

60 let
podpore
pri vzgoji, učenju
in odraščanju

*Zbornik strokovnega simpozija
ob 60-letnici Svetovalnega centra*



SVETOVALNI CENTER
ZA OTROKE, MLADOSTNIKE IN STARŠE LJUBLJANA

0.		
0.0	Beseda urednika	4
0.1	Nagovor gospe Vlaste Nussdorfer, varuhinje človekovih pravic	5
0.2	Nagovor gospoda Zorana Jankovića, župana Ljubljane	6
1.	Plenarne predstavitve	
1.1.	Slavnostni del	
1.1.1	<i>Zoran Jelenc</i> • Od Vzgojne posvetovalnice do Svetovalnega centra	8
1.1.2	<i>Vera Slodnjak</i> • Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše	24
1.1.3	<i>Anica Mikuš Kos</i> • Stroke in strokovne službe za varovanje duševnega zdravja otrok - včeraj, danes, jutri	51
1.2.	Predstavitev raziskovalnega dela doktorandov.	77
1.2.1	<i>Mateja Hudoklin</i> • Težave na področju izvršilnih funkcij pri učencih z bralno-napisovalnimi učnimi težavami – kako lahko pomagamo?	78
1.2.2	<i>Bojana Caf</i> • Udeležnost otrok s posebnimi potrebami ter njihovih staršev v procesih izvajanja pomoči.	94
1.2.3	<i>Marko Kalan</i> • Reševanje matematičnih besedilnih nalog pri učencih z učnimi težavami pri matematiki in pri učencih brez učnih težav pri matematiki	118
1.3.	Uvod v sekcije: plenarno predavanje	140
1.3.1	<i>Lidija Magajna</i> • Sodobne raziskave spoznavnih procesov in psiholoških virov pri specifičnih motnjah učenja: izzivi za razvojno delo in prakso	141
2.	Predstavitve v sekcijah	161
2.1.	Čustvene težave	161
2.1.1	<i>Polona Čas</i> • Od zdravnika k psihologu: Psihosomatske težave v otroštvu in mladostništvu	162
2.1.2	<i>Maja Glonar Vodopivec</i> • Travmatska izguba pri otroku in mladostniku	173
2.1.3	<i>Natalija Baumgartner</i> • Nadarjeni otroci in diferencialno diagnostične dileme	189
2.1.4	<i>Julia Tomšič</i> • »Raje bi hodila v šolo, če ne bi bilo ocen.« Primer obravnave mladostnice s šolsko fobijo	204
2.1.5	<i>Nada Hribar</i> • Obravnava družine v krizi	215
2.1.6	<i>Ana Ulčar</i> • Otroška risba – okno v otrokov svet	229

2.2. Vedenjske težave	239
2.2.1 <i>Tomaž Vec</i> • Napačna prepričanja in miti o vedenjskih težavah	240
2.2.2 <i>Peter Janjušević</i> • Intervencije pri otrocih in mladostnikih z brezčutnimi/neobčutljivimi potezami	249
2.2.3 <i>Nada Hribar & Jana Jarm</i> • Trening asertivnosti za mladostnike	264
2.3. Motnje pozornosti	273
2.3.1 <i>Bojan Belec</i> • Hiperkinetična motnja pri mladostniku	274
2.3.2 <i>Tanja Černe</i> • Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti	287
2.3.3 <i>Leonida Rotvejn Pajič</i> • Pomanjkljiva pozornost kot povod za iskanje pomoči v Svetovalnem centru	299
2.4. Učne težave	313
2.4.1 <i>Diana Vali</i> • Porast učnih težav – pomembnost zgodnjega ukrepanja	314
2.4.2 <i>Herta Filipič-Stojanović</i> • Fonološko zavedanje, razumevanje in skladenjska zmožnost pri otrocih s specifičnimi jezikovnimi motnjami	322
2.4.3 <i>Herta Filipič-Stojanović & Barbara Bogdanič Petek</i> • Fonološko zavedanje, branje in pisanje otrok s specifično jezikovno motnjo v 3. in 4. razredu osnovne šole	338
2.4.4 <i>Tanja Černe</i> • Prilagoditve v šoli za otroke z motnjo pozornosti in aktivnosti	349
2.4.5 <i>Jasna Božič</i> • Emocionalni in prilagoditveni problemi nadarjenih otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami	361
2.4.6 <i>Nada Hribar & Barbara Zemljak</i> • Skupina za mladostnike z učnimi težavami in njihove starše po principih kognitivno-vedenjske terapije	372
2.4.7 <i>Mateja Hudoklin</i> • Program pomoči pri težavah z izvršilnimi funkcijami	384
2.5. Celostni pristopi k reševanju težav	393
2.5.1 <i>Marta Vodeb Bonač</i> • Ko je družina ogrožena v svoji temeljni varnosti -Moč donacij in »perspektiva moči« pri preprečevanju revščine in socialne izključenosti	394
2.5.2 <i>Irena Andolšek</i> • Potovanje iz popolnega obupa k iskanju novih začetkov: pomoč mladostniku in mami, žrtvi nasilja	407
2.5.3 <i>Zoran Pavlovič</i> • Zakaj mediacija?	421
2.6. Predstavitev z delavnico	430
2.6.1 <i>Bojana Caf & Julia Tomšič</i> • Plesno popotovanje skozi telo: gibalno-plesna terapija za mladostnice s šibko samopodobo	431
3. Priloga	443
3.1. Seznam zaposlenih od leta 1955 do 2015	444

Vzgojno posvetovalnico Ljubljana, predhodnico današnjega Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, je Mesto Ljubljana ustanovilo leta 1955. Obletnici tega dogodka posvečamo strokovni simpozij »60 LET PODPORE PRI VZGOJI, UČENJU IN ODRAŠČANJU«, katerega zbornik držite v rokah.

Okrogle obletnice so vedno priložnost in klic k refleksiji in inventuri. Zbrali smo dragocena, izjemna pričevanja o desetletjih delovanja posvetovalnice in pričevanja o njenem razvoju in preoblikovanju v Center. A priložnostni prispevki niso zgolj obujanje spominov, saj hkrati orisujejo trdne strokovne temelje, na katerih sta se premišljeno gradili organizacija in praksa, ki sta preživeli desetletja, in so tudi anticipacija nadaljnjih poti družbe in stroke.

Tempo in ritem izgradnje stroke na centru se nista nikoli upehala. Zavezanost uporabnikom ne dopušča, da ne bi ob delu z otroki in mladostniki sledili najbolj sodobnim vednostim in strokovnim veščinam. Zato je okrogla obletnica tudi priložnost, da v nadaljevanju na novo predstavimo sebe in svoje znanje, kajti od zadnje okrogle obletnice se je centru pridružilo precej novih, mladih strokovnjakov, nekaj jih je že postalo novih specialistov, nekaj jih na tem dela, nekaj jih bo kmalu tudi novih doktorjev znanosti, a duh timskega dela, zavezanosti stroki in uporabnikom se ni spremenil. V družbi, ki se je v zadnjih desetletjih precej razdrobila in je vedno manj podrejena premišljenemu, namenskem razvoju, je uspešno združevanje stabilnosti in zanesljivosti dela z dinamičnostjo znanja še zlasti dragocena kvaliteta.

Obletnica je priložnost, da predstavimo izbor problemov, zaradi katerih se uporabniki obračajo na nas, kajti tudi ti so podrejeni neizogibnemu spreminjanju v času. Je priložnost, da opredelimo področja, ki jih posebno dobro obvladamo in na katerih želimo graditi tudi svoj nadaljnji razvoj. Je priložnost, da še bolj poglobljeno premislimo o svojem delu, da ob pisanju člankov uredimo znanje in zamisli. Da posežemo po še širšem naboru literature in jo povežemo z izkušnjami iz prakse, od ekspertnih analiz posameznih problemskih področij in njihovega reševanja do poglobljenih orisov življenjskih zgodb konkretnih družin, ki nazorno približajo realiteto težav, s katerimi se srečujemo, in realiteto dela z njimi, za katero so potrebni potrpežljivost, pogum in znanje.

Obletnica je priložnost, da izbor tako obdelanih tem ponudimo širši strokovni javnosti, v upanju, da jim bo pomagal pri njihovem lastnem delu. Veselimo se vašega odziva.

Dr. Zoran Pavlović
Ljubljana, marec 2015

Spoštovane in spoštovani,

zaradi službenih obveznosti v tujini me žal ne bo na praznovanju 60-letnice Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, pa čeprav bi z velikim veseljem prišla.

Zato vam pisno čestitam za obstoj, delo, prizadevanja in dosežke.

Sprašujem se, kaj pomeni šest desetletij, in dobim nesporni odgovor, da je to pravzaprav celo moje življenje. V njem se je zgodilo marsikaj in zagotovo tudi vaš center premore »zgodovinski spomin« na zgodnje začetke, puberteto, mladost in rekla bi – tudi zaradi sebe – na zrela leta.

Če se sprehodim skozi službena leta, takoj ugotovim, da ste reševali prenekatera vprašanja »biti ali ne-biti, preživeti, uspeti, se rešiti travm, motenj, vseh vrst težav; vedenja, čustvovanja, pozornosti, zlorab in nasilja,« s katerimi so vas zasuli zlasti starši in vzgojno osebje, pa tudi pravosodje.

Več let je vaš sedanji direktor dr. Zoran Pavlovič tudi član naše strokovne skupine za izvedbo pilotskega projekta Zagovornik – glas otroka, ki še vedno poteka pri Varuhu človekovih pravic in nudi vsestransko oporo včasih tako osamljenemu in razdvojenemu bitju – otroku.

Vedno smo se spraševali, ali bodo prav otroci zmogli preseči preteklost, zaznamovanost in usodne dogodke ter vstopiti kar najmanj poškodovani v svet odraslosti. Spoznavali in zdravili ste »rane in brazgotine« vseh teh mladih, ki so jih ustavile na poti odraščanja.

Soočeni s pomanjkanjem strokovnjakov in časom, ki je lahko za marsikoga celo usoden, ste kljubovali in uspeli pomagati mnogim. Danes jih sicer ne bo, da bi ponosno stali ob vseh vas in se spominjali celo tistih, ki jih žal ni več, a dobra dela se nikoli ne pozabijo. Glas o njih se širi in mnogi vedo, da ste del njihovih, zelo uspešnih življenjskih zgodb.

Naj bo dovolj.

Želim vam obilo strokovnih užitkov, prijaznega druženja in iskrenih čestitk.

Vlasta Nussdorfer,
Varuhinja človekovih pravic

Spoštovane sodelavke in sodelavci Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana,

iskrene čestitke ob visokemu jubileju, 60. obletnici vašega delovanja! Mestna občina Ljubljana se zaveda izjemnega pomena strokovnega dela z otroki in mladostniki ter njihovimi starši, torej z družinami, ki potrebujejo pomoč na področju duševnega zdravja. Ponosni in hvaležni smo vsem sodelavkam in sodelavcem Centra, ki so vsa ta leta generacijam otrok in mladostnikov pomagali najti pravo samostojno življenjsko pot, staršem in učiteljem pa nudili strokovno podporo pri delu, vključujoč tudi podporo otrokom s posebnimi potrebami, še posebej tistim, ki potrebujejo pomoč na posameznih področjih učenja.

V Ljubljani se zavedamo, kako pomembno je reševanje stisk otrok, mladostnikov in staršev, s katerimi se srečujejo ob vzgojnih vprašanjih in izobraževanju, zato z različnimi ukrepi in projekti krepimo premagovanje ovir in ustvarjamo motivacijsko okolje, ki otroke in mladostnike vodi v samostojno učenje, k doseganju uspehov in izboljševanju njihove samopodobe. Le zadovoljni, uspešni in samozavestni otroci s primerno samopodobo lahko zrastejo v uspešne in zadovoljne odrasle, ki se dobro počutijo v svojem okolju.

Spoštovane sodelavke in sodelavci Centra, hvala vam za vaše izjemno delo, ki je neprecenljivo, saj tako otrokom in mladostnikom s posebnimi potrebami kot tudi njihovim svojcem, vzgojiteljem, učiteljem in ostalim strokovnim delavcem s svojim znanjem, bogatimi izkušnjami in tenkočutnostjo stojite ob strani. Prepričan sem, da boste tudi v prihodnje pogumno stopali po poti uspeha! Tudi vi ste dokaz, da je naše mesto, ki bo naslednje leto Zelena prestolnica Evrope, zares najlepše mesto na svetu!

Zoran Janković
župan Mestne občine Ljubljana

Plenarne predstavitve • Slavnostni del

Od Vzgojne posvetovalnice do Svetovalnega centra

Povzetek:

Vzgojna posvetovalnica v Ljubljani je bila ustanovljena 1. januarja 1955. Prvi direktor posvetovalnice je bil psiholog Marjan Matko, po štirih letih je vodenje ustanove prevzela vzgojna svetovalka Helena Puhar. Poudarek dejavnosti je bil od vsega začetka na vzgoji in izobraževanju, njeno delovanje je bilo tesno povezano s šolo, pomoč pa je nudila predvsem otrokom (učencem), ki imajo prilagoditvene, učne in vzgojne težave. Vzgojno svetovanje je »sestavljen opravek, v katerem se prepletata psihološko in vzgojno delo«. Gre za natančno in strokovno dognano diagnosticiranje in na tem temelječe svetovanje in vodenje strank, težave so posledica različnih dejavnikov, strokovnjaki različnih strok (psihologi, socialni delavci, pedagogi, specialni pedagogi, pediatri, psihiatri) jih rešujejo z različnimi metodami (individualno, skupinsko), s pomočjo timskega sodelovanja. V širšem konceptu delovanja ustanove je bilo tudi znanstveno-raziskovalno ter preventivno delo (predavanja, publikacije). Bistvena značilnost svetovalnega dela je bila nedirektivnost. Po obdobju, ko sta ustanovo vodila Marjan Matko in Helena Puhar, to pa je bilo prvih deset let, je sledilo obdobje pod vodstvom Zorana Jelenca, za katerega so značilni: razvijanje novih pristopov pri obravnavi in instrumentarija za delo, znatno povečanje števila zaposlenih strokovnih delavcev, uveljavitev timskega dela, teoretično in praktično usposabljanje strokovnega osebja, velik poudarek na preventivnem delu, posredovanje znanja in izkušenj strokovnjakom iz drugih ustanov, dajanje pobud in predlogov nosilcem vzgojno-izobraževalne politike, predlaganje ukrepov za razvoj vzgojnih posvetovalnic po Sloveniji. Uspeh tega obdobja je tudi izdelava projekta za novo stavbo ter pridobitev lokacije za izgradnjo nove vzgojne posvetovalnice.

Ključne besede:

svetovanje, vodenje (za otroke, mladostnike in starše), vzgojna posvetovalnica, nedirektivno svetovanje, diagnosticiranje, terapevtsko-korektivno delo, preventivno delo, vzgojnoizobraževalna politika.

From Child Guidance to Counselling Center for Children, Youth and Parents

Abstract:

Child guidance center was established in Ljubljana on January 1, 1955. First director was a psychologist, Marjan Matko. After four years, child guidance and upbringing specialist Helena Puhar took over the managing of the institution. Emphasis was, from the very beginning, on the child upbringing and education, the operating of the institution was closely connected to education system, and primarily offered help and support to children and youth with adjustment, learning and behavioral problems. Child guidance and counselling is a “complex endeavor, with closely interknit psychological and upbringing effort”. It required meticulous and professionally precise diagnostic work, on which guidance and counselling was firmly based. Child’s problems are a consequence of a variety of factors, which professionals of different profiles resolve using different methods (individual, group) in a team-work approach. In the broader concept of the institution, scientific research and preventive work (teaching and publishing) presented important components. The essential quality of the counseling work was non-directiveness. After the period of first ten years (when Marjan Matko and Helena Puhar conducted the institution), the period under the leadership of Zoran Jelenc began, characterized by: development of new approaches to the treatment and the professional tools, significant increase in the number of expert employees, further establishment of the team work, theoretical and practical professional staff training, emphasis on preventive work, transfer of knowledge and experience to other institutions, instigating initiatives and proposals for educational policies, stimulating efforts for establishing a network for similar centers across Slovenia. A particular success of that period was a development of the project for constructing a new center building, and identifying a suitable location for it.

Keywords:

counselling, guidance (for children, adolescents and parents), child guidance center, non-directive counselling, diagnostics, therapeutic and correctional work, preventive work, character upbringing and educational policy.

Resna in organizirana prizadevanja, da bi v Ljubljani ustanovili Vzgojno posvetovalnico (v nadaljevanju VP), so potekala že od leta 1953, o tem pa so razmišljali tudi že prej. Poglavitne pobude za njeno ustanovitev so prihajale iz Zveze prijateljev mladine¹, zamisel pa so podpirali, kot lahko sklepamo iz podatkov o udeležencih prvega sestanka, kjer so o tem razpravljali, Mestni ljudski odbor (MLO) Ljubljana – njegova sveta za prosveto ter za zdravstvo in socialno skrbstvo, pedagoško društvo mesta Ljubljana, psihološki institut, nevropsihiatrična in pediatrična klinika ter verjetno še kdo². Vzgojna posvetovalnica je bila ustanovljena dne 1. januarja 1955.

Oblikovanje koncepta pod vodstvom Marjana Matka

O ciljih, sestavi in dejavnosti novonastale ustanove vemo kar veliko.³ Ko gre za ključno osebo, bržkone ni dvoma, da je bil najpomembnejši pobudnik za ustanovitev VP in tudi poglavitni nosilec strokovnega koncepta za njeno delovanje, vsaj v prvih letih, psiholog Marjan Matko.⁴ Iz razvoja in delovanja ustanove v naslednjih letih, posebno še potem, ko je Marjan Matko končal vodenje VP in zapustil ustanovo, leta 1959, verjetno pa že v zadnjem obdobju njegovega mandata, lahko sklepamo, da je postopoma čedalje pomembneje vplivala na delovanje VP Matkova naslednica na položaju upravnika, Helena Puhar.⁵ Prav gotovo je tudi Helena Puhar zelo zaslužna za nastanek VP, saj je v krogih, v katerih se je gibal pred njeno ustanovitvijo, morala biti ta zamisel živa že kar dalj časa.⁶ Med morebitne vplivne osebe lahko štejemo še dr. Bronislava Skaberneta, prvega predsednika Sveta VP, sicer pa sodelavca Instituta za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, in Franca Pedička, zunanjega strokovnega sodelavca VP in

1 Za katero društvo ZPM je šlo – mestno ali okrajno – imamo v dveh dosegljivih virih dva različna podatka; Pediček (1954, 1) navaja mesto, v jubilejni publikaciji ob 10. obletnici ustanovitve (Jelenc 1966, 37) pa je naveden okraj.

2 Sestanka, ki ga je dne 8. decembra 1953 sklical Svet za prosveto MLO Ljubljana, se je poleg njegovih predstavnikov in predstavnikov drugih zgoraj navedenih organizacij udeležilo 20 udeležencev. Podrobnejše podatke o tem najdemo v članku F. Pedička (1954) ter v brošuri ob 10. obletnici VP – 'Obisk v vzgojni posvetovalnici' (Jelenc 1966, 37).

3 O tem sta že pred njeno ustanovitvijo pisala prvi upravnik (tak naziv so v začetku imeli voditelji te ustanove) VP Marjan Matko, v članku 'O nekaterih problemih vzgojnega svetovanja', in Franc Pediček, v članku 'Naša pedagogika in psihologija ter ljubljanska vzgojna posvetovalnica', v reviji Sodobna pedagogika, leta 1954. Kasneje pa najdemo podatke o tem v jubilejni publikaciji 'Obisk v vzgojni posvetovalnici' (navedeni že v prejšnji opombi).

4 O tem je poročal F. Pediček v navedenem članku (1954). Drugi poglavitni akterji ustanovitve VP žal ne živijo več.

5 Vodenje ustanove je Helena Puhar prevzela 15. julija 1959.

6 Helena Puhar je tesno sodelovala z Zvezo prijateljev mladine, ki je bila med pobudnicami za ustanovitev VP, na sistem obravnavanja otrok pa je lahko vplivala tudi z aktivnostjo v ženskih organizacijah (npr. v AFŽ – Antifašistični fronti žena).

zastopnika pedagoškega društva. Pediček (1957, 1) navaja, da so se na navedenem sestanku, decembra leta 1953, najprizadevneje zavzemali za ustanovitev VP trije forumi: Zveza prijateljev mladine, Mestni ljudski odbor in novoustanovljeno pedagoško društvo. Pediček navaja, da je na tem sestanku imel uvodni referat, v katerem je opisal organiziranost in delo takšnih ustanov v drugih državah, to pa je bila tudi podlaga za razpravo (Pediček, 1954, 1); svoje poglede na delovanje VP pa je tudi objavil Matko (n.d. 1954).

Marjan Matko je bil za tiste čase nenavadno razgledan in napredno misleč psiholog.⁷ Bil je eden prvih, če ne celo prvi v Sloveniji, ki je imel licenco za (psihanalitično) psihoterapijo. Z nadaljnjim strokovnim študijem je svoje znanje nenehno dopolnjeval. Zgled za delovanje novoustanovljene VP je pridobil s študijskimi obiski 'vzgojnih posvetovalnic' in njim sorodnih ustanov v tujini⁸, dobro je poznal strokovno področje klinične psihologije, bil je tudi dober poznavalec psiholoških diagnostičnih sredstev in dinamične psihologije (psihodinamike). Po navedbah F. Pedička (1967, 61) je Matko prvi poslovenil angleški pojem 'guidance' in začel vpeljevati izvirni slovenski izraz 'vódenje', sintagmo 'child guidance clinic' je poslovenil v 'klinika za vódenje otrok'.⁹ Pri snovanju vzgojne posvetovalnice v Ljubljani si je – tako je sam povedal¹⁰ – za izhodišče najbolj jemal francoske ustanove. To znanje je najprej udejanjil v Mariboru, kjer je na njegovo pobudo leta 1952 nastala prva tovrstna ustanova v Sloveniji – 'Vzgojna svetovalnica' v Mariboru.¹¹ Tudi pri nastanku te sta sodelovala Zveza prijateljev mladine in Pedagoško društvo, svetovalnico pa je v začetku vodil pedagog Gustav Šilih.

Kljub temu da je bil Matko psiholog, je značilno za obe posvetovalnici to, da je imela pomemben delež med sodelujočimi strokami (sestava svetovalcev, metode) pedagogika ter da je bil poudarek njenega dela na vzgoji in izobraževanju, njuno delovanje je bilo tesno povezano s šolo, pomoč pa sta nudili predvsem otrokom (učencem), ki »imajo prilagoditvene, učne in vzgojne težave« ter njihovim staršem; v 'Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Mariboru navajajo, da se je »ta specifika v SC Maribor obdržala do danes« (SCM 2014).

7 O tem podrobneje v zborniku prispevkov ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana – 'Mozaik našega delovanja' (v Z. Jelenc 2006, 287-293).

8 V Franciji (Pariz) ter v Švici (Basel, Bern, Lausanne, Zürich, Ženeva) in na Dunaju, študiral pa je tudi po ameriških in angleških virih in tako poznal tudi tamkajšnje ustanove (Matko 1954, 139).

9 Poleg te je poznal in opisoval tudi druge vrste svetovalnih ustanov za obravnavo motenih otrok, npr. Centre in Office Psycho in Medico-pedagogique, Centre psycho-educatif, Institut für Erziehungshilfe, Erziehungsberatung und Schulpsychiatrischer Dienst, Schulpsychologischer Dienst, Savjetovališta za odgoj djece i omladine itn.

10 O tem je pripovedoval Anici Kos Mikuš, kasnejši direktorici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše.

11 Podrobnejše podatke o Vzgojni svetovalnici Maribor najdemo na internetu, na spletni strani pod naslovom 'Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Mariboru' - 'www.svet-center-mb.si'. (V nadaljevanju krajšamo s SCM). Vzgojna svetovalnica Maribor je ime spremenila dvakrat; najprej so jo, leta 1970 preimenovali v 'Vzgojno posvetovalnico', s čimer so želeli povedati, da svetovanje ne sme biti le dajanje nasvetov, temveč mora biti praviloma nedirektivno, drugič pa so, leta 1997, po zgledu ljubljanske VP prevzeli ime, kakršnega ima še danes, to je SCM.

Vzgojne posvetovalnice so s svojimi prizadevanji odigrale zelo pomembno vlogo pri izobraževanju in usposabljanju staršev in pedagoških delavcev za delo z učenci, ki imajo prilagoditvene, učne in vzgojne težave. Bile so »valilnice raznih strokovnih idej, da bi se le-te kasneje uresničevale v širšem slovenskem prostoru« (SCM 2014). Odigrale so pomembno vlogo pri razvijanju šolskega svetovalnega dela. Njihovi sodelavci so objavljali strokovne prispevke tako v strokovnih, kot tudi v splošnih revijah in časnikih, organizirali so, pogosto v sodelovanju z delavskimi univerzami, predavanja o težavah otrok in mladostnikov, predvsem tistih, ki se razlikujejo in so drugačni, ter o ustreznem ravnanju pri vzgoji; organizirali so strokovna posvetovanja, dajali pobude in predloge institucijam, npr. Zavodu za šolstvo, za ustrežnejšo obravnavo otrok in mladostnikov, ne le tistih z motnjami in težavami v razvoju. Zaradi vsega tega so se posvetovalnice zavzemale za to, da bi ustanoviteljsko vlogo in skrb za njihovo delovanje in razvoj prevzele občine.

Ne glede na to, da je bila Vzgojna svetovalnica Maribor ustanovljena pred ljubljansko VP, pripada vloga oblikovalca koncepta delovanja vzgojnih posvetovalnic nedvomno Marjanu Matku; ne nazadnje je bil pobudnik nastanka obeh, tako mariborske kot ljubljanske.

Za koncept, ki ga je razvijal Matko kot upravnik VP v Ljubljani in kot psiholog, so zlasti značilne tele prvine (po Matko, 1954):

- »natančno in strokovno dognano diagnosticiranje in na tem temelječe svetovanje in vodenje strank – otrok, staršev in drugih relevantnih oseb, ki bi lahko pripomogle k rešitvi svetovančevega¹² problema;
- »mnogokratna povzročena neugodnega vedenja« (n.d., 137); izviri motenj so fizični (telesno zdravstveni), psihološki (umski, čustveni, specifične motnje), situacijski (šolski, okoljni) in drugi;
- timsko delo, v katerem so že v prvem obdobju delovanja VP sodelovali strokovnjaki različnih strok (psiholog, pedagog, socialni delavec, zdravniki – pediater in nevropsihiater, defektolog), ki so se o poteku obravnave po potrebi odločali na timskih konferencah;
- poleg standardiziranega in izčrpnega 'laboratorijskega dela' (psihološko testiranje, diagnostični pogovor, zdravniški in defektološki pregled itn.) tudi, če je bilo mogoče, opazovanje v naravni situaciji, ki naj zagotovi avtentičnost zbranih podatkov o svetovancu;
- problemi VP so tudi šolski in mentalnohigienski, vendar jih je v številnih primerih mogoče uspešno obravnavati le zunaj šole (z distanco, v »posebnih pogojih kraja in časa«), saj je le tako mogoča objektivna presoja vpliva šole.»

12 Izraz 'svetovavec' smo sicer v VP začeli uporabljati kasneje; v začetnem obdobju delovanja VP so svetovance imenovali bodisi 'stranka' bodisi – kot se je reklo pri psihoterapiji – 'klient'.

Na tej podlagi opredeljuje Matko vzgojno svetovanje kot »sestavljen opravke, v katerem se prepletata psihološko in vzgojno delo«. Govori seveda o specializiranem vzgojnem svetovanju, ki je «organizirana znanstvena oblika» dejavnosti (vsi citati iz n.d. – Matko, 1954), ki jo moramo razlikovati od predznanstvene, ki jo lahko opravljajo tudi šolski delavci (npr. učitelji) in drugi strokovnjaki brez specializiranega znanja. O tedaj že delujoči Vzgojni svetovalnici v Mariboru meni, da gre pri tej ustanovi za »pedagoške konzultacije«, ki sicer potekajo zunaj šol. K razmišljanju o potrebi po ambulantni obravnavi otrok, ki niso toliko moteni, da bi jih morali premestiti v vzgojni dom, so Marjana Matka napeljale poleg obsežnega znanja tudi nekatere poprejšnje izkušnje (Vzgojna svetovalnica Maribor, Prehodni dom v Ljubljani). Prav gotovo je nekje začutil potrebo po ustanovi, ki bi se bolj specializirano ukvarjala z otroki, ki imajo težave, bodisi pri delu v šoli bodisi čustvene in vedenjske težave, in imajo težave tudi z odnosi in počutjem v družini.

Takšna in podobna strokovna izhodišča so omogočila izdelavo programske zasnove za delovanje VP, ki se je tudi danes ne bi sramovali in v resnici še danes sestavlja temeljno programsko shemo ustanove. V utemeljitvi dela in usmeritev VP je bilo zapisano, da naj ima in opravlja te naloge (Jelenc, 1966, 38):

- »diagnostično delo, tj. ugotavljanje vzrokov za neuspeh posameznikov v šoli ali vzrokov neustreznega vedenja otrok, bodisi v šoli bodisi v družini pa tudi v soseski;
- terapevtsko-korektivno delo, ki je s prvim povezano in je potrebno, da bi se odstranjevali zunanji in notranji činitelji in povzročitelji različnih vrst in oblik neustreznega vedenja pri posameznikih;
- znanstveno-raziskovalno delo, da bi preizkušali različne diagnostične pripomočke, analizirali in posploševali gradivo, ki se bo zbralo pri delu ter opazovali in proučevali otroke in mladostnike v šolskem okolju;
- delo za strokovno dviganje kadrov vzgojne posvetovalnice;
- propagandno-preventivno delo v obliki predavanj in publikacij, da bi širši javnosti pojasnjevali vzroke pojavljanja različnih oblik neustreznega vedenja in posredovali način pravilnega ravnanja ob pojavljanju tovrstnih motenj.«

Kljub sorazmerno uspešni izpeljavi zamišljene sheme za delovanje VP – nedvomno dobro premišljeni, celoviti in strokovno dodelani – in zaslugam, ki mu jih je treba priznati za uspešno delovanje ustanove, je Matko ostal na vodstvenem položaju v Vzgojni posvetovalnici le en mandat; VP je zapustil leta 1959 in v njej ni delal več

nitni kot psiholog.¹³ Vodenje ustanove je prepustil Heleni Puhar, ki je že v času, ko je ustanovo vodil Marjan Matko dajala svetovalnemu delu specifičen pečat. Matku je bilo vzgojno svetovanje predvsem teoretičen izziv, področje študija, ideja, ki jo je treba udejanjiti, za kar potrebuješ zelo podroben teoretični koncept, bogat in raznovrsten (zlasti psihološki) instrumentarij, tim specializiranih strokovnjakov in druge sistematično urejene okoliščine; ni imel toliko veselja za praktično delo, kot ga je problematika zanimala študijsko. Heleni Puhar pa je bil v ospredju človek, ki potrebuje pomoč. Vanj se je znala empatično poglobiti, z njim je čutila in podoživljala njegove stiske in probleme in vsa se mu je predala, ne le v svetovalnem pogovoru, temveč tudi potem, ko je o njem razmišljala in svoje ugotovitve zapisovala in si oblikovala zaključke.¹⁴

Vzgojna in svetovalna filozofija Helene Puhar

Pri razvijanju koncepta dela VP je ob Marjanu Matku – kot snovalcu teoretične sheme delovanja VP –, enako pomembna vloga in vpliv Helene Puhar. Sledeč njenemu zgledu in vplivu je v VP prevladal nedirektivni pristop pri delu s svetovanci.

Helena Puhar je imela prefinjen čut in hkrati tudi sposobnosti, da se je poglobila v človeka in njegove življenjske okoliščine in da si je korak za korakom ustvarila celovito sliko o njem in njegovih težavah. Z enako gotovostjo in lahkotnostjo, kot je svetovančeve probleme odkrivala, mu je potem tudi pomagala odpirati oči in utirati poti k reševanju težav, v katerih se je znašel. Če bi pri vzgojno-svetovalnem delu Helene Puhar tehtali, čemu bi dali večjo težo – znanosti (znanju, teoriji) ali umetnosti (veščini, intuiciji), bi se tehtnica nagnila na stran umetnosti. Pogovor s svetovancem je vodila lahkotno, nevsiljivo in nedirektivno in s tem ustvarjala spontano, navidezno enostavno in preprosto, a logično in – o tem sem se lahko sam prepričal, ko sem imel priložnost biti prisoten pri njenih svetovalnih pogovorih – zelo učinkovito komuniciranje. Izvidi, ki si jih je želela in pridobila od sodelavcev (psiholog, pediater, psihiater, defektolog), so – četudi jim je pripisovala velik pomen – imeli nekako obrobno vlogo; to ne pomeni, da jih ne bi obravnavala enakovredno svojemu delu, a znala jih je tako vgraditi v *svoj pogovor*, da niso 'štrleli' iz njega kot nekaj dodatnega, odločujočega in bolj pomembnega.

Ni naključje, da na tem mestu poudarjam zlasti osebnostne značilnosti Helene Puhar. Te niso značilne le za prikaz njenega lika, temveč so pomembne tudi za opis njenega prispevka k razvoju vzgojne posvetovalnice. Iz njih izvira tudi specifičen

13 Več o Marjanu Matku v publikaciji 'Mozaik našega delovanja', v zborniku ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. V: Zoran Jelenc – iz spomina, Marjan Matko (SCOMS 2006, 287-293).

