

## GYERMEKVÉDELEM ÉS GYÓGYPEDAGÓGIA

AVAGY KÜLÖNTÁMOGATÁST IGÉNYLŐK A GYERMEKVÉDELEM RENDSZERÉBEN

**A**KÖVETKEZŐ BEKEZDÉSben PARAFRAZEÁLVA idézünk Illyés Sándornak a *Gyógy-pedagógiai alapismeretek* új kiadásához írt szerkesztői bevezetőjéből, annak igazolására, hogy – távolról szemlélve – párhuzamos változások tanúi lehetünk napjainkban mind a gyógypedagógia, mind pedig a gyermekvédelem területén.

„A rendszerváltozás átalakította a gyógypedagógia/*gyermekvédelem* társadalmi környezetét a szakma számára új lehetőségeket és kihívásokat teremtve. Az új közoktatási törvény/*gyermekvédelmi törvény* viszonylag rövid idő alatt lényegesen megváltoztatta a fogyatékos gyermekek iskoláztatásának/*gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátásokat igénylő gyermekek ellátásának* jogi kereteit, és az iskolai gyakorlat/*intézményes gyakorlat* még csak most teszi próbára a törvény előírásait. A nyugati világ gyógypedagógiai/*gyermekvédelmi* gyakorlata hatalmas vonzerőt jelentett a szakmai újításokra érzékeny hazai gyógypedagógusok/*gyermekvédők* számára. A külföldi nézetekhez és eljárásokhoz ideológiai-politikai kontroll nélküli hozzáférés lehetősége a nyugat »know how« értékét megnövelte. A gyógypedagógia/*gyermekvédelem* több új elvet, eljárást honosított meg az utóbbi tíz évben, mint az azt megelőző évtizedekben.” (Illyés 2000)

A párhuzam a változások főbb pontjain figyelhető meg. Parafrázisunk azonban összefüggéseiből kiragadott szövegrészletre készült. Ez azt is jelenti, hogy a változéspontok morfológiai hasonlóságán kívül a részletek belső tartalmi összefüggései már eltérőek. Az egyidejű nagy változások önmagukban és hatásukban, a belső összefüggések alakulása pedig a napi gyakorlat során felvetik azt a problémát, hogy egyrészt a két szakmának újra meg kell ismernie egymást, újra kell értelmeznie és szerveznie a kapcsolódási pontjait, az együttműködési rendszerét, másrészt pedig, hogy ezt a munkát az egyes szakembereknek is el kell végezniük. Hiszen aki gyógypedagógus alapképzettséggel a gyermekvédelem területén dolgozik, az ismeri a gyermekvédelem új rendszerét, de biztosan elmaradt a gyógypedagógia szakmai változásaitól, aki pedig gyógypedagógiai intézményben dolgozva követte ezeket a változásokat, nem biztos, hogy kellően tájékozott a gyermekvédelem új ellátási formáit, elveit, akár megváltozott fogalmait illetően is.

Ennek az összetett munkát igénylő feladatnak a teljesítéséhez szeretnénk hozzájárulni azzal, hogy összefoglaljuk a gyermekvédelem főbb új jellemzőit, és a párbeszéd

érdekében – kutatásaink alapján – felvázoljuk lehetséges kapcsolódási pontjait, együttműködési, áthatási lehetőségeit a gyógypedagógiával.

## A gyermekvédelem átalakult társadalmi környezete, új szakmai kihívások

Az *alapkérdés* a gyermekvédők számára minden időszakban: hogyan lehet pótolni az arra rászoruló gyermekek számára a család eredeti funkciója szerinti teljes életközösséget. Ez a feladat az elmúlt évszázadokban, amikor a család egyre több funkciója intézményesült a társadalomban, elsősorban a családon kívüli intézményes megoldások lehetőségeinek keresésében valósult meg. A kortendenciák ezt diktálták. Ezért igyekeztek elődeink a nagy intézményeket (például a nevelőotthonokat) fejleszteni.

Mára a civilizáció fejlődésével – nem szándékolt következményekként – a családokra mind több olyan feladat hárul, amit természetes emberi közösség nem képes a saját kompetenciakörén belül megoldani. Az orvostudomány, a közegészségügy fejlődésével radikálisan csökkent a gyermekhalandóság aránya, életben maradnak a súlyos betegségekben szenvedők és hosszabb ideig élnek a fogyatékosok is (újabb feladatokat állítva ezzel a társadalom elé). Az urbanizáció, ma pedig a globalizáció növeli annak az esélyét, hogy a gyermekek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődésükben veszélyeztetetté (elhanyagolttá vagy bántalmazotttá) váljanak. A táplálkozási viszonyok javulásával a biológiai fejlettség és érettség (az akceleráció), valamint az erkölcsi ítélőképesség összhangja megbomlott. Kitolódott a várható élettartam, ami – a fiatalok függetlenedésének időpontját elhalasztó kulturális és gazdasági tényezőkkel együtt – átalakította a családi életciklusokat és megváltoztatta a generációk viszonyát. Ugyanakkor a termékenységi és reprodukciós mutatók huszadik századi alakulása azt mutatja, hogy a népességszámunk hosszútávon fogy. Annak következményeként, hogy minden újabb nemzedék létszáma valamivel kisebb a megelőzőnél, az öregek aránya nő, a fiataloké csökken. Ennek messzemenő gazdasági és társadalmi hatásai vannak. A női foglalkoztatottság kiterjedésével átalakultak a családi szerepek, a jövedelemszerző tevékenység idejének napi kiterjedésével csökkent a családban együtt töltött idő és a család értékorientáló, a világban eligazító szerepe. Mindezt röviden a család válságaként szoktuk említeni. Különösen a nagyvárosokban tapasztalható (innen az elnevezés is) az ún. „nagyvárosi szindróma”, melynek főbb tünetei:

- a család befolyásának szinte teljes hiánya, ugyanakkor a parentifikáció jelenségköre (a gyerek szabadságának kiterjesztése felnőtt tapasztalatokat igénylő döntésekre), érzelmi „alultápláltság”,
- a kortárs csoport fokozott „kulturaképző” és „sodró” szerepe,
- hiteles személyek értékmintái helyett a médiák viselkedési, és a marketing-kommunikáció fogyasztási teljesítménymintái és -kényszere, ezek következtében állandó frusztráltság, indulatvezérelt viselkedés,
- a nagyváros mint „személyes élettér” és inger-, illetve a saját magukhoz és másokhoz való viszonyukban- információforrás hatásából adódóan- a személytelenség élménye és a felelősségérzés hiánya.

