nehézségeit másokkal, akár több baráttal, ismerőssel is, akik további ismerőseiken keresztül információt szerezhetnek a problémák megoldására. Így ezeknek a gyenge kapcsolatokból szerveződő hálózatoknak stabilizáló és relaxáló hatása van.

A problémaészlelés különbségei az iskolázottsági szintek mentén mutatkoznak meg. A felsőfokú végzettségű anyák kétszer olyan eséllyel fedezik fel a bajt, mint a legalacsonyabb iskolázottságúak (Kereki & Lannert, 2009a). A kevésbé iskolázott anyák, ha a kórházban nem derül ki a probléma, kisebb valószínűséggel fogják felismerni a gyanúra okot adó tüneteket, s emellett az egészségügyi alapellátás szereplői sem segítik igazán őket. A gyerekek további életkilátásait nagymértékben befolyásolja továbbá, hogy a szülei mennyire tudják érdekeiket érvényesíteni és milyen kapcsolati hálóval rendelkeznek. A szülők válaszaiból kirajzolódik, hogy az iskolázottabb szülők, különösen a felsőfokú végzettségűek inkább tudnak támaszkodni kapcsolati tőkéjükre, jobban tudják hasznosítani az informális kapcsolati csatornáikat, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek jobbra az intézményes szereplők jelzéseire hagyatkoznak (Kereki & Lannert, 2009b).

A kora gyermekkori gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás hatásai sérült gyermeket nevelő szülők körében

A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás fogalma elsősorban a közneveléshez kötött, amelynek keretén belül többségében gyógypedagógusok a gyermek szükségleteihez igazodva kísérik a gyermekkel együtt rendszeresen megjelenő szülőt vagy szülőket. Az ellátás többségében heti rendszerességgel, ambuláns formában történik. Bizonyos esetekben, élethelyzetekben, például ikerpárok, koraszülöttek, súlyosabb szindrómával élő kisgyermekesek esetén, a gyermek otthonában való ellátásra is van példa.

Doktori kutatásom részeként olyan szülőket kerestem meg, akik 5-14 éves látássérült gyermeket nevelnek és legalább két éven át korai fejlesztésben vettek részt. A látássérülés ötéves korra már természetileg és a pedagógiailag is jól körülhatárolt, evidens fogyatékoságnak tekinthető.

Látássérült gyermekek egy-egy szülőjével készült félig strukturált egyéni interjúk (39 anya és 29 apa) válaszainak narratív tartomelemzésére (Ehmann, 2002) alapozva mutatom be azokat a gyógypedagógiai fejlesztések és tanácsadások során megjelenő tényezőket, amelyek hatást gyakoroltak a szülők nevelési – gondozási – elfogadási folyamataiban. A heterogenitás érdekében nem készültek páros interjúk. Interjúalanyaim kiválasztásában szempont volt az eltérő település-szerkezet és lakhely. A válaszadók életkori átlaga 41 év.

	Házasságban	Elvált	Összesen
ANYA	25 fő	14 fő	39 fő
APA	17 fő	12 fő	29 fő

Az interjú kérdései az alapvető demográfiai adatokon túl, a gyermek sajátosságaira és a születés, diagnózis-közlés emlékeire vonatkoznak,

továbbá igyekeztem az érintett szülővel „időszalag-szerűen” felidézteni azokat az eseményeket, történéseket, amelyek eszébe jutnak a gyermek születésétől a jelen pillanatig. Ezekből a narratív visszaemlékezésekből választottam ki jelen tanulmányhoz a korai fejlesztéssel kapcsolatban megnevezett történéseket, szülői tapasztalatokat.

Eredmények bemutatása:

Az *anyai válaszokban* leggyakrabban előforduló tényezők:

- a terapeuta gyermekkel folytatott verbális és non-verbális kommunikációja,
- a terapeuta játéktevékenysége,
- a megfelelő fejlesztő eszköz választása
- a gyermek sajátos reakcióinak gyógypedagógus által való értelmezése és fejlődési perspektívába helyezése
- az otthoni időtöltéshez adott konkrét tanácsok

A leggyakrabban előforduló *apai válaszok*:

- a terapeuta humora
- a terapeuta stabilitása
- a terapeuta következetessége
- az ellátó rendszerben való eligazodás során nyújtott információk

A 66 narratív interjúszövegből azonosított hatótényezők klaszterelemzéséből kirajzolódik, hogy a gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást végző terapeuta hitelességét és hatékonyságát négy nagy dimenzióban lehet elhelyezni:

1. *Kommunikációs készség*: kongruens, hiteles és pontos kommunikáció, feszültség-oldó, bizalmas légkör-teremtés, hallgatni tudás, jó kérdező-technika, megoldás-központúság, rugalmas szóhasználati alkalmazkodás a szülő kérdései során.
2. *Letisztult keretek*: célok, feladatok, eszközök, a kapcsolattartás módjai, kompetencia-határok.
3. *Szakmaiság*: naprakész információk az ellátó rendszer működéséről, szakemberekről, a megváltozott fejlődésmenet adott életkorra vonatkozó sajátosságairól való tudás.
4. *Személyiség*: határozottság, pozitív szakmai hit, rugalmasság, elfogadás, jelenlét, alázat.