14 Podrobneje o Heleni Puhar v Jelenc 2006, 294-302.

sistem obravnave svetovancev, ki je veljal v času njenega vodenja posvetovalnice, verjetno pa ga je prav ona uveljavljala tudi že v obdobju Matkovega vodenja ustanove. Ker je bila močna osebnost, je prvi stik s starši, fazo 'pritožbe', prevzemala sama. To ji je omogočilo, da je navezala stik predvsem s starši, otroka pa je dala v 'obdelavo' praviloma najprej psihologu, potem pa po potrebi tudi k drugim specialistom. Tako si je zagotovila kontinuiteto dela s starši, tako diagnostičnega kot tudi korektivnega. Ta stil, ki smo ga kasneje spreminjali¹⁵, je bil mogoč predvsem zaradi specifične, lahko bi celo rekel izjemne in močne osebnosti Helene Puhar. Lahko bi ga poimenovali 'dvojni sistem' obravnave, saj je starše vodil en svetovalec, otroka pa je obravnaval drug, praviloma psiholog. Seveda je delo s starši zahtevalo večjo izkušnost svetovalca; zato sta to vlogo opravljali Helena Puhar, ki je, kot že rečeno, imela uradni naziv pedagoška svetovalka (po njeni vrnitvi iz Amerike je bila rajši 'vzgojna' kot 'pedagoška'), in socialna delavka.¹⁶ Seveda se je svetovalka za starše med obravnavo, kadarkoli se ji je to zdelo potrebno, posvetovala s psihologom ali drugimi specialisti, v nekaterih primerih pa je le-te, predvsem psihologa, povabila k pogovoru s starši; svetovalke, ki so obravnavale starše, tega niso delale, če ni bilo nujno, to pa predvsem zaradi tega, da ne bi z 'gostujočimi' strokovnjaki motile že vzpostavljene komunikacije s starši. Takšna praksa je seveda imela svojo razumsko težo in logiko, toliko bolj, ker smo tedaj v posvetovalnici zaposleni s polnim delovnim časom bili sami mladi, 'novopečeni' psihologi, ki se za zahtevno vodenje staršev nismo 'pulili', bili pa smo dovolj usposobljeni za diagnostično obravnavo (testiranje, intervjuvanje in opazovanje otrok).¹⁷

Enkratnost Helene Puhar ni bila le v izjemni spretnosti vodenja svetovalnega pogovora, katerega bistvena značilnost je bila nedirektivnost. Način izpeljave pogovora je bil skladno povezan z vsebino, ki jo je želela sporočiti svetovancu, kar ji je še posebno učinkovito uspevalo v pogovorih s starši. Njena sporočila so bila tehtna in zmeraj naravnana prav na obravnavani primer in njegovo posebnost, hkrati pa tudi jasna in razumljiva. Izjemno se je znala prilagoditi ravni in značilnostim sogovornika¹⁸, tako da so se le-temu tudi zelo zapletena vprašanja zazdela enostavna in rešljiva. Izkušnje iz svetovalnega dela so ji, skupaj z osebnimi izkušnjami iz lastne družine¹⁹, ustvarile pravo zakladnico vzgojnih modrosti, ki jih je znala ob pravem času in nevsiljivo prenesti svetovancu.

15 Zakaj in kako, navajam v nadaljevanju.

16 Tedaj je bila to Stamen Bregant, ki je bila sicer nekaj let mlajša od Helene Puhar, a je že imela izkušnje z lastno družino, kar je bilo za svetovalca, ki vodi starše, pomembno.

17 Spreminjanje načina obravnave v naslednjih letih prikazujem v nadaljevanju.

18 To prilagajanje je bilo celo tolikšno, da je poskušala s svetovancem govoriti v njegovem stilu in narečju.

19 Ne nazadnje je bila Helena Puhar izjemna tudi po tem, da je živela v družini s petimi otroki. V zakonu je rodila tri otroke – dva fanta in punčko, vsi so bili tedaj osnovnošolci; starejša hči, tedaj srednješolka, je bila iz njenega prejšnjega partnerskega razmerja, sin-pastorek (tudi srednješolec) pa iz moževega prejšnjega zakona.

Uspešnost Helene Puhar kot svetovalke je pomembno izvirala tudi iz njene neverjetno bogate zakladnice modrosti o tem, kako vzgajati otroke in kako naj z njimi ravnamo tako naravni kot tudi poklicni vzgojitelji (starši, učitelji in drugi), tako doma kot v šoli.²⁰ Značilnosti vzgojne filozofije Helene Puhar se dobro kažejo tudi v njenih zapisih pogovorov, ki jih je imela s starši in tudi učitelji²¹. Svoje poglede – tako praktične kot teoretične – je dobro prikazala v razmeroma obsežni in vsebinsko bogati razpravi v publikaciji ob 10. obletnici VP z naslovom 'Vzgojno usmerjanje, vodenje in svetovanje' (Jelenc 1966, 4–36). Razpravo lahko označimo kot teoretično, iz nje je – vsaj za delno osvetlitev pogledov Helene Puhar – vredno predstaviti nekatere značilne njene misli in stališča.²²

- »Vzgojno usmerjanje ljudi – zamišljeno kot proces, v katerem se posameznik s pomočjo drugega človeka in z lastnimi naporji postopoma osvešča svojih možnosti delovanja in dozoreva v pravilne osebne odločitve – najdemo danes in nazaj v zgodovini v vseh družbah.
- Človeku je usmerjanje in vodenje s strani drugih ljudi tudi nujno potrebno, kajti človek ni samozadostno bitje. Samo ob usmeritvi, pomoči, ki jo prejemo od drugih, smo sposobni rasti in se razvijati.
- Pogosto pa rabijo vodenje in svetovanje tudi odrasli. Zdi se, da potreba po usmeritvi pri človeku v moderni družbi narašča, prav gotovo pa se ne zmanjšuje.
- Naše najtrdnejše prepričanje je, da, če je na katerem področju mogoče zagovarjati ustanavljanje posebnih svetovalnih služb – je to najprej področje vzgoje in oblikovanja otrok in mladine.
- In le predobro vemo, da kljub vsemu napredku znanosti do danes vendarle še ne poznamo nobene metode, ki bi s stoodstotno gotovostjo zagotavljala, da bi bilo v otroštvu izkrivljen razvoj osebnosti prav zagotovo mogoče uravnati. V tem pogledu ... je še največ upanja v samem otroštvu.
- Dejstvo je, da je bil ravno vzgojno-učni sistem – torej šolstvo in učitelji – tisti, ki je prvi in najbolj množično nakazal potrebe in želje po študiranju individualnih razlik med otroki.

20 Na srečo se je ta zakladnica izjemnih idej in modrosti o vzgoji ohranila v njenih člankih ali prispevkih v časnikih in revijah ter na radiu in televiziji, mnogo pa je bilo staršem in učiteljem sporočenega ustno – v predavanjih, v katerih je tudi 'blestela'. Nekaj smo jih pred leti zbrali v zborniku 'Vzgoja za današnji čas' (Puhar 1973, ur. Jelenc), izbrane misli pa smo objavili tudi v monografiji ob 50. obletnici VP (Jelenc 2006, 297-299).

21 Vse si je natančno zapisovala, to pa je mogla narediti le po službi, doma.

22 Prikazujemo jih kot dobesedne citate, sicer izrgane iz konteksta in brez načrtnega vsebinskega usklajevanja in urejanja. Ob tej razpravi je pomembno povedati, da je nastala po avtoričini vrnitvi iz ZDA, kjer je bivala domala tri leta in je ta čas izrabila za svoje strokovno spopolnjevanje, tam pa se ji je uspelo aktivno vključiti tudi v eno od psihoterapevtskih ustanov. Iz Amerike je prinesla ogromno znanja, zlasti se je posvetila študiju nedirektivne psihoterapije.

- In vzgojni problemi, ki jih starši kot laiki na področju vzgoje lahko niti ne zapazijo – lahko tudi zaradi svoje velike čustvene navezanosti na otroke –, učitelju kot poklicnemu vzgojitelju ne ostanejo prikriti.
- Šele ta poglobljeni in z različnih aspektov zastavljeni študij otrok nam je pokazal, da 'stigmata' – vsaj sama zase – še nič ne povedo in da je treba analizirati celo vrsto činiteljev – telesne, zdravstvene, pedagoške, psihološke in socialne – če hočemo priti do kolikor toliko ustrezne ocene otrokovega stanja.
- Na osnovi dela tovrstnih ustanov (medicinskih, op. Z. J.) se je skupina tako imenovanih 'patoloških' otrok vse bolj krčila in s tem tudi skupina otrok, ki potrebujejo psihiatrično intervenco, širila pa skupina otrok, ki rabijo psiho-pedagoško in eventualno socialno in druge intervence.
- In za diagnosticiranje in obravnavanje teh variant ne rabimo – ali vsaj ne izključno – samo psihiatričnih analiz, marveč psiho-socio-pedagoške, in s tem celo vrsto novih poklicnih profilov – pedagoških psihologov, specialnih pedagogov, vzgojnih svetovalcev, socialnih delavcev in podobno.
- Razprave, ki še danes niso docela razrešene. Namreč: ali je to področje dela medicine in, če gre za motnje, predvsem psihiatrije ali psihologije, ali pedagogike ali socialnega dela ali še koga?
- Človek – in tako tudi otrok – v svoji celovitosti ni in ne more biti izključna domena nobene od označenih ved in torej tudi ne strokovnjakov ene same vede ... Vsi osebno dovolj urejeni in strokovno dovolj razgledani delavci na tem področju danes zastopajo takšno mnenje.
- Zmeraj se je (v primerjavi s psihiatričnimi in psihoanalitskimi metodami, op. Z. J.) posvečalo večjo pozornost analiziranju in korekciji okoljnih činiteljev razvoja – vzgojnim, psihološkim, socialnim in zdravstvenim okolnostim otrokovega življenja.
- Treba je reči, da se v zadnjih obdobjih tudi v tiste ustanove za obravnavanje otrok, ki so po svojem konceptu in delovni zasedbi bolj psihiatrične kot ne, vse bolj prenaša poudarek tudi na nudenje vzgojne pomoči.
- Celotno področje tega dela je še veliko preveč pisano in raznovrstno in še veliko premalo je dokazov in protidokazov, da bi kdorkoli mogel zatrdno reči – to je prav in drugo je narobe, eno v celoti in zmeraj prav, drugo v celoti in zmeraj narobe.
- Potem se srečamo tudi s konceptom vodenja otrok preko vodenja staršev. V bistvu je seveda to le podskupina koncepta vodenja preko okolja. A predstavlja tako močno strujo, da se pogosto navaja kot samostojna smer.

- Koncept vodenja otrok preko vodenja staršev zagovarjajo nekateri do te mere, da pravijo, da bi se vsako vodenje otrok praviloma moralo začeti z vodenjem staršev (s pripisom, da sta obe VP v Sloveniji orientirani v to smer, op. Z. J.)
- Lahko je usmerjeno bolj v izobraževanje staršev (šole za starše), lahko pa bolj v individualno vodenje in s tem nujno bolj k staršem, ki imajo s svojimi otroki težave.
- Kot oblikovanje vsakega vedenja terja čas, tako ga tudi in še celo spreminjanje vedenja. Razumevanje tega sicer zelo evidentnega dejstva nam po navadi zelo manjka.
- Ta pristop (svetovanje usmerjeno h klientu namesto svetovanja v smislu receptologije, op. Z. J.) je tudi protiudarec na svetovanje, ki je usmerjeno bolj ali manj izključno v rešitev določenega problema.
- Ta koncept (nedirektivno svetovanje, op. Z. J.) ali vidik seveda vključuje tudi mnenje, da drugemu pomagamo lahko samo, če zbudimo njegovo notranjo moč, pripravljenost in odgovornost.
- Ob takem pristopu svetovalec vse manj in manj 'svetuje' in sploh malo govori, pač pa veliko in zelo budno posluša. Z nasveti in priporočili je skop, zelo obilno pa spodbuja spraševalca k zaključevanju.
- Danes se vse pogosteje pojavljajo tudi pojmovanja, da je vsako vzgojno svetovanje kooperativni proces. Osnova tega pojmovanja je, da ni in ne more biti enega samega sistema organizacije, stila ali koncepcije vzgojnega usmerjanja – ene same službe – marveč je to cel sistem služb, znotraj njih pa so različni koncepti in celo 'šole'.
- Smatra se, da so vzgojne posvetovalnice važno dopolnilo družinski, zdravstveni, mladinsko sodni in podobnim službam ...
- Naše edino orožje (nasproti stališču, da podedovano in vrojeno samo po sebi ni dostopno spremembam, op. Z. J.) je tako ali tako vzgoja, ki naj bo tako zastavljena, da do maksimuma razvije ugodne podedovane in vrojene danosti in s tem duši, kroti neugodne.
- Brez razvejene in dovolj specializirane strokovne vzgojne pomoči – staršem in njih otrokom ter ne malokdaj tudi učiteljem in vzgojiteljem – mnogi naši otroci ostajajo v življenju prikrajšani, pa čeprav so naši družbeno proglašeni in priznavalni principi visoko humani in visoko socialni.
- Torej vzgojne posvetovalnice po svojem smotru služijo socializaciji individua, pa čeprav vključujejo največje spoštovanje individualnosti.
- Končno: Vzgojne posvetovalnice so po naših gledanjih dopolnilna vzgojna disciplina in to važna, pa čeprav ne osnovna. Pomenijo orientacijo

pedagoškega področja dela v neko novo, doslej še hudo neizkoriščeno delovno področje – in to obetavno, pa čeprav gotovo tudi ne takšno, da bi lahko 'vse' rešilo.«

Iz navedenega je razvidno, kakšna filozofija je določala in usmerjala delo VP v Ljubljani, ko je bila upravnica Helena Puhar. Vse do odhoda Helene Puhar v Ameriko je delo potekalo, kot smo že omenili zgoraj, praviloma dvotirno: pedagoška svetovalka in socialna delavka s starši, psihologi in drugi, to so bili specialna pedagoginja, pediater, psihiatrinja – vsi, kot zunanji sodelavci²³ – z otroki in mladostniki. Posebno vlogo je imel kot pedagog Franc Pediček, ki je obravnaval le mladostnike, praviloma brez staršev.

Širitev in poglobljanje dejavnosti v drugem desetletju

Tudi po odhodu Helene Puhar v Ameriko in tudi po njeni vrnitvi²⁴ se filozofija delovanja ustanove v bistvu ni spremenila. Mesto direktorja je 1. januarja 1964, kot drugi psiholog na vodilnem položaju po Matku, prevzel Zoran Jelenc. Sistem obravnave smo postopoma prilagajali novi kadrovski sestavi, ki smo jo tudi precej razširili, in drugim okoliščinam. S polnim delovnim časom smo zaposlili mlajši sodelavki – pedagoginjo, ki je pretežno prevzemala otroke in mladostnike, ki so imeli težave pri učenju, pomagala jim je pri organizaciji in izpeljavi učenja, ter socialno delavko, ki ni imela dovolj izkušenj za zahtevno vodenje staršev, ohranili pa smo to, da je praviloma imela prvi stik z njimi ter sprejela njihovo 'pritožbo', to je njihov opis otrokovega problema in podatke v zvezi s tem ter družinsko anamnezo. Sčasoma smo zaposlili s polnim delovnim časom tudi nekaj mlajših psihologov, redno pa smo zaposlili tudi pediatrijo ter specialno pedagoginjo.

Od druge polovice 60-ih do leta 1973, ko je moral Zoran Jelenc zaradi političnih pritiskov²⁵ zapustiti vodstveni položaj in potem še VP, smo se zelo intenzivno ukvarjali s konceptom in metodami dela. K temu so pomembno pripomogli novi, sposobni in ambiciozni sodelavci, ki smo jih zaposlili v tem obdobju.²⁶

23 Kot zunanji sodelavci so v tistem času poleg defektologinje Marije Koman, pediatra dr. Jožeta Jerasa in psihiatrinje Mete Flegar delali še pedagog Franc Pediček ter psihologa Vinko Skalar in Leopold Bregant.

24 Ponudili smo ji, da bi vnovič prevzela mesto direktorice, a je ponudbo zavrnila, v VP pa je spet delala kot vzgojna (pedagoška) svetovalka vse do svoje prezgodnje smrti, 30. aprila 1968.

25 Več o tem v 'Mozaik našega delovanja', v zborniku ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. V: Julka Vaher – Intervjuji, Zoran Jelenc (SCOMS 2006, 304).

26 Pri zaposlovanju novih kadrov smo se povezali s kompetentnimi profesorji na fakultetah (npr. dr. Borut Šali z Oddelka za psihologijo) in Višje šole za socialne delavce (prof. Bernard Stritih), da so nam priporočali najuspešnejše študente, ki smo jih potem sprejeli na prakso in jih tako lahko spoznali tudi pri delu.

Najpomembnejše novosti in spremembe so bile:

- Vpeljali smo triažni pogovor, ki so ga lahko opravljali različni strokovnjaki, glede na problematiko pa smo potem določili nadaljnji potek obravnave. Tako so tudi psihologi dobili možnost, da delajo s starši že v diagnostični fazi obravnave in so lahko bolje spoznali družinsko situacijo in problem obravnave z obeh strani, iz opazovanja in pregledovanja otroka in iz pogovora s starši. Korektivno-terapevtsko fazo obravnave je prevzel tisti sodelavec v timu, ki je bil najbolj ustrezen in usposobljen za uspešno reševanje obravnavanega problema. Vloga psihologa se je s tem razširila od zgolj diagnostične na tudi svetovalno-terapevtsko.
- Navedena sprememba je zahtevala uveljavitev timskega dela pri obravnavi. Vpeljali smo redne timske konference, na katerih smo obravnavali zahtevnejše probleme, katere so nosilci imeli pri obravnavi, in se odločali o nadaljnjem vodenju 'primerov'.
- Veliko pozornosti smo namenili razvijanju novih pristopov pri obravnavi. Razvili smo med drugim: novo anamnestično shemo, shemo za vodenje intervjuja, opomnik Triaža v VP, Načrt pomoči (obrnave), Ocenjevalno lestvico za šolskega otroka, Shemo prognostičnega ocenjevanja, Teze za skupinsko delo, Timski posvet, Katamnistični vprašalnik, proučili in vpeljali smo več drugih pristopov pri psihološkem diagnosticiranju itn.²⁷ Vpeljali smo nekatere pripomočke za sistematizacijo zapisa o obravnavi, npr. kartica svetovanca, evidenčni list, prijavo za obravnavo, vprašalnik o šolskem otroku itn. Naredili smo vse, kar smo mogli, da bi bili naši strokovni pristopi bolj temeljiti in da bi bolj obvladovali tako diagnostično obravnavo kot tudi svetovalno in terapevtsko fazo.
- Imeli smo veliko novih sodelavcev – v začetku 70-ih let se je število zaposlenih strokovnih delavcev s polnim delovnim časom povzpelo na 10, 7 pa je bilo pogodbenih sodelavcev; v celotnem številu strokovnega osebja je bilo 8 psihologov, 2 socialna delavca, 2 specialna pedagoga, 2 pediatria in 3 psihiatri. Zaradi novih sodelavcev smo veliko pozornosti namenjali njihovemu usposabljanju; v delo smo jih vpeljevali s pomočjo mentorjev (dalj časa zaposlenih sodelavcev), vpeljali pa smo tudi redna tedenska študijska srečanja v VP, ki so bila prvotno namenjena zaposlenim v VP, kasneje pa so se jih začeli udeleževati tudi drugi, posebno tedaj že kar številni šolski svetovalni delavci in sodelavci zdravstvenih mentalnohigienskih ustanov in drugih ustanov za pomoč otrokom. Ta študijska srečanja so prerasla v javno obliko strokovnega

27 Pri tem nam je zelo veliko pomagal prof. dr. Borut Šali, nosilec predmeta klinična psihologija na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete. Pomagal nam je tudi Bernard Strith pri razvijanju pristopov s področja socialnega dela in metod skupinskega obravnavanja. Oba sta tudi praktično, vsaj enkrat tedensko, obravnavala in vodila svoje 'primere' v VP.

spopolnjevanja strokovnjakov, ki so na različnih področjih – psihologija, pedagogika, socialno delo in drugih – obravnavali otroke in mladostnike ter jim nudili svetovalno in drugo strokovno pomoč.

- Psihologi in svetovalni delavci smo se tako teoretično kot tudi praktično usposabljali za psihoterapevtsko obravnavo. Redno smo se udeleževali usposabljanja, ki ga je organiziral Psihohigienski dispanzer bolnišnice Polje.²⁸ Delali smo intenzivno – enkrat na teden smo imeli predavanja, obravnavali smo celo vrsto terapevtskih šol. To je bil tudi začetek intenzivnejšega sodelovanja med psihologi in psihiatri v zdravstvenih ustanovah in nami.
- Naše znanje smo skušali uveljaviti tudi širše, ne le z individualnimi obravnavami v VP, temveč z njegovim posredovanjem zunaj VP. Tako smo pripravili multimedijski projekt za izobraževanje staršev²⁹, ki je obsegal sočasno objavo člankov o izbranih temah v dnevnem časopisu in strokovnih revijah, nastope na radiu in televiziji, serijo letakov z napotki staršem za vzgojno ravnanje, izpeljavo predavanj zainteresiranim, možnost individualnih konzultacij o izbranih temah na VP. Nekatere od izbranih tem smo potem objavili v razširjeni obliki – v seriji brošur z opisi izbrane tematike in vzgojnimi napotki za starše.
- Praktično v vseh primerih, ko so imeli naši svetovanci učne težave, smo se pogovarjali z učitelji, jih povabili k nam ali sami odšli na šolo in skušali vplivati na rešitve.
- Naših izkušenj in znanja nismo ljubosumno ohranjali le zase; posredovali smo ga vsem, ki so jih želeli pridobiti in kasneje uporabljati. Tako smo dajali možnost strokovnjakom iz drugih ustanov po Sloveniji, da so določen čas preživeli v naši ustanovi, mi pa smo jim nudili mentorsko pomoč. Tako smo vplivali na razvoj vzgojnega svetovanja tudi v drugih krajih Slovenije.
- Naše znanje in izkušnje smo skušali uveljavljati tudi tako, da smo pošiljali na Zavod za šolstvo pobude in predloge, v njih smo tudi kritično obravnavali pomanjkljivosti tedanje šolske politike, še posebno obravnavanje 'drugačnih' otrok. To je bilo mogoče, ker smo pri naših obravnavah temeljito analizirali šolske razmere in ukrepe, ki imajo lahko pomemben delež pri nastanku vedenjskih in učnih težav. Vedno smo poudarjali, da je v VP zgoščeno vedenje in znanje o problemih, ki nastajajo v šoli, pa tudi v družbi.

28 Nosilec tega usposabljanja je bil psiholog, prof. Leopold Bregant.

29 Kasneje, ko sem se že ukvarjal z andragogiko, sem ugotovil, da je bil to pravi, sodobno zasnovan andragoški projekt.

Kljub doseženim uspehom in uveljavitvi kakovosti strokovnega dela, smo se morali nenehno boriti za status ustanove in za redno financiranje njene dejavnosti. Za delo ustanove je bila pristojna občina, odgovoren resor za razvoj vzgojnih posvetovalnic naj bi bilo Ministrstvo za šolstvo in šport. A kljub temu so se pojavljala vprašanja, ali spadajo vzgojne posvetovalnice pod zdravstvo, socialno varstvo ali kam drugam. Glavni argument, s katerim smo zavračali poskuse, da bi to dejavnost v celoti prevzelo zdravstvo, je bil, da pri obravnava prevladujejo psihološki problemi – vedenjski, družinski, družinske razmere. Vztrajali smo, da je temeljno torišče vzgojnih posvetovalnic vzgoja in izobraževanje in da je to specifično vredno obdržati.

S kakovostnim delom in povečevanjem osebja ja ljubljanska VP ob koncu 60-ih let postala daleč najmočnejša v Sloveniji. Zato smo postopoma začeli prevzemati vlogo oblikovalca razvoja, sistema in politike na tem področju. Tedanje ministrstvo (sekretariat) je ustanovilo Komisijo za vzgojne posvetovalnice, meni je bilo zaupano njeno vodenje. V tej vlogi sem imel priložnost, da sem snoval in vodil pripravo strateških dokumentov za razvoj na tem področju: analizo stanja, dolgoročni načrt razvoja posvetovalnic ter načrtovanje mreže VP v Sloveniji.³⁰ To je omogočilo ali pospešilo razvoj novih posvetovalnic v Sloveniji – poleg Maribora, kjer je posvetovalnica delovala že prej, so nastale nove v Celju, Novem mestu in Novi Gorici.

Svojevrsten dosežek tega obdobja je izdelava projekta za novo stavbo VP v Ljubljani.³¹ Pridobili smo lokacijo na Gotski ulici in izdelali načrt, nova stavba pa je bila zgrajena že pod vodstvom nove direktorice, Azre Kristančič.

30 Naslovi teh dokumentov so: Jelenc, Z. (1971): Analiza in prikaz stopnje razvoja vzgojnega svetovanja v Sloveniji in pregled možnosti za njegov razvoj. Zveza prijateljev mladine Slovenije, Ljubljana. (Tipkopis); Jelenc, Z. (1972): Konceptija vzgojne posvetovalnice (soavtor: Borut Š[ali]). Republiški sekretariat za prosveto in kulturo SR Slovenije, Ljubljana. (Tipkopis); Jelenc, Z. (1972): Normativi za delo v vzgojnih posvetovalnicah (v sodelovanju s Komisijo za razvoj vzgojnega svetovanja v SR Sloveniji). Republiški sekretariat za prosveto in kulturo SR Slovenije, Ljubljana. (Tipkopis); Jelenc, Z. (1972): Perspektivni program razvoja vzgojnih posvetovalnic v Sloveniji za obdobje 1972-1976 (v sodelovanju s Komisijo za razvoj vzgojnega svetovanja v SR Sloveniji). Republiški sekretariat za prosveto in kulturo SR Slovenije, Ljubljana. (Tipkopis).

31 VP v Ljubljani se je leta 1970 morala izseliti iz prostorov v stavbi Srednje vzgojiteljske šole na Poljanski cesti. S podporo Temeljne izobraževalne skupnosti Ljubljana nam je uspelo uvrstiti potrebo po novih prostorih v referendumu za gradnjo šol in vrtcev v Ljubljani, kar je bila sicer izjema v izključno šolam in vrtcem namenjenem referendumu.

Viri

Jelenc, Zoran (ur.). (1966): Obisk v Vzgojni posvetovalnici. Vloga vzgojnega svetovanja v našem sistemu vzgoje in izobraževanja. Ljubljana : Vzgojna posvetovalnica v Ljubljani.

Matko, Marjan (1954): O nekaterih problemih vzgojnega svetovanja. *Sodobna pedagogika*, 1954, 5-6, 132-140.

Pedičec, Franc (1954): Naša pedagogika in psihologija ter ljubljanska vzgojna posvetovalnica. *Sodobna pedagogika*, 1954, 1-2, 132-140.

Pedičec, Franc (1967): Svetovalno delo in šola. Ljubljana : Cankarjeva založba.

Puhar, Helena (1973), ur. Z. Jelenc: Vzgoja za današnji čas. Ljubljana : Mladinska knjiga.

SCM 2014: 'Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Mariboru' - 'www.svet-center-mb.si'.

SCOMS (2006): Mozaik našega delovanja. V :Julka Vahen, Intervjuji. Ljubljana, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, 304. (Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana).

Predstavitev avtorja:

Zoran Jelenc je diplomiral na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani iz psihologije in pedagogike leta 1960, ter leta 1992 postal doktor pedagoških znanosti, področje andragogike, s temo 'Neformalno izobraževanje odraslih v lokalni skupnosti'. Strokovno se je spopolnjeval doma – s podiplomskim študijem sociologije na Fakulteti za sociologijo, politične vede in novinarstvo v Ljubljani – ter v Kanadi. Zaposlen je bil v Vzgojni posvetovalnici v Ljubljani kot psiholog (trinajst let), sočasno tudi direktor (deset let). Nato je med drugim delal kot raziskovalec na področju izobraževanja odraslih in vodja raziskovanja izobraževanja odraslih v Pedagoškem inštitutu v Ljubljani, bil direktor Andragoškega centra RS (tudi njegov ustanovitelj) in od leta 1993 dalje tudi zunanji sodelavec, docent in izredni profesor za teorijo andragogike na Oddelku za pedagogiko in andragogiko Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Imel je predavanja na tujih univerzah in institutih v Kanadi in na Švedskem, z referati je nastopil na številnih strokovnih in znanstvenih srečanjih doma in v tujini. Bil je član več uredniških odborov in je aktivno sodeloval v nevladnih in prostovoljskih organizacijah ter bil član Strateškega sveta za vzgojo in izobraževanje pri Ministrstvu za šolstvo in šport (član), European Society for Research on the Education of Adults, Leiden, Nizozemska (član izvršnega odbora); International Society for Comparative Adult Education – ISCAE (član). V njegovi obsežni bibliografiji je bilo do leta 2010 35 knjižnih del, 53 strokovnih študij, analiz in raziskav, 104 strokovni referati, 117 strokovnih člankov, in veliko število manjših člankov – skupno število bibliografskih enot je bilo 582. V začetku je šlo za poljudna in strokovna dela s področja vzgoje otrok, kasneje pa so prevladovala dela s področja andragogike. Prejel je več priznanj in nagrad, med njimi Državno nagrado Republike Slovenije za posebne uspehe na področju vzgoje in izobraževanja v Sloveniji za leto 1995.

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše

Povzetek

Članek predstavi razvoj Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše (v nadaljevanju SCOMS) v okviru celotnega razvoja služb za varovanje duševnega zdravja otrok v Sloveniji. SCOMS zavzema v tej celoti pomembno mesto. SCOMS je glede na število prejemnikov pomoči največja mentalnohigienska ustanova v Sloveniji. Razvil je multidisciplinarne in multimodalne pristope pomoči otrokom s psihosocialnimi motnjami in učnimi težavami. Skupnostni modeli varovanja duševnega zdravja, usposabljanja strokovnjakov, povezanih z duševnim zdravjem otrok, in diseminacija znanj za širšo javnost, raziskovanje in publicistika so dejavnosti, s katerimi je SCOMS presegel prag ambulantnega delovanja. Ker je v zadnjih letih dejavnost ustanove osredotočena na diagnostično in terapevtsko pomoč otrokom, staršem in pedagoškim delavcem, se članek osredotoča na ambulantno delovanje ustanove. Analiza obravnavane populacije odpira vprašanja glede razvojne usmeritve ustanove in njenega odziva na vprašanja varovanja duševnega zdravja otrok v današnjem času.

Ključne besede:

varovanje duševnega zdravja otrok, multidisciplinarni in multimodalni pristopi, psihosocialne motnje, učne težave, večosna klasifikacija psihiatričnih motenj pri otrocih in adolescentih

Counseling Center for children, adolescent and parents

Abstract

The presentation of the development of the Counseling Center for children, adolescent and parents is integrated in the holistic picture of the development of services for child mental health protection in Slovenia. In this system, the Counseling Center has an important function. Its served population highly exceeds the number of children treated in other mental health services in Slovenia. The Counseling Center has developed holistic models of multidisciplinary and multimodal assistance to children with psychosocial disorders and learning difficulties. Community mental health activities, education in child mental health issues, dissemination of new ideas and know how, research and publishing have been broader activities surpassing clinical work. As in last years the Counseling Center was centered on therapeutic and counseling assistance to children, parents and educators, the paper is focusing on those activities. The analyses of the served population is opening questions concerning the future development of the Counseling Center and its response on challenges of child mental health protection in present times.

Keywords:

Child mental health protection, multidisciplinary and multimodal approaches, psychosocial disorders, multiaxial clasification of child and adolescent psychiatric disorders

Uvod

V sestavku prikazujem razvoj SCOMS od ustanovitve do današnjega časa. SCOMS je ustanova, vpeta v mrežo služb in prizadevanj za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji. Kot vsaka institucija je tudi SCOMS prehajal skozi različne faze delovanja, prilagajal vsebine in oblike svojega delovanja potrebam, razvoju strok in družbenim okoliščinam in prav tako so usmeritvam in poudarkom delovanja ustanove botrovali tako strokovnjaki, ki so delovali v instituciji, kot vodilni kadri, njihove vizije in interesi. SCOMS je strokovna institucija, ki ima posebno mesto in vlogo pri varovanju duševnega zdravja otrok v Sloveniji. Prvo, kar mu daje posebno mesto v slovenskem prostoru, je

dejstvo, da je ustanova, ki nudi ambulantno obravnavo največjemu številu otrok in mladostnikov v Sloveniji. Druga značilnost je, da je ustanova uspela ustvariti koncepte, prakso in financiranje celostnega in multidisciplinarnega pristopa pomoči otrokom, njihovim staršem, vzgojiteljem, učiteljem. SCOMS je bil v Sloveniji vodilna ustanova pri razvijanju skupnostnih modelov varovanja duševnega zdravja, pri širjenju znanj in refleksije med strokovnjaki iz širokih področij, povezanih z duševnim zdravjem otrok in pri diseminaciji znanj v različne javnosti. To se je odrazilo tudi v tem, da je bila ustanova imenovana za Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok. Raziskovanje in bogata publicistika so vidne dejavnosti SCOMS. Omenim naj, da je prinesla v slovenski strokovni prostor vrsto inovacij. Njena atipičnost in položaj zunaj glavnega toka strokovnih, predvsem medicinskih in šolskih institucij sta puščala veliko svobodo novim iniciativam in podporo in motivacijo za njihovo uresničevanje. V sedanjem času je SCOMS usmerjen predvsem v nudenje pomoči ambulantnega tipa otrokom s psihosocialnimi in učnimi težavami. Bralec, ki bi se želel seznaniti s širšimi zunaj ambulantnimi dejavnostmi SCOMS, lahko najde prikaze dejavnosti in njihove filozofije zlasti v tekstih Anice Mikuš Kos v publikaciji *Mozaik našega delovanja* (2006) in v zbornikih prispevkov iz obeh nacionalnih konferenc, *Psihične travme v otroštvu in adolescenci* (2001) in *Varovanje duševnega zdravja otrok leta* (1999).