A felsoroltak következtében a gyermekek ma már egyszerre lehetnek kiszolgáltatottak és veszélyeztetők a kortársaik és néha családjuk számára is. Egyre több hírt kapunk – egyre több és súlyosabb – gyermekek és fiatalkorúak által elkövetett bűncselekményről. Ezzel szemben az elemzések azt támasztják alá, hogy „bár a fiatalkorúak körében az erőszakos elkövetések száma nem növekszik ... – gyakorlatilag stagnál –, részaránya azonban jelentős az összes erőszakos cselekményen belül. Évek óta jellemző ugyanis, hogy a rablások 25–26%-át fiatalkorúak követik el. (A szándékos emberölések és testi sértések elkövetésében a fiatalkorúak részvétele nem éri el a 9%-ot, amely a fiatalkorúak átlagos részarányát jelenti az összбűnözésen belül.)” (*Sárik 2001*) A jelenlévő szenvedélybetegségek, függőségek szintén óriási kihívást jelentenek mind a családok, mind pedig a társadalom egésze számára. (Ezt igazolja a Békés Megyei Drogprevenációs Munkacsoport: A Békés megyei fiatalok drogfogyasztó magatartásának vizsgálata, 1999–2000. című zárótanulmánya is.)

A felsorolt tények a gyermekvédők elé az alábbi követendő elveket állítják munkájuk során:

- fordítsák figyelmüket a családtámogató megoldások felé,
- a családjukból kiemelt gyermekek számára az intézmények helyett keressék a családbahelyezés lehetőségét illetve a családközelit megoldásokat,
- a jogi, pszichológiai, pedagógiai és szociális beavatkozások koherens rendszerét dolgozzák ki,
- harcoljanak a káros értékbefolyások ellen,
- törekedjenek a generációk közti új társadalmi szerződés elérésére.

## A Gyermekvédelmi törvény, az ellátások jogi keretei

Az elvek megvalósításának irányait, kereteit és a gyakorlati feladatokat „A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény és végrehajtási rendeletei” határozzák meg.

*A Gyermekvédelmi törvény megalkotásának szükségességét több körülmény is indokolta:*

- a gyermeki jogoknak az Alkotmányban és a magyar kormányok által aláírt nemzetközi egyezményekben (elsősorban a Gyermek Jogairól szóló Egyezményben) biztosított hazai feltételeinek teljesítése súlyos ellentmondásban álltak egymással, a rendszerváltozást követő társadalmi folyamatok gyermekvédelmi hatásait a korábbi ellátásokkal és intézményrendszerrel már nem lehetett kezelni,
- az európai integrációs törekvések elodázhatatlanná tették az alapvető szemléleti és intézményi modernizációt,
- a magyar közigazgatási rendszert a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény decentralizálta, a gyermekvédelmi igazgatást ezzel összhangba kellett hozni,
- a szociálpolitikai ágazat önállósulásával és kiépülésével a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátórendszer egyoldalúsága és hiányosságai nyilvánvalóvá váltak.

*A törvény jelentősége:*

- ez a legelső önálló és teljes jogi szabályozása a magyar gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátórendszernek,

- meghatározza az ellátórendszer összes elemét, azok feladatait, működési feltételeit és kapcsolatrendszerét,
- új alapokra helyezte a gyermekvédelem önértelmezését,
- megalapozta a gyermekjóléti és gyermekvédelmi foglalkozások reális szakmává formálásának lehetőségét (az új fogalmi és szemléleti alapokra építve),
- a gyermekvédelem minden elemére kiható változásokat indított el.

### *Nyugati minták, know how*

Egyetlen általános érvényű példán szeretnénk szemléltetni a külföldi tapasztalatok felhasználásának kívánatosságát és átvételük nehézségeit. A Gyermekvédelmi törvény felhatalmazása alapján a 235/1997. (XII. 17.) Kormányrendelet 11. §-a szerint a gyermekjóléti alapellátást és gyermekvédelmi szakellátást nyújtók a gyermek sorsának megtervezését a „Gyermekeink védelmében” elnevezésű adatlap-rendszer felhasználásával végzik. Ez az Országos Család- és Gyermekvédelmi Intézetben készült az angol nyilvántartási rendszer adaptálásával. A nyilvántartási nyomtatványok alapvető segítséget nyújthatnának a kompetenciahatárokat is kijelölő hatékony és szakszerű gyermekvédelmi beavatkozás megtervezéséhez és végrehajtásához. Mégis nagy ellenállásba ütközik bevezetésük, amiért a kitöltésre kötelezettek a sok adminisztrációt kárhözhatják. Tapasztalatunk szerint e mellett a kitöltés hiányosságainak fő problémája valójában a munkatársak diagnosztikai felkészületlensége.

### *Új elvek, eljárások*

#### *A törvény szemléletének főbb jellemzői:*

- a szubszidiaritás elve,
- a szociálpolitika egészéhez kapcsolódó többirányú családtámogatás,
- szakmastruktúra- váltás,
- közszolgáltató módszerek, szemben a korábbi közhatalmi jelleggel,
- egyszektorú helyett többszektorú feladatellátás,
- intézménycentrikus helyett klienscentrikus ellátórendszer,
- a végleges elhelyezésre törekvés elve (permanency planning),
- a rendszer elemeinek funkcionális összekapcsolása.

#### *A gyermekvédelem átalakulásának jellemzői (és nehézségei):*

- a gyermekjóléti ellátások köre szélesedett,
- a gyermekvédelmi szakellátásokban az elhelyezés körülményei javultak,
- az a szokatlan helyzet alakult ki, amelyben egy szakma új tartalmait és módszereit a törvény előírásaihoz igazodva kell kidolgozni. A megállapítás nem a törvényt minősíti, hanem a szakma kimunkáltságát. Különös szituáció: a jogszabály strukturálja a szakmát (nem a szakmai eredményekre támaszkodik a jogi szabályozás), a paragrafusok kereteit kell szakmai tartalmakkal megtölteni. A minisztérium intézményi érdeke – feladatából adódóan – elsősorban az ellátások jogszabályi megfelelősége és mennyiségi mutatói alakulásának vizsgálatára terjed ki. A területen dolgozóknak viszont az ellátandókra vonatkozó ismeretekre lenne szükségük.

