Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, BRIGHT FUTURE Humán Kutató és Tanácsadó Kft.

A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban

DANIS ILDIKÓ
ildiko.danis@brightfuture.hu, ildiko.danis@gmail.com

Absztrakt
A tanulmány a széles értelemben vett koragyermekkori intervenció fogalmát, jelentőségét, céljait, célcsoportjait és tevékenységi köreit foglalja össze. Bemutatásra kerül néhány átfogó modell, amely a korai prevenció és intervenció területein a szolgáltatástervezés elméleti-módszertani hátterét támogatja. A tanulmány kiemeli annak jelentőségét, hogy a nemzetközi gyakorlatban a koragyermekkori intervenciók köre univerzálisan kiterjed minden gyermekre és családra, illetve célzottan az atipikusan fejlődő csoportokban a biológiai és/vagy a társadalmi hátrányokkal, illetve lelkiegészség-problémákkal élő gyerekekre és környezetükre. A szülői, valamint a csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatását Magyarországon új, fejlesztendő területként emeli ki az írás, indokolja ennek relevanciáját, nemzetközi példák és hazai előzmények megfontolásával bemutatja lehetséges helyét a hazánkban megvalósuló korai intervenciók körében. Célokat és szükséges lépéseket javasol az új szolgáltatási rendszer kiépítése érdekében.

Kulcsszavak: koragyermekkori intervenció, univerzális és célzott beavatkozások, atipikus fejlődés, csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség

„A koragyermekkor befektetés a jövőbe”[1] – evidenciák a koragyermekkori intervenció[2] jelentőségéről

Az utóbbi egy-két évtized idegélettani kutatásai bizonyították, hogy *az idegrendszeri fejlődés legdinamikusabb és egyben legérzékenyebb periódusa a koragyermekkor időszaka* (lásd bővebben EGYED 2011; MUSTARD 2007; THE SCIENCE OF EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT 2007; JOHNSON 2005; SHONKOFF–PHILLIPS 2000). A fejlődés ekkor rohamléptekben zajlik. A „hierarchikus” felépülés értelmében *korai élményeink kihatnak teljes életpályánk alakulására, befolyásolják későbbi viselkedésünket, fizikai és lelki egészségünket, valamint az élethosszig tartó tanulásra való képességünk kibontakozását.*

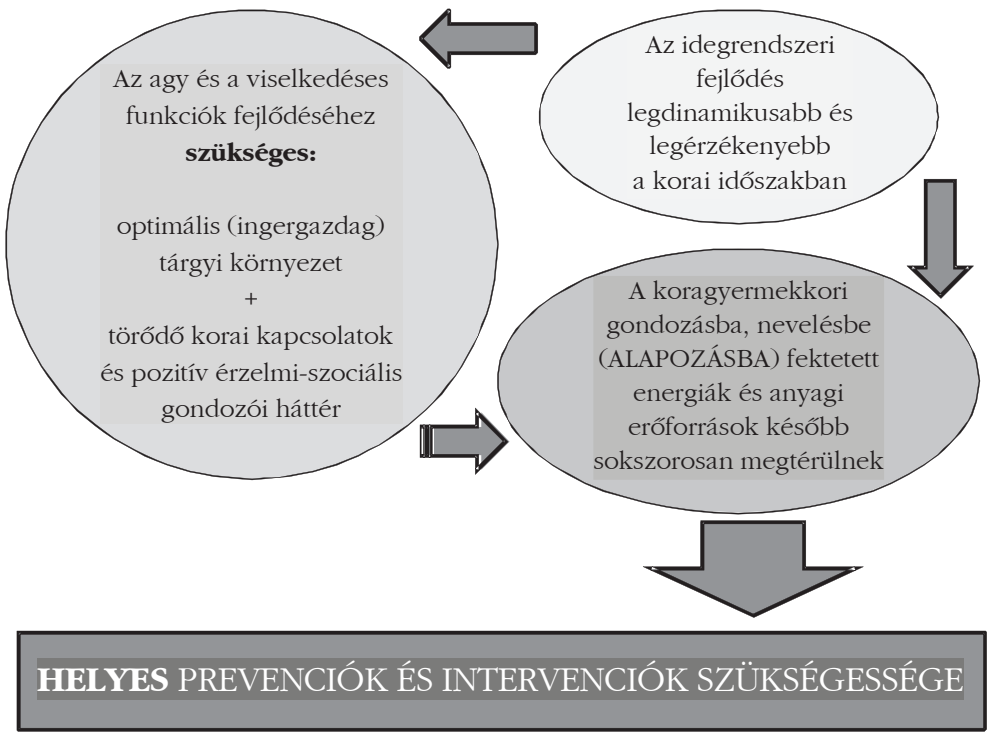
Mind az újabb idegélettani, mind pedig a már több évtizedes múltra visszatekintő kötődéskutatások (lásd bővebben TÓTH 2011; CASSIDY–SHAVER 2010; BOWLBY 1969; AINSWORTH et al. 1974) koherens eredményei szerint *az agy és ezzel párhuzamban a megfigyelhető viselkedéses funkciók egészséges fejlődéséhez nemcsak az optimális mértékű ingergazdag tárgyi környezet, hanem a törődő korai kapcsolatok és a pozitív érzelmi-*

1 HECKMAN–MASTEROV 2007

2 Magyarországon a koragyermekkori intervenció fogalmát ma még sokan a korai fejlesztés szinonimájaként kezelik, holott a nemzetközi gyakorlatban ez ennél jóval szélesebb jelentéstartalommal bír. Jelen tanulmányban a szerző a fogalmat a legszélesebb értelemben használja mindazokra a korai beavatkozásokra, amelyek a kisgyermekek és családjaik fejlődésének és jóllétének előmozdítását célozzák meg.

szociális gondozói háttér megléte is elengedhetetlen. A megfelelő mértékű és minőségű – mások által nyújtott és önindított – szenzoros és mozgásos élmények, valamint a stabil, érzékeny szociális kapcsolatok együttesen alapozzák meg az egészséges agyi fejlődést, a komplex képességek kialakulását, valamint a magabiztos, örömteli, kapcsolatra és tanulásra kész személyiség fejlődését.

Több modellkísérlet és intervenciós program hatásvizsgálata kapcsán az a hipotézis is bizonyítást nyert, hogy *a koragyermekkori gondozásba, nevelésbe (vagyis az „alapozásba") fektetett energiák és anyagi erőforrások később sokszorosan megtérülnek* (GRUNEWALD–ROLNICK 2007; HECKMAN–MASTEROV 2007; SZILVÁSI 2011; SURÁNYI és mtsai 2010). Minden társadalomban szükséges tehát a „helyes", „jól célzott" koragyermekkori prevenciós és intervenciós programok tervezése és a segítő-támogató szolgáltatások széles körű hozzáférhetőségének megteremtése *(1. ábra).*

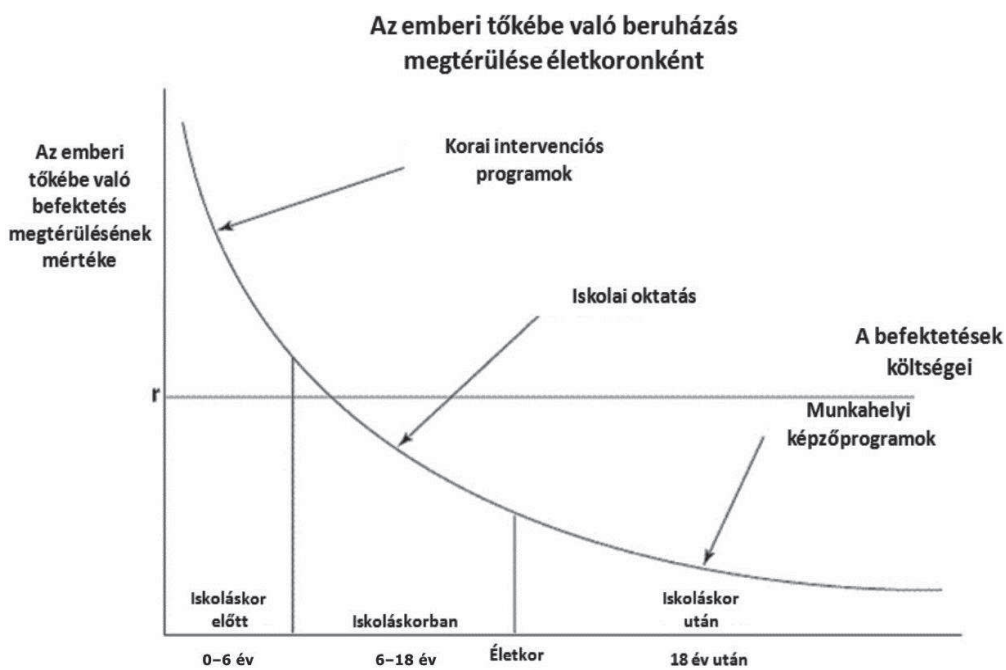


1. ábra. A koragyermekkori prevenciók és intervenciók szükségességét alátámasztó tudományos tapasztalatok (DANIS és mtsai 2011: 6 alapján)