A látássérült gyermeket nevelő szülők körében kiemelt jelentőséggel bír a fejlesztést és tanácsadást nyújtó gyógypedagógus egyéni, otthoni helyzetekben is használható esetkezelési technikája, amelyben a gyermek reakcióinak, tevékenységeinek szülővel közös megfigyelése és értelmezni tudása áll. A megkérdezett szülők szerint az indirekt, bemutatott tevékenységek és terapeuta-gyermek interakciós helyzetek jelentettek legtöbbet a saját nevelési-gondozási és elfogadási folyamataik során. Mind az anyai, mind pedig az apai visszaemlékezésekben többször megjelent a

terapeuta egyszeri vagy többszörös „családlátogatása”, azaz a gyermek otthoni környezetben való megfigyelése és tanácsokkal való ellátása.

Összegzés

A kora gyermekkori intervenció gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás feladatköre alapvetően egy terápiás háromszögben valósul meg, ahol *szülő/szülők*, a *gyermek* és a *terapeuta* alkotja ezt az egységet. A gyógypedagógia tradicionálisan a gyermek komplex képességfejlesztésére fókuszál, azonban ebben a triangulációban a szülővel/szülőkkel való interakciónak is kiemelt jelentősége van. Az utóbbi évtizedekben a gyermek fejlődésére ható tényezők vizsgálataiban (Rutter et al., 2001; Belsky & Jaffee, 2006; Kalmár, 2007) fontossá vált a családtagok igényeinek, személyes vágyainak, elképzeléseinek figyelembevétele, a családi működés dinamikájának feltárása. A gyakorlatban működő korai fejlesztő gyógypedagógusok számára ezek olyan szociális és kommunikációs készségek, pszichológiai attitűdök ismeretét és alkalmazását teszik szükségessé, amelyek nevezhetőek a kora gyermekkori intervenció "rejtett tantervének" is. A témával foglalkozó szakemberek (Borbély, 2012; Berszán, 2015; Kereki, 2017) egyetértenek abban, hogy a hatékony ellátásra nincs egyéni bevált recept, de körvonalazható egy olyan támogató modell, amelyben elsősorban a rugalmas esetkezelési technika, az ellátó rendszer alapos ismerete, a feladatok hierarchiájának felállítása, konkrét lépések és teendők és a hosszútávú kísérés és elérhetőség protektív tényezőknek számítanak mind a sérült gyermeket nevelő szülők, mind pedig a segítő szakember számára.

Irodalomjegyzék

- Bass L. (szerk.) (2008). *Jelentés a súlyosan-halmozottan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány.
- Beke A. (2002). *Intenzív osztályon kezelt koraszülöttek és veszélyeztetett újszülöttek utánvizsgálata. Összefoglaló az eredményekről*. [Kézirat]. Budapest.
- Belsky J., & Jaffee S. (2006). The Multiple determinants of Parenting. In *Developmental Psychopathology* (pp. 213-219). New York: Wiley.
- Berszán L. (2015) Megküzdés és reziliencia? Amikor a kevesebb több. *Erdélyi Társadalom*, (1), 9-19.
- Borbély S. (2012) *A szülők és mi*. Budapest: Budapest Korai Fejlesztő Központ.
- Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations 2005*. European Agency for Development in Special Needs Education. Letöltés <http://www.european-agency.org/> [2018.07.26].
- Ehmann B. (2002). *A szöveg mélyén - A pszichológiai tartalomelemzés*. Budapest: Új Mandátum.

- Ferge Zs., & Darvas Á. (szerk.) (2010). *Gyerekesélyek Magyarországon. „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2009. évi jelentése*. Budapest.
- GYEP (2006). *Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program 2006*. Budapest: MTA Progamiroda.
- Herczogh M. (2008). A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. In Fazekas K., Köllő J., & Varga J. (szerk.), *Zöld könyv. A magyar közoktatás megújításáért*. Budapest: ECOSTAT.
- ISzCsM (2005). *Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról 2005*. [Kézirat]. Budapest: ISzCsM Fogyatékosügyi Főosztály.
- Kalmár M. (2007). *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai. Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyermekek követésének tanulságai*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kereki J., & Lannert J. (2009a). *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. [Kutatási zárójelentés]. [Kézirat]. Budapest: TÁRKI-TUDOK Zrt.; FSZK.
- Kereki J., & Lannert J. (2009b). A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése. *Fogyatékoság és Társadalom*, 1 (2), 69-87.
- Kereki J. (2012). *A fogyatékoság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban*. A TÁRKI Társadalmi Riport c. kötetének (2012., Budapest, szerkesztette Kolosi Tamás és Tóth István György) 348-371. oldalán megjelent tanulmány rövidített változata. Letöltés http://www.hgye.hu/wp-content/uploads/2012_1.sz%C3%A1m-2-7.old_.pdf [2017.06.10].
- Kereki J. (2017). *Utak: a kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Budapest: ELTE BGGYK.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (2014). Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika. *Neveléstudomány*, (3), 33-52.
- Odor A. (2010). *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása*. [Tanulmány]. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal; TÁRKI-TUDOK-FSZK.
- Rutter, M. et al. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.