- a kutatás, a szakmai tartalmak, a munkatársak ismeretei, az alkalmazott módszerek ezzel a nagyarányú változással nem tudnak lépést tartani, vagyis az átalakulás ezek hiányában megy végbe. Az alapfogalmak pontosítása is hiányzik. Szöllősi Gábor írja például, hogy „a veszélyeztetettség tudományos értelmezése Magyarországon jelentős deficiteket mutat. Milyen problémákkal jár ez?

A *veszélyeztetettség* az a kategória, amely meghatározza, hogy mely helyzetekben van helye gyermekvédelmi beavatkozás alkalmazásának. A veszélyeztetettséget értelmező modellek hiánya megnehezíti vagy megakadályozza, hogy

- a politika tudatosan döntsön arról, hogy kiből álljon a gyermekvédelem célcsoportja, és hogy milyen célokat szolgáljon a beavatkozás;
- hiteles statisztika készüljön a veszélyeztetett gyermekek létszámáról és a problémák típusáról;
- a szaktudományok releváns magyarázatokat adjanak és módszereket dolgozzanak ki a problémák kezelésére;
- a gyakorlati szakemberek elméletileg és módszertanilag megalapozottan kezeljék a problémákat.” (Szöllősi 2000)

## A gyermekvédelmi és a gyógypedagógiai megközelítés kapcsolódási pontjai

### *A különtámogatás a gyermekvédelemben*

A gyermekvédelmi rendszer alapellátásra és szakellátásra tagolódik. A különtámogatásra szoruló populáció mindkét szintéren megjelenik. A különtámogatás fogalmát a gyermekvédelemben (eddig még) nem használták. A gyermekvédelmi rendszer önmagában is felfogható különtámogatásként. (Pontosabban, értelmezhető-e a gyermekvédelmi rendszer mint a különtámogatás egy sajátos formája?)

Bánfalvy Csaba írja, hogy az „eltérés észlelése és az eltérés értelmeződése szituatív...” (Bánfalvy 2000). Ez azt jelenti, hogy a gyermekvédelem szempontjából, pontosabban a gyermekvédelmi ellátás (alapellátás és szakellátás) szempontjából meg kell határozni, melyek azok az eltérések, speciális szükségletek, fogyatékoságok, amelyek relevanciával bírnak, azaz amelyeket a gyermekvédelmi intézményeknek kell saját rendszerén belül ellátnia, vagyis melyek azok az eltérések, amelyek gyermekvédelmi szempontból is különtámogatást igényelnek, s melyek azok, amelyeket elégséges kizárólag külső kapacitás igénybevételel ellátni, elláttatni.

A különtámogatásra szoruló kör a gyermekvédelemben heterogén. Az alapellátás körében legtágabb értelemben családjaikkal tartoznak ide a veszélyeztetett gyermekek és fiatalok. A veszélyeztetettség a mindennapi szóhasználatban alapjában véve jogi fogalom, a Gyermekvédelmi törvény is értelmezi a maga számára. A jog a szűk definíciót kedveli, a szakirodalom azonban szerteágazó e kérdésben. Ha a jogszabály tudományos igényrel készült fogalmat vesz át normaszövegében, kérdéses, elveszíti-e a szabály azt az egzsátságát, ami egyik tulajdonsága?

Tágan értelmezve, a gyermekvédelmi szakellátás a gyermekvédelem rendszerén belül szintén definiálható mint különtámogatás. Ez a gyermekvédelem kliens/gyermek-

centrikus jellemvonásából adódik. A szakellátásba került gyermeket ugyanis a törvény előírása szerint egyéni gondozási-nevelési terv szerint kell gondozni. Gyakorlatilag ez az egyéni nevelési-gondozási terv (mely a gyermek szükségleteihez igazodik) tekinthető a különtámogatás általános, tág értelemben vett megjelenésének. A szakellátás rendszere ezen túlmenően preferál csoportokat, amelyeket más normák alapján kell gondozni, nevelni. Ebbe a csoportba tartoznak az úgynevezett speciális szükségletű gyermekek, valamint az utógondozói ellátott 18–24 éves fiatal felnőttek. Ez utóbbi csoportok a szakellátás intézményrendszerén belül a szűkebb értelemben vett különtámogatásra szorulók. Amikor a szakellátás intézményeiben elhelyezett különtámogatottakról szólnunk, akkor ezekre a csoportokra gondolunk.

A különtámogatás lehet:

- normatív (állami és a fenntartó részéről)
- tárgyi feltételekben jelentkező
- személyi feltételekben jelentkező.

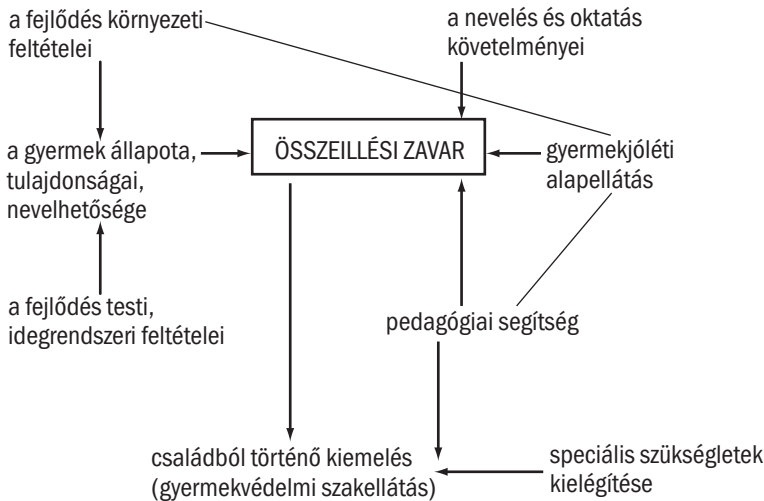
A három feltétel konjunktív teljesülése/megléte szükséges a speciális szükségletű (külön támogatást igénylő) gyermekek és fiatalok (és családok) ellátásához a gyermekvédelmi ellátórendszerben.

*Az összeillési zavar és a gyermekvédelem kapcsolata*

A gyermekvédelem mint különtámogatás egyik sajátos formája például az összeillési zavar mentén ragadható meg. Ezt *Illyés Sándor (2000)* ábrájának kiegészítésével próbáljuk bemutatni.