Zgodovinski oris

Skrb za dobrobit otrok in mladostnikov se je v Sloveniji oblikovala podobno kot drugje v zahodnem svetu. Do sredine prejšnjega stoletja je bila usmerjena predvsem na pomoči najbolj potrebne in za družbo najbolj moteče, zapuščene, zanemarjene in delinkventne otroke in mladostnike. Z njimi so se ukvarjale predvsem dobrotelne cerkvene ustanove, posamezniki in civilna društva. Leta 1907 je bil na Dunaju prvi avstrijski kongres za otroško varstvo in mladinsko skrbstvo, na katerem je o stanju na Kranjskem poročal sodnik Fran Milčinski, začetnik mladinskega sodstva na avstrijskem in tajnik ljubljanskega Društva za otroško varstvo in mladinsko skrb. V svojih delih je opozarjal na preventivno vlogo šole in pozival državo, da naj prevzame aktivnejšo vlogo pri urejanju neugodnih socialnih razmer, za katere je menil, da so glavni razlog za zanemarjenost in delinkventnost mladine (Milčinski, 1907). S teorijo vzgoje in vzgojnimi napotki so se ukvarjali filozofi, duhovniki, pedagogi, filantropska združenja in posamezniki. Znanstveno proučevanje človekovega duševnega razvoja je omogočila šele psihologija, ki je konec 19. stoletja začela razvijati orodja za merjenje duševnih značilnosti posameznikov. Raziskave so pokazale, da otroci potrebujejo različne vzgojne spodbude glede na starost in glede na individualne sposobnosti ali lastnosti. V prvih desetletjih 20. stoletja so v ZDA, Veliki Britaniji in Nemčiji začeli ustanavljati posvetovalnice za otroke s težavami na vedenjskem,

čustvenem ali storilnostnem področju. Sredi prejšnjega stoletja so bile te ustanove že precej razširjene (Obisk v Vzgojni posvetovalnici, 1966). V njih se je uveljavil timski način dela, pri obravnavi posameznega otroka so sodelovali zdravniki (največkrat psihiatri ali pediatri), psihologi, pedagogi in socialni delavci.

Slovenija za najrazvitejšimi državami ni zaostajala. Vzpostavila je sodoben in učinkovit sistem zdravstvenega varstva otrok, ki je tudi na področju skrbi za duševno zdravje prekašal prakso v večini zahodnoevropskih držav. Zasluge za to ima peščica zelo razgledanih, izjemno angažiranih, družbeno odgovornih strokovnjakov, ki so znali politiko prepričati, da socialistična država, ki se je zavezala skrbeti za zdravje, šolanje in socialno blaginjo vseh svojih državljanov, potrebuje tudi specializirane službe za pomoč otrokom, ki imajo težave v psihosocialnem funkcioniranju. Leta 1951 je psiholog Marjan Matko najprej zastavil temelje za razvoj šolske svetovalne službe, nato je leta 1952 pod okriljem Zveze prijateljev mladine in Pedagoškega društva v Mariboru ustanovil Vzgojno svetovalnico (Obisk v Vzgojni posvetovalnici, 1966)). Leta 1954 je v Ljubljani začela delovati prva izvenbolnišnična psihiatrična služba – Psihiatrični dispanzer, katere idejni in strokovni vodja ter dolgoletni predstojnik je bil psihiater Lev Milčinski. Njegova sodelavka, psihiatrinja Bazilija Pregelj, je prevzela skrb za razvoj psihiatrične službe za otroke. V tim sta pritegnila psihologe, najprej Leopolda Breganta in Boruta Šalija, nato Meto Kramar in Stanka Brasa, začetnike slovenske klinične psihologije in psihoterapije (Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, 2004).

Leta 1955 je v Ljubljani začela delovati Vzgojna posvetovalnica, ki je v ambulantno obravnavo uvedla kompleksen timski model obravnave otrok s psihosocialnimi težavami, ki je vključeval tudi njihove starše, vzgojitelje in učitelje, ter razvila za ambulantno delo potreben instrumentarij. Do leta 1970 so se oblikovale službe za varstvo duševnega zdravja otrok v vseh večjih zdravstvenih domovih. Nosilci te dejavnosti so bili predvsem klinični psihologi. Leta 1959 je v Centralnem otroškem dispanzerju ZD Ljubljana začel delovati Psihološki oddelek, vodila ga je Slavica Pogačnik Toličič (Centralni otroški dispanzer, 1964). 1969 je bil v ZD Maribor ustanovljen Dispanzer za psihohigieno, ki sta ga vodila Peter Skuber in Peter Praper. V ZD Kranj sta leta 1970 psihologinja Mira Šluga in nevrolog Milivoj Veličkovič ustanovila Dispanzer za mentalno zdravje in nevrologijo, ki ga je nato več desetletij vodil Janez Rojšek (Dispanzer za mentalno zdravje in nevrologijo, 2010). Istega leta je psihiatrinja in pediatrinja Anica Mikuš Kos ustanovila pedopsihiatrični oddelek na Pediatrični kliniki. (Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, 2004). Postopoma se je vzpostavila duševno-zdravstvena dejavnost za otroke tudi v drugih zdravstvenih domovih, bolnišnicah in zavodih. Delo v njih poteka v različno velikih multidisciplinarnih timih, ki vključujejo strokovnjake s področij medicine, zlasti psihiatrije in pediatrije, klinične psihologije, socialnega dela, logopedije, rehabilitacijske in specialne pedagogike, zdravstvene nege in druge. V 70 letih so se tudi v šolskem prostoru začele širiti svetovalne službe,

konec 80 let je imela večina večjih osnovnih šol vsaj šolskega psihologa ali socialno delavko, kasneje so se jim pridružili še pedagogi različnih specialnosti. Psihologi in psihiatri so vključeni tudi v strokovne time zavodov, ki delujejo v okviru socialnovarstvenega sistema.

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše

Verjetno je k temu, da je strokovni tim Vzgojne posvetovalnice oziroma Svetovalnega centra v sodelovanju z mnogimi zunanjimi sodelavci svobodno in neovirano snoval in razvijal dejavnosti za izboljšanje psihosocialnega zdravja otrok pomembno prispevalo to, da ustanova nikoli ni bila podrejena ali neposredno vpeta v nobeno od državnih institucij na področju zdravstva, šolstva ali sociale. Tudi finančna sredstva je pridobivala iz različnih virov. Sprva je glavino sredstev prispevala njena ustanoviteljica Mestna občina Ljubljana, nato je kot financer specialistične mentalnohigienske (pedopsihiatrične in kliničnopsihološke) ambulantne dejavnosti vstopil Zavod za zdravstveno dejavnost Slovenije, ki od 90 let dalje prispeva celo več kot polovico vseh sredstev. Sredstva za del izobraževalne dejavnosti in za nekatere druge projekte, npr. pomoč beguncem, pa je ustanova pridobivala iz drugih virov.

Izraz strokovni tim je oznaka za številne strokovnjake in strokovnjakinje, ustvarjalce in izvajalce dejavnosti ustanove v njeni 60-letni zgodovini. V Prilogi tega zbornika je poimenski seznam strokovnih delavcev, ki so razvrščeni glede na strokovni profil in čas zaposlitve v SCOMS. Posebej so navedeni tudi sodelavci, ki so pomembno prispevali k razvoju in izvajanju dejavnosti ustanove, čeprav v njej niso bili redno zaposleni.

Prvotna zamisel o sestavi strokovnega tima se je udejanjila postopoma. V prikazu so strokovni profili zapisani v moški obliki, dejansko pa je moškega spola le slaba petina zaposlenih.

	1955	1965	1975	1985	1995	2005	2015
Psiholog	1	2	9	4	4	6	4
Klinični psiholog				7	6	4	6
Socialni delavec		1	2	2	2	2	2
Specialni pedagog		1 *	2	3	3	3	4
Pedopsihiater		1 *	1	2	2	2	2
Pedagog	1	2	1	1	1	1	1
Logoped			1*	1	1	1	1
Gibalni terapevt			1*				
Pediater		1	1*	1*	1*		
Direktor	1	1	1	1	1	1	1
Tajnik			1	1	1	1	1
Administrator	1*	2	3	3	3	3	3
Hišnik/kurir				1	1	1	1
Snažilka			1	1	1	1	1

Tabela 1: Razvoj tima
Znak * označuje honorarno zaposlitev.

V tabeli je prikazano število strokovnjakov glede na delovno mesto s polnim delovnim časom. Od srede 80 let je v strokovnem timu zastopano že vseh šest strok, od takrat se tudi število redno zaposlenih ni spremenilo. Razmerje med posameznimi strokami je ves čas enako: najmanj polovica članov tima pripada psihološki stroki, večina je specialistov klinične psihologije, slaba četrtina specialni pedagogiki, desetina pedopsihiatriji, prav tako desetina socialnemu delu, po dvajsetina pa pedagogiki in logopediji. Za delo v timu je potrebna specialistična stopnja formalne izobrazbe (klinična psihologija, psihiatrija) in še dodatna usposobljenost za izvajanje različnih terapevtskih, korekcijskih oziroma rehabilitacijskih postopkov. Za uporabnike in izvajalce ambulantnega dela že trideset let skrbijo 3 administratorke, za ustrezne delovne pogoje hišnik in snažilka, tajnica pa pomaga direktorju pri vodenju in usklajevanju delovnih procesov.

Za ustanovo je značilna stabilnost tima (izjema je le obdobje med letoma 1973 in 1978), večina zaposlenih je ostala do upokojitve, v druge ustanove je odšlo le pet kolegic oziroma kolegov, ki so doktorirali in poklicno pot nadaljevali kot univerzitetni učitelji, vodje ali sodelavci inštitutov, s SCOMS pa so ostali tesno povezani (Matična knjiga zaposlenih)

Danes je tim skoraj v celoti prenovljen, večina strokovnjakinj in strokovnjakov se je vanj vključila v zadnjih desetih letih. V današnjem timu je več zanimanja za akademski podiplomski študij, poleg dveh doktorjev in dveh magistric znanosti s področja psihologije so tik pred koncem doktorskega študija še psihologinja in psiholog, specialista klinične psihologije ter specialni pedagog in specialna pedagoginja.

Od leta 1955 do 1959 je Vzgojno posvetovalnico vodil psiholog Marjan Matko. Ob njem je bila redno zaposlena le še pedagoška svetovalka Helena Puhar, ki je vodila ustanovo naslednja štiri leta, zaposlila je še socialno delavko, vsi drugi strokovnjaki pa so sodelovali honorarno ali kot prostovoljci.

V času med 1964 in 1973, ko je ustanovo vodil psiholog Zoran Jelenc, se je dokončno izoblikoval koncept dejavnosti, ki jo je izvajal multidisciplinarni tim. Sprva so se potrebe pokrivalo s honorarnim delom manjkajočih strokovnjakov. Leta 1973 pa je bil strokovni tim že popoln, štel je 11 redno zaposlenih strokovnjakov. Ustanova je bila že takrat, ko še ni bila uradno vpeta v zdravstveni sistem, dejansko največja služba, namenjena varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji. Uveljavila je model timske obravnave otrok s psihosocialnimi motnjami in težavami, ki še danes velja za najprimernejšega in najučinkovitejšega. Razvila je metode, tehnike in pripomočke za klinično delo z otroki, postavila je temelje klinične psihologije razvojnega obdobja v Sloveniji. Strokovno znanje je razvijala, izpopolnjevala in širila ob študijskih srečanjih s strokovnjaki iz drugih inštitucij, s strokovnimi ugotovitvami in priporočili za pomoč otrokom s težavami je skozi publikacije in predavanja seznanjala naravne in poklicne vzgojitelje otrok ter vplivala na širšo javnost.

Sredi leta 1973 je takratna partijska oblast odstavila Zorana Jelenca in za vodjo ustanove postavila psihologinjo Azro Kristančič. Nova direktorica je bila tesno povezana s tedanjo politično oblastjo, kar je omogočalo lažji dostop do finančnih virov za izvajanje in širjenje dejavnosti. Gradnja je bila zaključena, notranja oprema dokaj bogata, dovolj je bilo sredstev za nove zaposlitve. Izraz »vzgojno svetovanje« ni bil več primeren označevalec široko razvejane dejavnosti, zato se je Vzgojna posvetovalnica leta 1974 preimenovala v Svetovalni center za otroke, mladostranke in starše – SCOMS. Direktorica je razvijala novo dejavnost Predzakonsko svetovanje – obvezen program za pare pred sklenitvijo zakonske zveze. V tem obdobju je polovica članov strokovnega tima odšla v druge službe. Prišlo je 6 mladih psihologinj in specializantka iz nevropsihiatrije, ki so ocenile, da se strokovna vizija direktorice ne ujema s poslanstvom ustanove.

Leta 1978 je na željo strokovnega tima postala direktorica SCOMS Anica Mikuš Kos, specialistka psihiatrije in pediatrije. V naslednjih 16 letih je ustanovo popeljala v središče razvoja skrbi za psihosocialno zdravje otrok v Sloveniji pa tudi v mednarodnem okolju. Ob njenem prihodu je bila ambulantna dejavnost že dobro utečena. Strokovni tim je bil v večini sestavljen iz pripadnic iste generacije, ki jih je povezovala težnja narediti čim več dobrega za otroke v stiski, vedoželjnost, spontana motivacija za delo, odprtost za različne poglede in sodelovanje ter občutje pripadnosti ustanovi. Anica Kos Mikuš je znala vse to povezati in obogatiti s svojim obsežnim strokovnim znanjem in široko razgledanostjo, z izjemno sposobnostjo zaznavanja družbenih razmer in predvidevanja posledic ter hitrim odzivanjem nanje. Opozarjala je na socialno odgovornost stroke in strokovnjakov, zavzemala se je za čim širšo aktivacijo virov in procesov v okolju, saj SCOMS in druge mentalnohigienske službe lahko nudijo pomoč le manjšemu delu otrok s psihosocialnimi težavami. Velik ugled je imela v mednarodni strokovni javnosti, znala je oceniti razvojne trende stroke in sama prispevati k smeri razvoja. Zanje je bila značilna sposobnost sodelovanja, spodbujanja sodelavcev k razmišljanju in iskanju rešitev, pozitivna naravnost do vseh in vsega dogajanja, pretanjena zmožnost, da je tudi v naključnem razmišljanju sodelavcev razbrala porajajoče se ideje. V času vodenja SCOMS, pri delu z begunci, v zadnjih dveh desetletjih pa pri delu v svetovnih kriznih žariščih (Kosovo, Ččenija, Irak, Afganistan in Kurdistan) jo je še posebej odlikovalo to, da je znala združiti ljudi pri projektih, jih voditi in jim pustiti svobodo, potegniti iz njih najboljše. Definiranju problema in iskanju rešitev – kaj je treba storiti, preverjanju, kaj je možno uresničiti, je vedno sledil takojšen odziv. Naj je šlo za posameznega otroka, za izobraževanje učiteljev, usposabljanje medicinskih sester, zdravnikov, laičnih pomočnikov, pridobivanje prostovoljcev, ozaveščanje široke javnosti o nekem problemu, povezovanje z vsemi, ki bi lahko kaj prispevali k zmanjšanju trpljenja otrok in odraslih.

V času vodenja Anice Mikuš Kos je SCOMS uveljavil tesno prepletanje klinične prakse s skupnostnim delom s ciljem izboljšati psihosocialno zdravje vseh otrok, posebej pa bolj ogroženih skupin otrok ter razvijal modele za pomoč otrokom, ki jih specialistične službe ne dosežejo. V slovenski prostor je SCOMS skozi ambulantno, razvojno-raziskovalno, izobraževalno in skupnostno dejavnost vnesel sodobne poglede, nove ideje in pristope na področju varovanja duševnega zdravja otrok, razvil in praktično uveljavil je vrsto praktičnih modelov za pomoč ogroženim otrokom (Mikuš Kos, 1999; Mikuš Kos, 2001; Mikuš Kos, 2006; SCOMS, 2006, SCOMS, 1999, SCOMS, 2001). Najpomembnejši med njimi so bili:

- povezovanje ambulantno-kliničnega dela s preventivno-skupnostnim modelom dela;
- sistematično usposabljanje šolskih svetovalnih delavcev;

- koncept multimodalne ambulantne klinične obravnave otrok in mladostnikov;
- uvajanje nepoklicnega prostovoljnega dela;
- koncept varovalnih in ogrožajočih dejavnikov pri nastanku in vzdrževanju psihosocialnih motenj pri otrocih;
- individualne razlike v razvoju in temperamentu;
- specifične učne težave, specifične razvojne motnje šolskih veščin in motorike;
- hiperkinetičnost pri otrocih;
- uporaba psihostimulansov pri otrocih z motnjo pozornosti in aktivnosti;
- trpinčen otrok;
- spolna zloraba otrok;
- potravmatska stresna motnja pri otrocih;
- psihosocialni razvoj pri otrocih z epilepsijo in otrocih s poškodbo možganov;
- dejavniki, ki vplivajo na izključevanje iz rednega procesa izobraževanja;
- MKB večosna klasifikacija psihosocialnih motenj pri otrocih in adolescentih;
- model za spremljanje in evidentiranje ambulantnega dela.

Prenos znanj in veščin v širšo skupnost je potekal skozi različne oblike izobraževanja za mentalnohigienske strokovnjake, šolske, zdravstvene in socialne delavce, prostovoljce in laične pomočnike, skozi publiciranje gradiv za strokovnjake, starše in druge uporabnike, s sodelovanjem na posvetih, konferencah in kongresih doma in v tujini. SCOMS si je prizadeval za medsektorsko povezovanje zlasti zdravstva, šolstva in sociale. Povezoval se je tudi s civilno družbo in nevladnimi organizacijami (npr. Slovenska filantropija, ZPM, UNHCR, UNICEF, Pedopsihiatrična in pediatrična sekcija slovenskega zdravniškega društva, Sekcija za otroško in mladostniško klinično psihologijo Društva psihologov, kasneje Zbornice kliničnih psihologov). Strokovno pomoč in podporo je nudil pri ustanavljanju novih društev (npr. društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi glave, društvo Bravo, Društvo za kognitivno vedenjsko terapijo, Društvo sodnih izvedencev za klinično psihologijo). Na širši politični ravni se je uveljavljal kot zagovornik ranljivih skupin otrok. S konkretnimi akcijami se je odzival na družbena dogajanja, nudil je obsežno psihosocialno pomoč beguncem iz vojnih

območij bivše Jugoslavije in psihološko pomoč otrokom, ki so bili prizadeti v nesrečah ali ob travmatskih dogodkih v okviru šol.

Za inovativno in učinkovito prakso je Svetovna zdravstvena organizacija leta 1994 SCOMS imenovala za Kolaborativni center SZO za varovanje duševnega zdravja otrok – v svetovnem merilu edini te vrste. Po desetih letih uspešnega delovanja je bil ta status izgubljen, ker novo vodstvo ni izpeljalo postopka za njegovo ohranitev.

Od leta 1994 do leta 2000 sta SCOMS vodili dolgoletni članici strokovnega tima, od leta 1994 do 1997 psihologinja Marja Stojin, po njeni upokojitvi pa do leta 2000 klinična psihologinja Maja Glonar Vodopivec, ki sta skrbeli, da je delo, vključno z mednarodnimi projekti, teklo naprej, posebej pa sta se angažirali pri urejanju formalnega statusa ustanove in odnosov z ustanoviteljico MOL in naročnikom zdravstvenega programa ZZZS.

Leta 2000 je za vodjo iz Pedagoške fakultete prišla specialna pedagoginja dr. Marija Kavkler. Najprej je poskrbela za temeljito prenovo zgradbe in za ureditev kopice pravnih aktov. Glavno pozornost je namenila razvijanju pomoči otrokom s specifičnimi učnimi težavami, s katerimi je opravljala tudi delo v ambulanti. Ustanovila je društvo Bravo, ki je tudi po njeni vrnitvi na fakulteto ostalo vpeto v SCOMS.

Od leta 2004 do leta 2008 je ustanovo vodila psihologinja Žarka Brišar Slana, ki je bila pred tem zaposlena na Socialni zbornici. Kmalu po njenem prihodu se je upokojila glavnina kliničnih psihologinj in obe pedopsihiatrinji. Znašla se je pred težko nalogo, kako izpeljati menjavo generacij, ne da bi bila prizadeta strokovna naravnost in dejavnost ustanove v celoti.

Od leta 2008 dalje vodi ustanovo dr. Zoran Pavlović, univ. diplomirani psiholog, ki je pred tem vodil Pedagoški inštitut in je, čeprav sam brez kliničnih izkušenj, hitro dojel razsežnosti ambulantnega dela. V razmeroma kratkem času mu je uspelo urediti pravno formalne, finančne in organizacijske zadeve tako, da je poslovanje ustanove stabilno, da ambulantna dejavnost poteka tekoče, da usposabljanje strokovnega tima in specializacije potekajo sistematično in načrtovano, da je vzdušje v kolektivu sproščeno in sodelovalno.

Ambulantna dejavnost

Ambulantna dejavnost je osnovna in najobsežnejša dejavnost ustanove, po letu 2000 zapolnjuje skoraj ves redni delovni čas članov strokovnega tima. Namenjena je otrokom in mladostnikom s psihosocialnimi, psihiatričnimi ali razvojnimi motnjami in problemi, z motnjami in težavami pri učenju, s težavami pri prilagajanju šolskim in drugim zahtevam ali pričakovanjem in tistim otrokom,

mladostnikom in njihovim bližnjim, ki doživljajo hujše strese ali stiske. SCOMS je že najmanj štiri desetletja po številu zaposlenih strokovnjakov in po številu obravnavanih otrok največja izvenbolnišnična služba za varovanje duševnega zdravja otrok v Sloveniji. Z obravnavami okrog 2500 otrok na leto SCOMS nudi specialistično pomoč približno 10 % od vseh slovenskih otrok, ki bi takšno pomoč potrebovali.

Ambulantno delo se sestoji iz diagnostične, svetovalne, psihoterapevtske ali korektivne obravnave posameznega otroka ali mladostnika, v katero so vključeni njegovi starši ali skrbniki, drugi družinski člani, vzgojitelji ali učitelji in drugi. Izvaja ga multidisciplinarni tim, ki vključuje strokovnjake šestih različnih strok, ki k reševanju otrokovega problema lahko pritegnejo tudi strokovnjake iz drugih služb, nevladnih organizacij, nepoklicne prostovoljne sodelavce in druge.

Osnovni podatki o ambulantni dejavnosti, število letno obravnavanih otrok, njihova starost, spol, občina bivanja in število obravnav pri posameznih strokovnjakih, se sistematično spremljajo in predstavljajo v letnih poročilih. V 80 letih smo začeli razvijati sistem za sistematično registracijo, ki bi zajemal vse ključne podatke o posameznem pacientu in poteku obravnave, omogočal dokaj podroben vpogled v ambulantno dejavnost v različnih presekih ter primerjave s podobnimi službami po svetu. Leta 1990 smo v ta namen oblikovali posebno shemo –Ambulantni list (v nadaljnjem tekstu AL 1990) ter izdelali sistem za zajem in računalniško obdelavo podatkov (Makarovič, Žižmond, 1990). V raziskavo je bilo zajetih 2918 otrok, ki so bili obravnavani v obdobju 1990/91 (Makarovič, 1994). Kasneje smo Ambulantni list oblikovali po modelu, ki se je uveljavil v evropskih javno-zdravstvenih ustanovah za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov (Slodnjak, 2012) ter ga leta 2012 uporabili na reprezentativnem vzorcu 619 otrok, obravnavanih v letu 2012 (Slodnjak, 2012 in 2014).

Število obravnavanih oseb in obravnav

Od 1. 1. 1955 do 1. 1. 2015 je v ustanovi iskalo pomoč 47.448 otrok in mladostnikov (Matična knjiga strank). Ker so ob otroku v obravnavo vedno vključeni njegovi starši oziroma skrbniki, pogosto pa tudi druge osebe, ki lahko prispevajo k reševanju otrokove težave, ocenjujemo, da je imel SCOMS doslej več kot 100.000 neposrednih uporabnikov ambulantne dejavnosti. V obravnavi vseh otrok je skoraj vedno sodelovala mati. Postopoma so se začeli vključevati tudi očetje, v spodnji tabeli vidimo, da so bili leta 2012 očetje udeleženi v obravnavi dobre tretjine otrok. Sodelovanje strokovnjakov, zlasti šolskih delavcev je že vsa leta podobno, v obravnavo se vključujejo pri dobri polovici otrok.

Družinski člani		Zunanji strokovnjaki	
Nihče	5,0 %	Nihče	46,0 %
samo mati	61,3 %	učitelj, vzgojitelj, ravnatelj	37,3 %
samo oče	6,4 %	svetovalni delavec, izvajalec DPS	43,6 %
oba starša	26,1 %	Zdravniki	8,1 %
stari starši	0,4 %	CSD	5,1 %
Rejniki	0,8 %	Policija	0,7 %
		nevladne organizacije	0,2 %

Tabela 2: V obravnavo vključeni družinski člani in strokovnjaki (AL 2012, N = 619)

V tabeli 3 je prikazan obseg ambulantne dejavnosti, ki ga določa število pacientov (novih oziroma prvič obravnavanih in vseh obravnavanih) in število obravnav. Odvisen je od števila članov strokovnega tima in od deleža rednega delovnega časa, ki ga namenjajo neposrednemu kliničnemu delu s pacienti. Med 1980 in 1995 je večina članov strokovnega tima sodelovala tudi v skupnostni, izobraževalni in razvojno raziskovalni dejavnosti, ki je v tem obdobju zajemala skoraj tretjino dejavnosti ustanove. Po letu 1994 je začel obseg teh dejavnosti upadati, od leta 1999 dalje je ambulantni dejavnosti posvečen praktično ves reden delovni čas članov strokovnega tima (Slodnjak, 2006).

Obdobje	Število strokovnjakov	Vsi obravnavani	Prvič obravnavani	% prvič obravnavanih	Število obravnav	Pogostost obravnav
1955-59	2,2	200	197,2	98,5	1256,8	6,3
1960-64	4,5	391	314,2	80,3	3432,2	8,8
1965-69	7,5	618	541,2	73,3	5794,0	8,1
1970-74	9	714,3	544,3	76,2	6434,0	9,0
1975-79	15,5	1684,0	699,2	41,5	7802,3	4,6
1980-84	18	1562,8	862,8	55,3	8269,2	5,3
1985-89	19	1829,4	1091,0	59,8	8919,2	4,9
1990-94	19	2036,8	1183,2	58,1	10518,0	5,1
1995-99	19	2078,8	1186,2	57,9	12430,0	5,9
2000-04	19	2417,0	1110,2	46,1	14053,0	5,8

Obdobje	Število strokovnjakov	Vsi obravnavani	Prvič obravnavani	% prvič obravnavanih	Število obravnav	Pogostost obravnav
2005-09	19	2493,8	941,4	37,8	13395,6	5,4
2010-14	19	2604,6	843,2	32,4	13691,0	5,3

Tabela 3: Pokazatelji ambulantnega dela – letna povprečja v posameznih obdobjih

Obseg ambulantne dejavnosti (število obravnavanih otrok in število obravnav) raste sorazmerno s kapaciteto strokovnega tima do leta 2000, ko ambulantno delo zapolni ves razpoložljiv čas strokovnega tima. Do takrat je med obravnavanimi otroki vsako leto dobra polovica novih obravnavancev. Po letu 2000 začne število novih oziroma prvič obravnavanih postopoma upadati in se v zadnjih petih letih ustali med 800 in 900 letno, intenziteta obravnave posameznega otroka pa ostaja na ravni med 5 in 6 obravnav letno. To pomeni, da ostajajo otroci v obravnavi dalj časa oziroma, da po zaključku obravnave čez čas spet iščejo pomoč. Analiza je pokazala, da je ena tretjina otrok v obravnavi manj kot leto dni, tretjina eno do dve leti, petina tri do pet let, 15 % otrok pa je prvič iskalo pomoč pred šest in več leti. Razloge za to bo potrebno še podrobneje osvetliti. Menim, da se navezujejo na spremembe v šolskem sistemu na splošno, ki vključuje vse več administriranja, posebej pa na Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami. Otroci se v SCOMS vračajo po dokumentacijo o preteklih obravnavah in po ažurirana mnenja za potrebe komisij za usmerjanje ter po pisna priporočila za prilagoditve. Posledica je zmanjšana kapaciteta SCOMS pa tudi drugih mentalnohigienskih ustanov za sprejem novih pacientov in daljšanje čakalne dobe, kar je še posebej neugodno za otroke s psihosocialnimi motnjami, ki prvič iščejo pomoč.

Nujnost obravnave in predhodne obravnave

Analiza je pokazala, da je bilo nujnih oziroma takojšnjih intervenc deležno le 11 otrok (1,8 %), hitrih sprejemov v obravnavo pa 74 otrok (12 %). To so bili otroci, za katere smo ocenili, da je njihovo duševno ravovesje akutno ogroženo zaradi notranjih stisk ali pritiskov v okolju. 86 % otrok je bilo sprejeto v redno obravnavo v mejah 2–3 mesečne čakalne dobe. Ugotovili smo še, da je bilo 35 % otrok pred prihodom v SCOMS že obravnavano v drugih specializiranih službah.

Pritožbe

Za dve tretjini otrok so svojci v pritožbi ob triazi navajali težave pri šolskem učenju, pri polovici probleme s koncentracijo in nemirnostjo v šoli, pri tretjini

čustvene težave, pri četrtini so bile v ospredju vedenjske težave, 13 % pritožb se je nanašalo na probleme v odnosih z vrstniki in na vprašanja v zvezi z vzgojo in razvojem. Sledijo govorne težave, izostajanje iz šole, problemi s samoregulacijo in psihosomatski simptomi, avtistični in psihotični pojavi, suicidalnost in samopoškodbe, zanemarjanje, fizična in spolna zloraba, zloraba alkohola in drog ter škodljiva raba računalnika.

PRITOŽBA	N	%
specifične učne težave	281	46,5
nemir, slaba pozornost	262	43,3
čustvene težave	188	31,1
vedenjske težave	151	24,9
splošne učne težave	135	22,3
problemi v odnosih v družini in stresne družinske situacije	115	19,0
problemi v odnosih z vrstniki	81	13,4
vzgojne ali razvojne težave in vprašanja	80	13,2
govorne težave	53	8,8
odklanjanje šole in izostajanje iz šole	43	7,1
krizno stanje in travmatski dogodki	42	6,9
problemi s samoregulacijo (tiki, enureza, motnje spanja, hranjenja, itd.)	33	5,5
somatski in psihosomatski simptomi	32	5,3
avtistične značilnosti	19	3,1
zloraba alkohola in drog	17	2,8
namerne samopoškodbe in rizično vedenje	15	2,3
suicidalne grožnje in poskusi	21	3,3
zanemarjanje, fizična ali psihična zloraba	13	2,1
spolna zloraba	10	1,7
psihotične značilnosti	5	0,8
problemi s spolnostjo	5	0,8
škodljiva raba računalnika	5	0,8

Tabela 4: Pritožbe ob triazi - AL 2012

Potek obravnav

Triajo ali začetno oceno opravljajo psihologi, ki glede na področje disfunkcionalnosti v obravnavo posameznega otroka pritegnejo sodelavce drugih strok. Psihologi, ki sestavljajo dobro polovico tima, so v večini primerov tudi odgovorni nosilci obravnave.

Leto	1964	1990	2001	2012
Število otrok	425	1950	2376	2567
Psihologija	97 %	92 %	96 %	83 %
Pedopsihiatrija	31 %	43 %	39 %	23 %
Defektologija	31 %	33 %	39 %	39 %
Socialno delo	40 %	9 %	3 %	7 %
Pedagogika	64 %	3 %	4 %	7 %
Logopedija	–	6 %	10 %	5 %
Pediatrija	47 %	5 %	2 %	-

Tabela 5: Delež posameznih strok izražen z odstotkom letno obravnavanih otrok

Podrobnejša analiza vzorca AL 2012 je pokazala, da so imele tri četrtine otrok probleme na različnih področjih delovanja, zato so bili deležni timske obravnave oziroma obravnave pri strokovnjakih različnih strok. Ena četrtina otrok pa je bila vodena pri samo enem strokovnjaku (največkrat kliničnemu psihologu ali pedopsihiatru). V tem letu smo pri 30 % otrok obravnavo zaključili, pri 8 % odložili, 2 % otrok smo napotili drugam, pri 42 % otrok pa je obravnava še tekla. Pri 18 % otrok smo zabeležili zaključek ali prekinitev obravnave zaradi izostanka. Za to skupino nimamo podatka, v kolikšnem deležu je šlo za prekinitev obravnave zaradi nezadovoljstva ali zato, ker je težava minila.