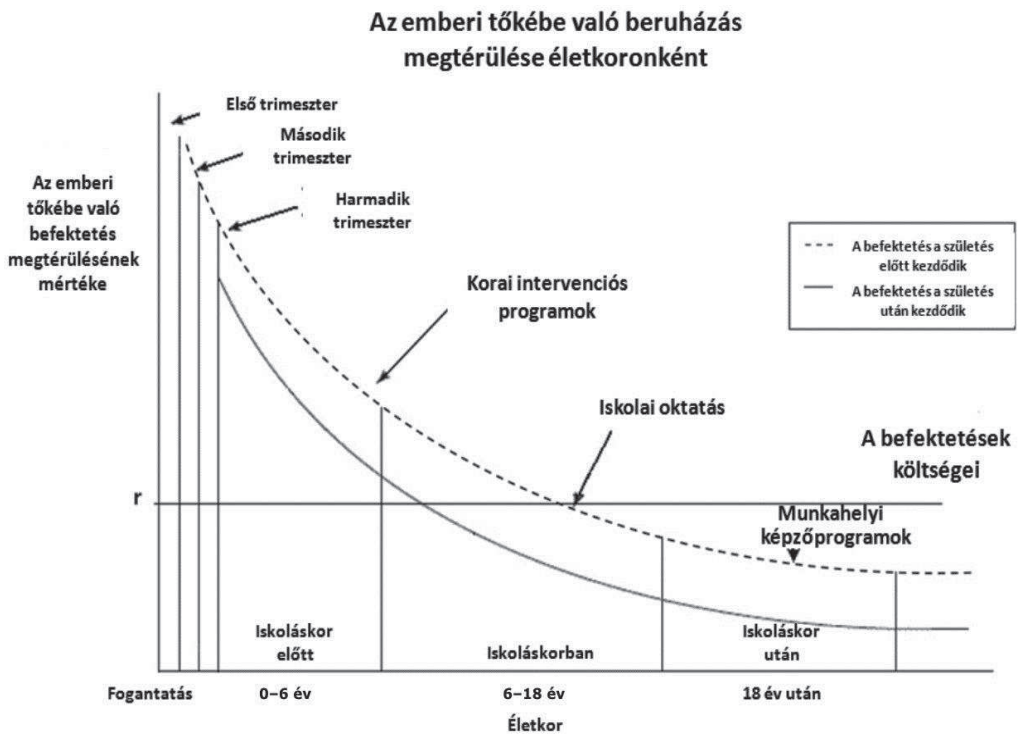
A tervezett beavatkozások fókuszában nem lehet más, mint maga a gyermek, az őt nevelő-gondozó szülők és család, valamint az az intézményi háttér és szakmai team, amely a családot a különböző felmerülő problémák esetén segíti. A humánökológiai modell értelmében (BRONFENBRENNER 1979, 1986; BRONFENBRENNER–CECI 1994) egy kisgyerek és szülei életét számos közeli (proximális) és távoli (disztális) hatás befolyásolja. A közvetlen család, az ismerős embertársak, a kapcsolódó intézményi hálózat, a társadalom és a kutúra sajátosságai mind-mind hatnak a szülők ismereteire, értékeire, céljaira, döntéseire, vagyis

a szülői-nevelői gyakorlatra, s így a gyerekek fejlődésére. *A közeli interakciók, vagyis a gyermeket* körülvevő *mikrorendszer, a család hatását semmi nem tudja felülmúlni a gyermeki fejlődés előmozdításában, azonban a bronfenbrenneri modell mezoszisztéma-rendszere a XXI. században kiemelten fontossá válik. Biológiai vagy társadalmi hátrány esetén gyerekek és családok sorsa függ attól, hogy milyen szervezett segítséghez, támogatáshoz férnek hozzá, és ezek a szolgáltatások (az egészségügy, az oktatás, a szociális ügyek és a családpolitika) milyen minőségűek, és mennyire alkalmazkodnak a valódi igényekhez és szükségletekhez (vagyis milyen mértékben „helyes" beavatkozások).*

Szemben az iskoláskori évekre irányuló oktatási-nevelési programokkal, melyek a hatásvizsgálatok szerint általában nem, vagy csak igen kis mértékben hozzák meg a várt eredményeket, a koragyermekkori gondozásba, nevelésbe befektetett anyagi erőforrások társadalmi-gazdasági szinten bizonyítottan megtérülnek (Barnett 2000, 2004; Belfield et al. 2006; Rolnick–Grunewald 2003). A megtérülés elsősorban a nők gyermek- és munkavállalási hajlandóságának növekedésében, a családok stabilitásának megőrzésében, a gyerekek későbbi tanulmányi, munkaerő-piaci és társadalmi sikerességében, valamint a speciális ellátások szükségességének és a társadalmi devianciák csökkenésében mérhető. A sokak által ismert heckmani befektetési görbét (Carnerio–Heckman 2003) az utóbbi évek fejleményei kapcsán kiegészítették a születés előtti intervenciók jelentőségével is (Doyle et al. 2009) *(2. és 3. ábra).* Eszerint *minél hamarabb – már a gyermektervezés idején,*[3] *de legalább a várandósság korai szakaszában – azonosítjuk azokat a családokat, ahol akár biológiai, akár társadalmi helyzet miatti veszélyeztetettség áll fenn, és minél korábban vagyunk képesek a megfelelő szolgáltatásokba, programokba eljuttatni őket, annál sikeresebb lehet a társadalom a későbbi költségek lefaragásában és az előnyök megteremtésében.*



3 A várandósság alatti nőgyógyászati, védőnői és gyermekorvosi nyomon követés előtt a pozitív családtervezésnek (Erős és mtsai 2012) van preventív jelentősége, mivel ez a szolgáltatás a lehetséges organikus (fizikai és mentális) betegségek kivédését célozza.



2. és 3. ábra. Az emberi tőkébe való beruházás feltételezett megtérülése a születés után és előtt induló intervenciós programoknál (CARNERIO–HECKMAN 2003; DOYLE et al. 2009: 10–11; DANIS 2012a: 62 alapján)

A koragyermekkori intervencióba és a már születés előtti egészségvédelembe való társadalmi befektetések hatékonyságának indikátorait csak közép- és hosszú távra lehet kijelölni, ezért olyan nehéz a korai évekre összpontosítani azokban az országokban, ahol égető társadalmi–gazdasági–politikai problémákat kell megoldani a jelenben. A tudományos eredmények alapján azonban várható, hogy egy olyan kormánynak, amely legalább a fogantatástól kezdve átfogó, minőségi ellátást biztosít a korai életévekben, kevesebbet kell később speciális ellátásokra (pl. egészségügyi intézményekre, speciális oktatásra, családtámogatásra) költenie, hosszabb távon pedig több embert juttat el a keresőképességig és az önálló, önfenntartó életvitelig. *A cél tehát az, hogy minden kisgyermek számára – függetlenül a testi, pszichés és környezeti adottságaitól – már születésétől kezdve, sőt még előbb is megteremtsük azokat a téri, tárgyi és személyi feltételeket, amelyek segítik őt képességei maximális kibontakoztatásában.*

A kormányzati politika a korai évek fejlődésének támogatását két módon képes elősegíteni. *A célzott intervenciós programok*[4] *indítása mellett érdemes anyagi és szellemi tőkét fordítani az univerzális és a specifikus problématerületek kezelésére irányuló szolgáltatási rendszerek és hálózatok egyre hatékonyabb működésére,* minden releváns szektor, vagyis az oktatás, az egészségügy, a szociális ügyek és a családpolitika együttműködésével.

4 Ezek a programok többnyire a szociális hátrány kezelésére terjedtek el, és éppen ezért nem érnek el minden támogatásra szoruló gyermeket.