1. ÁBRA

*Az összeillési zavar*



Illyés Sándor írja: „A jelenlegi általános iskola a nevelés célját, tartalmát és eljárásait tekintve gyakran nem tud megfelelően illeszkedni a gyermek egyedi nevelhetőségéhez és ezért a nevelhetőség és a nevelés találkozási pontjain összeillési zavarok alakulnak ki. (...) A nevelhetőség és a nevelés összeillési zavarai hol az egyén, hol az iskola alkalmatlanságában nyilvánulnak meg.” (Illyés 1984) Az egyén nevelhetőségét nagy mértékben befolyásolják a környezeti feltételei. A gyermekvédelemnek összeillési zavar esetén az egyén környezeti, ezek közül is különösen a szociális életfeltételeit kell vizsgálnia, hogy a megfelelő időben beavatkozhasson. Ugyanakkor a gyermekvédelem szempontjából az összeillési zavar értelmezése módosul, túllép a nevelhetőség problematikáján, miközben a gyermekjóléti és gyermekvédelmi beavatkozások természetükből adódóan hatnak a gyermek szociális, mentális állapotára, így nevelhetőségére is. A gyermekjólét ugyanis nem a tanár-diák viszony által hordozott összeillési zavarral találkozik, hanem az ezt mindkét fél oldalán befolyásoló környezeti feltételekkel, és így ezeken módosítva csökkentheti az összeillési zavart is. A gyermekvédelem az összeillési zavar esetén csak akkor avatkozik be, ha

- meg kell előzni a gyermeki jogok csorbulását (ebben az esetben a pedagógiai szolgáltató egyfelől segíti a gyermeket, másfelől pedig a gyermekvédelem szempontjából jelzőrendszerként működik), vagy
- már csorbultak a gyermeki jogok, és fel kell lépni a gyermek érdekeinek képviseletében.

Ez a levezetésünk azonban csupán elméleti, mivel a Gyermekvédelmi törvény által megengedett átmenti időszakban vagyunk. 2000-ben az Szociális és Családügyi Minisztérium kimutatása szerint országsszerte 1525 gyermekjóléti szolgálat látott el 2839 települési önkormányzatot. Az összes gyermekjóléti szolgálatból 345 úgynevezett egy-személyes szolgálat, ami az esetek többségében azt jelenti, hogy a gyermekjóléti feladatokat a település egy más segítő foglalkozású szakembere teljesíti.

A gyermekjóléti alapellátásnak is reagálnia kell a speciális szükségletekre. Ennek formája főképp az, hogy megpróbálja a (család)gondozás keretében hozzájuttatni a gyermeket a megfelelő speciális segítséghez. Ezt legtöbbször külső kapacitások igénybevitelével (nevelési tanácsadó, pszichológiai, gyermekneurológiai szakrendelés stb.) tudja megtenni – akár a közoktatási intézmény kezdeményezésére is.

A gyermekjóléti alapellátás az összeillési zavarra reagál, miközben kapcsolatba lép

- a gyermek családjával,
- a gyermek tágabb környezetével,
- a közoktatási intézménnyel,
- más szolgáltatókkal (pl. védőnői szolgálatokkal),
- a gyermeki jogok súlyos csorbulása esetén a hatóságokkal.

Amennyiben az összeillési zavar a gyermekjóléti alapellátás eszközeivel és módszereivel nem oldható meg/fel, akkor (a gyámügyi eljárás során) elkerülhetetlen a gyermek kiemelése családjából.

Paradox hatásként kell megemlíteni, hogy a bentlakásos gyermekvédelmi intézmények egyes típusai, illetve a nem megfelelő nevelői hatásrendszer (aminek hátterében lehet szakmai létszámlhiány vagy a kellő szakképesítés hiánya) is indukálhatnak össze-

illési zavart. Ebben az esetben a gyermekotthoni csoport mint mikrokörnyezet nem terápiás hatást gyakorol, hanem megtartja, illetve tovább rontja a korábbi mikrokörnyezet (család) negatív feltételeit.

## A gyermekvédelem és a gyógypedagógia találkozási pontjai az ellátásokban

Első helyen kell említeni a fogyatékosághoz kapcsolódó társadalmi hátrányokat, amelyekre ehelyütt nincsen módunk kitérni.

### *Gyermekjóléti alapellátás*

A gyermekjóléti alapellátás rendszere előzmények nélkül épül ki, ezért az alábbiak példalózónak és esetlegesnek tűnhetnek.

### *Bölcsődék*

A gyermekjóléti alapellátási intézmények közül a bölcsődékben már 1986-tól kezdve kidolgozták a fogyatékos gyermekek gondozásának módszertanát, beleértve a teljes és a részleges integrációt és a speciális csoportban történő gondozást (*Petus & Szabó 1994*).

### *Gyermekjóléti szolgálat*

Személyiség- és/vagy tanulászavarral küzdő gyermek esetében a gyermekjóléti szolgálat a családgondozáson túl együttműködik a nevelési tanácsadóval, a pszichológussal, megszervezi a gyermek neurológiai és pszichiátriai kivizsgálását.

### *Közoktatási intézmények*

A gyermekvédelmi pedagógiai együttműködés egyik lehetséges megoldási módozata lehet a Maros Katalin által kidolgozott és bevezetett általános iskolai együttműködési modell, mely a Gyermekvédelmi törvényből kiindulva létrehozza az iskola gyermekvédelmi hálózatát. „A szakemberek összefogása hasonlítható a fogaskereknek egymáshoz kapcsolódásához, a segítő szakemberek »olajozzák meg« a kerekeket, melyek újabb »fogaskerekeket« hoznak mozgásba. S mindaddig érintkeznek egymással, míg a kerek forgásban van, azaz a probléma megoldódik. A továbbiakban készenlétben állnak a »kerekek újraolajozásáig«. A szakemberek együttműködnek a pedagógiai eszközökkel meg nem szüntethető esetekben. ... Így a többszemponú, de közös érdekeket képviselő szakmai kooperációk az iskolai gyermekvédelmi esetek sokoldalú megközelítését és adekvát kezelését eredményezték.” (*Maros 2000*)

### *Gyermekvédelmi szakellátás*

#### *Az általános iskola és diákotthonok*

A többcélú közoktatási intézmények az 1997. február 25–27-i zánkai, Gyermekvédelem a gyógypedagógiában című konferencia állásfoglalása alapján kerültek a Gyermekvédelmi törvény hatálya alá.

A megyei gyermekvédelmi koncepciókban a bentlakásos gyógypedagógiai intézményekben élő gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló növendékek törvénynek



megfelelő ellátása az utolsó helyen szerepel, ami sérti az esélyegyenlőséget. Ugyanakkor az általános iskola és diákotthonok zöme nem a megfelelő épületben működik, rosszak a személyi és a tárgyi feltételek, miközben nagy a zsúfoltság. Nem ritka, hogy egy-egy intézményben 150–200 gyermek él különböző jogcímenek.