Pogostost obravnav, prikazana v tabeli 3, kaže, da se od 1980 dalje število obravnav, ki jih je deležen posamezen otrok v enem letu, v povprečju giblje med 5 in 6. Nekaj manj kot polovica otrok je deležna 2 do 5 obravnav v enem letu, petina 6 do 10 obravnav, petina 11 do 20 obravnav, desetina otrok več kot 21 obravnav, delež otrok, ki so prišli le enkrat, je manjši od 5 %. Od leta 2009 dalje sistematično beležimo tudi izostanke, ki se gibljejo med 12 % in 15 %, večinoma gre za odpovedi zaradi bolezni ali drugih zadržanosti. Odkar smo vpeljali elektronsko knjigo in dodelali sistem naročanja, potekajo obravnave bolj pregledno in tekoče.

Diagnostično ocenjevanje	
Psihološka ocena:	99 %
testi sposobnosti in razvojni testi	73 %
vprašalniki in ocenjevalne lestvice vedenja, čustvovanja, osebnosti, projekcijski testi	66 %
nevropsihološki testi	8 %
Specialno pedagoška ocena	53 %
Pedopsihiatrična ocena	24 %
Pedagoška ocena	9 %
Logopedška ocena	9 %
Intervence pomoči	
Individualne terapevtske intervence z otrokom:	
kognitivno-vedenjske in psihodinamske terapije	48 %
korekcija specifičnih primanjkljajev	34 %
medikamentozna terapija	17 %
trening učnih in kognitivnih strategij	16 %
trening relaksacije	3 %
pomoč prostovoljca	3 %
Skupinske terapevtske intervence z otrokom:	
trening socialnih veščin	4 %
trening učnih strategij	3 %
skupinsko za otroke s pomanjkljivo pozornostjo	1 %
kreativna terapija	1 %
Terapija otroka prek staršev:	
psihoedukacija in svetovanje staršem	80 %
VKT, družinska, sistemska terapija	30 %
skupina za starše	3 %
pomoč v okolju s socialnim delom	4 %
Pomoč otroku z angažiranjem virov v skupnosti:	
pisna priporočila šolam	45 %
timski posveti s šolami, zavodi, CSD	24 %
napotitev na komisijo za usmerjanje	25 %
napotitev na specialistične medicinske preglede	13 %
pisna poročila in mnenja za druge strokovne službe	7 %
napotitev v bolnišnico ali v zdravilišče	2,5 %
napotitev v zavod ali rejo	0,7 %

Tabela 6: Vrste obravnav - AL 2012

Ambulantno delo poteka kot večkomponentna obravnava, v kateri se diagnostični postopki tesno prepletajo s psihoedukativnimi in terapevtskimi intervencami. Obravnava se vedno ukroji za vsakega otroka posebej glede na njegove individualne značilnosti ter glede na kontekstualne dejavnike, značilnosti in (z) možnosti njegovega ožjega in širšega okolja, glede na konkretne družinske, šolske, kulturne, ekonomske in socialne okoliščine. Obravnava je proces, ki se stalno prilagaja in spreminja zato, da bi čim bolj zadovoljili pacientove potrebe.

Ocena uspešnosti obravnav

Ocena uspešnosti obravnav je nujen element za evalvacije ambulantnega dela in za načrtovanje dela. V okviru projekta Ambulantni list smo strokovnjake zaprosili, da sami ocenijo uspešnost obravnave posameznega otroka. Strokovnjaki so menili, da so bile težave odpravljene pri 2,5 % otrok, večinoma odpravljene pri 29 %, delno odpravljene pri 59 %, nespremenjene pri 9 %, pri pol odstotka otrok pa so ocenili, da je prišlo do poslabšanja. V prihodnje bo treba razviti instrument za sistematično zbiranje povratnih informacij s strani vseh uporabnikov obravnave, ki bo omogočal bolj objektivno oceno kratkoročnih, srednjeročnih, dolgoročnih, neposrednih in posrednih učinkov oziroma vplivov obravnave na otrokovo dobrobit.

Pregled sociodemografskih značilnosti obravnavanih otrok

V tabeli 7 so prikazani podatki analize celotne obravnavane populacije v obdobju 1962/64 (Jelenc, 1966) , podatki, pridobljeni z aplikacijo AL 1990 (Makarovič in sod. 1994), podatki iz poročila o delu SCOMS za leto 2012 (Janjušević, 2013) ter podatki, ki smo jih v tem letu zbrali z AL 2012 (Slodnjak, 2014).

Obdobje	30 21/32	21 79/91	2012
Število otrok	1177	2918	2567
Občina bivanja			
Osrednja Slovenija	(94 %)	81 %	76 %
Druge občine	6 %	19 %	24 %
Spol			
Dečki	68 %	68 %	64 %
Deklice	32 %	32 %	36 %
Starost			
6 let in manj	1 %	9 %	7 %
7–10 let	56 %	36 %	23 %
11–15 let	34 %	31 %	36 %
16–19 let	5 %	19 %	28 %
20 in več let	4 %	5 %	6 %

Tabela 7: Sociodemografski podatki, izraženi v odstotkih

V zadnjih desetletjih je v SCOMS letno obravnavano okrog 1 % vseh slovenskih otrok, starih od 6 do 18 let. Ob ustanovitvi je ustanova pokrivala v glavnem potrebe Ljubljane, 94 % otrok je bilo prebivalcev Ljubljane. Postopoma je začelo v ustanovi iskati pomoč vse več otrok iz drugih predelov Slovenije. V letu 1990 je 81 % obravnavanih otrok živelo na območju Ljubljane in širše okolice, ki je podobno sedanjemu teritoriju Osrednja Slovenija. Vidimo, da se postopoma večja delež otrok, ki prihajajo iz drugih regij, v letu 2012 znaša že skoraj četrtino. V letu 2012 je bilo med vsemi obravnavanimi otroki 43 % prebivalcev Mestne občine Ljubljana. Približno tak je tudi delež sredstev, ki jih MOL kot ustanoviteljica prispeva za delovanje ustanove.

Podatki o starosti obravnavanih otrok kažejo, da je SCOMS namenjen predvsem otrokom šolske starosti, njihova povprečna starost je okrog 11 let. Predšolske otroke zajamejo centri za duševno zdravje v zdravstvenih domovih in razvojne ambulante. Delež v SCOMS obravnavanih otrok srednješolske starosti se povečuje, na eni strani zato, ker šolanje na srednji stopnji nadaljuje vse več otrok, verjetno pa tudi zaradi vse večje osveščenosti mladostniške populacije. V našem vzorcu je bilo v tej starostni skupini dobrih 13 % takih, ki so sami poiskali pomoč.

Razmerje med dečki in deklicami je skladno z mednarodnimi epidemiološkimi podatki, da so v skupini otrok s psihosocialnimi motnjami do 15. leta starosti dve tretjini dečkov in ena tretjina deklic. Po tej starosti začne naraščati delež deklet, kar se odraža tudi v populaciji, ki jo obravnava SCOMS.

Napotitelj	30 21/32	21 79/91	2012
Lastni nagib	39 %	44 %	60 %
Šola	32 %	38 %	28 %
Zdravnik	15 %	10 %	8 %
Drugi	14 %	8 %	4 %

Tabela 8: Napotitelj

Delež otrok, ki jih v ustanovo napotijo šole, se je v zadnjem obdobju na videz zmanjšal, ker zdaj starši poudarjajo, da so se za obravnavo, ki jim jo je svetovala šola, odločili sami. Na to, da se starši lažje odločajo za iskanje pomoči v službah za varstvo duševnega zdravja otrok, vpliva vrsta med seboj povezanih dejavnikov. Eden izmed njih je verjetno ta, da psihološka pomoč pri težavah v razvojnem obdobju ne vključuje več tolikšne socialne stigme, kot jo je imela pred desetletji. Povečanje lastnega nagiba je prav gotovo pogojeno tudi z boljšo osveščenostjo staršev, ki je povezana z višanjem izobrazbeni ravni staršev na splošno.

Izobrazba matere	21 79/91	2012
Nepopolna OŠ	8 %	2 %
Osnovna šola	18 %	8 %
Poklicna šola	21 %	22 %
Srednja šola	35 %	28 %
Višja šola	8 %	9 %
Visoka šola	10 %	31 %

Tabela 9: Izobrazba matere

V stroki je že dolgo znano, da izobrazba mater pomembno vpliva na dobrobit otrok, da se psihosocialne motnje pogosteje pojavljajo pri otrocih manj izobraženih mater. V začetku 90 let je izobrazba staršev v SCOMS obravnavanih otrok le nekoliko odstopala od izobrazbene ravni v splošni populaciji. Analiza v letu 2012 je potrdila naša opažanja, da se je delež obravnavanih otrok, ki imajo visoko izobražene starše, močno povečal in vse bolj odstopa od izobrazbene ravni prebivalstva. Po podatkih Statističnega urada RS je imelo leta 2012 visoko izobrazbo 18,8 % žensk v starostni skupini 35 do 50 let, v našem vzorcu pa je imelo visoko izobrazbo kar 31 % mater obravnavanih otrok, precej nižji.

S kom otrok živi	30 21/32	21 79/91	2012	SURS 2011
Oba biološka starša	75 %	75 %	71 %	76 %
Enostarševska družina	16 %	16 %	21 %	19 %
Vzpostavljena družina*	6 %	6 %	6 %	5 %
Drugo (reja, zavod)	3 %	3 %	2 %	-
En otrok		21,9 %	19,5 %	54,2 %
Dva otroka		59,6 %	52,0 %	37,1 %
Trije otroci		14,1 %	19,9 %	7,1 %
Štirje otroci		2,8 %	5,1 %	1,1 %
Pet in več otrok		1,6 %	3,4 %	0,4 %
Dvojčki, trojčki		1,9 %	4,5 %	3,7 %

Tabela 10: Družinsko okolje
* en biološki starš in partner/ica

Vzorec SCOMS glede tega, s kom otrok živi, ne odstopa bistveno od strukture družine v Sloveniji. 14 % obravnavanih otrok ima polbrate ali polsestre, Statistični urad RS – SURS navaja 15 %. Naša analiza je še pokazala, da ena četrtina otrok, ki ne živi z obema staršema, nima stikov z drugim od staršev. Glede števila otrok v družini naš vzorec precej odstopa od podatkov SURS. Med obravnavanimi otroki je precej manj edinčkov, kot jih je v populaciji, ter precej več družin z več otroki. Nekoliko več je tudi dvojčkov. Ugotavljali smo tudi, koliko otrok ima starše, ki niso slovenske narodnosti, največkrat je šlo za drugo ali že tretjo generacijo priseljencev iz območij bivše Jugoslavije. 17 % otrok je imelo očete, ki niso bili slovenske narodnosti, 13 % pa matere neslovenske narodnosti, delež je podoben oceni iz popisa prebivalstva leta 2002.

Večosna klasifikacija psihosocialnih motenj in pridruženih problemov obravnavanih otrok

Za opredelitev motenj oziroma problemov naše populacije od leta 1980 dalje uporabljamo Multiaksialno klasifikacijo psihiatričnih motenj pri otrocih in mladostnikih, ki je del Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB) Svetovne zdravstvene organizacije. V letu 1990/91 smo imeli za klasificiranje na voljo slovenski prevod večosne verzije MKB-9 (14) in hrvaško izdajo integralne MKB-9, v letu 2012 pa slovensko izdajo MKB-10, podrobnejšo predstavitev večosnega sistema, listo simptomov in primere za uvrščanje v diagnostične kategorije (Slodnjak, 2012). Glavni princip večosne klasifikacije je, da se pri vsakem otroku opredeli prisotnost ali odsotnost motnje na petih različnih področjih: Psihiatrični sindromi, Specifične razvojne motnje, Intelektualni nivo, Somatske bolezni in Abnormnosti v otrokovem psihosocialnem okolju. 1996 je bila klasifikaciji dodana še VI. os Globalna ocena psihosocialnega funkcioniranja. V letu 1990 smo tako klasificirali vseh 2918 otrok, ki so bili obravnavani v tem obdobju, v letu 2012 le 619 otrok, ki so tvorili naključno izbran vzorec iz populacije 2567 otrok, ki so bili obravnavani v tem letu.

I. os	Psihiatrični sindromi	1990		2012	
	S psihiatrično diagnozo	1701	63,9 %	361	58,3 %
F06-F07	Duševne motnje zaradi poškodbe možganov	44	2,6 %	1	0,3 %
F10-F19	Motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	10	0,6 %	1	0,3 %
F20-F29	Shizofrenija in shizotipske motnje	5	0,3 %	1	0,3 %
F30-F39	Razpoloženske motnje	2	0,1 %	9	2,5 %
F60-F69	Osebnostne motnje	25	1,5 %	8	2,2 %
F84	Motnje avtističnega spektra	17	1 %	17	4,7 %
40-45 (brez F43)	Nevrotske in somatoformne motnje	61	3,6 %	25	6,9 %
F43	Prilagoditvene motnje in PTSD	159	9,4 %	50	13,9 %
F91	Vedenjske motnje	148	8,7 %	22	6,1 %
F93	Čustvene motnje	250	14,7 %	35	9,7 %
F90	Hiperkinetične motnje	799	46,9 %	178	49,3 %
	Druge motnje otroštva in adolescence	181	10,6 %	14	3,9 %
F95	Tiki		0,8 %	11	1,8 %
F98.0	Enureza		1,9 %	3	0,7 %
F98.1	Jecljanje		1,8 %	2	0,7 %
F98.5	Enkopreza		0,6 %	2	0,5 %
F51	Motnje spanja		0,5 %	2	0,5 %
F50	Motnje hranjenja		0,3 %	2	0,5 %

Primerjava podatkov, zbranih leta 1990 in leta 2012, kaže rahel upad otrok s psihiatričnimi motnjami ter nekaj razlik v pogostosti različnih diagnoz. V obeh obdobjih je bila pri tretjini vseh obravnavanih otrok ugotovljena hiperkinetična motnja, ki predstavlja skoraj polovico diagnoz na I. osi. Pri drugih diagnozah se pojavljajo določene razlike, ki so delno pogojene z razlikami med MKB-9 in MKB-10, delno z razvojem stroke in služb, delno pa s prioritetaми ustanove glede problematike. Od leta 1981 do 1990 so npr. v ustanovo napotovali otroke s težko poškodbo možganov. Po letu 1991 je ustanova posvečala precejšnjo pozornost posttravmatski stresni motnji pri otrocih, ki je MKB-9 še ni vključevala. Povečano število otrok z motnjami iz avtističnega spektra bi lahko bilo povezano z bolj dodelanimi strokovnimi kriteriji za to skupino motenj. V obravnavo prihaja manj otrok z motnjami, ki jih sedaj obravnavajo v drugih službah, npr. motnje hranjenja, zasvojenost z drogami, za enurezo sedaj večinoma poskrbi pediatrična služba, jecljanje pa obravnavajo v centrih za sluh in govor. Namerne samopoškodbe, predvsem rezanje, smo zaznali pri 34 otrocih (5,5 %), suicidalne misli in grožnje pri 12 otrocih ali 3,3 % otrok. Nov pojav je škodljiva raba računalnika, ki smo jo zabeležili pri 10 otrocih, verjetno pa je ta pojav precej podcenjen. Pri tretjini otrok smo našli simptome depresivnega tipa (brezvoljnost, nesrečnost) in nizko samospoštovanje. Pri petini otrok smo zaznali odpor do šole in šolsko fobijo, podoben je bil delež otrok z bolj antisocialnimi vedenjskimi pojavi.

II. os	SPECIFIČNE RAZVOJNE MOTNJE	1990	2012
	Delež otrok s specifičnimi razvojnimi motnjami	37 %	68 %
F80	Specifične razvojne motnje govora in jezika	9 %	10 %
F81.0, F81.1	Specifične razvojne motnje branja in pisanja	13 %	29 %
F81.2	Specifične razvojne motnje računanja	4 %	8 %
F81.3	Mešane motnje šolskih veščin	5 %	16 %
F82	Specifična razvojna motnja motoričnih funkcij	1 %	3 %
F83	Mešane specifične razvojne motnje	5 %	2 %

Med v SCOMS obravnavanimi otroki se je močno povečal delež otrok, pri katerih ugotavljamo specifične razvojne motnje, zlasti na področju šolskih veščin. Menim, da razlog za to ni v boljšem prepoznavanju pojava v naši ustanovi, ampak v tem, da v SCOMS išče pomoč vse več otrok s specifičnimi učnimi težavami. Domnevam, da je povečan priliv otrok s specifičnimi učnimi težavami posledica sprememb v šolski zakonodaji, ki postaja vse bolj normativna in nefleksibilna, spremenila se je struktura in vloga šolskih svetovalnih služb, šolski delavci se zdijo vse bolj negotovi, starši pa vse zahtevnejši. Med otroki, ki iščejo pomoč v SCOMS, je izjemno velik delež tistih, ki prihajajo po psihološke in specialno pedagoške izvide za potrebe komisij za usmerjanje, ki sicer delujejo v okviru

šolskega sistema. Analiza je pokazala, da je bilo med otroki, obravnavanimi v letu 2012, več kot polovica takih, ki so že bili usmerjeni kot otroci s posebnimi potrebami ali pa je bil zanje podan predlog za usmeritev. Mislim, da bi SCOMS, ki ima na voljo specialno in kompleksno strokovno znanje in veliko število dobro dokumentiranih ambulantnih obravnav, lahko prispeval k razjasnitvi razlogov za izjemno veliko število odločb o usmerjanju v našem šolskem sistemu na splošno, predvsem pa k iskanju ustrežnejših načinov za pomoč otrokom z učnimi težavami.

III. os	INTELEKTUALNI NIVO	1990	2012
	Normalen	95 %	97 %
	Podnormalen	5 %	3 %
	Mejen	6 %	4 %
	Podpovprečen	17 %	14 %
	Povprečen	48 %	46 %
	Nadpovprečen	24 %	33 %

Kaže, da se intelektualni nivo obravnavanih otrok zvišuje. Glavni razlog za to, da smo pred dvajsetimi leti zajeli precej več otrok s podnormalnim in mejnim intelektualnim nivojem je v tem, da je takrat v ustanovi delovala ena največjih komisij za razvrščanje otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju v Sloveniji, ki je vsako leto izdala Izvid in mnenje s predlogom za prešolanje v prilagojene ali vzgojne programe za okrog 100 otrok. Pomemben razlog za to, da v zadnjem obdobju obravnavamo manj otrok s podnormalnim intelektualnim nivojem, je tudi v tem, da otroke z očitnimi razvojnimi primanjkljaji že v predšolskem obdobju zajamejo mentalnohigienske službe v zdravstvenih domovih, razvojne ambulante ali terciarne zdravstvene ustanove. Delež otrok s podpovprečnim in povprečnim intelektualnim nivojem ostaja v obeh obdobjih podoben. Izrazito povečanje deleža nadpovprečno inteligentnih otrok med otroki, obravnavanimi leta 2012, bo še potrebno podrobneje analizirati. Verjetno je povezano z nadpovprečnim deležem visoko izobraženih staršev obravnavanih otrok, z visokimi pričakovanji staršev glede šolskih dosežkov, z bojznijo, da bo kakšna slabša ocena otroku onemogočila vpis na želeno srednjo šolo, in s tem, da šole otrokom z blažjimi specifičnimi primanjkljaji niso pripravljene prilagoditi načina ocenjevanja brez priporočila strokovnjaka oziroma odločbe o usmeritvi.

IV. Os SOMATSKE BOLEZNI

V poročilu za leto 1990 ni podatka o somatskih bolezenskih stanjih, zato primerjava ni mogoče. V vzorcu iz leta 2012 je bila pri 121 otrocih oziroma 18 % otrok zabeležena prisotnost somatskih bolezni. Med njimi so bile najpogostejše razne alergije in astma, ki so bile zabeležene pri okrog 10 % otrok.

V. OS	ABNORMNE PSIHOSOCIALNE SITUACIJE	1990	2012
	Prisotne	49 %	47 %
1	Abnormni odnosi v družini:	7,7 %	23 %
	telesno trpinčenje in spolna zloraba	1,3 %	2,9 %
2	Duševne motnje, prizadetosti pri starših ali sorojcih	6,3 %	11,8 %
3	Motene komunikacije v družini	1,3 %	0,9 %
4	Abnormna kakovost vzgoje	12,3 %	16,1 %
5	Abnormno neposredno okolje:		
	zavodska vzgoja	3,8 %	2,0 %
	pomanjkanje, revščina	11,4 %	6,3 %
6	Akutni (stresni) življenjski dogodki:	3,8 %	17 %
	izguba pomembnega odnosa		5,5 %
	spolna zloraba izven družine		0,5 %
	travmatske izkušnje	3,8 %	2,7 %
7	Družbeni stresorji	7,0 %	2,0 %
8	Kronični stres v šoli	2,5 %	14,5 %

Število otrok z abnormnostmi je v obeh raziskavah podobno: približno polovica otrok ima vsaj eno neugodno socialno situacijo. Spremenila pa se je struktura neugodnih okoliščin. Analiza iz leta 2012 kaže, da se je med obravnavanimi otroki močno zmanjšal delež otrok, katerih razvoj je ogrožen zaradi revščine, medtem ko se v Sloveniji vztrajno povečuje število otrok, ki so ogroženi zaradi revščine. Po podatkih Unicefa je zaradi revščine prikrajšanih najmanj 8,3 % slovenskih otrok, SURS pa navaja, da je bila leta 2012 stopnja tveganja revščine v Sloveniji že 13,5 odstotna. Primerjalno z letom 1990 zajamemo tudi precej manj otrok, katerih težave so povezane z migracijo oziroma socialno preselitvijo. Leta 2012 pa smo

zaznali več abnormnih odnosov znotraj družine, več psihosocialne patologije pri starših ter močno povečano doživljanje stresa v šoli.

VI. os

GLOBALNA OCENA PSIHOSOCIALNEGA FUNKCIONIRANJA

Ocenjevalci so leta 2012 menili, da je splošno psihosocialno funkcioniranje v času obravnave pri eni petini otrok še zadovoljivo, pri 40 % so zaznali blažjo prizadetost na enem ali dveh področjih, pri 35 % zmerno in le pri 6 % težjo in težko prizadetost. Ker je ocenjevanje potekalo v letu 2013, je možno, da ocene vključujejo stanje, ko je otrok že bil deležen obravnave. V bodoče bi bilo dobro, da se prva ocena psihosocialnega funkcioniranja poda takoj ob sprejemu, druga pa ob zaključku ali po določenem trajanju obravnave. Iz razlike med obema ocenama bi ob upoštevanju drugih relevantnih podatkov lahko sklepali na uspešnost obravnave.

Zaključek

Analiza AL 2012 kaže, da v načinu in poteku ambulantnega dela ni prišlo do bistvenih sprememb, delo poteka na visokem strokovnem nivoju, je dobro organizirano in tekoče. Podrobnejšo analizo in razmislek pa bi bilo potrebno nameniti nakazani spremembi strukture obravnavane populacije. Danes ustanova zajame vse manj otrok iz socialno in psihosocialno bolj ogrožajočih okolij, kot sta revščina in nizka izobrazba staršev. Med obravnavanimi otroki je vse več nadpovprečno inteligentnih otrok s specifičnimi učnimi težavami, ki izhajajo iz družin z visoko izobraženimi starši.

Kljub skromnosti prikazanih podatkov bi analiza delovanja SCOMS – največje ustanove za pomoč otrokom s psihosocialnimi in učnimi težavami v Sloveniji – lahko služila kot izhodišče za proučevanje vloge mentalno higijenskih služb pri zaščiti duševnega zdravja otrok v Sloveniji in za širša interdisciplinarna analitična in akcijska razmišljanja o duševnem zdravju otrok v sedanjem času. To je v času, ko sta duševno zdravje in psihosocialno delovanje še kako pomembna za dobrobit posameznika, skupnosti in družbe.

Viri

- Milčinski, Fran. (1907). Naša zanemarjena mladina in Kranjska, oblastna ji mačeha. Ponatis predavanja, zapuščina Brede Slodnjak.
- Obisk v Vzgojni posvetovalnici. (1966). Uredil Zoran Jelenc. Ljubljana 1966.
- 50 let Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo. (2004). Ljubljana : Psihiatrična klinika.
- 10 let dela Centralnega otroškega dispanzerja v Ljubljani. (1964).
- 40 let dispanzerja za mentalno zdravje in nevrologijo. (2010). Zbornik prispevkov. Kranj : Dispanzer za mentalno zdravje in nevrologijo, ZD Kranj.
- Strokovno srečanje ob 50-letnici mentalno-higienskih oddelkov v Zdravstvenem domu Ljubljana (2009). Izročki predavanj 16. 10. 2009.
- Mikuš Kos Anica. (1999). Sodobni pristopi k varovanju duševnega zdravja otrok. V: Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Zbornik. Ljubljana : Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše in Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Mikuš Kos Anica. (2001). Psihične travme v otroštvu. Psihična odpornost, varovalni dejavniki in procesi ter obvladovanje travme. V: Psihične travme v otroštvu in adolescenci. Ljubljana : Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše.
- Mikuš Kos Anica. (2006). Prispevek Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana k varovanju duševnega zdravja otrok v skupnosti. V: Mozaik našega delovanja. Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovanega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.
- Ljubljana : SCOMS. S. 120-146.
- Mozaik našega delovanja. (2006). Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovanega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Ljubljana : SCOMS.
- Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. (1999). Ljubljana : Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok in mladostnikov pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše in Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Psihične travme v otroštvu in adolescenci. (2001). Ljubljana : Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok in mladostnikov pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše in Inštitut za psihologijo osebnosti.
- Rutter, M. L., Schaffer, D., Sturge, C. (1987). Multiaksialna klasifikacijska shema psihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci – ICD 9, prevod Gorišek, M. in Slodnjak, V. Zdrav. Var., 26, 8.
- Abnormne psihosocialne situacije – Peta os mednarodne klasifikacijske sheme psihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci (ICD – 10). (1994). Prevod Mikuš Kos A. Zdrav Var, št. 12.
- Makarovič, K., Kos-Mikuš A., Vodopivec, M., Žižmond, A. (1994). Epidemiologija na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Evalvacija modela sistematičnega registriranja podatkov o psihiatričnih in psihosocialnih motnjah pri otrocih in mladostnikih v ambulantni obravnavi. Raziskovalna naloga. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. (1995). Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. (1996). The ICD – 10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents. World Health Organization 1996. Cambridge : Cambridge university press.
- Slodnjak, Vera. (1996). Uporaba večosne klasifikacije psihosocialnih motenj v otroštvu in adolescenci ICD-10 v klinični praksi. *Zdrav. vars.*, let. 35, št. 5-6, str. 181-189.
- Slodnjak, Vera (2006). Ambulantna dejavnost. V: Mozaik našega delovanja. Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovanega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Ljubljana : SCOMS. S. 14 - 62.
- Slodnjak, Vera. (2012). Projekt Ambulantni list 2012: Zbirnik podatkov, Navodilo za izpolnjevanje, Priročnik za uporabo večosne klasifikacije in lista simptomov. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Berger M, Hill P, Sein E. et al. (1993). Aprosod core data set for Child and Adolescent Psychology and Psychiatry Services. Association for child psychology and psychiatry.
- Slodnjak, Vera. (2014). Ambulantni list. Poročilo. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Matična knjiga strank 1955 – 2015.
- Matična knjiga zaposlenih. Poročila o delu Vzgojne posvetovalnice /Svetovalnega centra.
- Statistični urad Republike Slovenije SURS. Podatki o družinah, izobrazbi in narodnosti sestavi prebivalstva.

Vera Slodnjak, univ. dipl. psih., specialistka klinična psihologinja, svetnica

Zaposlena v SCOMS 1973 - 2015.

Področja delovanja: ambulantna diagnostična, svetovalna in psihoterapevtska obravnava otrok in mladostnikov s psihosocialnimi motnjami, razvojnimi odkloni in drugimi disfunkcijami, svetovanje staršem, učiteljem in drugim, krizne intervence in psihološka pomoč ob travmatskih dogodkih, razvojno-raziskovalno delo (uvajanje in preizkušanje psiholoških inštrumentov, analize ambulantne dejavnosti, uvajanje večosne klasifikacije, psihosocialne značilnosti in delovanje otrok z nezgodno poškodbo glave, otrok z epilepsijo, otrok, ki jih je komisija za razvrščanje usmerila v prilagojene ali posebne programe), otrok in mladostnikov, ki so bili izpostavljeni vojnim dogajanjem in begunstvu ali nesrečam šolskih avtobusov), izobraževalna dejavnost (za šolske svetovalne službe, učitelje, zdravstvene delavce, prostovoljce, mentorstvo specializantom, uvajanje sistematičnega usposabljanja iz VKT), skupnostno in prostovoljno delo (Center za pomoč beguncem pri Slovenski filantropiji, Društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi glave), sodno izvedenstvo (primernost za starševanje, dodelitve otrok, posledice psihičnih in fizičnih travm), sodelovanje v organih stanovskih organizacij (Društvo psihologov, Zbornica kliničnih psihologov, RSK pri MZ, Društvo za VKT).

Stroke in strokovne službe za varovanje duševnega zdravja otrok – včeraj, danes, jutri

Povzetek

Prikazana je soodvisnost med družbenimi dogajanji in duševnim zdravjem, filozofijo in razlagalnimi modeli duševnega zdravja in psihosocialnih motenj ter delovanjem služb pomoči. Članek opozarja na izzive in pasti na področju varovanja duševnega zdravja, ki jih vsebujeta neoliberalna stvarnost in ideologija. Apelira h kritičnemu odnosu do stroke in delovanja strokovnih služb. Opozarja na socialno odgovornost stroke in strokovnjakov. Avtorica razgrinja svoje videnje razvoja in dogajanj na področju duševnega zdravja v prihodnosti.

Ključne besede:

duševno zdravje, otroci, družbene determinante, strokovne službe, predvidevanja za prihodnost

Professions and services for child mental health protection - past, present and future.

Abstract:

The interdependence between social processes and mental health, its philosophy, explanatory models of mental health and psychosocial disorders and functioning of mental health services is presented. The paper highlights the challenges and traps in the field of mental health stemming from neoliberal reality and ideology. It claims a critical attitude towards the mental health science and functioning of mental health services. The importance and value of social responsibility of professional player and services are underlined. The author's vision of future development in the field of child mental health, explanatory models and mental health services are exposed.

Keywords:

Mental health, children, societal determinants, services, prediction for future.

Uvodne misli

Namen teksta je predstaviti razmišljanja o strokah, katerih predmet sta varovanje duševnega zdravja¹ otrok² in refleksijo o delovanju strokovnih služb za varovanje duševnega zdravja otrok v današnjem času in razmišljanja o prihodnosti.

Zakaj so razmišljanja o varovanju duševnega zdravja otrok v našem času tako pomembna? Psihosocialne motnje predstavljajo veliko družbeno in ekonomsko breme. Globalni epidemiološki podatki Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (Belfer, 2008) kažejo, da ima 20 % otrok in mladostnikov duševne motnje; da je suicid tretji vodilni vzrok smrti med adolescenti in da ima 50 % vseh duševnih motenj v odrasli dobi svoje pričetke v otroštvu ali adolescenci. Za nas, ki delujemo v službah pomoči, je predvsem pomemben argument, da pomagamo otrokom, katerim psihosocialne motnje povzročajo trpljenje in omejujejo njihove možnosti.

1 Pojem duševnega zdravja mestoma nadomeščam s terminom »psihosocialno zdravje«.

2 Naziv »otrok« uporabljam v skladu z opredelitvijo Združenih narodov za osebe stare do 19 let.

Duševno zdravje, psihosocialna dobrobit

Kaj je duševno zdravje?

Duševno zdravje in njegovo nasprotje – duševne motnje so dokaj poljubni konstrukti. Koncizen odgovor na vprašanje v naslovu ni enostaven.

Običajno uporabljamo opredelitev SZO: “Stanje dobrobiti, v katerem posameznik realizira svoje sposobnosti, lahko obvladuje normalne obremenitve in strese, lahko dela produktivno in uspešno, je zmožen doprinesti svoji skupnosti” (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>).

Med seboj povezane in vzajemno vplivne sestavine duševnega zdravja so:

- notranje psihično stanje – emocionalna komponenta; za notranje stanje se danes uporablja naziv emocionalna ali psihosocialna dobrobit;
- delovanje – funkcioniranje – performans komponenta;
- kakovost medčloveških odnosov - socialna komponenta;
- obvladovanje težav in odpornostna komponenta (coping, resiliency);
- razvojna komponenta: pri otrocih je to predvsem doseganje razvojnih mejnikov v času, ki je določen kot mejnik med »normalnim« in »odklonskim«;
- odsotnost simptomov bolezni – zdravstveno - bolezenska komponenta;
- družbeno participativna komponenta - aktivna udeleženosť v družbenih dogajanjih vstopa vse pogosteje v opredelitve duševnega zdravja.