Az univerzalitástól a speciális bánásmódot igénylő gyerekek célcsoportjáig

Stratégiai szempontból elsődleges feladat, hogy meghatározzuk azoknak a gyerekeknek és családjaiknak a csoportjait, akik a tárgyalt szolgáltatások fókuszában állnak. A koragyermekkori intervenció fogalmának sokszínűségéről és változásairól KEREKI (2010, 2011) már beszámolt. Több nemzetközi definíció áttekintése után *széles értelemben kezelve a koragyermekkori intervenció fogalmát, ez olyan univerzális és célzott szolgáltatások (intézményi hálózatok és konkrét programok) összessége, amely a gyermektervezéstől, a várandósságtól a gyermek iskolába lépéséig tartó időszakban a gyermeknek és családjának komplex segítséget és támogatást nyújt annak érdekében, hogy a gyermek fejlődési potenciáljait maximálisan kibontakoztathassa, a család kompetenciáit és kapacitásait pedig megerősíthesse.* A nemzetközi gyakorlatban ebbe a körbe tartoznak a gyerekek napközbeni ellátását biztosító tevékenységek (bölcsőde, óvoda), az egészséges fejlődést nyomon követő egészségügyi (gyermekorvosi, védőnői) programok, a családlátogató, szülőséget támogató és felzárkóztató szociális programok, valamint a sérült vagy fejlődési elmaradást mutató gyermekek korai fejlesztését, illetve a pszichés nehézségeket átélő családok támogatását végző hálózatok (POLEY et al. 2000). E bő definíció egyértelművé teszi, hogy *a hatékony koragyermekkori intervencióban együtt jelennek meg univerzális és célzott szolgáltatások, amelyek együttesen képesek biztosítani, hogy minden gyermek a speciális szükségleteinek megfelelően kapjon támogatást.*

Az általunk egy korábbi írásban használt *„differenciált univerzalizmus”*[5] fogalom (DANIS és mtsai 2011) arra az igényre reagál, miszerint *minden gyermeknek szüksége van támogatásra az optimális fejlődéshez, azonban speciálisan a saját adottságainak és szükségleteinek megfelelően.* Mindez vonatkozik a családjaik támogatására is, hiszen a szülők úgy tudják a legerőteljesebb pozitív hatást kifejteni gyermekeik fejlődése érdekében, ha ők maguk is megkapják az egyensúlyukat megteremtő és optimális működésüket inspiráló támogatást. Az angol kormányprogramok által (DH, 2007) is használt *„progresszív univerzalizmus”* kifejezés pedig arra utal, hogy *a problémák súlyossága határozza meg a szolgáltatástervezés fókuszpontjait és időbeli prioritásait (kiemeli annak szükségességét, hogy a valamely okból rászoruló gyerekek és családok számára tervezzünk és szolgáltassunk először segítséget).*

Azt, hogy mennyire sokszínű a fejlődés és ebből fakadóan a szükségletek köre, nagyon nehéz modellezni, azonban a főbb célcsoportokat könnyen kijelölhetjük. Célunk, hogy a családok olyan szolgáltatásokat és válaszokat kapjanak, amikre valóban szükségük van, és amiket kamatoztatni tudnak. Ha a fejlődési „sikert” fejlődési területenként próbáljuk körülírni, akkor minden egyes területen körvonalazódik három nagyobb csoport *(lásd 4. ábra).*

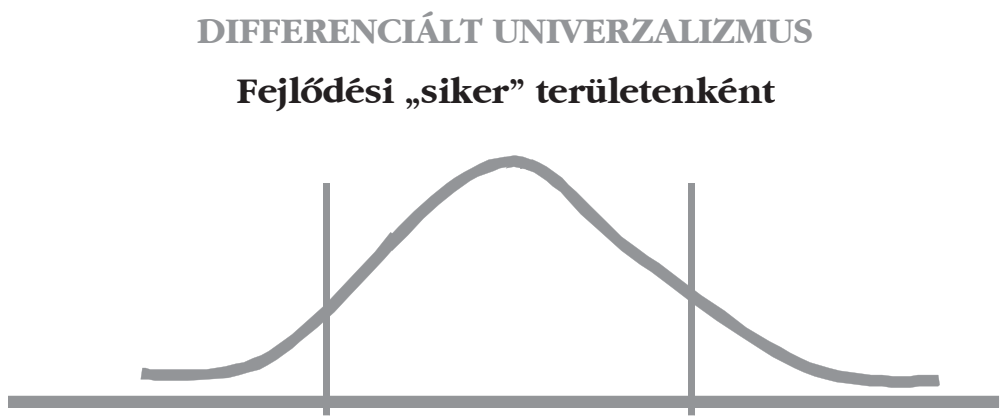
Egy-egy fejlődési területen (pl. a mozgás, a kognitív készségek, a beszéd és a kommunikáció, a társas-érzelmi készségek, a lelki egyensúly és a stabilitás terén is) kb. a gyerekek 60-70%-a mondható „átlagosan, tipikusan fejlődőnek”.[6] A természetes fejlődés spektruma széles és sokszínű, ezért az ún. tipikus fejlődés is nagyon heterogén mintázatban létezik.[7] Modellünk értelmében *ennél a csoportnál a cél az, hogy minél erősebb hátszelet biztosítsunk a gyermek és a család természetes fejlődéséhez.* Ehhez nem csupán arra van

5 Kölcsönözzük Lister 2003-as emberjogi fogalmát. Ez egy olyan perspektívát fogalmaz meg, amely együtt láttatja a közös és a differenciált pozíciókat, tapasztalatokat és szükségleteket az adott szolgáltatásokat igénybe vevő polgárok között.

6 A nagy számok törvényéből és a természetes variancia feltételezéséből következően a gyerekek képesség szerinti megoszlása egy Gauss-görbével jól leírható, ezt használja a *4. ábra.*

7 A modern fejlődéskutatók már nem is alkalmazzák a korábban közkedvelt „normális” vagy „normatív” fogalmat.

szükség, hogy *megerősítsük a szülői kompetenciákat* a gyerekek hatékony nevelése érdekében, hanem arra is, hogy *a családot körülvevő univerzális szolgáltatásokat modernizáljuk, a családok változó elvárásaihoz adaptáljuk,* és így olyan szolgáltatásokat tegyünk elérhetővé minden család számára, amelyek hatékonyan és modern eszközökkel képesek a velük való együttműködésre.



4. ábra. Differenciált fejlődési célok és szükségletek (DANIS és mtsai 2011: 16 alapján)

A célzott intervenciós törekvések (lásd korai fejlesztés, prevenciós és felzárkóztató programok stb.) a gyerekek *kb. 15-20%*-át és családjaikat célozzák meg, *ahol a gyerekeknél diagnosztikai alapunk van arra, hogy a fejlődésüket biológiai vagy szociális okokból „nehézségekkel telinek vagy atipikusnak” ítéljük meg*. E csoportoknál a *célunk* egyértelműen az kell legyen, *hogy a gyerekek felzárkózhassanak, illetve esélyük legyen adottságaik maximális kibontakoztatására.* Ehhez a fent már említett lépéseken (a szülők megerősítésén és az általános szolgáltatások hatékonyságának emelésén) kívül megfelelő *monitorozó / nyomon követő módszerekre, szűrő és diagnosztikus eljárásokra és a fejlesztés megalapozott eszköztárára van szükségünk.*

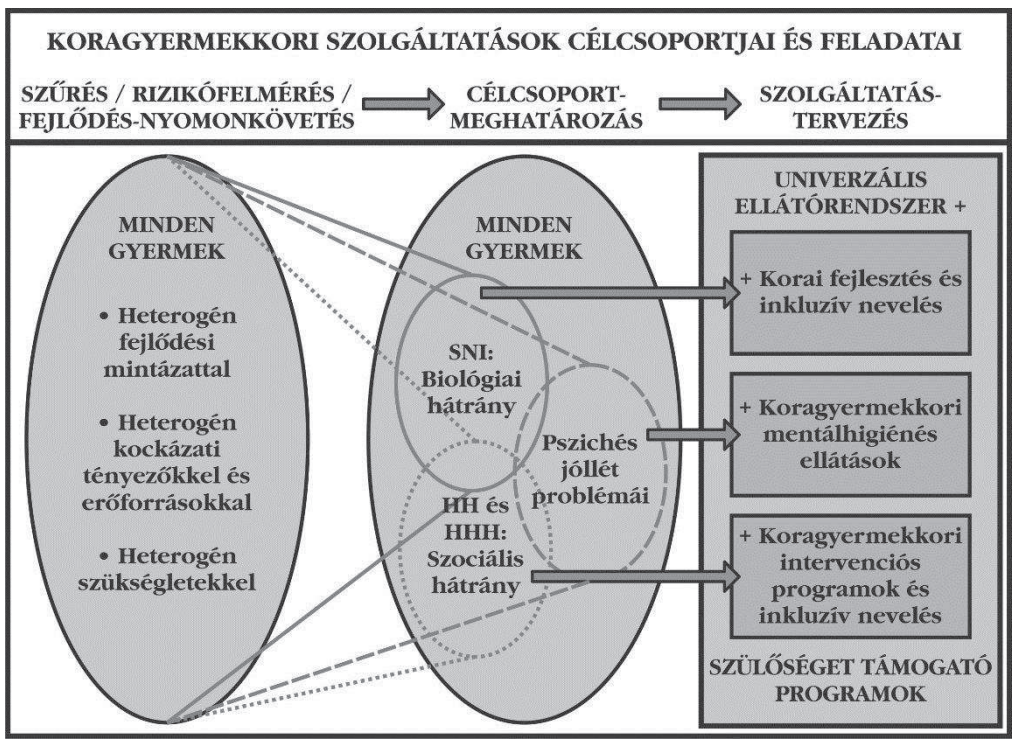
Bár nem tanulmányunk fókuszában álló téma, nem szabad elfeledkeznünk arról a fejlődési területenként szintén kb. *15-20%*-nyi gyerekcsoportról sem, *amelyek tagjai egy-egy vagy akár több területen kiemelkedően teljesítenek és tehetségesnek mutatkoznak.* Ezeknél

a gyerekeknél *célunk* az, hogy *esélyt teremtsünk számukra a „szárnyalásra", és ehhez a tehetség felismerésének és gondozási útjainak kidolgozását kell elérnünk.*

Vannak gyerekek, akik szinte minden területen átfogó gondoskodásra és iránymutatásra szorulnak, de sokkal gyakoribb az, hogy a gyerekek fejlődése területenként rendkívüli változatosságot mutat, ezért a különböző területeken, részképességekben különböző szintű, módú segítséget igényelnek. Ha egy társadalom a fenti modellhez hasonlóan képes gondolkodni a megelőző és segítő beavatkozásokról, akkor érheti el a legnagyobb hatásfokot egy adott életkori kohorsz sikerét és teljesítményét illetően.