Az ilyen típusú intézményekben mintegy 2500 gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő gyermek él. Az általános iskolákban és diákotthonokban a többcélú közoktatási intézmények gyermekvédelmi részlege még nem felel meg a gyermekvédelmi szakellátás egyik fontos követelményének: a széles korhatárú ellátásnak. Az utógondozói ellátásra a többcélú közoktatási intézmények nincsenek felkészülve.

Az intézményeken belüli növendék-nevelő arány valamint az elhelyezés feltételei kedvezőtlenül befolyásolják az egyes növendékek sajátos nevelési szükségleteinek és a nevelés külső feltételeinek összeillesztését. Az intézmények vezetőivel folytatott beszélgetések során világossá vált, hogy az általános iskola és diákotthonok számára a gyermekvédelmi szempontú átalakulás a kompetenciakörök tisztázatlansága miatt, valamint az egyes intézményekben nevelt *nem egyszer több mint száz (!)* gyermekvédelmi gondoskodásba vett gyermekről és fiatalról való gondoskodás szinte *lehetetlen*. A munkát nehezíti – mint említettük –, hogy a fenntartók az átalakítás ütemezését általában 2002-re tették, vagyis nincsenek meg az átalakuláshoz szükséges kondíciók. Tehát ezek az intézmények a már említett paradox hatást váltják ki növendékeikből.

Mindezek ismeretében úgy látjuk, célszerűbb lenne tiszta profilú intézmények létrehozása (gyógypedagógiai centrumok, valamint a gyermekvédelmi ellátottak részére lakásotthoni hálózatok kialakítása).

Az esélyegyenlőség biztosítása szociális kérdés. A fogyatékkal élők esetében ennek a szociális kérdésnek a megoldása lehetetlen gyógypedagógiai szaktudás nélkül és viszont: önmagában a gyógypedagógiai szaktudás sem érvényesülhet a szociális ellátások elveinek és módszereinek ismerete nélkül (mivel azokat nem tartalmazza).

Ha az esélyegyenlőség szociális kérdés, akkor a szociális ellátások rendszerébe illesztve kell vele foglalkozni. A gyermekvédelmet a Gyermekvédelmi törvény a szociális ellátások rendszeréhez kapcsolja. Így elvben azoknak a gyermekeknek és fiataloknak, akik gyermekvédelmi gondoskodás alatt állnak és gyógypedagógiai megsegítést igényelnek, nem a gyógypedagógia (oktatási), hanem a gyermekvédelem (szociális) ellátórendszerén belül kell hozzájutniuk szükségleteik gyógypedagógiai kielégítéséhez. Elhelyezésük és ellátásuk szervezeti feltételeit és követelményeit, valamint helyettesítő gondozásuk tartalmát és módszereit a gyermekvédelem, speciális szükségleteik kielégítését pedig a gyógypedagógia szakmai normái szerint kell megvalósítani.

#### *Speciális szükségletű gyermekek a gyermekvédelmi szakellátórendszer intézményeiben*

Talán a gyermekvédelmi törvény félreértelmezése, valamint a jogalkotói szándék pontos leírásának hiánya miatt alakult ki az a hibás gyakorlat, hogy a megyék (mint fenntartók) kijelöltek egy-egy lakásotthont a speciális szükségletű gyermekek elhelyezésére, ahová azután mindenféle problémával küszködő gyermekek és fiatalok kerültek. Az ilyen otthonokban nem kapták, kapják meg a növendékek a szükséges terápiás be-

avatkozást. Ez diszfunkcióhoz vezetett, amit a munkatársak igen magas fluktuációja is alátámaszt. Némileg leegyszerűsítve: az ilyen „kijelölt” speciális lakóotthonok sajátossága abban rejlik, hogy az ott elhelyezett növendékek már bejárták az adott megye szinte valamennyi ellátóhelyét, ám végleg sehol sem tűrték meg őket.

Ennek az általános problémának a megoldása érdekében még 1999-ben vizsgálatot indítottunk, hogy felmérjük:

- kik azok a gyermekvédelmi szakellátási rendszer intézményeiben élő gyermekek, akik speciális ellátást igényelnek, milyen számban és milyen területi eloszlásban vannak országszerte;
- milyen problémák miatt jelentkeznek a speciális ellátás iránti igény, mik a speciális szükségletű gyerekek jellemzői;
- adatokat, információkat gyűjtünk a speciális szükségletű gyermekek és fiatalok területi eloszlásáról és a meglévő ellátási formákról.

Célunk volt:

1. a Gyermekvédelmi törvény részletes és megalapozott értelmezése, hogy a benne felsorolt „speciális szükségleteket” definiálni tudjuk, illetve meg tudjuk határozni a speciális szükségletű növendékek hozzávetőleges létszámát;
2. választ adjunk azokra a kérdésekre, amelyek megalapozhatják a létrehozandó speciális gyermekotthonok kialakítását vagy átalakítását, területi eloszlását, típusait, módszertanát;
3. hogy a nyert adatok segítségével megalapozzuk a későbbi vizsgálatban alkalmazandó eljárásainkat, valamint feltérképezzük a területi eloszlást és az ellátási formák meglétét.

A vizsgálat még folyamatban van, de fontosságára tekintettel beszámolunk néhány kezdeti tapasztalatáról, mert megítélésünk szerint ezzel kezdődött meg a gyermekvédelmi szakellátás rendszerének belső differenciálódása.

*A különböző speciális szükségletű gyermekek definiálásának elvi szempontjai:*

- diagnosztikus és etiológiai definíciók, melyeknél a tünetek leírása a felismerhető és feltételezett okok alapján történik;
- nevelési, pedagógiai, orvosi vagy biokémiai definíciók: az egyes szaktudományokhoz kapcsolódó meghatározások, amelyek között nagy gyakorisággal érvényesül a különböző szaktudományi szempontok – orvosi, pszichológiai, pedagógiai – egybeesése. A besorolás a fenti szempontok valamelyikébe attól függ, hogy az egyes szerzők mit hangsúlyoznak a jelenség meghatározásánál;
- jogalkotói vagy adminisztratív meghatározások – szükséges, hogy a döntéshozók számára egyértelműek legyenek a populációhoz tartozás kritériumai (*Gerebenné 1995 alapján*).