Očitno je, da se omenjene kvalitete med seboj prekrivajo, prepletajo in so v soodvisnosti. Dobro in uspešno delovanje krepi dobro samopodobo in povzroča dobro emocionalno počutje. Dobra samopodoba lajša uspešno obvladovanje in reševanje težav. Otrokova žalost, depresivnost lahko prizadeva njegovo delovno storilnost. Vendar povezave niso nujne. Otroci z nekaterimi motnjami so lahko odlični učenci.

Opredelitve duševnega zdravja in duševnih motenj se s časom spreminjajo. Odražajo proces razvoja in zorenja stroke. Predvsem pa govorijo o vpetosti »psiho znanosti« v družbena dogajanja in odvisnosti teorij od družbenih dogajanj, ideologij, prevladujočih vrednot. To velja tudi za praktično delovanje mentalno higienskih služb. V sodobnem času je vse večji poudarek opredelitev duševnega zdravja na socialno ustreznem delovanju in življenjski uspešnosti. Ta izhaja iz

ekonomske in vrednostne naravnosti razvitega sveta, v katerem so učinkovitost, uspešnost, tekmovalnost osnova za ugoden položaj v skupnosti. V opredelitvah in v naših terapevtskih prizadevanjih zlahka prepoznamo vplive neo-liberalizma.

Psihosocialna dobrobit, emocionalna dobrobit

Ker smo zašli le malo predaleč v smeri opredeljevanja duševnega zdravja kot delovne, storilnostne in socialne uspešnosti, je nihalo zanihalo v smeri emocionalne komponente duševnega zdravja, kar se odraža v pojavu in širjenju konceptov »psihosocialna dobrobit« in »emocionalna dobrobit« (wellbeing). Gre za kvalitete notranjega psihičnega stanja in doživljanja. To je predvsem otrokova ocena kakovosti svojega življenja, zadovoljstvo z življenjem. Nekateri avtorji uporabljajo izraza »duševno zdravje« in »psihosocialna dobrobit« komplementarno.

Za nekatere »psihosocialna dobrobit« vključuje tudi dobre psihosocialne okoliščine življenja – dobro družino, dobro šolsko okolje. Drugi opozarjajo, da to sodi pod pojem »kvalitete življenja« ali bolj točno »kvalitete življenjskega okolja«. Življenjska stvarnost se filtrira skozi osebno doživetje, percepcijo posameznika in generira večjo ali manjšo individualno psihosocialno dobrobit. Seveda je prijetno socialno okolje v pozitivni korelaciji s psihosocialno dobrobitjo. Toda človekovo dobro počutje in sreča sta v veliki meri odvisni od temperamenta, kognitivnih procesov. To pomeni, da ne gre enačiti materialnih, duhovnih in emocionalnih dobrin okolja s psihosocialno (notranjo) dobrobitjo posameznika. Naj opozorim na to, da se pojmovanje in ocena odraslih glede dobrobiti otrok in ocena otrok o lastni dobrobiti marsikdaj razlikujejo. Danes obstajajo številni inštrumenti za merjenje psihosocialne dobrobiti (*The emotional well-being and emotional health of young Londoners, 2007*).

Kaj so psihosocialne motnje?

Podatki o pogostnosti psihosocialnih motenj v otroškem obdobju se gibljejo od 10 – 20 % populacije. Prevladujoča trditev je, da število otrok z motnjami narašča. Collishaw in sod. (2010), na primer, navajajo znaten porast emocionalnih problemov v adolescenci v Angliji v zadnjem desetletju, posebej med deklicami:

Ali je zares več otrok s psihosocialnimi motnjami? Ali jih več odkrijemo? Ali je porast motenj posledica nižanja okoljske strpnosti do različnosti, do odstopov od družbeno oblikovanih norm vedenja, učenja, čustvovanja? Ali je to posledica dodajanja in raztegotovanja uradnih kriterijev motenj v klasifikacijah duševnih motenj?

Ponavljam: Opredelitev duševnega zdravja in psihosocialnih motenj je dogovorna. Kar v nekem okolju ali v nekem času velja kot motnja, ki terja zdravljenje ali popravek, je lahko v drugem okolju in v drugem času sprejeto kot normalno vedenje. Dober primer spreminjanja strokovnih in socialnih pogledov na vedenje je obravnava homoseksualnosti. V prejšnjem stoletju je bil pojav najprej obravnavan kot moralna iztirjenost in so bili ljudje zaradi homoseksualnosti kaznovani. Potem smo pojmovali homoseksualnost kot psihično motnjo, bolezen; proizvedli smo teoretske razlage za njen nastanek (osnovna razlaga je bil neustrezen odnos matere do otroka) in smo našim razlagam ustrezno tudi psihoterapevtizirali pojav. Danes smo mnenja, da so homoseksualna nagnjenja inačica spolne orientacije in vedenja in pojava niti ne kaznujemo niti ne zdravimo.

Diagnoze strokovnjakov za duševno zdravje in sorodna področja (npr. specialna pedagogika) pretvarjajo nezmožnosti otrok, da zadostijo zahtevam svojega časa, v psihosocialno motnjo. To počno predvsem zato, da zaščitijo otroka in dosežejo zanj razumevanje, prilagajanje zahtev, pomoč. Včasih pa tudi zato, da olajšajo življenje drugih ljudi z motenim, ki se ne more vesti tako, kot pričakuje okolje, je moteč za delo v razredu, obremenjuje in ogroža okolje.

»Diagnoza« duševnih motenj pomeni tudi označevanje ali stigmatizacijo posameznika. Vendar je vprašanje, ali je bolje imeti diagnozo zaradi svojih osebnostnih, odzivnih, miselni karakteristik ali biti viden kot nesposobnež, »luzer«. Danes pravijo, da starši (seveda izobraženi v bogatem svetu) želijo, da bi njihov otrok s težavami v šoli, dobil diagnozo SUT, ADHD ali avtizem zato, da bi bil deležen olajšav, imel pravico do korekcije in zdravljenja oziroma prilagajanje zahtev šole njegovim zmogljivostim. Pa tudi zato, da bi otrok in starši bili razbremenjeni krivde za otrokovo neustrezno delovanje, saj so motnje dokazano biološko pogojene.

Posamične motnje imajo v opredeljeni družbi in času bolj ali manj stigmatizirajoči pomen. Nekatere diagnoze so bolj, druge manj slabšalne, bolj »nobel« kot druge. Na strokovni izbor diagnoze lahko vpliva socialna ali etnična provenienca pacienta. Na primer, ko so odkrili avtizem pri otrocih, je veljalo, da bo subnormalen otrok prej dobil diagnozo »avtizem«, če je iz ugledne in bogate družine in diagnozo »mentalna subnormalnost«, če je revež. Na ta socialno pogojen izbor diagnoz je vplivalo več faktorjev. Reveži niso prišli do otroških psihiatrov, ki bi jim lahko dali te diagnoze. Imeli so manj možnosti za sofisticirane diagnostične postopke. Poleg tega pa je strokovnjak podzavestno ali zavestno želel prihraniti pomembnim staršem diagnozo manj razvite duševnosti in oplemeniniti otrokovo motnjo z oznako avtizma.

Družbena dogajanja in duševno zdravje

Družbeni kontekst in socialni dejavniki duševnega zdravja otrok

Duševno zdravje, psihosocialno zdravje, psihosocialne motnje in vsa vmesna notranja stanja in pojavne oblike delovanja so vpete v družbeni kontekst in socialne okoliščine otrokovega življenja. Individualno duševno zdravje in dogajanja v skupnosti ter psihosocialna kakovost skupnosti so v soodvisnosti.

Družbeni kontekst sodoloča:

- materialne okoliščine življenja družin in otrok (revščina, brezposelnost ...),
- idealno vedenje in delovanje,
- kaj opredeljujemo kot odklon, motnjo, bolezen,
- vrednote glede vzgoje in prevladujoče vzgojne vzorce,
- kakovost in število ogrožajočih, stresogenih, travmatskih, kronično neugodnih dejavnikov, ki vplivajo na otrokov razvoj in duševno zdravje,
- vrsto in število varovalnih dejavnikov in procesov v družini in v širšem socialnem okolju,
- pogostost težav in motenj,
- reakcije okolja na te pojave,
- zaščito in pomoč, ki ju okolje /in družba zagotavljata otroku,
- obstoj in delovanje služb pomoči: teoretska izhodišča in organizacijske osnove njihovega delovanja (koliko služb, kakšne službe, komu služijo, kakšne vrste pomoči nudijo, ...),
- koriščenje služb,
- prisotnost pobud in dejavnosti civilne družbe za psihosocialno dobrobit otrok in za pomoč otrokom in družinam v stiski,
- politiko zaščite duševnega zdravja otrok.

Ko govorimo o družbenih vplivih našega časa, lahko prepoznavamo predvsem tri »proizvodne linije«. Prva je vpliv socialnih, ekonomskih in kulturnih dejavnikov na število, vrsto, intenziteto življenjskih obremenitev, stresov, psihičnih travm. Drugo proizvodno linijo tvorijo pričakovanja, zahteve do posameznika glede njegovega delovanja, zaradi katerih postajajo določene lastnosti disfunkcionalne,

vozlišče konfliktov, platforma izločanja. V neo-liberalni družbi počasnost delovanja, socialna nezajedenost, slabša prilagodljivost rezultirajo v zmanjšanih, omejenih možnostih, slabi samopodobi, depresivnosti in drugih neugodnih pojavih. V družbi, v kateri devetletno šolanje ni bilo obvezno, težave in počasnost pri učenju branja in pisanja, večja nemirnost še niso bili pojavi bolezenskega značaja. Danes jih najdemo v klasifikacijah duševnih motenj. Tretjo proizvodno linijo predstavljajo sodobni družbeni procesi, ki zmanjšujejo varovalne dejavnike in naravne resurse pomoči, kot so socialne mreže, socialni kapital, etos, solidarnost), katerih prisotnost omogoča ljudem, da obvladujejo svoje stiske.

Različni socio-ekonomski in socio-kulturni konteksti tudi proizvajajo nove motnje, na primer zasvojenost z računalniškimi igrigami, z računalnikom, z nakupovanjem. Vendar družba tudi zagotavlja pomoč, olajšave za ljudi v stiski in ljudi z duševnimi motnjami – število in kakovost institucij, strokovnih služb, z zakoni določene olajšave ...

In ne na zadnje, družbena dogajanja vplivajo na teoretske konstrukte, raziskovalne interese stroke (glej poglavje 4).

Socialni konstruktivizem

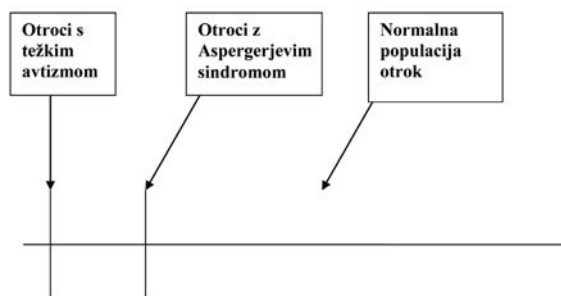
Teorija o socialni konstrukciji psihosocialnih motenj razloži, da vedenje dobi svoj pomen za posameznika in družbo v socialnem kontekstu. Kdaj se neka oblika vedenja prelevi iz različice v psihosocialno motnjo, je odvisno od življenjskih okoliščin, družbenih dejavnikov, ideologij, strpnosti okolja do drugačnosti, potreb po diagnozah. Od večinskega odstopajoče vedenje lahko označimo kot individualno različico, čudaštvo, psihosocialno motnjo, duševno bolezen, pregrešno dejanje, ki terja kazen. Diagnoza je socialno konstruirana oznaka ali kvalifikacija tistega vedenja, ki ne ustreza socialnim normam, pričakovanjem, zahtevam do posameznika. V okviru te teorije se na primer mnogi ne strinjajo, da so ADHD, SUT, Aspergerjev sindrom in številna druga, v klasifikacijah duševnih motenj opredeljena stanja, bolezni ali motnje. Predstavljajo jih kot drugače, individualne razlike človekovega odzivanja, mišljenja, vedenja. Disfunkcionalne, ovirajoče za posameznika in moteče za okolje, postanejo te lastnosti v soočenju in interakciji z družbenim ali institucionalnim okoljem. Na primer, v družbi, v kateri so urejenost, samokontrola, predvidljivost nadvse cenjeni, je razumljivo, da slabo organiziran otrok z nezanesljivim intelektualnim delovanjem odstopa v negativnem smislu.

Kronski dokaz, da imaš motnjo, je, da tvoje stanje, vedenje, odzivanje, mišljenje ustreza kriterijem klasifikacij bolezni. Na primer, vrsto individualnih značilnosti učenja najdemo pod diagnozo specifičnih učnih težav. Različice, težave pri učenju po pravih šole, smo spremenili v patologijo. S spreminjajočimi se zahtevami

se bodo pojavljale nove patologije, denimo diskompjuterska motnja. Na obzorju je patologija »počasnosti«, saj je otrokova počasnost pri šolskem delu ena najpogostejših pritožb učiteljev in staršev. Ko jo bomo uvrstili med bolezni, bo počasnim otrokom lažje. Sistem in starši bodo do njih strpnejši, ker bodo počasnost pripisovali bolezni, hendikepu. »Diagnoza« je stanje, ki omogoča pravico do olajšav, do pomoči, do korekcije, do zdravljenja.

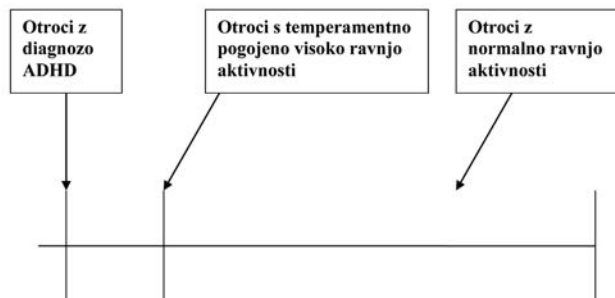
Kje bomo potegnili mejo med individualno različico in boleznijo ali motnjo, je odvisno od družbenega in kulturalnega konteksta oziroma od socialnega dogovora. Dobra primera sta Aspergerjeva bolezen in hiperkinetični sindrom.

Ločnica med »zdravimi« otroki, otroki z Aspergerjevim sindromom in otroki z avtizmom



Vir: <http://athinkingperson.com/tag/brain/>

Ločnica med otroki glede na raven aktivnosti



S teorijo socialnega konstruktivizma je tesno povezan koncept nevro-različnosti. Pojasnjuje, da mnogi pojavi, ki jim pripisujemo značaj motnje ali bolezni, predstavljajo zgolj različice v možganskem delovanju ali strukturi, zaradi katerih so naše mišljenje, odzivanje, vedenje specifični. Pojmi multiple inteligentnosti, lateralnega mišljenja se prekrivajo s pojmom nevro-različnosti.

Socialni konstruktivizem in nevro-različnost so razlage, o katerih bi naše stroke morale več razmišljati. Tem razlagam očitajo, da se ne ukvarjajo s trpljenjem ljudi z motnjami, da omalovažujejo velike psihiatrične motnje. Mislim, da mora stroka najti razumno mejo med pojavi, ki terjajo zaradi trpljenja otroka, trpljenja, ki ga povzroča otrok drugim, slabe prognoze, njeno pomoč, to je zdravljenje in med označevanjem z diagnozami tistih otrok, ki le ne delujejo zadovoljivo v svojem okolju, predvsem v svojem šolskem okolju.

Posameznik in skupnost

Odnosi med individualnim duševnim zdravjem in dogajanja v skupnosti, psihosocialno kakovostjo skupnosti so v ospredju razmišljanj tistih, ki prikazujejo duševno zdravje v sociološki perspektivi. Socialni kapital je ena od povezav med individualnim in skupnostnim. Socialni kapital je produkt aktiviranja človeških potencialov v socialni organizaciji, v skupnosti. Gradi na skupnih vrednotah, zaupanju, prepoznavanju skupnih interesov in sodelovanju. Odraža občutljivost skupnosti za potrebe posameznikov in skupnosti kot celote, zavezanost in sposobnost odzivanja na potrebe. Udejanja se s pro-aktivnim vedenjem članov skupnosti, krajanov, državljanov, učencev razreda, s participacijo pri reševanju problemov posameznikov in prikrajšanih skupin, z vzpostavljanjem odgovornih in solidarnih odnosov. Prostovoljno delo in socialni aktivizem sta dobra primera socialnega kapitala. Socialni kapital vpliva na psihosocialno dobrobit in duševno zdravje ljudi, aktivira notranje resurse posameznika, omogoča boljše obvladovanje težav. Povezave med socialnim kapitalom in duševnim zdravjem ljudi v skupnosti se zlasti pokažejo v kriznih situacijah. Scholte in Ager (2014) ugotavljata, da je socialni kapital eden ključnih resursov za razvoj povojnih skupnosti in vpliva na duševno zdravje ljudi v skupnosti. Druge raziskave nakazujejo, da to velja tudi za druge vrste masovnih kriznih situacij, denimo za okoliščine socialnih kriz.

Vemo, da je v šolah s pro-socialnim in podpornim etosom manjše število otrok z motnjami. Dogajanja in odnosi v šolski skupnosti, psihosocialna klima in etos razreda in šole znatno vplivajo tako na počutje – psihosocialno dobrobit otrok, kot na njihovo vedenje in delovanje. Vprašanje je, kako v večji meri in bolj učinkovito implementirati takšna spoznanja v prakso delovanja skupnosti, institucij za otroke, predvsem izobraževalnih institucij.

Stroke varovanja duševnega zdravja otrok

Vloga in funkcija stroke

Kar piše v slovarjih za opredelitev besede »stroka«, velja tudi za mentalno higiensko in z njimi povezane stroke: «Skupek in razvrstitev zaznanega, odkritega, naučenega»; »Pravila ali sistemi pravil, ki določajo vedenje in dejavnosti ljudi, delujočih v znanstveni disciplini»; »Veja znanja ali poučevanja».

Mentalno-higienska stroka je valilnica teorij, konceptov, pravil delovanja na področju duševnega zdravja. Izdeluje znanstvene podlage za ločevanje zdravih od nezdravih, za klasifikacije motenj. To se dogaja na osnovi znanstvenih odkritij in ob znatnem vplivu družbenih procesov.

Stroka odkriva nove motnje. Denimo odkrila je pred kakšnimi 50-imi leti hiperkinetični sindrom in motnje pozornosti, pred kakšnimi desetimi leti dispraksijo. »Odkriva« pomeni, da neke oblike vedenja, posebnosti miselnega delovanja in čustvovanja opredeli kot motnjo ali bolezen. To zlasti pomeni, da te oblike vstopijo v klasifikacije bolezni. In da človek, ki izkazuje te pojave (sedaj simptome), postane bolnik ali oseba z motnjo. Stroka tudi briše nekatere motnje iz svojega seznama bolezni. Širi ali oži kriterije motnje, na primer, mejo za »dovoljeno« močnejše postelje smo prestavili iz tretjega na šesto leto. K nekaterim spremembam v depatologizaciji odklonov so prispevale tudi epidemiološke raziskave, ki so prikazale statistično »normalnost« takšnega ali drugačnega vedenja – zlasti pri kriterijih razvojnih mejnikov. Odločevalci o tem, kaj je patologija in kaj ni, so pod vplivom moralnih vrednot in religioznih vrednot (dober primer so oblike in različice spolnega vedenja, kot so masturbiranje in istospolna orientacija).

Vendar strokovno delovanje v proizvodnji diagnoz ni tako slabo, kot se na prvi pogled zdi. Družba in njene institucije (strokovne institucije, zdravstveno varstvo, zakonodaja, politika ...) zagotavljajo tudi pomoč in zaščito »motenim«. Vloga stroke je, da poda ekspertno mnenje o tem, kateri skupini je treba pomagati, jo zaščititi z zdravstveno, socialno, delovno, šolsko, otroško varstveno politiko in zakonodajo, svetuje, kakšne institucije ustanovljati in širiti. Obenem je strokovno mnenje ali izvid specialista ali strokovne komisije vstopnica, ki posamezniku omogoča zaščito, pomoč, zdravljenje, prilagoditev zahtev okolja njegovim zmoglostim.

Stroka ima pomembno funkcijo kreiranja teorij duševnega zdravja in nastanka motenj. Iz teh teorij izhajajo metode zdravljenja in navodila, nasveti za vzgojno ravnanje, ki jih stroka širi med ljudstvo. Populariziranje je način, kako dobrino znanj in spoznanj naredimo dostopno in koristno za veliko število otrok in

staršev. Odrasli – starši, učitelji dojemajo iz informacij in razlage strokovnjakov, da so neustrezno vedenje, težave pri učenju odraz možganske disfunkcije ali čustvenih ran, katere je povzročilo okolje in postanejo strpnejši do otroka. Manj je pritiskov in kazni, torej sekundarne prizadetosti zaradi reakcij okolja na otrokovo drugačnost. Stroka torej določa, kdo je krivec za motnjo – starši, učitelji, narava, družba – in stroka nam pove, kaj bi bilo treba spremeniti.

V tem dogajanju je le ena majhna nerodnost. Tako imenovana »znanstvena dognanja«, »raziskave so pokazale«, so včasih v vprašljivem odnosu do tega, kar je zares dobro za otroka. Nekoč je bilo po mnenju stroke obvezno levoročne otroke prevzgojiti v desnoročne. Splavili smo v svet znanstvene dokaze za koristnost permisivne vzgoje. Zbrali dokaze, da so starši krivi za vse otroke težave. Spominjam se reka iz ameriške strokovne literature: »Povej mi, kakšna je Johnova mati, in povedal ti bom, kakšen je John, kakšne težave ima.« Ali teorije, da ima otrok disleksijo, ker je opazoval spolni odnos svojih staršev. Pri hiperkinetičnem, slabo organiziranem otroku so starši imeli dve možnosti, da izberejo, kaj so delali narobe: bili so preveč popustljivi, niso znali postaviti meja otroku ali pa so bili preveč strogi in togi v svoji vzgoji in so otrokova hiperaktivnost, impulzivnost, slaba organiziranost, reakcija otroka na preveč omejujočo vzgojo. Toda zmote so kolateralne neugodne spremljevalke razvoja sleherne znanosti. Gre le za to, da ne bi bili preveč zaverovani in nekritični do »raziskave so pokazale« pa tudi do tega, kar danes imenujemo »evidence based« dokazi.

Mednarodne klasifikacije duševnih motenj so eden najbolj eminentnih proizvodov dušeslovne stroke. Obstajata dve medicinski klasifikaciji duševnih motenj, ki sta bibliji duševnega zdravja ali ne-zdravja: Mednarodna klasifikacija duševnih motenj (MKB 10) in Ameriška klasifikacija duševnih motenj (DSM 5). Kar je opisano in opredeljeno z diagnostičnimi kriteriji v teh dveh klasifikacijah je – »diagnostikabilna (diagnosable)« bolezen, motnja. To pomeni, če ustrezaš kriterijem klasifikacije, si bolnik – z vsemi negativnimi posledicami (stigmatizacija, omejene možnosti zaposlovanja) in pozitivnimi posledicami (zaščita, prilagojene zahteve v šoli, na delovnem mestu, pravica do pomoči in zdravljenja).

Klasifikacije določajo standarde intenzitete – na kateri točki dobi pojav patološki značaj. Določajo roke – kako dolgo smeš žalovati po smrti bližnje osebe, preden dobiš diagnozo »podaljšano žalovanje« ali »depresija«, kako dolgo smeš po travmatskem dogodku imeti spremembe v čustvovanju in vedenju, preden dobiš diagnozo PTSD, do katerega leta smeš lulati v posteljo, koliko dni v tednu smeš kazati neke pojave, preden si goden za zdravljenje.

Stroka določa tudi, kako se mora terapevt obnašati. V času vojne v Hrvaški sem slišala mlade psihoanalitičarke zagrebške šole, ki so ponavljale: »Edino, če pacientu umre otrok, sme terapevt jokati ob pacientu.«

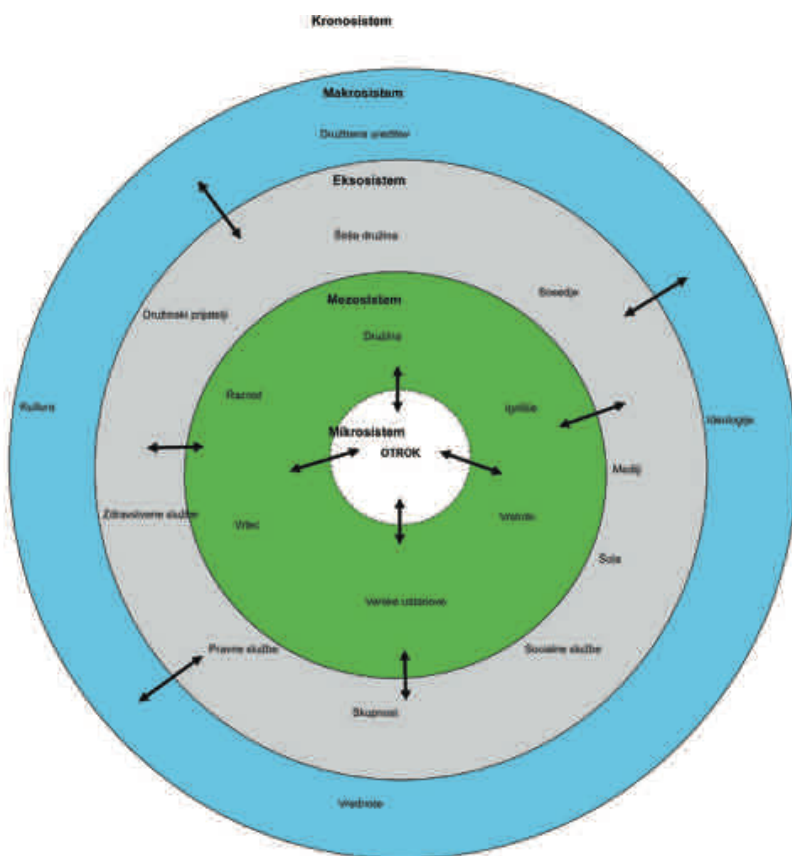
Teorije duševnega zdravja in duševnih motenj

Te se s časom spreminjajo, kar postane očitno že, če prikažem le čas svojega poklicnega delovanja. Po drugi svetovni vojni smo se usmerili v vplive okolja na duševno zdravje in smo našli razlago za vse slabo in nezaželeno v vedenju otrok in odraslih v njihovih zgodnjih slabih izkušnjah z okoljem. Izdelali smo zelo specifične profile, kot mati, ki povzroča pri otroku shizofrenijo ali homoseksualno vedenje. Pozneje smo se premaknili od determiniranosti vedenja in čustvovanja z zgodnjimi izkušnjami do dokazov o plastičnosti človeških možganov in možnostih sprememb. Nad parcialnimi teorijami, kot sta psihoanaliza ali behaviorizem, so našle svoj prostor in veljavo sistemske teorije in Bronfenbrennerjev bio-socialno-ekološki razlagalni model razvoja (Bronfenbrenner, U., Morris, P. A., 2006). Od usmeritve k škodljivim, ogrožajočim, rizičnim dejavnikom razvoja smo se miselno preusmerili k zaščitnim, varovalnim dejavnikom in procesom, k odpornosti, rezilientnosti. Danes smo priča novemu valu bioloških razlag (genetika, nevroznanost) osnov našega vedenja. Družboslovne vede so nam poskušale povedati nekaj o povezavah med duševnim zdravjem posameznika in družbenim okoljem in o socialni konstrukciji motenj. A smo jim bolj malo prisluhnili.

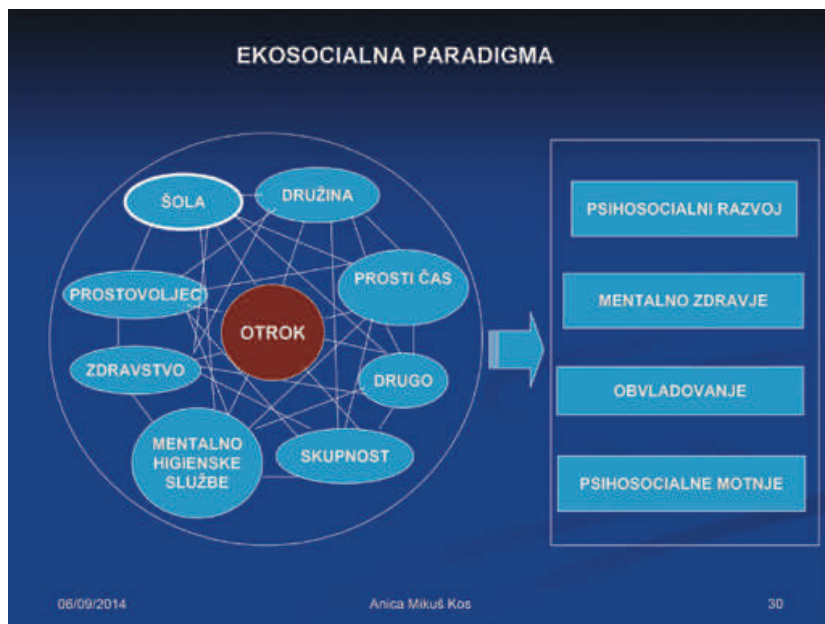
Razvoj teorij duševnega zdravja in duševnih motenj nikakor ni le plod raziskovanja in znanstvenih odkritij. Teorije so se vselej prepletale z družbenimi ideologijami in spreminjale pod njihovim vplivom. Stroka je vpeta v družbena dogajanja in se prilagaja vrednotam, potrebam, filozofiji svojega časa. Včasih se tudi upre, kot se je uprl Freud s svojo teorijo seksualnosti. Toda, če ne bi bil upor meščanske družbe zoper rigidna moralna načela na področju seksualnosti v zraku – ali bi Freudova teorija prodrla? Zanimivo, da v isti družini - pri Anni Freud, hčerki Sigmunda Freuda, najdemo primer za zelo očitno prilagajanje stroke družbenim razmeram. V letih po drugi svetovni vojni je za meščanski sloj veljalo vzgojno vodilo, če starši želijo imeti duševno zdravega in srečnega otroka, mora mati do konca otrokovega petega leta biti čim več časa ob njem, kajti po mnenju najuglednejših psihoanalitičnih šol se vse odloči in določi v prvih petih letih življenja. Ko so se v Izraelu razširili in uveljavili kibuci, je Anna Freud razvila teoretske osnove priporočil, naj otroke čim več vključujejo v kibuce, kjer ves dan niso videli svojih staršev. V strokovnem diskurzu se je pojavila ugotovitev, ki je postala že kar krilatica, da ni pomembna količina časa, ki jo starši preživijo z otrokom, temveč kakovost skupaj preživetega časa. Ugotavljali so, da ima bivanje v kibucu, v Evropi in ZDA v vrtcu, ugodne vplive na predšolske otroke.

Celostni pogled na duševno zdravje

Medtem ko smo v preteklosti razmišljali o duševnem zdravju predvsem v okviru različnih parcialnih teorij, ki pa so vse imele pretenzije po univerzalnosti, smo danes presegle to raven refleksije. Vemo dvojje: Naše teorije so, kot je rekel filozof, mreže, ki zajamejo del resnice. In vemo, poenostavljeno rečeno, da je vzročno posledično vse povezano z vsem. To občo predpostavko predstavljata Bronfenbrennerjev eko-socialni sistemski razlagalni model (Bronfenbrenner, U., Morris, P. A., 2006) in eko-socialna paradigma:



Schematični prikaz ekosocialnih sistemov (prilagojeno po Bronfenbrenner, U., Morris, P. A., 2006)



Vsi pod sistemi otrokovega življenjskega sistema, vključno z njegovimi biološko ali izkustveno pridobljenimi značilnostmi, so lahko vir ogrožajočih, škodljivih dejavnikov in pozitivnih, varovalnih dejavnikov. Mnogi negativni dejavniki niso dostopni našemu vplivanju. Mnogi pod sistemi so zunaj moči našega delovanja. V svojih prizadevanjih za ohranjanje ali obnovo duševnega zdravja se ne omejujemo več na popravek, odpravljanje slabega in škodljivega. Ko to ni možno, kar se žal zelo, zelo pogosto dogaja, aktiviramo varovalne in zdravilne dejavnike v drugih pod sistemih, ki so dosegljivi našemu vplivanju. S tem ustvarjamo protiutež slabim izkušnjam, jačamo zmogljivosti obvladovanja težav, povečujemo možnosti okrevanja.

S sistemsko in eko-socialno teorijo se povezuje načelo ekvifinalnosti, kar pomeni, da po različnih poteh lahko dosežemo podobne učinke. To ima implikacije za razumevanje motenj in za prakso pomoči osebam z motnjami.

Druga, celostna, splošno sprejeta je paradigma o vzajemnem delovanju biologije in okolja. Vse, kar se s človekom dogaja na področju odzivanja, čustvovanja, mišljenja in vedenja, je produkt: Biologija x Okolje. Pri tem običajno reduciramo biologijo na gene: Geni x Okolje, kar je ožji pogled, kajti poleg genov sodoločajo delovanje naših možganov tudi druga dogajanja: poškodbe, infekcije, autoimuni procesi. Vendar zaenkrat genetske raziskave, razen boljšega uvida v etiologijo motenj, niso prispevale k učinkovitosti kliničnega zdravljenja. Prepoznavanje bioloških kodeterminant je povečalo našo strpnost do drugačnih, zmanjšalo

okrivljanje staršev za drugačnost. Odrazilo se je v poglavju o temperamentih razlikah in njihovem pomenu v procesu vzgoje in za duševno zdravje.