A speciális bánásmódot igénylő gyerekcsoportok hatékony támogatása

A leginkább rászoruló, különleges bánásmódot igénylő csoportokat a teljes kisgyermekpopulációhoz viszonyítva körvonalazhatjuk *(5. ábra).*



5. ábra. Folyamatmodell a koragyermekkori intervenciós szolgáltatások feladatairól (DANIS 2012a: 8 alapján, Kerekivek való együttgondolkodás nyomán)

Kiindulásunk *a teljes, 0–7 éves korú gyermekpopuláció*, amely *heterogén mind az adottságok és képességek, mind a biológiai és környezeti kockázati és védőfaktorok tekintetében, s emiatt a fejlődési mintázatok mentén is.* Ezáltal *a szükségletek is nagyfokú változatosságot mutatnak.* Az *atipikus fejlődést mutató, problémás és nehézségekkel küzdő célcsoportban* (max. egy kohorsz 15-20%-a), ahol a célunk a felzárkóztatás, valamint a biológiai és környezeti lehetőségekhez mérten a fejlődési funkciók maximalizálása, három nagyobb alcsoportot körvonalazhatunk *(lásd 5. ábra).*

- Az egyik alcsoport olyan gyerekek csoportja, akik *vagy már a várandósság, vagy a születés, vagy a gyermekágy idején diagnosztizálható, veleszületett fejlődési rendellenességgel, illetve a későbbi fejlődés során szerzett vagy manifesztálódó, fejlődést akadályozó biológiai kondíciókkal bírnak; ezek veszélyeztetetté (at risk child) teszik őket a fejlődés során,* s emiatt fokozott figyelemre van szükségük (lásd bővebben KEREKI–LENNERT 2009; KEREKI 2010, 2011, 2013).
- A másik fontos alcsoport azokat a gyerekeket foglalja magába, akik *társadalmi-gazdasági hátránnyal élnek, s emiatt nem férnek hozzá a fejlődésüket biztosító, segítő környezeti feltételekhez* (lásd bővebben SZILVÁSI 2008, 2011).

Természetesen e két alcsoportnak van közös metszete: nem kevés azoknak a gyerekeknek a száma, akik szociálisan hátrányos helyzetű körülmények között születnek, és éppen ezért biológiailag is veszélyeztetettek (lásd KALMÁR 2011). Fontos *fejlesztendő terület e két csoport differenciáldiagnosztikája* is, a gyakran nagyon hasonló problémakör (lásd általános fejlődési elmaradás) pontos okainak feltérképezése, különválasztása, s az ennek megfelelő szolgáltatástervezés.

- Egy harmadik alcsoport, ahol nincs feltétlenül sem biológiai sérültség, sem hátrányos szociális helyzet a háttérben, mégis *a gyermek pszichológiai jólléte nem kielégítő.* Természetesen itt is gyakoriak a metszéspontok a másik két problémakörrel (PRÓNAY és mtsai 2015). Magyarországon a koragyermekkori intervenciós tevékenységek közül ez a legfrissebb szolgáltatási terület, ahol a koragyermekkori mentálhigiéné és pszichológiai egészségvédelem fejlesztendő kihívásaival állunk szemben (NÉMETH 2010, 2012).

Általában a külföldi célcsoport-definíciók már inkább a gyerekek szükségleteire reagálnak, mintsem a diagnosztikus jellemzőikre. Az USA-ban például a *„speciális egészségügyi szükségletekkel élő gyerekek”* csoportjának (lásd CSHCN – Children with Special Healthcare Needs) azokat a gyerekeket tekintik, *akik krónikus fizikai, fejlődési, viselkedési vagy érzelmi nehézségekkel élnek (vagy ennek későbbi előfordulásában veszélyeztetettek), és ezek miatt olyan típusú és mennyiségű egészségügyi vagy más szolgáltatásokra van szükségük, amelyekre általában véve a gyerekek többségének nincsen* (MCPHERSON et al. 1998: 139, id. ROBERTS et al. 2004). Azok a gyerekek, akik e célcsoportba tartoznak, általában egynél több szolgáltatást kapnak az Államokban, tipikusan több forrásból és különböző helyszíneken: pl. otthon, orvosi és mentálisegészség-klinikákon, koragyermekkori programokban, Head Start-programokban, napközbeni ellátásban, óvodákban, általános iskolákban. Természetesen hasonló a helyzet más országokban, így hazánkban is. A speciális szükségletű gyerekek egynél jóval több szolgáltatóval, intézménnyel találkoznak ellátásuk során. Egész szolgáltatási háló veszi őket körül, amelynek egyes intézményei részben vagy egészben tartoznak az oktatási, az egészségügyi vagy a szociális szektorhoz. *A fejlődési célok maximalizálása érdekében az univerzális, minden gyermek számára nyújtott szolgáltatások és a specifikus problémákat kezelő szakellátások együttes ütőképességéről kell beszélnünk.*

A fenti modell szerint három fő területét jelölhetjük ki a kívánt intervencióknak:

- *Biológiai* érintettség dominanciájával az univerzálisan minden gyermek számára elérhető (elérendő) *átfogó egészségügyi, szociális és oktatási szolgáltatások* mellett specifikusan a *korai fejlesztés rendszere,* majd az *inkluzív nevelési gyakorlat* az, amellyel rendszerszinten számolnunk kell. (Fejlesztési előzmények hazánkban: korai fejlesztéssel és védőnői szolgáltatásokkal foglalkozó TÁMOP 3.1.1. és TÁMOP 6.1.4.[8] programok.)
- A túlnyomóan *szociális hátrány* miatt előre jelezhető problémák elkerülése érdekében a *célzott koragyermekkori intervenciós programok látogatása* hoz látványos eredményeket. Kiemelendő feladat emellett az *egészségügyi és szociális alapellátásokhoz való*

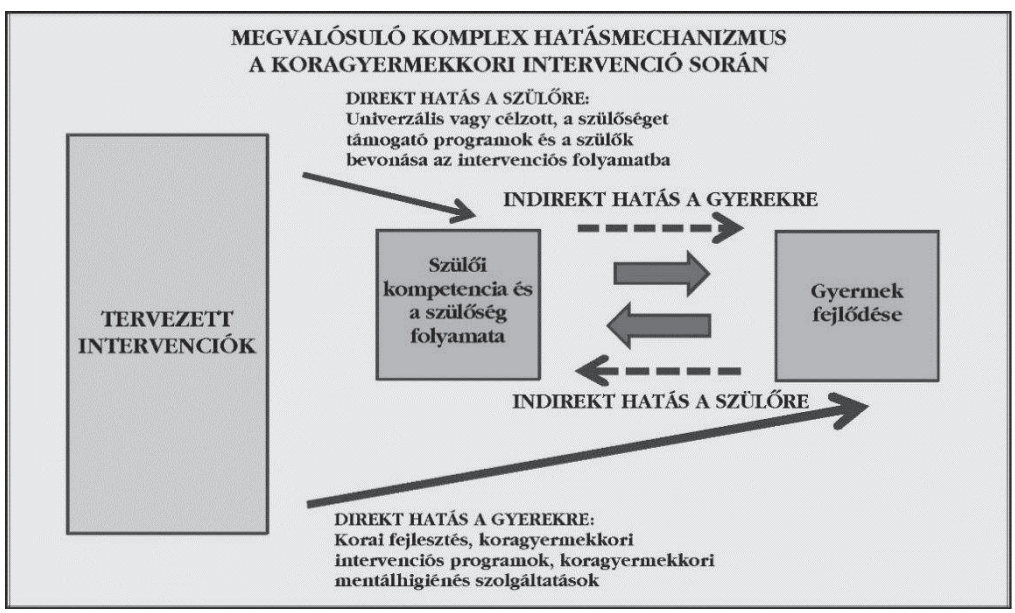
8 http://www.gyermekalapellatas.hu/

hozzáférés, valamint az *átfogó és inkluzív oktatás megteremtése,* ahol az óvoda-iskola képes befogadó lenni és adekvát módszerekkel válaszolni azoknak a gyermekeknek a sajátosságaira is, akiknek nehézségeik és lemaradásaik vannak bizonyos kompetenciaterületeken, leginkább kognitív és kommunikációs kompetenciáikban. (Fejlesztési előzmények: Gyerekesély[9] és Biztos Kezdet programok.[10])

- Olyan, koragyermekkorban jelentkező *pszichológiai és pszichoszomatikus problémák esetén, amelyek a lelki egészséget és jóllétet veszélyeztetik,* külföldön évtizedek óta az *Infant Mental Health Service-ek szerepe kiemelt.* Magyarországon folyamatosan történnek erőfeszítések e terület megfelelő szakértői, intézményi és működési feltételeinek megteremtése érdekében, azonban átfogó fejlesztési program e területen forráshiány miatt még nem indult el (bővebben lásd a későbbi fejezetet).