*A vizsgált populáció*

Az ország területén a gyermekvédelmi szakellátórendszerben gondozott, a Gyermekvédelmi törvény értelmében speciális szükségletű gyermekek és fiatalok. A vizsgálat kiterjedt a szociális ellátórendszer intézményeiben elhelyezett gyermekvédelmi gon-

doskodás alatt álló gyermekekre, fiatalokra is, így gyűjtöttünk adatokat a Szociális törvény hatálya alá tartozó úgynevezett kiskorú fogyatékosok otthonaiban is.

### *A kutatás módszere*

Kérdőíves felmérés. A kérdőíveket – pontos címlista hiányában – a nevelőszülői hálozatot fenntartók kapták (területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, civil szervezetek), a más típusú bentlakásos intézmények esetében pedig a megyei (fővárosi) közigazgatási hivatalok gyámhivatalai.

### 1. TÁBLA

*Speciális szükségletű gyermekek megyénkénti megoszlása a Gyvt. 58.§ (1) bekezdése alapján\**

	tartósan beteg	fogya- tékos	beilleszke- dési zavar	magatar- tási zavar	tanulási zavar	szenvedély- beteg	kora miatt**	bűn- elkövető
Főváros	87	258	208	281	430	45	111	52
Baranya	45	240	43	111	69	12	20	19
Bács-Kiskun	70	263	36	110	93	43	88	17
Békés	13	127	23	51	38	25	53	8
Borsod-Abaúj-Zemplén	56	428	43	67	89	22	172	19
Csongrád	9	187	23	36	66	8	53	20
Fejér	14	153	56	75	82	39	35	3
Győr-Moson-Sopron	1	132	39	45	35	8	117	15
Hajdú-Bihar	39	323	90	201	232	83	119	24
Heves	8	131	35	36	43	14	68	14
Jász-Nagykun-Szolnok	30	426	12	48	81	0	39	8
Komárom-Esztergom	20	195	19	154	29	5	7	17
Nógrád	8	83	17	40	52	3	33	8
Pest	30	210	27	49	69	37	70	8
Somogy	28	251	48	100	102	14	78	14
Szabolcs-Szatmár-Bereg	98	384	152	149	293	3	51	27
Tolna	18	157	12	20	66	0	32	6
Vas	5	225	12	40	44	0	67	14
Veszprém	13	201	62	84	152	23	10	14
Zala	9	194	64	85	106	22	41	12
Összesen:	601	4568	1021	1782	2171	406	1264	319

\* Az adatok tájékoztató jellegűek.

\*\* Különleges ellátást igénylő.

### *Tartósan betegek*

Az általános iskola, diákotthon és gyermekotthon többfunkciós intézményekben az összes gyermekvédelmi gondoskodásban lévő gyermekek és fiatal felnőttek száma meghaladja a 2500 főt. Az adatgyűjtés – mint említettük – kiterjedt a Szociális törvény hatálya alá tartozó kiskorú fogyatékosok otthonaira is, ahol szintén elhelyezhetnek átmeneti vagy tartós nevelt gyermeket.

A kérdőívek alapján csekély számú az ilyen típusú intézményekben elhelyezett tartósan beteg gyermek. Ezt az adatot nem tartjuk hitelesnek, valósnak, ugyanis mint ismert, a fogyatékoság gyakorta jár együtt tartós betegséggel. A kapott érték valódiságát megkérdőjelezi az is, hogy a megyék többségében a fogyatékkal élők intézményeiben nem jeleztek tartósan betegeket. Erre az ellentmondásra adható válaszok:

- csupán felületes visszajelzés érkezett az ellátóhelyek többségéből,
- vagy pedig ezekben az intézményekben a tartós betegséget „nem tartják” speciális szükségletnek, ugyanis fel vannak készülve rá, azaz megfelelő képzettségű és végzettségű szakemberek dolgoznak ezeken a helyeken.

Magyarán egy-egy intézményben csak azt jelölték meg speciális szükségletnek, problémának, amire nem voltak a kollégák felkészítve (ugyanazt tapasztaltuk a tanulási problémákkal kapcsolatban a fogyatékosokat ellátó intézményekben).

### *Problémák a „tartósan beteg” kifejezés körül*

A fő probléma az, hogy nincsen definiálva, mi számít tartós betegséggnek. A Gyermekvédelmi törvény csak utal egy másik jogszabályra. Ez a jogszabály a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosokról, valamint az orvosi igazolás kiadásának eljárási szabályairól szóló 17/1990. (V. 8.) SZEM rendelet. Emellett még eligazítást nyújthatna a gyermekvédelem számára a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény, ami a más fogyatékosok definícióját adja meg.

A fentieket figyelembe véve tehát nem állapítható meg, hogy a gyermekvédelmi szakellátórendszerben hány tartósan beteg gyermek van. A kapott információk alapján szükségesnek látszik, hogy a jogalkotó – a másik jogszabályra való utaláson túl – pontosítsa, ki számít tartósan betegnek, s ennek milyen jellegű kihatása van a személyi és a tárgyi feltételek alakulására, valamint a normatív támogatásra. A pontosítás során tisztázni kell, hogy a felsorolt – magasabb családi pótlékra jogosító – betegségek közül a gyermekvédelmi szakellátási rendszerben melyik bír relevanciával, vagyis melyek azok a tartós betegségek, amelyek nemcsak egészségügyi (és talán oktatásügyi), hanem gyermekvédelmi szempontból is a különtámogatás körébe vonandók. Szükséges továbbá az egyes tartós betegségek esetében a szegregáció-integráció kérdését módszertani szempontból is megvizsgálni.

### *Fogyatékosok az ellátórendszerben*

A fogyatékoságról – a szónak klasszikus értelemben vett jelentéséről – a szakemberek többségének viszonylag jó ismereteik vannak. Az erre vonatkozó kérdésekre adott válaszok tekinthetők a legmegbízhatóbbaknak. Ennek az az oka, hogy a fogyatékos gyermekek állapotáról szakvélemény készül a különböző szakértői bizottságokban. A gondot csupán a már említett más fogyatékosok besorolása adja. Jó példa erre az autista, a hiperaktív, illetve a POS-os gyermek besorolása a magatartászavarokkal illetve a személyiségük állapota miatt speciális ellátást igénylők csoportjába.

Pontosításra szorul a halmozottan sérültek definíciója. A definíciót adó kollégák többsége megragadta a probléma lényegét, ám igazán pontos meghatározással csak elvétve találkoztunk. Ez abból adódhat, hogy a gyermekotthoni nevelők felsőoktatá-

si tanulmányaik során nem jutottak hozzá alapvető gyógypedagógiai ismeretekhez, ami a gyermekvédelmi munkában szinte nélkülözhetetlen. A halmozottan sérültek definiálásához a 17/1990. (V. 8.) SZEM rendelet és Lányiné dr. Engelmayer Ágnes meghatározása (Lányiné 1997) volt a számunkra eligazító.