Ko govorimo o razvoju stroke in razlagalnih modelih, danes ne moremo mimo nevroznanosti. Vendar ob vsem spoštovanju do njenih briljantnih izsledkov, zaenkrat ni veliko prispevala k razumevanju psihosocialne plati človeka. Dejstvo, da vidim lepe barve, ki pobarvajo posamične dele možganov pri shizofreniji, ali ko je nekdo zaljubljen, mi še ne odgovori na vprašanje, zakaj se to dogaja v možganih. In še manj nam je nevroznanost dala orodja za terapijo. Otroški psihiatri opozarjajo na razkorak med odkritji nevroznanosti in uporabnostjo odkritij v praksi kliničnega dela (Taylor, 2014), Buitelaar, J. K., Coghill, D. R., 2013). Gotovo pa je nevroznanost veliko prispevala k diagnostiki duševnih motenj, četudi se njeni izsledki niso pojavili kot diagnostični kriteriji v klasifikacijah motenj.

Prenos teorij v prakso

Ob predstavljanju paradigem in teorij se nujno pojavi vprašanje, kako se te odražajo v praksi delovanja strokovnih služb. Danes imamo na voljo množico terapevtskih postopkov. Le v psihoterapiji je danes menda v rabi okrog 500 različnih metod.

Opozarjajo nas, da smemo uporabljati le terapije, ki so »evidence-based« – terapije, katerih učinkovitost je dokazana s podatki, na znanstvenih dokazih temelječe metode zdravljenja. Osebno sem pri svojih 80-ih letih malo zadržana glede »dokazanih« učinkov, ker sem prebrala, uporabljala, doživela nemalo »dokazano« učinkovitih terapij, katerih vrednost je z leti postala vprašljiva.

Ne glede, na katero teorijo prisegamo, in ne glede na »evidence based« učinkovitost metode je stvarnost našega terapevtskega dela presečišče usmeritve institucije, znanj in preferenc terapevta, zapisanih priporočil in dokazov o učinkovitih terapijah, sprejemljivosti in vsečnosti metode za pacienta (Fonagy, 2007):

In tako se je vselej dogajalo. Nekoč smo prisegli na čiste teorije, beseda eklektično je imela slabšalni prizvok. Toda izkazalo se je, da so mnogi čistuni v stvarnosti uporabljali (hvala bogu) različne pristope pomoči glede na otrokove potrebe, izvedljivost. Le na glas se ni smelo govoriti o eklektičnosti.

Delovanje strokovnih služb

Vloga in funkcije mentalno higienskih služb

Osnovne funkcije naših služb so zaščita duševnega zdravja in zdravega psihosocialnega razvoja otrok in pomoč otrokom s psihosocialnimi motnjami ali duševnimi obolenji. Slednje pomeni zmanjševanje trpljenja, izboljšanje delovanja, odpravljanje vzrokov in simptomov motnje. Pri tem strokovnjaki aktivirajo in dopolnjujejo notranje in zunanje vire pomoči za obvladovanje težav, nadomeščajo podporo in zdravilne učinke naravnih socialnih mrež (družina, šola itd). S specifičnimi metodami (psihoterapijo, zdravlili, korektivnimi metodami učenja ...) odpravljajo ali blažijo simptome motenj. S svojo socialno močjo spreminjajo stvarne življenjske okoliščine otroka (rejništvo, namestitve v zavod, prešolanje na šolo s prilagojeni programom ...). Seveda so mentalno higienske službe le kolesček v mehanizmu vplivov na otrokovo duševno zdravje, a vendar ne nepomemben kolesček.

Poleg etične obveznosti pomagati otroku z motnjami, njegovim staršem ali učiteljem imajo stroka in strokovne službe tudi moralne obveznosti do množice otrok v skupnosti. Govorimo o socialni odgovornosti stroke do vseh otrok s težavami (od katerih jih je le manjši del deležnih pomoči strokovnih služb) in do vseh otrok v skupnosti.

Vsebine, metode, pota delovanja služb pomoči otroku v stiski

Za izvajanje učinkovite pomoči otroku in družini v stiski so pomembne naslednje prvine: strokovno znanje in izkušnje, človeški odnos in človečnost, socialna moč institucije, s katero lahko dosežemo spremembe v otrokovi življenjski situaciji. Našo dejavnost lahko opredelimo tudi kot odpravljanje ogrožajočih in škodljivih dejavnikov in uvajanje varovalnih dejavnikov v otrokovo življenje. Pri svojem delu uporabljamo predvsem strategije, ki krepijo otrokove notranje sile, sposobnosti in veščine za obvladovanje, reševanje težav in aktiviranje resursov v otrokovem življenjskem okolju (družina, šola, prostovoljci ...). Vse pogosteje uporabljamo kratke metode dela. Srečujemo se tudi z zahtevami zavarovalnic po uporabi ekonomičnih metod pomoči. Opozorila bi na zelo pomembno in ne dovolj prepoznano in cenjeno vsebino našega delovanja – informiranje in psiho-educacija. Vse več je računalniških programov zdravljenja in korekcij kognitivnih deficitov. Raba psihofarmakov, zlasti psihostimulansov, narašča.

Eko-socialni sistemski pogled na pomoč otroku v stiski in predvsem zdrava pamet so pripeljali v stroko multi-modalne strategije pomoči. Hkrati opravljamo

svetovanje staršem, psihoterapevtsko delo z otrokom, specialno pedagoško pomoč, medikamentne terapije, socialne intervencije, v zadnjem času uporabljamo veliko računalniških programov. Kombiniranje je bilo včasih strokovno moralno hudo obsojano. To je bilo »svaštarenje«. Cenil se je le purizem, ki je strogo določal pravila terapije. Praksa multi-modalnih pristopov očitno kaže, da je kombinacija različnih pristopov mnogo več kot njihov seštevek. Gre za sinergije, pri katerih je kombinacija učinkov veliko koristnejša, kot uporaba ene same poti.

Posledica celostnega koncepta pomoči je tudi širitev kroga koristnikov našega znanja in delovanja. To danes niso zgolj otroci in starši, temveč tudi šolski delavci, delavci v otroškem zdravstvu, v bolnišnicah, prostovoljci ... Ti »porabniki« so sodelavci in partnerji v procesu pomoči otrokom. Sodelovanje strokovnjaka s podpornimi okolji (šola, vrtec) je rentabilna strategija pomoči otrokom s težavami. Mentalno higijenske stroke se vse več ukvarjajo z aktiviranjem resursov v naravnih okoljih, več sodelujejo z nevladnimi organizacijami in prostovoljci in z neformalnimi mrežami, ki so lahko vir podpore in pomoči človeku v stiski.

Koriščenje strokovnih služb

Za čuda odrinjeno vprašanje je, kolikemu številu otrok mentalno-higijske službe nudijo oziroma ne nudijo pomoči. V najbolj razvitih delih sveta le kakih 20 % otrok, ki imajo po kriterijih stroke duševne motnje, je deležnih obravnave v strokovnih službah. Za ZDA in Evropo velja, da pomoč strokovnjakov prejema le kakih 20–30 % tistih, ki bi jo potrebovali. Masi, R., Cooper, J. L. (2006); Murphey in sod. (2013) ugotavljajo, da ima v Avstraliji eden od petih mladostnikov duševne motnje, ki jih je možno diagnosticirati na osnovi klasifikacije DSM 5. Te motnje so eden od vodilnih vzrokov prizadetosti v tej starostni skupini. Velika večina (60–90 %) se ne poslužuje strokovnih služb. Bickman (2014) navaja: 15–20 % otrok v ZDA ima psihične motnje. 3–8 % ima zelo hude psihične motnje. Velika večina ne prejema strokovne pomoči.

Vzroki za majhno koriščenje strokovnih služb so mnogo širši, kot le njihovo nezadostno število. Veliko ljudem so službe nedosegljive zaradi materialnih in praktičnih preprek, drugi so premalo poučeni o možni koristi in jih zato ne koristijo, mnogi se bojijo stigmatizacije. A niso vzroki le pri potencialnih porabnikih. Organizacija delovanja, koncepti delovanja pogosto ne ustrezajo večinskim potrebam, službe so premalo prilagojene marginalnim skupinam, v katerih je število otrok s težavami največje. Resna vprašanja so, kako čim bolj ekonomično koristiti strokovno znanje, strokovne službe, kako pomagati večjemu številu otrok, kako v večji meri prilagoditi koncepte in načine dela večjemu številu porabnikov.

Drugo vprašanje je, kateri otroci prejemajo pomoč. Otroci, ki so obravnavani v strokovnih službah, nikakor niso nujno otroci z najhujšimi motnjami. Pogosto so obravnavani otroci z blagimi motnjami. Obstaja še en paradoks pri koriščenju oziroma ne-koriščenju mentalno-higienskih služb: čim bolj je družina disfunkcionalna, ali škodljiva za otroka, čim bolj starši sami povzročajo otrokove težave (na primer starši, ki trpinčijo otroke, alkoholiki ...), čim bolj so starši sami prizadeti zaradi lastnih psihičnih ali socialnih problemov, tem manjša je verjetnost, da bo otrok postal porabnik mentalno-higienskih servisov. Pri koriščenju služb obstaja socialna nepravilnost – revni otroci, otroci marginaliziranih manjšin proporcionalno manj koristijo strokovne službe.

Poleg otrok, ki jih nihče ne napoti v obravnavo, in otrok, ki so napoteni, a ne pridejo, je še velika skupina osipnikov. Obstajajo različni podatki o osipu v mentalno higienskih in sorodnih službah. Vprašanje je, kako je osip definiran. Bickman (2014) navaja, da 40–60 % otrok, ki prične z zdravljenjem, predčasno opusti zdravljenje. Johnson in sod. (2009) ugotavljajo, da 50 % otrok oziroma staršev prekine obravnavo, preden jo strokovnjak zaključi. V meta-analizi 125 raziskav o osipu v dispanzerskih mentalno-higienskih službah avtorji (Haan in sod., 2013) ugotavljajo, da je povprečni osip znašal 46,86 %.

Koriščenje služb je odvisno od narave in teže motnje ali problema, možnosti in ponudbe strokovnih služb, znanja, strokovne filozofije službe in terapevta, psiholoških in socialnih možnosti staršev, sprejemljivosti ponudbe strokovnih služb za kliente (starše, otroka).

V razvitem svetu največ otrok prejema pomoč v okviru šole. Od tam ne morejo pobegniti, pomoč je manj odvisna od pripravljenosti in možnosti staršev poiskati pomoč za otroka. Od tod tolikšen poudarek na sodelovanju mentalno higienskih služb s šolo in uvajanju mentalno-higienskih programov v šolski prostor.

Kritični pogledi in razmišljanja o prihodnosti

Najprej pozitivno o naših strokah in službah: Smo dragoceni, ker imamo specialna znanja, institucionalne sisteme za pomoč otroku, socialno moč vplivanja na družbena dogajanja, ki so pomembna za duševno zdravje in psihosocialno dobrobit otrok. Smo varuhi, zaščitniki in ambasadorji duševnega zdravja otrok. O dobrih in koristnih lastnostih in učinkih našega delovanja je veliko napisanega. Zato si dovoljujem dobronamerne kritične poglede na našo stroko in strokovne službe.

Kritični pogledi

Kritične ocene naših strok in delovanja mentalno-higienskih služb opozarjajo predvsem na naslednje ugotovitve:

- V mentalno-higienskih službah prejema pomoč le majhen del populacije otrok in mladostnikov s psihosocialnimi motnjami. Otroci in mladostniki, ki prejemajo pomoč, nikakor niso zgolj tisti, ki so najtežje prizadeti, ali tisti, ki prihajajo iz najbolj ogroženih okolij. Ko govorimo o naših strokah, to zamolčimo. Še huje, pogosto niti ne razmišljamo o tem.
- Z nekaterimi motnjami, ki so zelo pomembne za duševno zdravje v poznejši dobi pa tudi za družbo, se stroka razmeroma malo ukvarja. Kot primer navaja Coghill motnje vedenja (2013). V literaturi sem našla zanje izraz »Cinderella motnje« (Pepelka motnje). In obratno, nekatere motnje, četudi zelo redke, postanejo za stroko zelo zanimive in so v centru pozornosti in raziskovanja.
- Mentalno-higienski delavci in službe podcenjujejo pozitivne in negativne prispevke velikih sistemov za otroke in vplive posamičnih oseb, zaposlenih v teh sistemih (šole vrtci, zdravstveni zavodi; učitelji, vzgojiteljice, zdravstveni delavci), na duševno zdravje ali motnje otrok. Nezasadno je povezovanje mentalno-higienskih služb in strokovnjakov s temi sistemi, premalo je vzpostavljanja sinergij in koriščenja resursov v teh sistemih pri pomoči posamezniku in pri razvijanju programov zaščite duševnega zdravja otrok v prebivalstvu.
- SZO nas opozarja, da je socialna mreža bistven vir pomoči pri obvladovanju stresogenih okoliščin in stisk. Zato je dolžnost strokovnih služb podpreti ali aktivirati te mreže za pomoč otroku.

Osebo očitam stroki majhen interes za socialne in družbene vplive. Pregledala sem zadnje tri letnike vodilnih revij s področja otroške psihiatrije in našla za prste ene roke člankov s socialno ali družbeno tematiko. Niti eden od teh člankov pa ni omenjen kot »popular contents«, torej med najbolj brani članki. Še resnejši problem od intelektualne nezainteresiranosti je, da se vednost o resursih,

izhajajočih iz socialnih tvorb – skupnost, nevladne organizacije, prostovoljci –, premalo koristi pri pomoči posameznemu otroku. V kliničnem delu bi to predstavljalo več prizadevanj strokovnih služb za aktiviranje resursov in sinergij v otrokovem zunaj družinskem okolju.

Izpostavlja se potreba po spreminjanju vloge mentalno higienskih delavcev. Poleg funkcije diagnostika in terapevta, naj bi mentalno higienski delavci prevzemali širše naloge pri varovanju duševnega zdravja otrok v skupnosti. To pomeni zlasti prenašanje filozofije, znanj in prakse zaščite duševnega zdravja otrok med osebe, ki so odgovorne za kakovost življenja otrok – starše, učitelje, vzgojiteljice, zdravstvene delavce in seveda tudi med otroke in mladostnike, osveščanje in zagovorništvo otrokovih psiholoških in psihosocialnih potreb in pravic, socialni aktivizem za izboljšanje psihosocialnih okoliščin življenja otrok na splošno in kakovosti življenja otrok s težavami/motnjami. Takšno delovanje se povezuje s socialno odgovornostjo – to je z moralno obveznostjo posameznika, skupine, organizacije, strokovne službe, institucije in drugih socialnih entitet, da delujejo v korist celotne skupnosti in družbe.

Težko sprejemamo načelo ekvifinalnosti – dejstvo, da po različnih poteh lahko vplivamo na isti pojav, da so pristopi pomoči zamenljivi. Ne sprašujemo se, vsaj na institucionalni ravni ne, kaj v našem delovanju bi bilo zamenljivo s cenejšimi in ljudem dostopnejšimi oblikami pomoči. Sem sodi aktiviranje virov pomoči v socialnih mrežah, vključevanje laičnih pomočnikov v arzenal strategij pomoč ljudem v stiski ...

Vemo, da stroge meritve učinkovitosti naših terapij pokažejo skromne rezultate, vendar se sprašujem, ali merimo vse pomembne učinke. Danes govorijo o terapevtskem učinku boljše kakovosti življenja, boljšega emocionalnega počutja tudi, ko ne dosežemo sprememb na ravni simptomov ali delovanja. Ker tega ne merimo, se dogaja, da nimamo dokazov in ne prepoznamo koristnosti terapije.

V storilnost, pospešek, učinkovitost usmerjena sedanost vpliva na to, zaradi kakšnih težav otroci iščejo pomoč pri nas (predvsem otroci s težavami v šoli) in kam se usmerjajo naše terapevtske dejavnosti (izboljšanje miselnega delovanja, tehnike učenja, psihostimulansi, samobvladovanje, treningi socialnih veščin ...). Tudi v institucijah za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov smo sprejeli sodobna pravila igre v polju vrednot. Otrokom poskušamo predvsem zagotoviti uspešnost na učnem in socialnem področju, torej figurativno rečeno, preživetje v današnjem svetu. Zdi se mi, da smo prešibki ambasadorji in zagovorniki otrokove sreče, dobro počutja, emocionalne dobrobiti.

Prizadevam si za kritični odnos do stroke. V imenu preverjenih teorij smo delali tudi škodo. Naj ponovno citiram Rutterja: »Kar nekaj desetletij je psihoanaliza

bila religija, ki jo danes v klinični praksi opuščamo. Bettelheim je s svojim okrivljenjem staršev povzročil, da so bili mnogi starši obdolženi za težave svojih otrok, od avtizma do hiperaktivnosti. Danes smo pred podobnim tveganjem. Usmerjamo se predvsem v nevralno delovanje in izgubljam videnje, da je človek več kot skupek nevronov, sinaps, biokemičnih in bio-fizičnih procesov« (Rutter, 2010). Pridružujem se Rutterju in svetujem previdnost pri prevzemanju nevroznanstvenih razlagalnih modelov v filozofijo našega delovanja. Odpeljejo nas lahko stran od človeka.

Priporočam tudi kritičnost do »evidence based« religije. Pa nisem edina, ki tako misli. Rutter (2010), piše: »Danes je zelo moden, na dokazih zasnovan klinični pristop, vendar se moramo čuvati ekskluzivne usmeritve v dejstva. Moramo se zavedati, da bodo mnoga današnja »dejstva« že čez nekaj let razglašena za neveljavna.« Poleg tega za »evidence-proved« ugotovitve na našem področju velja izrek astronomov: »Lack of evidence is not yet lack of existence« (Pomanjkanje dokazov še ni pomanjkanje obstoja).

Ob novih metodah se vprašajmo tudi po njihovi uporabnosti v stvarnosti. Na primer, koliko družin je pripravljenih sodelovati v družinski terapiji. Razumem, da jo bomo pač uporabljali pri tistih, ki so soglasni z njo. Toda ko jo propagiramo, tako kot pri mnogih drugih metodah, pozabimo povedati, da je njena aplikabilnost v praksi majhna.

V okviru svojega mednarodnega humanitarnega delovanja se nemalokrat še vedno srečam z arogantno, vsevedno in onipotentno držo stroke. Prilaščamo si obče človeško znanje in izkušnje in jih predstavljamo kot dosežke stroke. Navsezadnje večino tega, kar delamo v vedenjski terapiji, delajo učitelji v šolah. To me spominja na profesor Ivića iz Beograda, ki je na nekem predavanju na Sorbonni ironično izjavil: »Psihologija je pomembna stroka. Odkriva velike resnice, na primer vrednost materine ljubezni za otroka.«

Kam plovemo?

Vprašanje, kam plovemo, je treba razdeliti na vsaj dve podvprašanji: Kam plove duševno zdravje? Kam plovejo naše stroke in službe?

Kakšno duševno zdravje potrebujemo danes, kašno bomo potrebovali jutri? Katere individualne karakteristike temperamenta, karakterja, miselnega delovanja nagrajuje ali kaznuje današnji čas, katere bo jutrišnji čas? Za katere lastnosti boš dobil diagnozo, ki ti bo lahko pomagala?

Bojim se, da bo duševno zdravje otrok v prihodnosti vse bolj pod vplivom in v soigri z elektroniko, igricami, prijateljevanjem z junaki virtualnega sveta, emocionalnim investicijami v digitalno veselje. In ne mislim, da bodo otroci in odrasli v prihodnosti ob tem bolj nesrečni kot so sedaj. Morda celo manj. Zdi se mi, da minevajo časi humanistično psiholoških teorij o nesrečni človečnosti odtujenega človeka. Otroci so videti prav zadovoljni, če ne srečni v svetu svojih igric. Plastični možgani se bodo prilagodili biokemično, strukturno novim življenjskim slogom.

Naraščajoči vpliv na vzgojo, psihosocialni razvoj in duševno zdravje bodo imele zahteve po čim večji hitrosti delovanja naših možganov, po »multi-taskingu«, učinkovitosti, zanesljivosti, racionalnosti. Spričo tega bo več ljudi s kognitivnimi disfunkcijami in psihosocialnimi motnjami. Vse več individualnih razlik bo obravnavanih kot motnje, ker dejansko bodo motnje v visoko storilnostni družbi in vse več bo »zdravljenja« le –teh.

Neuspešni in »luzerji« ne bodo srečni otroci. Vprašanje je, kdo in kako jih bodo zdravili. V marsičem bodo psihoterapevta ali svetovalca nadomestile kemične substance in elektronske ali elektromagnetne naprave. Ta proces se je že pričel na področju ADHD, specifičnih učnih težav, zdravljenja fobij. Strokovne službe bodo ohranile nadomestno funkcijo nujenja medčloveškega razumevanja, čustvene opore za tiste, ki bodo to potrebovali. Pogosto bodo to instant storitve – toliko, da se pretolčeš skozi kako posebno zahtevno situacijo ali krizo.

Današnje psihoterapevtske pristope bodo izpodrinili kemija (zdravila, hormoni ljubezni, anti-stresni hormoni ...), čipi vstavljeni v možgane, povezave možganov z računalnikom. March (2009) napoveduje: »V prihodnosti bodo terapevtski pristopi otroške psihiatrije tesno povezani z nevroznanostmi. Usmerjeni bodo predvsem v informacijske procese in manj v bolezni. Molekularna, celična in sistemska nevroznanost bo osnova za terapije. Veliko spoznanj bo razširjenih prek spleta in splet bo v široki rabi v praksi zdravljenja.«

Predvidevam, da se bodo poleg sedanje nevroznanosti pojavile nove stroke, na primer aplikacija kvantne teorije na naše možgansko delovanje. Tudi te ne bodo odgovorile na večno vprašanje: Zakaj smo takšni, kakršni smo, zakaj nam možgani tako delujejo?

Nove stroke, nova znanja o biokemiji, biofiziki, bio-elektromagnetizmu bodo zmanjšala breme moralnih sodb, vprašanja dobrega in zlega v ljudeh. Vrednotni in moralni odnos do človeka bo zamenjalo razumevanje zlega in dobrega kot produkta delovanja možganov ali kakega drugega organa ali sestavine našega telesa (danes pričenjajo govoriti o pomenu bakterij v našem črevesju za razpoloženje, za motnje prehranjevanja), ki določajo naše odzivanje in vedenje. Razmišljali bomo: »Počne slabe stvari, ker ima takšno amigdale.« Še nevarnejša bo pozitivna inačica

tega razmišljanja: »Storil je dobro dejanje, žrtvoval se je, ker mu tako delujejo zrcalne celice«. V moralnem smislu se nam bo življenje poenostavilo. Manj bo vprašanj o morali, dobrem, zlem. Z uvidom v biologijo bomo razčlovečili cloveka.

Psiho stroke in nevroznanost nam bodo pomagale pri izboljševanju in pospeševanju delovanja naših nevronov in sinaps. Stroka se že danes veliko ukvarja s tem, kako razviti lastnosti, ki bodo ljudem – otrokom in odraslim, pomagale delati hitreje, bolj učinkovito, razviti socialne odnose, ki bodo zagotavljali napredovanje na socialni lestvici. Ta prizadevanja se bodo stopnjevala, ker bo to najbolj iskana vrsta naših uslug.

V bližnji prihodnosti je pričakovati naraščanje ponudb psihosocialne pomoči in vse več vrst pomočnikov z različnimi izobrazbenimi profili ter naraščajočo komercializacijo stroke.

Glede vodila naše stroke – klasifikacije psihosocialnih in duševnih motenj v otroškem obdobju, se mi zdi prav možno, da se bodo povsem prestrukturirale. Pričele bodo graditi na kazalcih nevroznanosti in na kombinacijah gradbenih elementov, ki so lastni vsem motnjam, a nastopajo v različnih strukturah in dinamiki. Pri tem bodo predvsem pomembni kognitivni elementi. Coghill (2014) predlaga, naj pozabimo na motnje in vstopimo v svet psihičnih in psihosocialnih težav skozi kognicijo. Misli, da so povezave med kognitivnimi šibkostmi in pojavnimi oblikami težav, pomembnimi za razumevanje, razvrščanje in zdravljenje težav. Specifični kognitivni deficiti imajo po Coghillu zlasti veliko vlogo v razvojni psihopatologiji.

Kot protiutež »patologizacije« inaic vedenja in delovanja se utegne zgoditi, da bodo ljudi v prihodnosti vse manj spraševali, kako je z duševnim zdravjem posameznika, kakšne diagnoze ima. Pomembnejša od anamnez, diagnoz, zdravniških dokumentov bo preprosto performanca, učinkovitost na tem ali onem delovnem mestu. Danes že računalniške firme zaposlujejo osebe iz avtističnega spektra zaradi njihove ozke in obsesivne preokupacije s kakšnim problemom, kar se je izkazalo kot produktivno v razvoju računalniških industrij.

Še nekaj časa bo trajalo, preden se bodo zgodila (če se bodo zgodila) moja predvidevanja. Toda ne veliko. Hitrost sprememb je bliskovita. Prehod cloveštva na poljedelsko kulturo je trajal tisočletja, čas uvajanja procesov industrializacije se meri v stoletjih, čas digitalizacije v desetletjih.

V tej perspektivi so moje želje za spremembe stroke in njenih služb v smeri bolj socialno odgovornega delovanja, večjega angažmaja za vrednote, dobro počutje, clovečnost videti arhaične, če ne nesmiselne.

Za zaključek

Vse, kar sem napisala v tem poglavju, je del mojega videnja dogajanj v stroki in v njenih službah. To videnje izhaja iz prebrane strokovne literature in iz enega dela mojih izkušenj. Osebno najdem mnogo več dokazov o potrebnosti in koristnosti našega delovanja in vzpodbud za lastno strokovno delovanje v stikih z ljudmi, katerim sem ali smo poskušali strokovnjaki pomagati. Obstaja socialno tkivo človečnosti, v katerem imamo pomembno vlogo pri zmanjševanju trpljenja, žalosti, obupa in zlasti pri krepitvi ljudi za obvladovanje izgub, krivic, travm, doživetega zla ... Pri tem je pomembno, da združujemo svoje strokovno znanje, socialno moč, ki izhaja iz pozicije naše stroke in njenih institucij s človečnostjo.

Vrednost in smisel svojega dela prepoznam v tem, kar slišim od ljudi, katerim sem poskušala pomagati. Vem, da to ni znanost, toda meni pomeni več kot »evidence based« dokazi. Za mnoge gonilo delovanja in razvijanja stroke izhaja predvsem iz znanstvenih dokazov o koristnosti našega početja. Toda vir za delovni zagon niti ni tako pomemben. Pomembno je, da v delovanju in vztrajanju v imenu znanosti ne zanemarimo človečnosti, da v imenu storilnosti in uspešnosti ne spregledamo vrednosti čustev, da gojimo kritičen odnos do stroke in si prizadevamo za udejanjenje naše socialne odgovornosti za psihosocialno dobrobit otrok.

Viri

- Belfer, M. L. (2008). *Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe*. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. Oxford : Blackwell Publishing. Vol. 49, iss. 3, pg. 226-236.
- Bickman, L. (2014). Mental health services and children – who receives mental health services?, use of services, where do children receive mental health services?. Pridobljeno 7. 9. 2014 s spletne strani: <http://education.stateuniversity.com/pages/2224/Mental-Health-Services-Children.html>.
- Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. (2006). *The bio-ecological model of human development*. In: Handbook of Child Psychology. Hoboken, NH : John Wiley and Sons. 6th ed., pg. 793-828.
- Buitelaar, J. K., Coghill, D. R. (2013). *Brain imaging: closing the gap between basic research and clinical application is urgently needed*. In: European Child and Adolescence Psychiatry. Vol. 22, pg. 71A-717.
- Coghill, D. (2014). *Editorial: Acknowledging complexity and heterogeneity in causality – implications of recent insights into neuropsychology of childhood disorders for clinical practice*. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing. Vol. 55, iss. 7, pg. 737-740.
- Coghill, D. (2013). *Editorial: Do clinical services need to take conduct disorder more seriously?*. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 54, iss. 9, pg. 921-923.
- Collishaw, S. ... [et al.]. (2010). *Trends in adolescent emotional problems in England: A comparison of two national cohorts twenty years apart*. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 51, iss. 8, pg. 885-894.
- The emotional well-being and emotional health of young Londoners : A focused review of evidence. (2007). London : Young London Matters; Government Office fo London.
- Fonagy, P. (2007). *Aligning evidence and practice: A key challenge for 21st century child psychiatry*. Evidence Based Practice and Practice Based Evidence. National CAMHS Support Service, 28. july 2007.

- Haan, Anna M. de [et al.]. (2013). *A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care*. In: Clinical Psychology Review. Vol. 33, iss. 5, pg. 698-711.
- ICD-10 Version: 2010. Pridobljeno 8. 1. 2015 s spletne strani: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
- Johnson, E., Mellor, D., Brann, P. (2009). *Factors associated with dropout and diagnosis in child and adolescent mental health services*. In: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. Year 43, vol. 5, pg. 431-437.
- March, J. S. (2009). *The future of psychotherapy for mentally ill children and adolescents*. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing. Vol. 50, iss. 1-2, pg. 170-179.
- Masi, R., Cooper, J. L. (2006). *Children's mental health facts for policymakers*. Pridobljeno 27. 7. 2014 s spletne strani: http://www.nccp.org/publications/pub_687.html.
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija. Verzija 6. (2008). Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Mental health: strengthening our response*. Pridobljeno 15. 1. 2015 s spletne strani: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- Murphey, D., Vaughn, B., Barry, M. (2013). *Access to mental health care*. In: Adolescent Health Highlight. Pridobljeno 2. 8. 2014 s spletne strani: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/04/Child_Trends-2013_01_01_AHH_MHAccessl.pdf.
- Rutter, M. (2010). Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. In: European Child and Adolescence Psychiatry. Vol. 19, pg. 689-703.
- Scholte, W. F., Ager, A. K. (2014). Social capital and mental health: connections and complexities in contexts of post conflict recovery. In: Intervention. Netherlands: Intervention, War and Trauma Foundation. Vol. 12, no. 2, pg. 210-218.
- Taylor, E. "Don't fear the future". Pridobljeno 14. 5. 2014 s spletne strani: <http://www.escap.eu/care/eric-taylor-%E2%80%9Cdont-fear-the-future%E2%80%9D>.
- Are We All on the Autism Spectrum? Pridobljeno 15. 1. 2015 s spletne strani: <http://athinkingperson.com/tag/brain/>

Primarij Anica Mikuš Kos (roj. 1935), spec. pediater, spec. psihiater

Predstojnica Oddelka za otroško psihiatrijo (1970–1975), raziskovalka na Inštitutu za filozofijo in sociologijo Univerze v Ljubljani (1975–1978), zadnjih 16 let poklicne kariere direktorica Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani. Vodila Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok (1994–2002).

Bila je članica odbora Evropskega združenja za otroško psihiatrijo (1987–1991); podpredsednica Jugoslovanskega združenja za otroško nevrologijo in otroško psihiatrijo (1987–1991); predsednica Združenja za otroško psihiatrijo pri Slovenskem zdravniškem društvu (1984–1992).

Od upokojitve dalje izvaja psihosocialne programe za otroke na območjih, ki so jih prizadela vojna dogajanja in terorizem (nekdanja Jugoslavija, Severni Kavkaz, Afganistan, Pakistan, Srednji vzhod, ...). Delovala je kot svetovalka na področju zaščite duševnega zdravja otrok, prizadetih od vojn za agencije Združenih narodov (SZO, UNICEF in UNHCR) in drugih mednarodnih humanitarnih organizacij. Predlagana je bila za Nobelovo nagrado v okviru projekta »1000 žensk za Nobelovo nagrado za mir 2005«.

Je avtorica številnih publikacij s področja zaščite duševnega zdravja otrok, delovanja prostovoljcev na tem področju, skupnostnih modelov zaščite duševnega zdravja in psihosocialne pomoči otrokom, prizadetim od oboroženih konfliktov.

Od leta 1994 je predsednica Slovenske filantropije – združenja za promocijo prostovoljstva.

Težave na področju izvršilnih funkcij pri učencih z bralno-napisovalnimi učnimi težavami – kako lahko pomagamo?

Povzetek

Izvršilne funkcije nam pomagajo načrtovati in organizirati aktivnosti, vzdrževati pozornost in vztrajati pri dokončanju naloge, pomagajo nam uravnati naše vedenje. Vključujejo načrtovanje, organizacijo, upravljanje s časom, delovni spomin, metakognicijo, inhibicijo odziva, samoregulacijo čustev, začenjanje z nalogo, prožnost in vztrajanje, usmerjeno k cilju. V več študijah je bilo ugotovljeno, da imajo učenci s specifičnimi učnimi težavami tudi težave na področju izvršilnih funkcij, ki jih nekateri imenujejo tudi težave produciranja. Izkazalo se je, da prav izvršilno funkcioniranje predstavlja možnost kompenziranja primarnih primanjkljajev pri specifičnih učnih težavah. Predstavljeni so rezultati raziskave, v kateri je bil ocenjen učinek programa pomoči, ki temelji na izboljševanju izvršilnega funkcioniranja pri otrocih s specifičnimi učnimi težavami. Učinke so med drugim ocenjevali tudi učitelji in starši, in sicer takoj po koncu programa in po petih mesecih. Izkazalo se je, da je imel program pozitivne učinke, ki so jih učitelji in starši opazili predvsem po petih mesecih po izvedbi programa. Učitelji so opazili izboljšanje na področju inhibicije, iniciativnosti, delovnega spomina, spremljanja samega sebe, vedenjske regulacije in metakognicije, medtem ko so starši opazili izboljšanje v funkcioniranju na splošno, niso pa izpostavili posameznih področij znotraj izvršilnih funkcij.