Univerzális igény: A kompetens szülőség és a korai napközbeni ellátó intézmények minőségének preventív támogatása

Nem lehet elég erősen hangsúlyozni, hogy *átívelő szolgáltatásként ma mind az univerzális, mind a speciális szolgáltatások körében szükség van a szülőséget támogató programok biztosítására.* A kisgyermekek fejlődésének kulcsa és motorja a szülő, és bizonyítottan semmi nem fejthet ki erőteljesebb hatást a fejlődésre, mint az otthoni, családi környezet (bővebben Danis 2010), így az intervencióban akkor érjük el a legnagyobb hatásfokot, hogyha a szülők direkt támogatásán keresztül is segítjük a gyermek fejlődését *(lásd 6. ábra).* A kompetens szülőséget sok csatornán keresztül, adekvátan támogató programok is hiányterületet jelentenek ma még Magyarországon (folyó fejlesztések: TÁMOP 6.1.4., TÁMOP 5.2.6.[11]).



6. ábra. Direkt és indirekt hatások a koragyermekkori intervenció során (Danis 2012: 11 alapján)

9 http://www.gyerekesely.hu/
10 http://gyerekesely.eu/
11 http://tamop526.hu:81/TAMOP-5.2.6/Kezd%C5%91lap

A szülői gondozás egyre fontosabb kiegészítéseként jelenik meg világszerte a *napközbeni gyermekellátás* (SURÁNYI és mtsai 2010; SIMONYI és mtsai 2010; HUNGERFORD et al. 2005). Modern felfogásban e szolgáltatások *funkciója ma már nemcsak a szülők munkavégzésének támogatása, hanem a gyermekek egészséges fejlődésének segítése, jóllétének biztosítása, az iskolára való felkészítés, esélykiegyenlítés és szükség esetén a környezeti kockázati tényezők felismerése és kezelése is.* A formális gyermekgondozás életkorban lefelé (0–3 éves korra) történő kiterjesztését tehát nemcsak a női munkavállalás serkentése, hanem a gyermekek fejlődésének szempontjai is indokolják. Az elérhetőség szempontját követően a minőség szempontja a legfontosabb, amely nem merül ki a közismert strukturális szempontok biztosításában. A gyermekek fejlődési kimeneteinek közvetlen alakítója a gyermekgondozásban, hasonlóan a szülőkhöz, az, hogy a gondozó milyen kapcsolatot alakít ki a gyermekkel, mennyire érzékeny és válaszkész a szükségleteire (lásd „pozitív gondozás") (DANIS 2010), éppen ezért szükséges a koragyermekkori intézményekben dolgozó nevelők naprakész tudásának és kompetens gondozói munkájának folyamatos támogatása is.

Összefoglalásként tehát elmondható, hogy egy ország „helyes" koragyermekkori intervenciós stratégiája egyszerre képes a legtöbbet nyújtani az egészségesen fejlődő, többségi populációba és a nehézségekkel küzdő, kockázati csoportokba tartozó gyerekek és szüleik számára úgy, hogy közben különös figyelmet fordít a bármilyen okból hátrányos helyzetű családokra, és segíti a (széles értelemben vett) „kisebbségi" gyerekek és családok integrációját. Ez az elv ma az univerzalitás és célzottság együttes elve, ami alapján számos szülőséget és gyermeki fejlődést támogató program valósul meg külföldön (SHONKOFF et al. 2005).

Új fókusz Magyarországon: a koragyermekkori lelki egészség támogatása

Mint láthattuk, a Magyarországon évtizedes hagyományokkal bíró korai fejlesztés és az utóbbi évek erőteljes fejlesztési kísérletei nyomán megvalósuló szociális felzárkóztató programok mellett erőteljes relevanciával bír a koragyermekkori lelki egészség támogatása, ami hazánkban új, fejlesztendő terület.

Mire építhetünk? I. Külföldi példák

A *szülői (parental mental health),* valamint a *csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség (infant and early childhood mental health)* támogatása mint interdiszciplináris, szektorokon átívelő feladat a nyugat-európai országokban és a tengerentúlon vagy integrált intézményekben részfeladatként (Anglia, Németország), vagy interdiszciplináris teameket foglalkoztató önálló hálózatként (Infant Mental Helth Service: USA, Kanada, Ausztrália) már évtizedek óta létezik (lásd bővebben DANIS 2012b). *Az integrált (egészségügyi, szociális és edukatív) szolgáltatások kiemelt célja a kompetens szülőség (szülők mentális egészsége és a gondozói-nevelői gyakorlat) és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat támogatása, melynek talaján teremthető meg a csecsemők/kisgyermekek optimális fejlődésének és lelki egészségének biztosítása.* A szakembereket *(Infant Mental Health Specialist)* több szinten képzik, vannak már speciális alapképzettséget is adó (MA) képzések,[12] de az e területen működni kívánó speciális szakemberek leginkább alapszakmákra ráépülő posztgraduális képzéseken sajátítják el a komplex elméleti, módszertani, gyakorlati ismeretanyagot

12 A Selma Fraiberg-i hagyományból a Michigan Egyetemen indult először képzés, azóta számtalan helyen személyes és távoktatásos formákban is el lehet sajátítani a szakma alapjait.

(ZEANAH et al. 2005). Több irányzat létezik, de *az angolszász módszerek valóban interdiszciplinárisak: a konkrét szociális segítség mellett az érzelmi támogatás, a fejlődésről szolgáltatott szülőedukáció, a korai kapcsolat felmérése és támogatása, érdekképviselet, valamint a szülő-csecsemő konzultáció és pszichoterápia tartozik egy specialista repertoárjába* (WEATHERSON 2002). Természetesen a folyamatos továbbképzésre is mód nyílik, rövidebb tanfolyamok révén akár közvetlen oktatási, akár távoktatási rendszerben, valamint rendszeres szakmai találkozókon, konferenciákon, fórumokon való részvétel és szakfolyóiratok, hírlevelek olvasása révén.

A *World Association of Infant Mental Health*[13] világszervezete 1980 óta működik, azóta számos ország vagy országcsoport is csatlakozott alszervezetként. Kétévente szakmai világkonferenciákat szerveznek (sőt európai konferenciák is szerveződnek néha), és a területen kiváló interdiszciplináris, tudományos cikkeket és bizonyítékokon alapuló gyakorlatokat is közreadó *Infant Mental Health Journal* folyóiratot és a szabadon letölthető *Perspectives in Infant Mental Health* című lapot adják ki. Természetesen emellett több, a témában érdekelt szervezet és szakmai fórum, folyóirat működik (pl. nagyon jelentős a szintén amerikai *Zero To Three*[14] munkája).

Az amerikai és a területen nagyon erősen fejlődő angolszász (Anglia, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland) hagyományok mellett hazánk számára a német és francia nyelvű (Németország, Ausztria, Svájc, Franciaország) műhelyek adhatnak még jelentős támpontot, ahol szintén évtizedek óta kiemelt prevenciós és intervenciós cél a korai érzelem- és viselkedésszabályozási zavarok felismerése és kezelése.[15]

Az angol (valamint német és francia) nyelvű szakmai kiadványok, szakkönyvek száma temérdek (néhány alapmű pl.: BRANDT et al. 2014; ZEANAH 2012; PAPOUSEK et al. 2008; OSOFSKY–FITZERALD 2000; LUBY 2006; GREENSPAN–WIEDER 2005), amelyek közül szinte semmilyen anyag nem érhető el magyar nyelven. Az egyetlen magyar forrás a német és integrált hagyományokat tükröző kötet HÉDERVÁRI-HELLER tollából (2008). Rengeteg kutatási és gyakorlati tapasztalat lenne megosztható és a képzésekbe bevonható e szakanyagok fordításának támogatása által.