*Személyiségük állapota, valamint magatartásuk miatt speciális ellátást igénylő gyermekek és fiatalok*

A szakellátásban dolgozó kollégák 1999-ben körülbelül 1600 személyiségproblémás, és ennél is több, mintegy 1700 magatartási problémás gyermeket és fiatalt jelöltek. 1999. december 31-én a gyermekvédelmi szakellátórendszerben (nevelőszülőknél és gyermekotthonokban) gondozottak száma 20 000 (pontosan 19 987) fő volt.

A számok ismeretében azt mondhatnánk, hogy a személyiségproblémákkal és magatartászavarokkal küzdő gyermekvédelmi szakellátórendszerben lévő gyermekek aránya a gyermekvédelmi szakellátási rendszerben elhelyezett gyermekek populációjához viszonyítva 16,5% volt 1999-ben. Ez az arány azonban nagymértékben csökken, ha figyelembe vesszük a tüneteket, problémákat, okokat.

A személyiségzavart 538 esetben 190 ellátóhelyről jelezték, magatartási problémát pedig 686 esetben 238 ellátóhelyről.

A több mint hatvan – a kollégák által felsorolt – tünettől, problémától, októl mintegy 20 még a megfogalmazásában is azonos a személyiség problémáknál és a magatartási zavaroknál, a többiek pedig azonos tartalommal bírnak. Ezért szükségesnek és elkerülhetetlennek tűnik az elemzés során e két problémátípus összevonása.

A mintegy 460 ellátóhelyről (gyermekotthonok, nevelőszülők általános iskola és diákotthon stb.) beérkezett szöveges válaszokat elemezve viszonylag pontos tünetlistához jutottunk a személyiség- és a magatartási zavarokkal kapcsolatban.

A feltüntetett tünetek, problémák, okok négy fő csoportba sorolhatók:

- 1) Neurotikus fejlődésirányba sorolható tünetek.
- 2) Antiszociális fejlődésirányba sorolható tünetek.
- 3) Pszichotikus fejlődésirányba sorolható tünetek.
- 4) Egyéb tünetek, problémák felvetése.

Az egyéb tünetek, okok, problémák közé kerültek mindazok, amiket a kollégák a személyiségzavarok és a magatartászavarok kategóriájához soroltak ugyan, de azok tipikusan nem tartoznak ebbe a problémakörbe. Az Egyéb kategóriába sorolt problémák pl. a tanulási zavarokhoz tartoznak, vagy csak áttételesen okozhatnak személyiség-, illetve magatartászavarokat.

A gyermekvédelem szempontjából külön kiemelendő öt problémacsoport további kutatási, illetve módszertani jelentősége miatt:

Az *agresszivitás* 139 ellátóhelyen jelentett problémát. (Mivel sok ellátóhely csupán numerikus adatokat küldött, számolni kell a latenciával.) Az agresszió ily nagy mérvű előfordulása több kérdést vet fel, amelyekre újabb kutatást kéne alapozni, hogy a pusztá számokon túl módszertani segítséget is kapjanak a területen dolgozó szakemberek.

A *kisebb kamaszkori krízisek* kategóriájába a „jelzés nélküli krízisek”, a „kamaszkori válság tünetei”, az „önértékelési és az önérvényesítési problémák” kerültek. Az összehasonlás eredményeképpen kiderült, hogy ilyen jellegű problémák 38 ellátóhelyen jelentek meg (természetesen ebben az esetben is számolni kell a latenciával). A problémacsoport kiemelése képzési (továbbképzési), módszertani szempontból fontos.

A *pszichoszexuális fejlődés zavarai* gyűjtőnévvel a következő problémacsoportot jelöltük: prostitúció, homoszexualitás stb. A kérdőívek alapján mindezek mintegy 22 ellátóhelyen jelentenek problémát. Informális ismereteink azonban sokkal nagyobb előfordulást sejtetnek. Ennek a problémának szintén módszertani jelentősége van, ugyanis kihat egyéb problémák alakulására, így például a bűncselekményt elkövető, de nem büntethető gyermekekkel való foglalkozásra, a „szenvedélybeteg vagy szerhasználó” gyermekekkel és fiatalokkal való foglalkozásra, valamint kihat(hat) az AIDS problémájának kezelésére.

Szintén az igen magas előfordulási gyakoriság miatt kell kiemelni a szökés, csavargás, iskolakerülés, a *disszocialitás* problematikáját. A szökés okait feltárni – külön kutatásban – módszertani szempontból tanulságos lenne.

A *közösségi étellel kapcsolatos problémák* közé kerültek az alacsony toleranciaszint, az alkalmazkodás korlátozottsága, valamint a gyermek/fiatal (közösségi) a szabályokkal, szabálytudattal és értékrenddel kapcsolatos nehézsége. Ezek összesen 122 ellátóhelyen jelentenek problémát (latencia nélkül!). A közösségi étellel kapcsolatos problémák „megszüntetésére” módszertani ajánlást kell kiadni, illetve Domszky András: *A gyermekotthonok működésnek szabályairól és követelményeiről* című módszertani levelének „végrehajtásában” kell megfelelő segítséget nyújtani.

### *Tanulási zavarokkal küzdő gyermekek*

A kitöltő kollégák által jelzett tanulási problémák, tünetek arra mutatnak rá, hogy ezeket a gyermekotthoni nevelők jobban ismerik, mint a magatartási zavarok és a személyiségproblémák okait. Ez adódhat abból, hogy a nevelők zöme pedagógus alapvégzettségű, illetőleg abból, hogy a gyermekotthonok sokkal szorosabb – napi – kapcsolatban állnak a közoktatási intézményekkel (pl. fogadóórák, szülői értekezletek), mint pl. a gyermekpszichiátriai és a gyermekneurológiai szakrendelésekkel. Mindezekből az következik, hogy a tanulási zavarok esetében a szöveges válaszok relevánsak voltak, így a tanulási problémákkal küzdő gyermekek jelzett számát elfogadhatjuk. Az általános iskolában és diákotthonokban, valamint a kiskorú fogyatékosok otthonaiban élő gyermekeket nem számítva mintegy 1500 tanulási problémával küzdő gyermeket jeleztek. Ismerve azonban a gyermekvédelmi szakellátórendszerbe kerülő gyermekek szocio-kulturális hátterét, számítani kell nem csekély százaléku latenciára. A tanulási zavar értelmezésekor Sarkady Kamilla és Zsoldos Márta meghatározásából indultunk ki (*Sarkady & Zsoldos 1992–93*).