Ključne besede:

izvršilne funkcije, specifične učne težave, program pomoči

EXECUTIVE FUNCTION DIFFICULTIES AND LEARNERS WITH SPECIFIC LEARNING DIFFICULTIES IN READING AND WRITING – HOW CAN WE HELP?

Abstract

Executive functions help us plan and organize activities, sustain attention and persist to complete tasks. They help us regulate our behaviour. Executive functions include planning, organisation, time management, working memory, metacognition, response inhibition, self-regulation of affect, task initiation, flexibility, and goal-directed persistence. Different studies show that pupils with specific learning difficulties have also difficulties with executive functions, also called production difficulties. It seems that executive functioning can compensate primary deficits of specific learning difficulties. In our research we tested effect of intervention program which helps pupils with specific learning difficulties to train their executive functions. Parents and teachers assess executive functions of pupils before and after intervention program and after 5 months. Results show positive effect of the intervention program after 5 months. Teachers noticed improvement in inhibition, task initiation, working memory, metacognition and self-regulation of behaviour, while parents noticed improvements in executive functioning in general, but not in specific executive functions.

Keywords:

executive functions, specific learning difficulties, intervention program

Uvod

Otroci so v današnjem času zaradi napredka informacijske tehnologije in napredka na različnih področjih znanosti obkroženi z množico informacij in njihova dostopnost ne predstavlja nikakršne težave. Hiter tempo življenja se odraža tudi v šolskem sistemu. Količina informacij je velika, zahteve in pričakovanja po njihovem procesiranju prav tako. Tudi otroci brez prepoznanih posebnih težav se večkrat znajdejo pred izzivi, ki jim sami niso kos, otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja pa se s takšnimi izzivi srečujejo dnevno. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo s pomočjo otrokom s posebnimi potrebami v šoli, posvečajo danes vedno več pozornosti novim načinom in možnostim pomoči otrokom na poti v samostojno in kakovostno življenje ter učinkovito spoprijemanje z življenjskimi izzivi.

Meltzerjeva ugotavlja, da se od otrok pričakuje, da »obvladajo ne samo tehnološke veščine in znanje, pač pa tudi procese, kot so postavljanje ciljev, načrtovanje, postavljanje prioritet, organiziranje, prožno menjavanje in preklapljanje, ohranjanje in manipuliranje informacij v delovnem spominu ter spremljanje samega sebe« (Meltzer, 2010, str. 3). Vsi našeti procesi se združujejo v pojmu izvršilne funkcije, ki jih podrobneje predstavljam v prispevku in so tudi okvir raziskave, ki je predstavljena v drugem delu prispevka.

Opredelitev izvršilnih funkcij

Hart in Jacobs opredelujeta izvršilne funkcije kot kognitivne funkcije višjega reda. Gre za sposobnosti, ki nam pomagajo pri odločanju, katerim aktivnostim ali nalogam bomo posvečali pozornost in katere bomo izvedli (Hart in Jacobs, 1993, v Dawson in Guare, 2004). Omogočajo nam organizirati naše vedenje v času in preseči neposredne zahteve v prid dolgoročnih ciljev. Z uporabo izvršilnih funkcij lahko načrtujemo in organiziramo aktivnosti, vzdržujemo pozornost in vztrajamo pri dokončanju naloge. Omogočajo nam upravljanje z našimi čustvi in spremljanje našega mišljenja, da bi lahko učinkoviteje opravljali delo. Skratka, pomagajo nam uravnati naše vedenje.

Dawsonova in Guare (2004) pravita, da lahko vse opisane naloge izvršilnih funkcij opravljamo na dva načina. Prvi vključuje uporabo določenih sposobnosti in veščin mišljenja za izbiranje in doseganje ciljev ali reševanje problemov. Vključujejo *načrtovanje, organizacijo, upravljanje s časom, delovni spomin in metakognicijo*. Drugi način predstavlja usmerjanje ali modifikacija vedenja na poti do cilja. Pri tem sodelujejo *inhibicija odziva, samoregulacija čustev, začenjanje z nalogo, fleksibilnost in vztrajanje, usmerjeno k cilju*.

V raziskavi sem se oprla na opredelitev Dawsonove in Guareja (2004). Izvršilne funkcije pojmujeta v širšem kontekstu, ki vključuje široko paleto različnih funkcij, tako elementarnih kot kompleksnih oziroma kognitivne in vedenjske narave. Široko zajemanje različnih procesov lahko predstavlja tudi šibko točko, ker tako različne procese (metakognicija, pozornost, začenjanje z aktivnostjo itd.) težko spravimo na en imenovalec oziroma se postavlja vprašanje, ali lahko ob tako različnih procesih sploh lahko govorimo o enem konstrukt. Njuna opredelitev je z vidika empiričnega preverjanja dobro operacionalizirana, kar omogoča možnost preverjanja in uporabe v praksi in predstavlja izhodišče za pripravo intervencijskega programa, ki je predstavljen v nadaljevanju in kasneje uporabljen v empiričnem delu disertacije.

Lezak, Howieson in Loring (2004) ugotavljajo, da se izvršilne funkcije od kognitivnih razlikujejo v več pogledih. Kadar govorimo o izvršilnih funkcijah, se sprašujemo, *kako in če* bo oseba storila nekaj, pri kognitivnih funkcijah pa se

sprašujemo, *kaj* ali *koliko* bo storila. Kadar izvršilne funkcije niso oškodovane, potem je lahko posameznik s sicer pomembno oškodovanostjo kognitivnih funkcij še vedno neodvisen, samostojen, konstruktiven in produktiven. Kadar so oškodovane izvršilne funkcije, potem lahko posameznik ni več sposoben zadovoljive skrbi zase, ne zmore samostojno opravljati dela ali ohranjati normalnih socialnih odnosov – ne glede na to, kako ohranjene ima kognitivne kapacitete. Oškodovanost kognitivnih kapacitet običajno vključuje oškodovanost specifične funkcije ali ozkega funkcijskega področja (npr. sekvencialnih sposobnosti ali sposobnosti vidno-prostorske organizacije), oškodovanost izvršilnih funkcij pa se kaže globalno in vpliva na vse vidike vedenja (npr. oškodovanost sposobnosti inhibicije).

Slednja ugotovitev predstavlja dober argument in podlago za raziskovanje področja specifičnih učnih težav z vidika izvršilnih funkcij. Ker gre pri specifičnih učnih težavah za primanjkljaje na ozkih področjih kognitivnih funkcij, se postavlja vprašanje, ali se pri osebah s specifičnimi učnimi težavami kažejo primanjkljaji tudi na področju izvršilnih funkcij oziroma na kakšen način lahko posamezniki s specifičnimi učnimi težavami svoje primanjkljaje kompenzirajo z ustreznim delovanjem izvršilnih funkcij.

Težave na področju izvršilnih funkcij

Oškodovanost izvršilnih funkcij, poimenovana tudi kot *diseksekutivni sindrom* oziroma *sindrom eksekutivne disfunkcije*, ni enoznačna motnja. Kaže se v različnih podobah, vključno z nezmožnostjo usmerjanja ali vzdrževanja pozornosti, impulzivnostjo, dezinhibiranostjo, oškodovanim delovnim spominom, težavami pri spremljanju ali reguliranju izvedbe, nezmožnostjo načrtovanja aktivnosti, dezorganiziranostjo, slabimi sposobnostmi sklepanja, težavami pri generiranju oz. implementiranju strategij, perseverativnim vedenjem, odporom do spreminjanja aktivnosti, težavami pri menjavanju med nasprotujočimi si zahtevami, nezmožnostjo učenja iz napak, neprilagojenim čustvovanjem, neprilagojeno energetske ravnijo, neprilagojenim moralnim in socialnim vedenjem (Anderson, 2008, v Anderson, Jacobs, Anderson, 2008).

Posameznik z oškodovanimi izvršilnimi funkcijami ni več sposoben zadovoljivo skrbeti zase, ne zmore več samostojno opravljati dela in ima težave pri ohranjanju medosebnih odnosov. Opisane težave se pojavljajo ne glede na to, v kolikšni meri ima ohranjene kognitivne funkcije oziroma procese (Lezak, Howieson in Loring, 2004). Omenjeni avtorji navajajo, da se kognitivni primanjkljaji običajno pojavljajo na specifičnih področjih oziroma funkcijah, medtem ko težave na področju izvršilnih funkcij prizadenejo posameznika globalno in vplivajo na različne vidike vedenja. Ob tem pa poudarjajo, da lahko težave na področju izvršilnih funkcij tudi neposredno vplivajo na kognitivne funkcije, in

sicer spremenijo strategije pristopanja, načrtovanja ali izvajanja kognitivnih nalog ali pa poslabšajo spremljanje izvedbe.

Powell in Voeller (2004) ugotavljata, da obstaja veliko nevropsihiatričnih motenj pri otrocih, ki vključujejo določeno stopnjo oškodovanosti izvršilnih funkcij. Težave na področju izvršilnih funkcij med drugim vključujejo tudi motnjo hiperaktivnosti s pomanjkljivo pozornostjo, vedenjske motnje, depresijo, bipolarno motnjo, avtizem, Aspergerjev sindrom, specifične učne težave (tudi neverbalne), fenilketonurijo, poškodbe možganov, možganski tumorji, epilepsijo, Williamsov sindrom in druge.

V obliki sindroma se pojavlja oškodovanost več izvršilnih funkcij hkrati, se pa lahko pojavljajo težave zgolj na enem področju izvršilnega funkcioniranja oziroma v blagi obliki, kar sicer ovira posameznikovo vsakdanje funkcioniranje, hkrati pa težave niso izražene v taki meri, da jih lahko prepoznamo kot sindrom.

Specifične bralno-napisovalne učne težave

Pekljaj (2012) k specifičnim bralno-napisovalnim učnim težavam uvršča disleksijo, disgrafijo in disortografijo. Pred desetletji se je za tovrstne težave pri nas uporabljal izraz *legastenija*. Danes se pri nas v Sloveniji omenjen sklop specifičnih učnih težav na podlagi veljavne šolske zakonodaje uvršča glede na stopnjo izraženosti težav na »učne težave« (nižja stopnja težavnosti, pri kateri gre za blago do zmerno izražene specifične učne težave) in na »primanjkljaje na posameznih področjih učenja« (višja stopnja izraženosti težav, pri kateri gre za nekatere zmerno in težje izražene specifične učne težave) (Magajna idr., 2008, Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, Ur. l. RS 58/2011). Motnja branja in pisanja je najbolj razširjena med vsemi specifičnimi učnimi težavami (približno 80 % vseh motenj). Pojavljanje bralno-napisovalne motnje v celotni populaciji pa različni avtorji ocenjujejo različno, odstotek se giblje od 2 % do 10 % celotne populacije (Pekljaj, 2012) – odvisno od pravopisa v posameznem jeziku in njegove pravilnosti.

Teoretični okvir preučevanja specifičnih učnih težav in težav na področju izvršilnih funkcij

Blakemore in Frith (2005) ugotavljata, da predstavljajo možgani naravni mehanizem, ki predstavlja tudi omejitve našega učenja. Določa, kaj se lahko naučimo, koliko in kako hitro. Vedenje o tem, kako se možgani učijo, ima velik vpliv na izobraževanje. Razumevanje možganskih mehanizmov, ki predstavljajo podlago učenju in spominu, učinkov genetike, okolja, čustev in starosti – vse omenjeno vpliva na oblikovanje izobraževalnih strategij in oblikovanje programov, ki optimizirajo učenje. V zadnjem desetletju se strokovnjaki, ki delujejo na nevroznanstvenem področju, vedno večkrat povezujejo s strokovnjaki, ki delujejo na področju izobraževanja.

McCloskey in sodelavci (2009) opisujejo razliko med specifičnimi učnimi težavami in težavami produciranja (slika 1). Učne težave predstavljajo težave pri učenju in usvajanju šolskih veščin zaradi primanjkljajev v temeljnih miselnih procesih (npr. razvojna fonološka disleksija). Učenec s težavami pri procesiranju posameznih glasov v besedi ima težave pri učenju branja. Ob tem se lahko pojavijo tudi težave na področju izvršilnih funkcij, vendar pa te same po sebi niso vzrok za učenčeve težave pri učenju. Avtorji pravijo, da najpogosteje v učnem okolju opazimo učence, ki imajo specifične učne težave in težave z izvršilnimi funkcijami. Učitelji jih najhitreje opazijo, ker ne dosegajo učnih ciljev pri pouku.

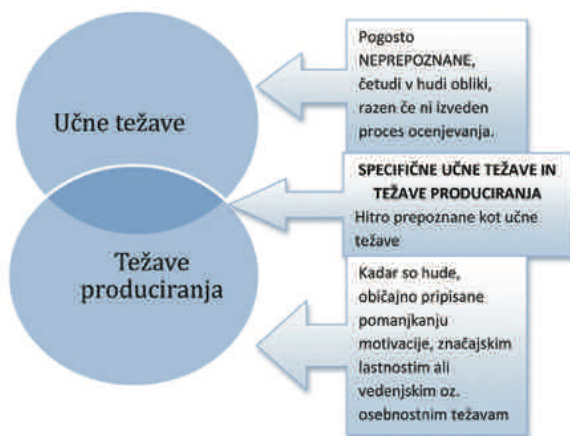
Meltzerjeva (2010) ugotavlja, da pri učencih s specifičnimi učnimi težavami težave na področju izvršilnih funkcij pomembno vplivajo na njihove učne dosežke na različnih področjih. Take učence se pogosto omenja kot »aktivno neučinkovite učence« (Meltzer in Krishnan, 2007), ker imajo težave pri dostopanju, organiziranju in koordiniranju več miselnih aktivnosti hkrati na akademskih področjih, ki vključujejo bralno razumevanje in pisno izražanje.

Pogosto imajo težave pri uporabi samoregulacijskih strategij, kot so preverjanje, spremljanje in pregledovanje med reševanjem naloge. Prav tako lahko kažejo omejeno zavedanje uporabnosti določenih strategij pri reševanju določenega problema, opazna je tudi šibkejša kognitivna prožnost (Meltzer in Krishnan, 2007). Učenci imajo težave pri urejanju, organiziranju in določanju prednostnih informacij, pretirano se osredotočajo na podrobnosti, hkrati pa imajo težave pri določanju bistvenih idej. Pogosto »obtičijo« in se težko lotevajo novih nalog ali prožno zamenjajo pristop k nalogi.

Vse omenjene težave so posledica ali nastanejo zaradi šibkosti delovanja izvršilnih funkcij in se pogosto pojavijo takrat, ko postanejo učni načrti zahtevnejši, bolj kompleksni, ko od učencev zahtevajo večjo samostojnost, fleksibilnost, organizacijo in sintezo večje količine informacij. Pogosto se tako zgodi, da njihovi

učni dosežki ne odražajo njihove dejanske intelektualne kapacitete ravno zaradi težav pri organiziranju, fleksibilnem prehajanju med različnimi koncepti.

Vpliv primanjkljajev na področju izvršilnih funkcij se kaže na različnih akademskih področjih: pri bralnem razumevanju, pisnem izražanju, samostojnemu učenju, dokončanju dolgoročnih projektov in pisanju pisnih preizkusov znanja (Meltzer in Krishnan, 2007).



Slika 1: Splošen model konceptualizacije učnih težav in težav produciranja (McCloskey, Perkins in Van Divner, 2009, str. 137)

Pri določenem številu otrok se kažejo težave pri učenju, ki izvirajo iz specifičnih učnih primanjkljajev, ki niso procesne narave in iz težav z izvršilnimi funkcijami, ki pa so procesne težave. Otroke s takšnimi težavami tudi najhitreje prepoznamo kot otroke s težavami pri učenju. Otroci imajo lahko specifične učne težave, vendar bodo le-te ob dobro razvitih izvršilnih funkcijah manj opazne ali celo neprepoznane, ker kognitivne primanjkljaje kompenzirajo z dobro razvitimi izvršilnimi funkcijami. Zato krepitev izvršilnih funkcij za otroke s specifičnimi učnimi težavami predstavlja področje razvijanja kompenzacijskih strategij, s pomočjo katerih lahko uspešno premeščajo težave, do katerih prihaja zaradi specifičnih kognitivnih primanjkljajev.

Težave na področju izvršilnih funkcij imajo lahko široko paleto negativnih učinkov na produciranje na vseh akademskih področjih (McCloskey, Perkins in Van Divner, 2009). V nižjih razredih osnovne šole se težave najbolj izražajo pri pisnem izražanju, branju in matematiki. V višjih razredih težave z izvršilnimi funkcijami običajno vztrajajo in se izražajo kot težave pri organizaciji, načrtovanju in dokončanju projektov ter domačih nalog, prav tako tudi kot neustrezno uravnavanje uporabe učnih veščin in veščin pisanja preizkusov znanja.

Ocenjevanje in merjenje izvršilnih funkcij

Pravilno ocenjevanje težav na področju izvršilnih funkcij je ključnega pomena pri načrtovanju strategij pomoči. Ocenjevanje težav na področju izvršilnih funkcij predstavlja izziv, ker je potrebno upoštevati paletu različnih dejavnikov, ki vplivajo na njihovo delovanje. Zato je potrebno k ocenjevanju delovanja izvršilnih funkcij pristopiti celostno in upoštevati informacije različnih virov in uporabiti tako formalno kot neformalno ocenjevanje (McCloskey idr., 2009; Dawson in Guare, 2004).

Izsledki nekaterih študij težav na področju izvršilnih funkcij pri posameznikih s SUT

Reiter, Tucha in Lange (2004) so v svoji študiji otrok z disleksijo v primerjavi z otroki brez težav na področju izvršilnih funkcij ugotovili več pomembnih razlik, in sicer so otroci z disleksijo kazali pomembno več težav na področju verbalnega in vizualnega delovnega spomina, inhibicije, menjavanja, reševanja problemov in pri verbalni in vizualni fluentnosti. Avtorji ugotavljajo, da tudi druge študije pri osebah z disleksijo prepoznavajo vrsto kognitivnih deficitov (npr. obseg delovnega pomnjenja, verbalna fluentnost (besedna tekočnost), vrstni red, inhibicija distraktorjev), ki se povezujejo z delovanjem levega prefrontalnega korteksa. Omenjeni avtorji zaključujejo, da do kompenziranja pri osebah z disleksijo prihaja morda ravno zato, ker delovanje izvršilnih funkcij ne moremo umestiti zgolj v levi prefrontalni korteks. Zato tudi ne moremo predpostavljati, da osebe z disleksijo trpijo za globalno frontalno disfunkcijo. Ugotavljajo, da je potrebno težave na področju izvršilnih funkcij upoštevati pri razvijanju novih načinov pomoči osebam z disleksijo (Reiter, Tucha in Lange, 2004).

Hoopar in sodelavci (2002) so v svoji študiji preučevali povezanost specifičnih učnih težav na področju pisanja in težav z izvršilnimi funkcijami. Otroci s težavami pri pisanju so imeli pomembne težave na več področjih izvršilnih funkcij: iniciativnosti, vztrajanju, menjavanju niza in inhibiciji. Poudarjajo pomembnost izvršilnih funkcij v procesu pisanja.

Bentonova (2001) pravi, da se različne vrste specifičnih učnih težav razlikujejo tudi v vzorcu težav na področju izvršilnih funkcij, in sicer se v največji meri razlikujejo otroci z diskalkulijo od otrok s specifičnimi učnimi težavami pri branju in/ali pisanju. Pri vseh so opazne pomembne težave na področju izvršilnih funkcij – menjavanju niza, načrtovanju, reševanju problemov in miselni prožnosti. Otroci z diskalkulijo so se od otrok s specifičnimi učnimi težavami pri branju in pisanju pomembno razlikovali v pomembno večji oškodovanosti pri miselni prožnosti, nebesednemu načrtovanju in reševanju problemov.

Primer pristopa pomoči k zmanjševanju težav z izvršilnimi funkcijami

Dawson in Guare (2004) sta kot teoretično izhodišče svojega programa vzela Barkleyev model izvršilnih funkcij (Barkley, 1997) in opisujeta ključna načela, ki jih moramo upoštevati pri načrtovanju in izvajanju strategij pomoči pri težavah z izvršilnimi funkcijami. Ta načela so:

- **Razvoj poteka od zunanjega k notranjemu.** Tudi pri poučevanju izvršilnih funkcij je potrebno slediti temu načelu – najprej večšino predstavimo, postopno in v daljšem časovnem obdobju zmanjšujemo našo podporo, dokler ne izvaja učenec večšine samostojno.
- Manj razvite izvršilne funkcije lahko podpiramo na dva načina: **s strategijami pomoči na ravni okolja in s strategijami na ravni osebe.** Pri učencih s šibkimi izvršilnimi funkcijami je treba najprej razmišljati o prilagajanju okolja. Drugi niz vključuje spreminjanje učenčevih večšin – s poučevanjem in motiviranjem, da bi lahko razvili lastne izvršilne funkcije. Med strategije pomoči na ravni **okolja** spadajo:
 - spreminjanje fizičnega ali socialnega okolja,
 - spreminjanje narave naloge, za katero pričakujemo, da jo bo učenec rešil,
 - spreminjanje načina posredovanja namigov za spodbudo učencu, kako naj rešuje nalogo ali kako naj se vede ter
 - spreminjanje načina interakcije z drugimi učenci.

Strategije pomoči na ravni **osebe** med drugim vključujejo:

- oblikovanje načrta, organizacijskih shem in specifičnega niza navodil,
- spremljanje izvedbe,
- spodbujanje in motiviranje,
- dajanje povratnih informacij o uspešnosti pristopa,
- reševanje problemov, kadar nekaj ne deluje ter
- določanje, kdaj je naloga končana.

Opredelila sta 11 področij izvršilnih funkcij in za vsako posamezno področje sta oblikovala niz strategij pomoči. Ta področja so: *Inhibicija odziva, Delovno pomnjenje, Čustvena kontrola, Ohranjanje pozornosti, Začenjanje z aktivnostjo, Načrtovanje in postavljanje prioritet, Organizacija, Upravljanje s časom, Na cilj usmerjeno vztrajanje, Prožnost in Metakognicija.*

Avtorja menita (študije učinkovitosti programa v razpoložljivi literaturi niso navedene), da je opisani program pomoči učinkovit predvsem pri otrocih z motnjo hiperaktivnosti s pomanjkljivo pozornostjo, ki imajo težave tudi z izvršilnimi funkcijami (Dawson, Guare in Kapalka, 2005). Zbrala sta izsledke raziskav, v katerih so preučevali učinkovitost nekaterih metod in tehnik, ki

jih vključujeta s svoj program pomoči. Tako se je izkazalo, da je metoda t. i. »coachinga« učinkovita tudi na področju izboljševanja izvršilnih funkcij (Dawson in Guare, 2012). Coaching se je razvil iz procesa mentorstva. Avtorja pravita, da mentor (angl. coach) predstavlja osebo, ki pomaga učenca usmerjati, spodbujati na poti do cilja in mu stoji ob strani. Proces coachinga vsebuje več vidikov. Če želimo, da je proces uspešen, potem mora učenec v njem sodelovati prostovoljno in biti primerno motiviran. Učenec se ves čas sam odloča in izbira, sam proces poteka neodvisno od staršev. Pomembno je, da učenec sam izbere cilje, ki jih želi doseči in sam opredeli naloge oz. aktivnosti, ki jih more opraviti, če želi te cilje doseči. »Coaching« srečanja lahko potekajo dnevno, lahko redkeje. Namen teh srečanj je, da se naredi dnevni načrt za vsak dan posebej (če potekajo srečanja vsak dan). Običajno je začetni del srečanj namenjen pregledu aktivnosti prejšnjega dne, drugi del pa je namenjen načrtovanju aktivnosti za tekoči dan.

Izsledki nekaterih drugih raziskav s področja pomoči ob šibkih izvršilnih funkcijah

Pri pregledu razpoložljive literature se je pokazalo, da se je v zadnjem desetletju število izvedenih študij učinkovitosti intervencij na področju izvršilnih funkcij povečalo. Skupine posameznikov, pri katerih so preizkušali različne metode, vključujejo tako odraslo kot mlajšo populacijo (otroke in mladostnike), vključene so različne klinične populacije, npr. posamezniki s poškodbo možganov (Maricle, Johnson in Avirett, 2010), otroci z motnjo hiperaktivnosti in pomanjkljivo pozornostjo (Ylvisaker in DeBonis, 2000; Limond in Leeke, 2005, v Maricle idr., 2010), otroci s specifičnimi učnimi težavami (Fiorello, Hale in Snyder, 2006; Helland, 2006) in otroci z motnjo avtističnega spektra (Kouijzer, de Moor, Gerrits, Congedo in van Schie (2009)). Uporabljene metode vključujejo od farmakološke terapije do vedenjsko-kognitivnih terapij in tehnik ter neurofeedbacka. Vedno več je računalniško oblikovanih programov, ki so usmerjeni predvsem k izboljšanju določenega področja izvršilnega funkcioniranja (npr. delovnega spomina ali pozornosti - Holmes, Gathercole in Dunning, 2009; Thorell, Lindquist, Bergman Nutley, Bohlin in Klingberg, 2009). Izstopajoča značilnost intervencij je, da so programi intenzivni – vsakodnevne obravnave trajajo od nekaj tednov (npr. Solan, Shelley-Tremblay, Ficcaro, Silverman in Larson, 2003) do nekaj mesecev (D'Esposito in Gazzaley, 2006). Večina intervencij je imela določene pozitivne učinke na različne izvršilne funkcije, ki so se kazali predvsem na vedenjski ravni posameznikov, vključenih v intervencije. Skleпам lahko, da dokazana učinkovitost različnih metod govori o tem, da lahko vplivamo na različne izvršilne funkcije. Še več, dobrodošlo in učinkovito je, da so intervencije zelo individualno zastavljene in prožne v samem izvajanju. Učinki intervencij so tako optimalni.

Cilji raziskave, izvedene v okviru Svetovalnega centra

Eden od ciljev raziskave je bil oblikovati intervencijo, ki bo temeljila na treningu izvršilnih funkcij, in ugotoviti, ali so rezultati intervencije opazni takoj po koncu izvajanja programa pomoči in ali so rezultati stabilni, trajni tudi po 5 mesecih po koncu intervencije.

Predstavitev rezultatov

V raziskavo so bili vključeni učenci (N=94), ki že imajo odločbo o usmeritvi in so zaradi izrazitih bralno-napisovalnih specifičnih učnih težav opredeljeni kot otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja. Šole so bile naključno razdeljene v eksperimentalno in kontrolno skupino. Učenci šol eksperimentalne skupine so bili deležni dodatnega 30-urnega intervencijskega programa pomoči, oblikovanega na podlagi programa Dawsonove in Guareja, ki se je izvajal poleg že predvidenega rednega programa pomoči na podlagi odločbe o usmeritvi, učenci šol kontrolne skupine pa so bili deležni redne pomoči. Delovanje izvršilnih funkcij je bilo pri otrocih ocenjeno pred začetkom izvajanja programa, takoj po koncu izvajanja programa in po 5 mesecih po zaključku programa. Izvršilno funkcioniranje je bilo ocenjeno s pomočjo različnih virov, med drugim tudi s strani učiteljev in staršev. Za zbiranje informacij s strani učiteljev in staršev je bil v ta namen preveden in prirejen vprašalnik BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Functions; avtorji Gioia, Isquith, Guy in Kenworthy, 2000) – različica za starše in različica za učitelje. Program pomoči je podrobneje opisan v posebnem prispevku v pričujoči publikaciji.

BRIEF spremenljivka	UČITELJI		STARŠI	
	1. in 2. ocenjevanje	1. in 3. ocenjevanje	1. in 2. ocenjevanje	1. in 3. ocenjevanje
INHIBICIJA		5.722*	4.013*	
MENJAVANJE				
EMOCION. KONTROLA				
INICIATIVNOST		4.616*		
DELOVNI SPOMIN		3.950*		
ORGANIZACIJA				
ORG. GRADIV				
SPREMLJANJE		5.122*		
VEDENJ. REGULACIJA		5.300*		
METAKOGNICIJA		5.567*		
IZVRŠILNE FUNKCIJE		6.499*		

TABELA 1: Spremembe v izvršilnih funkcijah glede na obliko pomoči (med ES in KS) – statistična pomembnost razlik med različnimi ocenjevanji (MANOVA, F, * = p<0.05)

Analiza odgovorov učiteljev je pokazala, da učitelji pri drugem ocenjevanju takoj po koncu izvedbe programa niso opazili nobenih pomembnih razlik glede na kontrolno ali eksperimentalno skupino. Pri zadnjem ocenjevanju ob koncu šolskega leta pa so se ocene učiteljev eksperimentalne in kontrolne skupine statistično pomembno razlikovale na več področjih. Učitelji, ki so poučevali učence, vključene v eksperimentalno skupino in so bili deležni intervencijskega programa pomoči (poleg običajne pomoči, ki so jo bili deležni vsi učenci, vključeni v raziskavo), so opazili pomembne spremembe na področju inhibicije, iniciativnosti, delovnega spomina, spremljanja, vedenjske regulacije, metakognicije in izvršilnih funkcij na splošno v primerjavi z učitelji, ki so poučevali učence, vključene v kontrolno skupino. Učitelji so ocenili, da učenci eksperimentalne skupine ob koncu šolskega leta kažejo manj težav na področju inhibicije kot učenci kontrolne skupine, kar pomeni, da so opazili večjo zmožnost obvladovanja impulzov, manjšo raven aktivnosti, manjkrat so prekinjali delo skupin in bolj so obvladovali svoje impulze. Na področju iniciativnosti (začenjanja z aktivnostmi) so pri učencih KS učitelji ocenili naraščanje težav skozi celotno šolsko leto, pri učencih ES pa so težave v zadnjih petih mesecih ostale na približno isti ravni. Kaže, da je program pomoči vplival na stagnacijo težav z iniciativnostjo, sicer pa so težave skozi šolsko

leto postale večje. Na področju delovnega spomina so učitelji učencev ES ocenili upadanje težav skozi celotno šolsko leto, pri učencih KS pa je bilo težav skozi šolsko leto več, ob koncu šolskega leta pa so se nekoliko zmanjšale. Na področju spremljanja samega sebe so se težave pri učencih ES povečale med šolskim letom, vendar v veliko manjši meri kot pri učencih KS.

Rezultati kažejo, da je vpliv programa opazen šele po daljšem času, kar lahko pripišemo daljšemu času, ki je potreben za utrjevanje posameznih strategij in njihov transfer v različne situacije. Učenci so v okviru programa pomoči trenirali določene strategije in vzorce vedenja najprej individualno, v okviru izvajanja individualne strokovne pomoči. Prenos (transfer) teh strategij k drugim učnim uram, k drugim razrednim aktivnostim zahteva svoj čas in določeno količino utrjevanja, ponavljanja in vaje. Kaže, da je bila izvedba programa relativno uspešna oziroma se je vpliv zastavljenega programa pomoči opazil po petih mesecih po koncu izvajanja programa. Podobno ugotavljajo tudi Holmes, Gathercole in Dunning (2009), ki so v svoji študiji preučevali učinke intervencijskega programa, usmerjenega na trening delovnega spomina. Učinki izvedenega programa neposredno po izvedbi so bili nepomembni, po 6 mesecih pa so se učinki kazali kot pomembni, in sicer v obliki večje uspešnosti na področju matematike. Omeniti velja, da se pravzaprav samo izvajanje strategij in vzorcev vedenja seveda takrat ni zaključilo, pač pa se je uporaba naučenega v tem programu nadaljevala naprej, saj je to bil cilj in smisel celotnega programa pomoči.

Analiza rezultatov ocen funkcioniranja otrok na področju izvršilnih funkcij s strani staršev je pokazala drugačno sliko. Starši so takoj po izvedbi programa edino statistično pomembno razliko opazili na področju inhibicije, in sicer so starši otrok ES opazili porast težav z inhibicijo takoj po končanem programu pomoči v primerjavi s starši otrok KS, ki so v enakem časovnem obdobju opazili upad težav z inhibicijo. Na ostalih področjih se ocene staršev glede na skupino pomembno ne razlikujejo. Po petih mesecih je analiza ocen staršev pokazala, da je program pomoči pomembno vplival na oceno staršev težav otrok na področju izvršilnih funkcij, velikost učinka pa je majhna. Starši otrok ES so spremembe ocenjevali kot pomembno večje kot starši otrok KS. Torej lahko sklepam, da so tudi starši opazili spremembe na področju izvršilnih funkcij pri otrocih, ki so bili vključeni v program pomoči, šele ob koncu šolskega leta, kar lahko razložimo podobno kot pri opažanju učiteljev. Tudi Holmes, Gathercole in Dunning (2009) ugotavljajo pomembne pozitivne učinke šele po 6 mesecih po končani izvedbi intervencijskega programa. Opaznost sprememb na področju izvršilnega funkcioniranja na vedenjski ravni zahteva določen čas in pet mesecev po koncu programa so bile te spremembe opazne. Povečanje težav z inhibicijo, ki so jo starši otrok ES opazili takoj po koncu izvedbe programa, lahko povežemo z ocenami učiteljev teh otrok, ki pa so na tem področju opazili manj težav. Predpostavljam lahko, da so otroci vlagali veliko energije v inhibiranje določenih odzivov v šoli, kar v fazi učenja

in treninga terja posvečanje več pozornosti takšni samokontroli, posledično pa lahko potem doma pride do več težav, ker so otroci zaradi učenja bolj utrujeni, z manjšo zmožnostjo samokontrole in inhibicije. Posledično se lahko to pokaže kot povečanje težav z inhibicijo doma, kar seveda najbolj opazijo starši.