Mire építhetünk? II. Magyarországi előzmények

Az elmúlt években több EU-támogatás segítségével megvalósuló gyerekszegénység elleni és a szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek felzárkóztatását célzó kezdeményezés (pl. Gyerekesély projekt, Biztos Kezdet program, Kistérségi Komplex Program), valamint a biológiai sérültség szűrését és támogatását, illetve az egészséges gyermekfejlődés nyomon követését és támogatását célzó TÁMOP-program (6.1.4 és 5.2.6) indult el. A több évtizedes nemzetközi gyakorlattal szemben a korai szülőség, valamint a kisgyermekkori lelki egészséget támogató programok jelentősége még nem került fókuszpontba Magyarországon, forráshiány miatt pedig csak kisebb léptékű fejlesztésekre kerülhetett sor a területen.

Eddigi hazai törekvések, amelyek a koragyermekkori lelki egészség támogatásának áramába tartoznak/tartoztak az 1990-es évektől:

- *Családbarát program* (NÉMETH és mtsai): egészségügyi fókuszú, de a társszakmákat folyamatosan invitáló, interdiszciplináris konferenciák a koragyermekkori fejlődés támogatásáról;[16]

13 www.waimh.org
14 www.zerotothree.org
15 Németországban a papouseki hagyományból induló szülő-csecsemő konzultáció Münchenben, majd több német képzőhelyen vált elérhetővé.
16 http://www.ogyei.hu/letoltheto/kiadvanyok/

- OGYEI családtámogató tevékenységei (NÉMETH és mtsai): különböző szülőcsoportok (*szülői hivatásra felkészítés*[17], *csecsemős és kisgyermekes klub*), valamint a szülő-csecsemő konzultációk módszertanának, gyakorlatának beindítása (NÉMETH 2010, 2012);
- az *EGO Klinika* módszerspecifikus gyermekterapeuta-képzésének keretében *csecsemő-megfigyelés*[18] *és anya-csecsemő terápia módszertanának oktatása;*
- *magánintézményekben működő baba-mama pszichoterápiák, a szülő-kisgyermek kapcsolat analitikus, analitikusan orientált támogatása:* EGO Klinika, Vadaskert Alapítvány: HAWA Munkacsoport, BHRG Alapítvány, egyéb, magánkezdeményezésekben dolgozó szakemberek.

Az OGYEI munkatársai (Németh Tünde) többéves szakmai kapcsolatokat ápolnak német kollégákkal (Hédervári-Heller Éva, Hans Peter Hartmann, Martin Dornes): ennek gyümölcseként már elindult Magyarországon néhány sikeres kezdeményezés:

- *megszületett az első diplomát adó posztgraduális szakirányú továbbképzés* (lásd Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde kidolgozásában: Integrált szülő-csecsemő konzulens képzés). 2010–2014 között a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen zajlott a képzés, 2014-től a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében folytatódott, és 2015-től indul az ELTE Bárczi Gyógypedagógiai Karán is.
- Hans Peter Hartmann heppenheimi klinikájának példája nyomán indult el a *pszichiátriai beteg anyák és csecsemőik együtt ápolása a Szt. János Kórház Baba-Mama-Papa programjában* (Kurimay és Németh együttműködésével).

Van esély a nemzetközi kutatási dialógusba is bekapcsolódni azáltal, hogy a képzések hallgatói és egyben a Heim Pál Kórház munkatársai (SCHEURING és mtsai) *2010–2011-ben lefolytatták az első magyar nagymintás kutatást a csecsemő- és kisgyermekkori érzelmi és viselkedésszabályozási nehézségekről (regulációs zavarokról).* A feldolgozás folyamatosan halad, az eredmények alapján a hazai mellett a nemzetközi közönség érdeklődésére is számíthatunk (SCHEURING és mtsai 2011, 2012, 2014, 2015, 2015b, 2015c; DANIS és mtsai 2012, 2012b, 2014, 2014b, 2014c, 2015).[19]

A „15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről" a *Pedagógiai Szakszolgálatokban megalapozta a 0–3 éves korosztály ellátásának jogszabályi feltételeit: a Szakszolgálat munkatársai (ma még szinte kizárólag korai fejlesztés címén) a születéstől kezdve foglalkoz(hat)nak gyerekekkel és szüleikkel.*

Szakmai javaslatokat tartalmazó cikkünkben (NÉMETH és mtsai 2015a és b) arra teszünk kísérletet, hogy a fennálló magyarországi rendszernek és jogszabályi környezetnek a lelki egészség támogatása felé mutató bővítési lehetőségeit vázoljuk fel.

Magyarországi tennivalók: az új szolgáltatási hálózat kiépítéséhez szükséges lépések

Képzés- és hálózatfejlesztés

Annak érdekében, hogy a koragyermekkori lelki fejlődési zavarok felismerése és kezelése – új feladatként mint a korai prevenció és intervenció tartópillére – a különböző szakmákban széles körben meghonosodjon Magyarországon, többszintű képzési programra és új specialitásokkal bővülő, széles körű ellátó hálózatra van szükség.

17 A várandósság idején nemcsak a szülésre, hanem a korai gondozásra és a szülőségre való felkészítés az, amely a családdá alakulás pszichoszociális támogatását alapozza meg.
18 http://www.egoklinika.hu/oktatas/anyacsecsemo.html
19 http://heimpalkorhaz.hu/kutatasi-programok/ (Egészséges Utódokért Projekt)

Hosszabb távon cél a koragyermekkori lelki egészség tudományos és gyakorlati ismeretanyagának beépítése a hazai szakemberképzésbe graduális, posztgraduális, valamint folyamatos továbbképzési szinteken (minden olyan szakma esetén, amely kisgyermekekkel, szülő-gyermek párokkal vagy kisgyermekes családokkal foglalkozik).[20] Fontos, hogy a speciálisan képzett szakemberek országos szinten megjelenjenek az ellátásban.

Egy új, a nemzetközi tudományos és klinikai tapasztalatokon alapuló innovatív prevenciós és intervenciós program csak közös társadalmi felelősségvállalás mellett ültethető át a hazai gyakorlatba. Ez szoros politikai, egészségügyi, szociális, oktatási és tudományos összefogást igényel. Hazánkban strukturálisan ennek az új feladatnak a megvalósítását, koordinálását akár a gyermekegészségügy, akár az oktatási tárca vállalhatja.

Prevenciós szinten az egészséges populáció támogatása célzott tevékenységként várandóscsoportok, szülői hivatásra felkészítés, csecsemős és kisgyermekes klubok, illetve általános ismeretterjesztő vagy tematikus szülőcsoportok tartása révén valósulhat meg. A problémafelismeréshez az egészséges fejlődés és a szülői gondoskodás sokszínűségének ismerete mellett szükséges az atipikus fejlődés jellegzetességeivel is tisztában lenniük a szakembereknek, hisz ennek alapján épülhet fel a támogatás intervenciós szintje. Az *intervenciós szinten* az egészségügyi alapellátásban a házi gyermekorvosok, szakorvosok, valamint a védőnői hálózat kaphat felismerő és jelző funkciót (természetesen számítanunk kell a szociális és pedagógiai szféra szakembereinek segítségére is), míg a problémák megoldásában specifikusan a korai lelki zavarok (érzelem- és viselkedésszabályozási, más néven regulációs zavarok) elméleti és gyakorlati ismeretanyagában jártas konzulens és terapeuta szakemberek vehetnek részt az alapellátás, a civil és magánkezdeményezések keretein belül.

Diagnosztikai rendszer és finanszírozás

A Magyarországon használatos DSM-V és BNO-10 kódrendszer a koragyermekkori lelki egészség problémáinak diagnosztikájával nem foglalkozik mélyrehatóan. Ahhoz, hogy az egészségügyben is lehetőség legyen a szakszerű finanszírozott ellátásra, *szükség van a koragyermekkori lelki zavarok teljes spektrumára kiterjedő diagnosztikus rendszer(ek) adaptálására* (DC: 0-3R: ZERO TO THREE 2005; EMDE és mtsai 2005; HÁMORI 2010; DSM-PC: DROTAR 1999; németországi pszichoszomatikus diagnosztikus rendszer alakulóban: HOFACKER et al. 2007[21]), valamint *az ellátáshoz szükséges tevékenységi körök (lásd diagnosztika, kezelés) bekerülésére az OEP finanszírozási rendszerébe.*

Természetesen *szükség van* az állami gyermek-egészségügyi ellátás (pl. gyermekkórházak, gyermek szakrendelők), valamint az oktatási (pl. pedagógiai szakszolgálatok) és a szociális (pl. családsegítő központok, bölcsődék) területeken *a diagnosztikus tevékenység, valamint a konzultáció vagy a terápiaszintű kezelés strukturális és személyi feltételeinek megteremtésére, optimális esetben interdiszciplináris teamek kialakítására.*

---

20 Jelenleg a Semmelweis Egyetemen folyik Hédervári-Heller és Németh féle „Integrált szülő-csecsemő konzulens" posztgraduális képzés (szeptembertől az ELTE Bárczi Gyógypedagógiai Karán is indul), valamint a Semmelweis Egyetem védőnőképzésében lehet speciális kurzusokat felvenni a koragyermekkori regulációs zavarok témájában. A Pázmány Péter Katolikus Egyetem is meghirdetett posztgraduális képzést, a „Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció" szakirányú továbbképzési szakot. Az EGO Klinika oktat klasszikus csecsemőmegfigyelést és baba-mama konzultációt, valamint a Vadaskert indít rendszeresen néhány napos tanfolyamokat a csecsemőkori funkcionális zavarok kezeléséről.