### *Gyermekvédelmi gondoskodásban lévő „szenvedélybeteg” gyermekek*

A szenvedélybeteg gyermekek és fiatalok (ideértve a pszichoaktív szereket használókat, függőségben, pl. játékszenvedélyben élőket) a gyermekvédelem szempontjából

különtámogatást igénylő csoport. A szöveges válaszokból sajnos nem derült fény arra, hogy hányan vannak az úgynevezett kontrollált drogfogyasztók, egyáltalán milyen drogokat használnak a gyermekvédelmi szakellátórendszerben elhelyezett fiatalok. Nem derül ki a kísérletező, a szociális/rekreációs, a helyzetszituatív, az intenzifikált használók és a kényszeres drogfogyasztók száma (*Rácz 1988 alapján*). Ezért a fenti összesítő táblázat eredményeit nem tekinthetjük teljes mértékben értékelhetőnek.

A gyermekvédelmi gondoskodásban levők populációján belül a közel 500 fő szenvedélybeteg „csupán” 2,5%. Ez az adat messze elmarad más kutatások eredményeitől, ez is megkérdőjelezi a fenti adatok, válaszok validitását.

### *Gyermek- és fiatalkorú bűnelkövetők*

A Gyermekvédelmi törvényben direkt módon nem esik szó a gyermek- és a fiatalkorú bűnelkövetőkről. Csupán a speciális gyermekotthon reszocializációs feladatából következtethetünk arra, hogy a jogalkotó a bűnelkövető gyermekkorúakra és fiatalkorúakra is gondolt. A probléma nagysága, valamint a napjainkig tartó szakmai viták (pl. a büntethetőség alsó korhatárának csökkentése) vezettek arra minket, hogy a bűnelkövetőkre is kiterjesszük a vizsgálódást. Fontosnak tartottuk, hogy megtudjuk, a bűnelkövetés milyen más problémákkal társul. A kapott adatokból a bűncselekmény típusa (pl. vagyon elleni, személy elleni bűncselekmények) nem derülnek ki. Sajnos arra sem kaptunk választ, hogy az adott bűncselekménnyel kapcsolatban sor került-e büntetőeljárás lefolytatására.

## Mit tanulhat a gyermekvédelem a gyógypedagógiától?

Erre a kérdésre – leegyszerűsítve – azt a választ adhatjuk, hogy az emberi élet különböző szintű rendszerei közti harmonikus viszony helyreállításának technikáit. Ezért tanulmányozzuk és adaptáljuk (nem csak a két szakma érintkezési területein) azokat a nemzetközi tapasztalatokat is, melyek – többek között – a fogyatékkal élők életkörülményeinek humanizálását célzó normalizációra, az integráció különböző szintjeire, az életminőség mutatóira és a nagy intézmények átszervezésére vagy felszámolására törekvő deinstitalizáció folyamataira vonatkoznak.

*DOMSZKY ANDRÁS & BÜKI PÉTER*

### IRODALOM

- BÁNFALVY CSABA (2000) Fogyatékoság és szociális hátrány. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- BÜKI PÉTER (2001) Speciális szükségletű gyermekek a gyermekvédelmi szakellátórendszer intézményeiben. *Ifjúság*, No. 4.
- DETTRE ERZSÉBET (1999) „Gyermekeink védelmében”. *Kézikönyv a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátásban részesülők gondozását-nevelését segítő adatlapok használatához*. Budapest, Országos Család- és Gyermekvédelmi Intézet.
- DOMSZKY ANDRÁS (1999) *A gyermekotthonok működésének szabályairól és követelményeiről. Módszertani levél*. Budapest, Országos Család- és Gyermekvédelmi Intézet.
- DOMSZKY ANDRÁS & BÜKI PÉTER (2000) Helyzetjelentés az általános iskola és diákotthonokról. *Család, Gyermek, Ifjúság*, No. 5.
- GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ KATALIN (1995) A tanulási zavar jelenségkörének gyógypedagógiai-pszichológiai értelmezése. In: ZÁSZKALICZKY PÉTER (ed) „... önmagában véve senki sem...”. *Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományá-*

- inak köréből Lányiné dr. Engelmayer Ágnes 65. születésnapjára.* Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.
- ILLYÉS SÁNDOR (1984) A kutatás szemléleti kerete. In: ILLYÉS SÁNDOR (ed) *Nevelhetőség és általános iskola I.* Budapest, Oktatáskutató Intézet.
- ILLYÉS SÁNDOR (2000) Előszó. In: ILLYÉS S. (ed) (2000) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* Budapest, ELTE BGGYFK.
- ILLYÉS SÁNDOR (2000) A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: ILLYÉS S. (ed) (2000) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* Budapest, ELTE BGGYFK.
- KOVÁTS ANDRÁS & TAUSZ KATALIN (eds) (1997) *Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről.* Budapest, Szociális Szakmai Szövetség. (Pillanatképek.)
- LÁNYINÉ DR. ENGELMAYER ÁGNES (1997) Halmozott fogyatékoság. In: BÁTHORY Z. & FALUS I. (eds) *Pedagógiai Lexikon.* Budapest, Keraban.
- MAROS KATALIN (2000) Gyermekvédelmi és pedagógiai együttműködés a Bocskai István Általános Iskolában. *Család, Gyermek, Ifjúság*, No. 4.
- PETUS MÁRTA & SZABÓ ILDIKÓ (1994) *Fogyatékos gyermekek gondozása, nevelése a bölcsődében.* Budapest, Bölcsődék Országos Módszertani Intézete.
- RÁCZ JÓZSEF (1988) *A drogfogyasztó magatartás.* Budapest, Medicina.
- SÁRIK ESZTER (2001) A gyermek- és fiatalkori bűnözés napjainkban. *Belügyi Szemle*, No. 2.
- SARKADY KAMILLA & ZSOLDOS MÁRTA (1992-93) Konceptcionális kérdések a tanulási zavar fogalom körül. *Magyar Pszichológiai Szemle*, No. 3-4.
- SZÖLLŐSI GÁBOR (2000) Hogy fogalmunk legyen róla... A veszélyeztetettség fogalma az amerikai gyermekvédelemben. *Esély*, No. 4.