21 Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindesund Jugendalter.* Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 357–378.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-028_S1_Regulationsstoerungen_im_Saeuglingsalter__u.a._F98.2__11-2006_11-2011_01.pdf

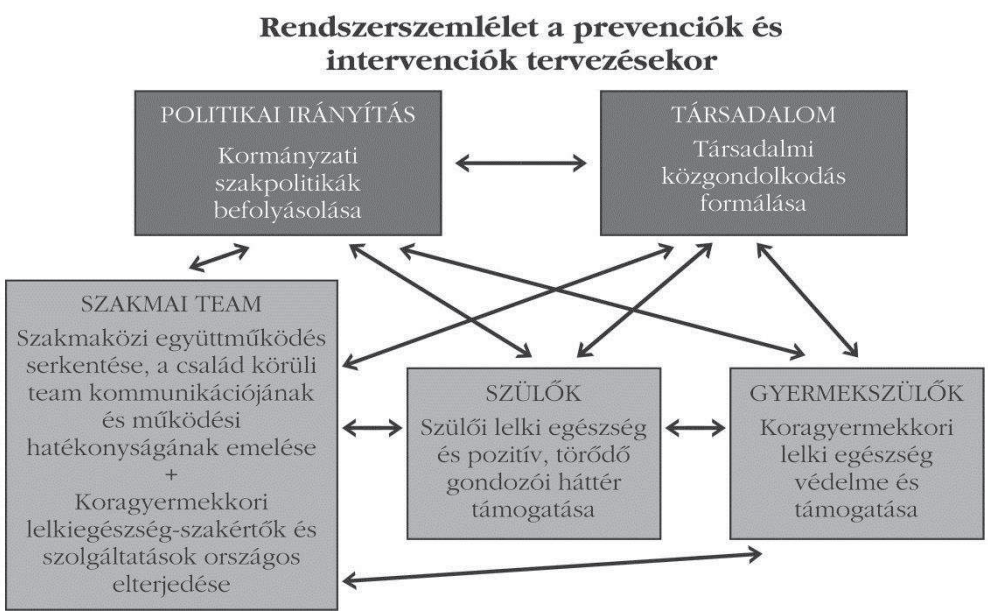
Módszertani bázisközpont

Az új szakmaspecialitás magyarországi kialakításához szükséges olyan *módszertani bázis létrehozása* is, amely a hazai és nemzetközi interdiszciplináris kutatásokért, a jó gyakorlatok összegyűjtéséért, továbbképzések szervezéséért, módszertani ajánlásokért, a megvalósuló gyakorlat ellenőrzéséért, elméleti-módszertani kézikönyvek, kiadványok szerkesztéséért, kiadásáért, szakpolitikai döntéshozásokhoz véleményezésekért, előkészítő munkákért, valamint a szakmai és laikus körökben végzett ismeretterjesztésért (honlap, szakmai találkozók: fórumok és konferenciák szervezése, szakmai folyóirat, hírlevélkiadás) felelős. Fontos egy olyan *interdiszciplináris gyakorlati munkacsoport működtetése* is, melynek tapasztalatai modellértékűek lehetnek a szakmai hálózat kialakításához.

A közgondolkodás formálása

Mindezek mellett *a médiának és minden formális információs csatornának fontos szerepet kell vállalnia abban, hogy a koragyermekkori fejlődésről és támogatásának adekvát módjairól tudományosan megalapozott üzenetek érkezzenek a gyermeket tervező, a várandós és kisgyermekes szülők, valamint a napközbeni gyermekellátó helyek gondozói felé,* ezzel is segítve a gondozói-nevelői gyakorlat pszichoszociális egészséget megalapozó funkcióját.

A *7. ábrá*n feltüntettük azokat a fontos „szereplőket", amelyek a koragyermekkori intervenciók, és ezen belül a szülői és koragyermekkori lelki egészséget támogató beavatkozások hatékony megvalósulásában szerepet játszanak. Fókuszban a gyermek, a szülők és a családot támogató szakmai team áll (lásd alsó sor), de nem feledkezhetünk el a társadalom többi tagjáról és a vezető politikai-gazdasági erőkről sem (lásd felső sor). A *rendszerszemlélet alapján bizakodhatunk abban, hogy ha a rendszer bármely pontján pozitív hatást érünk el, az tovagyűrűzik a rendszer többi részébe is.*



7. ábra. A koragyermekkori lelki egészség támogatásának rendszerszemléleti modellje (DANIS és mtsai 2011: 18 alapján)

Irodalom

AINSWORTH, M. D. S. – BLEHAR, M. C. – WATERS, E. – WALL, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

BARNETT, W. S. (2000): Economics of Early Childhood Interventions. In SCHONKOFF, J. P. – MEISELS, S. J. (eds): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press. 589–613.

BARNETT, W. S. (2004): *Benefits of Preschool Education*. www.nieer.org, BarnettBenefits.ppt

BELFIELD, C. R. – NORES, M. – BARNETT, W. S. – SCHWEINHART, L. (2006): The High/Scope Perry Preschool program: Cost-benefit analysis using data from the age-40 follow up. *Journal of Human Resources, 41*(1), 162–190.

BOWLBY, J. (1969): *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment* (1982, 2nd edition). Hogarth Press, London.

BRANDT, K. – PERRY, B. D. – SELIGMAN, S. – TRONICK, E. (eds) (2014): *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington–London.

BRONFENBRENNER, U. (1979): *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

BRONFENBRENNER, U. (1986): Ecology of the family as a context for human development: research perspective. *Developmental Psychology, 22,* 723–742.

BRONFENBRENNER, U. – CECI, S. J. (1994): Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review, 101,* 568–586.

CARNEIRO, P. – HECKMAN, J. (2003): *Human Capital Policy*. Working Paper 9495, NBER Febr.

CASSIDY, J. – SHAVER, P. R. (eds) (2010): *Handbook of Attachment 2nd Ed.: Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press.

DANIS, I. (2010): A fejlődéslélektani perspektíva: Gyermeki szükségletek. In SURÁNYI É. – DANIS I. – HERCZOG M. (szerk.): *Családpolitika más-más szemmel. Eltérő nézőpontok, megközelítések, változó gyakorlatok a hazai és nemzetközi családpolitikában*. Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest. 102–137.

DANIS I. – SZILVÁSI L. – SURÁNYI É. (2011): *„Iskola, iskola, ki a csoda jár oda?" I. Bevezető elméleti összefoglaló a gyermeki fejlődésről, a szülőségről, és e kettőt támogató programok jelentőségéről az iskolába lépés előtti életkorokban*. Kézirat. Bright Future, Göd.

DANIS I. – SCHEURING N. – GERVAI J. – OATES, J. M. – CZINNER A. (2012a): A rövidített Szülő-csecsemő Kapcsolat Skála magyar változatának (H-MORS-SF) pszichometriai mutatói nagy mintán. *Psychiatria Hungarica, 27*(6), 392–405.

DANIS I. (2012a): *Célok, kimenetek és indikátorok a koragyermekkori intervencióban. Nemzetközi kitekintés*. Kézirat. Educatio, Budapest.

DANIS I. (2012b): *Gyerek-utak, protokollok és szolgáltatások a koragyermekkori intervencióban. Nemzetközi kitekintés. Kézirat*. Educatio, Budapest.

DANIS I. – SCHEURING N. – PAPP E. – CZINNER A. (2012b): Kiegészítő pszichometriai adatok a DS1K hangulati kérdőívhez. Egy kisgyermekes szülőket bevonó nagymintás kutatás tapasztalatai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica, 14*(2), 79–85.

DANIS, I. – NÉMETH, T. – SCHEURING, N. – PAPP, E. – SZABÓ, L. (2014): Feeding difficulties during breast feeding and weaning in infancy and toddlerhood. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)*. Program Abstracts: P4-3. 356.

DANIS, I. – SCHEURING, N. – GERVAI, J. – OATES, J. M. – SZABÓ, L. (2014): Mothers' Object Relations Scales (MORS): A method of screening early parent-infant relationships recommended for practitioners in the field of infant mental health. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)*. Program Abstracts: P4-1. 356.

DANIS, I. – SCHEURING, N. – PAPP, E. – NÉMETH, T. – SZABÓ, L. (2014): Falling asleep and nightwaking problems in infancy and toddlerhood: results of a large Hungarian community research. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)*. Program Abstracts: P4-2. 356.

DANIS I. – SCHEURING N. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015): *Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban*. Benyújtásra váró kézirat.

DH (2007): *Facing the future: a review of the role of health visitors*. DH, London.

DOYLE, O. – HARMON, C. P. – HECKMAN, J. J. – TREMBLAYD, T. R. (2009): Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Economics and Human Biology, 7*(1), 1–6.

DROTAR D. (1999): The diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version: what pediatric psychologists need to know. *Journal of Pediatric Psychology, 24*(5), 369–380.

EGYED K. (2011): Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In DANIS I. – FARKAS M. – – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.) (2011): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 166–205.

EMDE, R. N. – EGGER, H. – FENICHEL, E. – GUEDENEY, A. – WISE, B. K. – WRIGHT, H. H. (2005): *Introducing DC:0–3R*. Zero to Three, Washington D.C.

ERŐS E. – HAJÓS A. – KOVÁCS R. – SUPÁK D. (2012): A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében. *Orvosi Hetilap, 153*(42), 1667–1673.

GREENSPAN, S. I. – WIEDER, S. (2005): *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive, Developmental Approach to Assessment and Intervention*. American Psychiatric Association.

GRUNEWALD, R. – ROLNICK, A. (2007): A Productive Investment: Early Child Development. In YOUNG, M., E. – – RICHARDSON, L. M. (eds): *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity*. The World Bank, Washington D. C.

HÁMORI E. (2010): Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok*, XII. Családbarát konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 13–22.

HECKMAN, J. J. – MASTEROV, D. V. (2007): *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. NBER Working Papers 13016, National Bureau of Economic Research, Inc.

HÉDERVÁRI-HELLER É. (2008) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. Animula, Budapest.

VON HOFACKER, N. – LEHMKUHL, U. – RESCH, F. – PAPOUŠEK, M. – BARTH, R. – JACUBEIT, T. (2007): *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. AWMF online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-028_S1_Regulationsstoerungen_im_Saeuglingsalter__u.a._F98.2__11-2006_11-2011_01.pdf

HUNGERFORD, A. – BROWNELL, C. A. – CAMPBELL, S. B. (2005): Child Care in Infancy: A Transactional Perspective. In Zeanah Jr., C. H. (ed.) (2005): *Handbook of Infant Mental Health,* 2nd Ed. Guilford Press, New York – London. 519–532.

JOHNSON, M. H. (2005): Sensitive periods in functional brain development: Problems and prospects. *Developmental Psychobiology, 46,* 287–292.

KALMÁR M. (2011): Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In DANIS I. – FARKAS M. – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.) (2011): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 206–229.

KEREKI J. – LANNERT, J. (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. TÁRKI-TUDOK, Budapest.

KEREKI J. (2010): A koragyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle, 1,* 32–45.

KEREKI J. (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intervenciós intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Educatio, Budapest.

KEREKI J. (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle, 1,* 23–38.

LISTER, R. (2003): *Citizenship: Feminist Perspectives*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.

LUBY, J. L. (ed.) (2006): *Handbook of Preschool Mental Health. Development, Disorders and Treatment*. The Guilford Press, New York – London.

MCPHERSON, M. – ARANGO, P. – FOX, H. – LAUVER, C. – MCMANUS, M. – NEWACHECK, P. W. et al. (1998): A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics, 102,* 137–140.

MUSTARD, J. F. (2007): Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In YOUNG, M. E. – RICHARDSON, L. M. (eds): *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity*. The World Bank, Washington D. C.

NÉMETH T. (2010): Itt és most – A koragyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok*. XII. Családbarát konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 7–12.

NÉMETH T. (2012): A koragyermekkori regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat, 6,* 320–325.

NÉMETH T. – DANIS I. – NAGY I. – SCHNEIDER K. V. (2015a): A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*. (Elfogadott, megjelenés alatt álló kézirat.)

NÉMETH T. – DANIS I. – DARITSNÉ R. É. – JÁNOSINÉ K. S. – PRÓNAY B. (2015b): A korai lelki egészségvédelem feladatai és lehetőségei a pedagógiai szakszolgálatokban – Ajánlások a koragyermekkori intervenció hazai értelmezési keretének és szolgáltatásainak bővítéséhez. (Benyújtás előtt álló kézirat.)

OSOFSKY, J. D. – FITZGERALD, H. E. (eds) (2000): *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Vol. 1–4. WAIMH, Wiley, New York.

PAPOUSEK, M. – SCHIECHE, M. – WURMSER, H. (eds) (2008): *Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the First Years of Life: Early Risk and Intervention in the Developing Parent-infant Relationship*. (K. Kronenberg. Trans) Zero To Three, Washington D. C.

POLEY, D. – GOLDFELD, S. – MCLOUGHLIN, J. – NAGORCKA, J. – OBERKLAID, F. – WAKE, M. (2000): *A review of the early childhood literature. Prepared for the Department of Family and community Service sas a background paper for the National Families Strategy*. The Centre for Community Child Health, Australia.

PRÓNAY B. – GÓCZÁN-SZABÓ I. – DARITSNÉ RAJZÓ É. – JÁNOSINÉ KAKUK S. – NÉMETH T. (2015): Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle, 1,* 1–12.

ROBERTS, R. N. – BEHL, D. D. – AKERS, A. L. (2004) Building a System of Care for Children With Special Healthcare Needs. *Infants and Young Children, 17*(3), 213–222.

ROLNICK, A. – GRUNEWALD, R., (2003): *Early Childhood Development: Economic Development with a High Public Return*. Tech. rep., Federal Reserve Bank of Minneapolis, Minneapolis, MN.

SCHEURING N. – PAPP E. – DANIS I. - NÉMETH T. – CZINNER A. (2011): A csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései. *Gyermekorvos Továbbképzés, 10*(5), 13–19.

SCHEURING N. – DANIS I. – NÉMETH T. – PAPP E. – CZINNER A. (2012): Az Egészséges utódokért projekt 2010–2011. A koragyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. *Gyermekgyógyászat, 63*(6), 320–325.; a teljes cikk online változata (1–15) elérhető a folyóirat honlapján.

SCHEURING, N. – DANIS, I. – NÉMETH, T. – CZINNER, A. – SZABÓ, L. (2014): Research of early childhood regulation difficulties in the Hungarian "For Healthy Offspring" project. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)* Program Abstracts. P4-111. 396.

SCHEURING N. – DANIS I. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015a): Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat, 60*(2), 108–113.

SCHEURING N. – DANIS I. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015b): Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat,* elfogadott kézirat, megjelenés alatt.

SCHEURING N. – DANIS I. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015c): Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat,* elfogadott kézirat, megjelenés alatt.

SHONKOFF, J. – PHILLIPS, D. (2000): *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academy Press, Washington D. C.

SHONKOFF, J. – LIPPITT, J. A. – CAVANAUGH, D. A. (2005): Early Childhood Policy: Implications for Infant Mental Health. In ZEANAH Jr., C. H. (ed.) (2005): *Handbook of Infant Mental Health,* 2nd ed. Guilford Press, New York – London. 503–518.

SIMONYI Á. (szerk.) (2010): *Családpolitikák változóban*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.

SURÁNYI É. – DANIS I. – HERCZOG M. (szerk.) (2010): *Családpolitika más-más szemmel. Eltérő nézőpontok, megközelítések, változó gyakorlatok a hazai és nemzetközi családpolitikában*. Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest.

SZILVÁSI L. (2008): Egyenlőtlenségek és gyermeki fejlődés – beavatkozási lehetőségek. In SALLAI É. (szerk.): *Társadalmi egyenlőtlenségek, a nem hagyományos családmodell, a szülői viselkedés és a gyermekek fejlődésének összefüggései*. Educatio, Budapest. 13–38.

SZILVÁSI L. (2011): Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – a Magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In DANIS I. – FARKAS M. – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 28–75.

The Science of Early Childhood Development (2007): National Scientific Council on the Developing Child. http://www.developingchild.net

TÓTH I. (2011): Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In DANIS I. – FARKAS M. – – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.) (2011): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–373.

WEATHERSTON, D. J. (2002): Introduction to the Infant Mental Health Program. In SHIRILLA, J. J. – WEATHERSTON, D. J. (eds): *Case studies in infant mental health: Risk, resiliency and relationship*. Zero to Three, Washington D.C. 1–14.

ZEANAH, P. D. – LARRIEU, J. A. – ZEANAH, JR. CH. (2005): Training in Infant Mental Health. In ZEANAH Jr., C. H. (ed.) (2005): *Handbook of Infant Mental Health,* 2nd Ed. Guilford Press, New York – London. 548–558.

ZEANAH Jr., C. H. (ed.) (2012): *Handbook of Infant Mental Health,* 3rd Ed. Guilford Press, New York – London.

ZERO TO THREE (2005): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Zero to Three Press, Washington D.C.

Köszönjük, hogy személyi jövedelemadója 1%-ának felajánlásával támogatta a Gyógypedagógiai Szemle megjelenését.