Zaključek

Rezultati raziskave, izvedene v Svetovalnem centru, potrjujejo ugotovitve nekaterih drugih avtorjev in kažejo spodbudne usmeritve za delo v prihodnosti. Potrdilo se je, da redno in intenzivno delo z učenci, ki imajo težave z izvršilnimi funkcijami in specifične učne težave, vpliva na izboljšanje funkcioniranja teh učencev in jim omogoča kompenziranje njihovih primarnih primanjkljajev. Delo na področju izvršilnih funkcij bi moralo postati sestavni del strategij pomoči otrokom s specifičnimi učnimi težavami, kar vključuje tako diagnostiko kot tudi kompenzacijo primanjkljajev s pomočjo različnih intervencij oziroma strategij pomoči. Nekateri izvajalci intervencijskega programa so navajali, da jim je okvir, ki jim ga je program omogočal, pomagal k boljšemu osmišljanju in konceptualizaciji svojega dela. Program kot tak ne predstavlja vsebinsko velikih novosti, novo je povezovanje že poznanih vsebin na drugačen način in s tem drugačno osmišljanje lastnega dela. Kot najučinkovitejša oblika pomoči se je izkazala tista, ki je intenzivna, kar pomeni, da je izvajanje pomoči najbolj smiselno v okolju, kjer otrok preživlja največ časa, to je v šoli. Nekateri izvajalci so že med samim izvajanjem programa opazili določene pozitivne spremembe pri učencih, ki so nakazale predvsem trend, nismo pa vseh tudi statistično potrdili – kar je pravzaprav pričakovano, saj so spremembe opazne (z merskimi pripomočki, ki jih imamo na voljo) šele po daljšem času uporabe strategij. Hkrati rezultati kažejo tudi potrebo po tesnem sodelovanju različnih virov pomoči: inštitucij – tistih, kjer se opravlja natančna diagnostika otrokovih težav in se postavijo smernice potrebne pomoči in šol s strokovnimi skupinami, ki skrbijo za izvajanje pomoči v okviru šole, prav tako je pomembna tudi vloga staršev pri prenosu naučenega iz šole tudi v vsakodnevno življenje. Sama raziskava je ponovno potrdila prav smiselnost in učinkovitost tesnega sodelovanja med Svetovalnim centrom in posameznimi šolami in potrjuje takšen model dela pri otrocih z različnimi težavami. To nam vsem zagotovo nudi dodaten zagon za vztrajanje pri takšnem načinu dela.

Literatura

- Anderson, V., Anderson, P. J., Jacobs, R., Spencer Smith, M. (2008). Development and Assessment of Executive Function: From Preschool to Adolescence. V: V. Anderson, R. Jacobs, P.J. Anderson, (ur.). *Executive Functions and the Frontal Lobes: A Lifespan Perspectives*. New York : Taylor&Francis Group.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York : The Guilford Press.
- Benton, S. B. (2001). *Executive function in subtypes of children with learning disabilities*. Dissertation. Dallas, TX : The University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas.
- Blakemore, S. J., Frith, U. (2005). *The Learning Brain: Lessons for Education*. Oxford, UK : Blackwell Publishing.
- D'Esposito, M., Gazzaley, A. (2006). Neurorehabilitation of executive function. V: M. Seltzer, S. Clarke, L. Cohen, P. Duncan in F. Gage (Ur.), *Neural repair and rehabilitation*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Dawson, P., Guare, R. (2012). *Coaching Students with Executive Skills Deficits*. New York, NY : The Guilford Press.
- Dawson, P., Guare, R. (2004). *Executive Skills in Children and Adolescents: A Practical Guide to Assessment and Intervention*. New York : The Guilford Press.
- Dawson, P., Guare, R., Kapalka, G. M. (2005). Executive Skill Problems in ADHD Children: Can the Theory Guide Practical Applications? *PsyCRITIQUES*, 50(2).
- Fiorello, C. A., Hale, J. B., Snyder, L. E. (2006). Cognitive hypothesis testing and response to intervention for children with reading problems. *Psychology in the Schools*, 43(8), 835-853.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Functions*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Helland, T. (2006). Dyslexia at a behavioural and a cognitive level. *Dyslexia*, 13(1), 25-41.
- Holmes, J., Gathercole, S. E., Dunning, D. L. (2009). Adaptive training leads to sustained enhancement of poor working memory in children. *Developmental Science*, 12(4), 9-15.
- Hooper, S. R., Swartz, C. W., Wakely, M. B., de Kruijff, R. E. L. (2002). Executive Functions in Elementary School Children With and Without Problems in Written Expression. *Journal of Learning Disabilities*, 35(1), 57-68.
- Kouijzer, M. E. J., de Moor, J. M. H., Gerrits, B. J. L., Congedo, M., van Schie, H. T. (2009). Neurofeedback improves executive functioning in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 145-162.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment: 4th Edition*. New York : Oxford University Press.
- Limond, J., Leeke, R. (2005). Practitioner review: Cognitive rehabilitation for children with acquired brain injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 339-352.
- Locascio, G., Mahone, E. M., Eason, S. H., Cutting, L. E. (2010). Executive Dysfunction Among Children With Reading Comprehension Deficits. *Journal of Learning Disabilities*, 43(5), 441-454.
- Magajna, L., Pečjak, S., Peklaj, C., Čacinovič Vogrinčič, G., Kavkler, M., Tancig, S. (2008). *Učne težave v osnovni šoli: problemi, perspektive, priporočila*. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Maricle, D. E., Johnson, W., Avirett, E. (2010). Assessing and Intervening in Children with Executive Function Disorders. V: D. C. Miller, *Essentials of School Neuropsychological Assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- McCloskey, G., Perkins, L. A., Van Divner, B. (2009). *Assessment and Intervention for Executive Function Difficulties*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Meltzer, L. (2010). *Promoting Executive Function in the Classroom*. New York: The Guilford Press.
- Meltzer, L., Krishnan, K. (2007). Executive Function Difficulties and Learning Disabilities: Understandings and Misunderstandings. V: L. Meltzer (ur.), *Executive Function in Education: From Theory to Practice*. New York : The Guilford Press.
- Naglieri, J. A., Salter, C. J., Edwards, G. H. (2004). Assessment of Children with Attention and reading Difficulties Using the Pass Theory and Cognitive Assessment System. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 22, 93-105.
- Peklaj, C. (2012). *Učenci z učnimi težavami v osnovni šoli in kaj lahko stori učitelj*. Ljubljana : Center za pedagoško izobraževanje.
- Powell, K. B., Voeller, K. K. S. (2004). Prefrontal Executive Function Syndromes in Children. *Journal of Child Neurology*, 19(10), 785-797.
- Reiter, A., Tucha, O., Lange, K. (2004). Executive Functions in Children with Dyslexia. *Dyslexia*, 11, 116-131.

Solan, H. A., Shelley-Tremblay, J., Ficcara, A., Silverman, M., Larson, S. (2003). Effect of Attention Therapy on Reading Comprehension. *Journal of Learning Disabilities*, 36(6), 556-563.

Thorell, L. B., Lindquist, S., Bergman Nutley, S., Bohlin, G., Klingberg, T. (2009). Training

and transfer effects of executive functions in preschool children. *Developmental Science*, 12(1), 106-113.

Ylvisaker, M., DeBonis, D. (2000). Executive Function Impairment in Adolescence: TBI and ADHD. *Topics in Language Disorders*, 20(2), 29-57.

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1). Uradni list RS št. 58/2011 z dne 22.7.2011.

Mag. Mateja Hudoklin, univ. dipl. psihologinja, specialistka klinične psihologije

Področja delovanja: klinično psihološka diagnostika emocionalnih, vedenjskih in učnih motenj ter motenj v duševnem razvoju pri šolskih otrocih in mladostnikih, svetovanje in psihoterapija z otroki in mladostniki z emocionalnimi, vedenjskimi in učnimi motnjami, svetovanje staršem, učiteljem in svetovalnim delavcem, razvojno-raziskovalno delo na področju kognitivnih procesov, povezanih z učenjem, motivacijo, individualnimi razlikami in učno neuspešnostjo,

Udeležенost otrok s posebnimi potrebami ter njihovih staršev v procesih izvajanja pomoči

Povzetek

Prispevek, ki je del širše raziskave v okviru doktorske disertacije, je usmerjen v predstavitev nekaterih teoretičnih konceptov udeležенosti otrok in staršev v procesu izvajanja pomoči v šoli. Predstavljeni so rezultati raziskave, ki se nanašajo na udeležенost otrok s posebnimi potrebami ter njihovih staršev v načrtovanje učne/dodatne strokovne pomoči ter prilagoditev pri pouku in v opredelitev diagnostične ocene znotraj postopka usmerjanja. Rezultati kažejo, da so tako učenci kot starši pogosto vključeni v načrtovanje in evalviranje učne/dodatne strokovne pomoči, vendar to ni redna praksa v šolah, saj je tega deležnih le petdeset do šestdeset odstotkov otrok ter njihovih staršev. Večina učencev in njihovih staršev je prav tako imela možnost sodelovanja pri oceni svojih/otrokovih zmogljivosti in težav v postopku usmerjanja, pri čemer so imeli starši to možnost v mnogo večji meri v primerjavi z učenci. Rezultati kažejo na to, da učenci s posebnimi potrebami ter njihovi starši še vedno niso povsem enakovredni partnerji v timu.

Ključne besede:

otroci s posebnimi potrebami, etika udeležенosti, participacija, učna pomoč, dodatna strokovna pomoč

PARTICIPATION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS AND THEIR PARENTS IN THE PROCESSES OF PROVIDING HELP

Summary

This article is part of a wider research in the framework of my PhD thesis. It brings an introduction to several theoretical concepts of the participation of children and their parents in the process of providing help in schools. Presented are results of the research regarding the participation of children with special needs and their parents in the process of planning of (additional) expert teaching help and adaptations in lessons, as well as in the definition of diagnostic evaluation within the process of guidance. The results show that children with special needs and their parents are still not entirely equal partners in the team. Both pupils and their parents are often included in the planning and evaluating of (additional) expert teaching help in schools, but this is far from regular practice, since only 50-60 percent of children and their parents are involved. Children and their parents also have chances to participate in the evaluation of abilities and difficulties of children in the process of guidance, whereas parents have much larger share of such chances than children themselves. Similarly, parents are generally informed about results of testing performed by experts in the process of guidance, while the majority of children is not informed.

Keywords:

children with special needs, participation, ethics of participation, teaching help, additional expert help

Uvod

Uvajanje inkluzivne vzgoje in izobraževanja zahteva skupno sodelovanje učiteljev in strokovnih delavcev v šoli, staršev ter otrok s posebnimi potrebami. Sodelovalni odnos med vsemi udeleženi v procesu inkluzije pa lahko dosežemo le z večjo udeleženoostjo otrok in staršev v procesih odločanja in načrtovanja. V storilnostno naravnani šoli, kar slovenska šola je, pogosto ni namenjenega prostora in časa, ko bi zares prisluhnili otrokom s posebnimi potrebami in njihovem pogledu na proces lastnega šolanja. Zanima nas, ali ti otroci usvajajo izobraževalne cilje, manj pa smo pozorni na njihovo počutje in sprejetost v razredu in v šoli ter na

to, ali imajo dovolj podpore s strani staršev, vrstnikov in strokovnih delavcev šole, ali so udeleženi v procesih odločanja in načrtovanja lastne prihodnosti. Prav tako si pogosto ne vzamemo časa za skupno evalvacijo realizirane pomoči, ki je je bil otrok deležen. Učinkovitost pomoči pogosto ocenjujemo skozi otrokove učne dosežke (doseganje standardov znanja, ocene, učni uspeh), redkeje pa smo poleg omenjenih dosežkov pozorni tudi na čustveno in socialno področje. Bregar Golobič (2013) opozarja, da je v slovenskih in tudi drugih šolah še vedno najbolj običajno, da se učitelji in starši o otroku pogovarjajo sami med seboj. Z otrokom pa se pogovarja vsak zase, le izjemoma tudi skupaj (učitelj, starš, otrok), pa še to najpogosteje, ko gre za prekrške v otrokovem vedenju. Avtorica (prav tam) navaja, da za slovenske učitelje in tudi svetovalne delavce vključevanje otroka kot enakovrednega sogovornika v pogovor odraslih, ko teče beseda o njem, njegovem življenju in problemih v šoli, pomeni nekaj novega in neobičajnega.

Koncept udeležnosti

Z uveljavljanjem diskurza pravic, opolnomočenja, normalizacije in konstruktivistične orientacije postajajo otroci in mladostniki aktivno, enakopravno in soodgovorno udeleženi v interakciji s strokovnjakom. Sodelovanje udeleženih zahteva od strokovnjaka, da se znova in znova prilagaja posamezniku in njegovemu položaju. Ta razsežnost odvzema strokovnjakom moč odločanja in zahteva usmerjenost v skupno akcijo (Kobolt, Rapuš Pavel, 2006).

Do kakšne mere in kako je posameznik vključen v socializacijske procese, je odvisno od stopnje participacije. Participacija posameznika pa ne pomeni, da je le-ta zraven ali da je vključen, temveč pomeni, da ima vpliv nad dejanji in odločitvami (Kirby, Lanyon, Cronin, Sinclair, 2003, v Bajželj, 2008). To pomeni, da se posameznika sliši, da se upošteva njegovo mnenje, njegove poglede, stališča, ko gre za sprejemanje odločitev, ki zadevajo njihovo življenje. Mikuš Kos (2006) participacijo pojmuje kot aktivno vlogo posameznikov v zaščiti lastnega duševnega zdravja in psihosocialne dobrobiti drugih. Poudarja, da duševno zdravje in participacija delujeta recipročno: duševno zdravje motivira in krepi participacijo – participacija krepi duševno zdravje. Škerjanc (2005) govori o različnih definicijah participacije, ki predvidevajo oziroma omogočajo različen obseg vpliva participantov. Participacija, ki ne prinaša večjega vpliva udeležencem, prispeva sicer k večji integraciji participantov v obstoječ sistem, ne daje pa večjih možnosti za uveljavljanje njihovih interesov. Spodnja razpredelnica kaže obseg vpliva posameznika na okoliščino, ki je določen z obsegom njegovega sodelovanja. Obseg sodelovanja in možnost vplivanja se spreminjata, in sicer od morebitne pasivne navzočnosti do samostojnega odločanja in izbire.

VKLJUČENOST V ODLOČITVE	OBSEG VPLIVA
odločitve sprejemajo drugi	nima vpliva
zastopa ga strokovna služba ali skrbnica	manjši posredni vpliv
zastopa ga uporabniška organizacija	večji posredni vpliv
poda svoje mnenje	manjši neposredni vpliv
sodeluje pri odločitvah	večji neposredni vpliv
odloča in izbira sam	prevzame vpliv

Tabela 4: Participacija kot odnos med vplivom in sodelovanjem (Škerjanc, 2005, str. 49)

MacBeath in Mortimore (2001) govorita o tradicionalnem in sodobnem modelu vključevanja in participacije. Po njunem mnenju je za tradicionalen model vključevanja članov šolske skupnosti značilno, da je dogajanje v šoli (kot so npr. projekti in različne oblike šolskega dela) pasivno in receptivno. Učencem je na primer dovoljeno izraziti svoje mnenje, učiteljem je dovoljeno odločati o načinu poučevanja, staršem pa je dovoljeno darovati denar za »neko stvar«. Sodobni modeli vključevanja članov šolske skupnosti pa temeljijo na dejavnosti in participaciji. Vsi, ki so tako ali drugače vključeni v šolsko skupnost, imajo odločilno in aktivno vlogo pri delovanju šole in odločanju znotraj šole. V številnih državah imajo na primer člani šolske skupnosti v šolah (učenci, učitelji, drugi zaposleni in starši) uradno pravico do soodločanja o delovanju šole.

Stališče udeležnosti zahteva neogibno soodvisnost vseh udeležencev interakcije ter etični kontekst, v katerem ima vsak sogovornik svoj prepoznaten glas, ko v sodelovanju z drugimi soustvarja novosti v smeri zelenih sprememb in se uči prevzemati odgovornost za svoj prispevek v procesu podpore in pomoči. Pomagajoči strokovnjak se uči razumeti uporabnikovo teorijo (o problemu in zeleni spremembi ter virih moči za njeno uresničitev), saj želi v pogovoru z njim prispevati k temu, da uporabnik razvija svoje interpretacije (vključno z vzorci vedenja, s socialnimi akcijami) v smeri zelenih, dogovorjenih ciljev (Šugman Bohinc, 2005). Po Lüssiju (v Čačinovič Vogrinčič, 2006) gre za projekt sodelovanja, ki ga oblikujemo s sporazumevanjem, z dogovarjanjem in s skupnim ustvarjanjem rešitev, tako da bi udeleženi postali tudi soudeleženci pri rešitvi. S tem ko prisluhnemo otrokom s posebnimi potrebami, ustvarimo priložnost za medsebojno učenje (Russell, 1996), hkrati pa dobimo bolj ali manj neposreden vpogled v to, kaj otrok misli o sebi, kako vidi svoje spoprijemanje z razvojnimi nalogami, kaj pričakuje od sebe, kako vidi svoj življenjski položaj in h kakšnim ciljem stremi (Uhlendorff, 1999). Bistvo udeležnosti in soustvarjanja pomoči

Lüssi (v Čačinovič Vogrinčič, 2008) vidi v tem, da vsi udeleženi v problemu raziskujejo svoj delež v rešitvi. V središču sta dialog in medsebojno sodelovanje.

Cooper (1996) ugotavlja, da so izkušnje sodelovanja z učitelji in drugimi strokovnimi delavci šole zelo pomembne pri spodbujanju samoodločanja in odgovornosti ter razvoju pozitivne samopodobe. Poleg tega avtor navaja, da nam mnenja otrok s posebnimi potrebami o lastnem šolanju pomagajo oceniti in razumeti učinke intervencij, hkrati pa nam lahko veliko povedo o delovanju šole. Gersch (1996) na osnovi večletnih raziskav, ki temeljijo na neposrednem delu z otroki s posebnimi potrebami in s poudarkom na njihovi participaciji, opozarja, da bi morale vse šole preučiti, kako:

- vključiti otroke v procese odločanja;
- v procesih ocenjevanja in interveniranja določiti raven udeležnosti otrok, ki je primerna glede na starost otrok, njihove zmožnosti ter pretekle izkušnje;
- zabeležiti poglede otrok pri prepoznavanju lastnih težav, postavljanju ciljev, razvijanju strategij in ocenjevanju napredka;
- vključiti otroke v izvajanje individualiziranih učnih programov.

Ko govorimo o participaciji otrok s posebnimi potrebami, govorimo o njihovi enakopravnosti in hkrati govorimo o enakopravnosti vseh otrok v šoli. O tem, kako v šolah razvijati enakopravne pogoje za vse, pišeta Lynch in Baker (2005). Navajata štiri dimenzije, skozi katere lahko v šolah te pogoje razvijamo:

- *Enakopravnost v izobraževalnih in sorodnih dejavnostih.* V tem okviru še posebej izpostavljata neenakopravnosti, povezane z družbenim razredom. Pri tem dokazujeta potrebo po opustitvi rigidnih politik grupiranja učencev, izpodbijanja starševske moči pri selekciji ter grupiranju učencev, pri spreminjanju kurikula, pri oblikovanju šolskega sistema, ki bi bil za učence bolj vključujoč.
- *Enakopravnost spoštovanja in prepoznavanja.* Avtorja pozivata k bolj vključujočim šolskim procesom, v katerih gre za spoštovanje različnosti, kar se odraža ne le v šolski organiziranosti, temveč tudi v kurikulumu, procesih poučevanja, učenja in vzgoje ter v sistemu ocenjevanja.
- *Enakopravnost moči.* V ta namen pozivata k demokratizaciji odnosov med učitelji in učenci.
- *Enakopravnost ljubezni, skrbi in solidarnosti.* Učenci se s šolo ne soočajo le na intelektualnem nivoju, temveč igrajo v procesu poučevanja in učenja pomembno vlogo tudi čustva. Zato je v šoli nujno potrebno najti prostor za

pogovor učiteljev z učenci o njihovih občutjih in skrbih ter jim omogočiti takšne izkušnje, ki jih bodo spodbujale k razvijanju čustvene inteligence. To je pomembno ne le pri oblikovanju odnosa učencev do skrbi, ljubezni in solidarnosti, temveč igra pomembno vlogo tudi pri tem, kako zadovoljni so vsi udeleženci s procesom izobraževanja.

Udeleženos otrok s posebnimi potrebami v procesih izvajanja pomoči

Clark (2011, v Šugman Bohinc, 2013, str. 67) po pregledu več kot sto raziskav o otrocih ugotavlja, da nam otroci postanejo razumljivi, če ustrezno pristopimo k njim in jim omogočimo izraziti njihov pogled, njihov glas. To velja tako za kontekst znanosti kot tudi za vzgojno-izobraževalno, svetovalno, terapevtsko, zdravstveno, socialno in družinsko okolje. Včasih otroci niso imeli nikakršnega vpliva na snovanje razvojnih teorij. V njih so otroci umeščeni na krivuljo, usmerjeno v odraslost, njihove razvojne stopnje pa so temu primerno interpretirane s perspektive zanimanj odraslih, ne pa tega, kako sami doživljajo svoje izkušnje. Šele v zadnjih dveh desetletjih so raziskovanje dopolnili s tako imenovanim na otroka usmerjenim, pretežno kvalitativnim načinom proučevanja, v katerem imajo otroci vpliv in njihovi glasovi dobijo osrednje mesto v raziskavah in interpretacijah o otrocih. V 12. členu Konvencije o otrokovih pravicah OZN (1989) je določena pravica otroka, da v skladu s svojo zrelostjo sodeluje in se izjasnjuje o stvareh in predmetih, ki se nanašajo na njega samega. Hrabar (1996, v Koller-Trbovič, 2001) piše, da gre za izražanje lastnega mišljenja otroka, za izvorno in neodtujljivo pravico otroka do izražanja svoje subjektivnosti v odnosu do odraslih, posebej še, ko gre za odločanje o stvareh, ki zadevajo otroka samega. Verhallen (1998, prav tam) otrokovo pravico do soodločanja vidi kot najrevolucionarnejši del Konvencije, saj se v njem otroku priznava njegovo lastno mišljenje, ki ga je sposoben izraziti. Dandanes se otroke jemlje kot sodelavce, kot pomembne partnerje odraslim pri sprejemanju številnih odločitev. Ta pravica je, kot meni avtor, pomembna tako za otroka kot tudi za družbo. Otrok se tako uči odgovornosti, razvija lastno identiteto, družba pa lahko deluje na visoki stopnji demokracije. Hammarberg (1996, prav tam) meni, da je polje soudeležnosti otroka pri odločanju ključna dimenzija Konvencije. Maleš (2000, prav tam) v zvezi s tem pravi naslednje: »Otroci, ki se zavedajo svojih pravic, načina njihovega udejanjanja in zaščite, so boljše pripravljene na življenje«, torej velja ... «nuditi otroku izkušnjo aktivnega sodelovanja v ustvarjanju sprememb in v spoznavanju sebe kot osebe, ki ni žrtev dogajanja okoli sebe, pač pa je aktiven sodelavec v ustvarjanju sprememb«. Galla (2003) navaja, da imajo v številnih državah otroci, učitelji in starši znotraj šol možnost izraziti svoja mnenja o vsakodnevnem delovanju šole. V šoli z dobro klimo sta tovrstna participacija in vključevanje vseh, ki so tako ali drugače povezani s šolsko skupnostjo, pomembni orodji za izboljševanje družbenega ozračja in kako-

vosti šole. Participacija zahteva, da se vsakega člana šolske skupnosti jemlje resno in da vladata medsebojno spoštovanje in upoštevanje. Če šolarji nimajo občutka, da se jih jemlje resno, učitelji ne morejo pričakovati, da se bodo vedli odgovorno.

Galeša (1995) poudarja pomembno vlogo učenca kot člana strokovnega tima. Navaja, da mora pri nastajanju diagnoze, načrtovanju individualiziranega programa, njegovem izvajanju in evalvaciji sodelovati tudi otrok, kolikor največ je možno glede na njegovo starost ter vrsto in stopnjo primanjkljajev. Tako po strokovni kot človeški plati je to povsem jasno in ni nobenih dilem, da otroka ne bi vključili v proces načrtovanja, izvajanja in evalviranja pomoči ter drugih aktivnosti, v katere je vključen, vendar praksa pogosto kaže na pomanjkanje vključevanja otrok v omenjene procese. Akerman (2011) poroča, da so v šolskem prostoru še vedno opazni načini ravnanja in reševanja težav, pri katerih so učenci zgolj pasivni prejemniki pomoči, ki delujejo v skladu s prejetimi navodili. Van der Valle in Sekušek-Galešev (2002, v Kavkler, 2008, str. 59) menita, da so strokovni delavci pogosto prepričani, da najbolj poznajo otroka, a pogosto to ne drži, saj premalo evalvirajo uspešnost svojega dela in to, koliko so postavljeni cilji v resnici usklajeni s posebnimi potrebami, željami in osebnimi značilnostmi otrok.

V različnih raziskavah (Lynas, 1986; Armstrong, 1995; Lewis, 1995; Cooper, 1996) učenci izpostavljajo, da so bili v postopkih diagnosticiranja in usmerjanja izolirani in stigmatizirani. Diagnosticiranja in usmerjanja ne pojmujejo kot posebne oblike pomoči. Armstrongova (1995) raziskava kaže na zanemarjanje in neupoštevanje pogledov ter mnenj učencev v postopkih diagnosticiranja in usmerjanja. Avtor opozarja, da se v praksi kaže razkorak med prepričanji strokovnjakov, da so učenci deležni njihove pozornosti in da diagnosticiranje služi njihovemu interesu, ter dejansko pozornostjo, ki jo namenjajo pogledu učencev v tem procesu. Raziskave (Wade in Moore, 1993; Cooper, 1996), ki analizirajo doživljanje redne šole s strani učencev s posebnimi potrebami, prav tako kažejo na nizko stopnjo udeležnosti učencev v procesih odločanja. Učenci poudarjajo, da jih učitelji največkrat obravnavajo kot nemočne in se do njih obnašajo pokroviteljsko. Prav tako jim dajejo zelo lahke naloge. V nasprotju s tem si želijo več odgovornosti in več udeležnosti v šolskem okolju, saj menijo, da lahko le na ta način postanejo samozavestnejši (Wade in Moore, 1993).

V literaturi je v zadnjih petnajstih letih zaslediti nekaj projektov, kjer se kaže naraščanje vključevanja otrok v učni proces, raziskave pa potrjujejo pomen udeležnosti učencev v procesih odločanja, načrtovanja, ocenjevanja v učnem procesu (Gersch in Noble, 1991; Gersch, 1990/1992; Gersch, Holgate, Sigstone, 1993; Gersch in Nolan, 1994). Aktivna udeleženos otrok v procesih diagnosticiranja, načrtovanja pomoči, izvajanja ter njenega evalviranja je prav gotovo izrednega pomena, saj se na ta način otrok počuti soodgovornega in ima tako tudi večji vpliv nad dogajanjem in s tem tudi več možnosti, da doseže zeleni

cilj. Otrok, ki se bo aktivno vključeval v procese pomoči, od načrtovanja, izvajanja do njenega evalviranja, bo tudi bolj motiviran v celotnem procesu. Carta (1991), ki je proučeval razlike med učinkovitimi in neučinkovitimi razredi, je ugotovil, da je glavna razlika med učinkovitimi in neučinkovitimi razredi prav v tem, da ima v prvih vsak učenec možnost, da aktivno sodeluje.

Gersch (1996) izpostavlja, da so zakonska podprtost (pri tem navaja *Konvencijo o otrokovih pravicah OZN, Code of Practice in Children Act*), morala in strokovnost trije glavni povodi za vključevanje otrok v procese ocenjevanja. Otroci imajo pravico, da so obveščeni in aktivno vključeni v kakršnekoli procese njihovega ocenjevanja, prav tako pa imajo pravico, da so vključeni v celoten proces, od razumevanja postopka ocenjevanja (za kaj pri ocenjevanju pravzaprav gre) do obveščeniosti o rezultatu ocenjevanja. Avtor navaja dva nadaljnja razloga za upoštevanje »učencevega glasu« in njegovega pogleda na ocenjevanje ter šolsko načrtovanje, in sicer: takšen postopek je usmerjen k dvigu učenčeve samozavesti in samopodobe; učenčeva povratna informacija je pomembna ocena, ki pomaga učitelju izboljšati učinkovitost njegovega poučevanja.

Udeleženos taršev otrok s posebnimi potrebami v procesih izvajanja pomoči

Čačinovič Vogrinčič (1999, str. 175) o delu s tarši pravi: »Delo s tarši je posebno področje dela šole, kjer velja odnos spoštovanja, dogovarjanja, dopolnjevanja in skupnega iskanja. Tarši so najpomembnejši dejavnik pri vzgoji otrok in sodelovanje taršev s šolo je najpomembnejše, ko se otrok znajde v stiski, ko ne more uspešno delati, ko se v šoli ne počuti dobro, ko učitelj otroku ne more več zagotoviti spodbudnega okolja in ne zna prepoznati rešitev. Mnoge težke situacije so rešljive šele, ko se začnejo reševati skupaj z vsemi udeleženiimi v problemu.« Avtorica (2008) poudarja, da je sodelovanje s tarši posebna naloga, za katero še nimamo izdelanih razvidnih konceptov, je pa že jasno, da ga moramo vsi udeleženi – tarši, šola, učenci – šele raziskati.

V različnih člankih o otrocih s posebnimi potrebami, o načrtovanju pomoči in individualiziranega programa lahko pogosto preberemo, da so tarši enakovredni partnerji v strokovnem timu. Avtorji poudarjajo, da tarši svoje otroke najbolj poznajo in vedo, kaj je za njih dobro. Strokovnjaki se zato lahko od njih veliko naučimo. Vendar vsakodnevna praksa kaže, da je stvarnost za mnoge tarše drugačna izkušnja, ker jih strokovnjaki tako ne obravnavajo (Jurišič, 2008). Bečaj (1999) meni, da je vloga taršev znotraj šolskega okvira pogosto razumljena izrazito formalistično. Šola naj poskrbi, da bodo taršem dostopne informacije o delovanju šole, o njihovih otrocih, lahko se vključijo v delo šole, vendar ob jasno začrtanih mejah. Schmidt (2001) navaja, da imajo tarši otrok s posebnimi

potrebami pogoste stike z učitelji, specialnim pedagogom, šolskim psihologom, ravnateljem in drugimi strokovnjaki, vendar študije (Fylling, Sandvin, 1999, prav tam) kažejo, da vključenost staršev in pogosti stiki s šolo ne pomenijo tudi boljšega razumevanja otrokovih potreb. Starši se pritožujejo predvsem zaradi pomanjkljivih informacij, nezadovoljni so z otrokovim izobraževanjem, pogosto imajo občutek, da jih premalo poslušajo ali jih ne jemljejo resno. V intervjujih, ki so jih raziskovalci opravili s starši in učitelji, so ugotovili, da je večina odnosov že vnaprej definirana s strani učiteljev in šole. V razpravah dom-šola se največkrat uporablja vloga staršev kot »izvrševalcev«, kar kaže na to, da imajo starši zelo malo vpliva na organizacijo in vsebino izobraževanja.

Številne raziskave (Christenson, Sheridan, 2001; Intihar, Kepec, 2002; Digman, Soan, 2008; Magajna idr., 2008) kažejo, da sodelovanje staršev in šole pomembno izboljša učni uspeh otroka. Pomerantz idr. (2007) v obširni študiji različnih raziskav o vključevanju staršev ugotavljajo, da ustreznost vključenosti staršev vpliva ne le na boljše učne dosežke otroka, temveč tudi na njegovo duševno zdravje ter pozitivno prispeva k otrokovemu čustvenemu in socialnemu razvoju. Gonzalez-DeHass idr. (2005) so opravili primerjalno analizo raziskav in ugotovili, da obstaja pomembna povezanost med vključevanjem staršev in motivacijo učencev. Pri večji vključenosti staršev so učenci poročali o večjem trudu, boljši koncentraciji in večji prisotnosti. Bili so bolj zainteresirani za učenje in so dosegali višje kompetence. Učenci, katerih starši so se vključevali, so prevzeli večjo odgovornost za učenje. Tudi raziskave (prav tam) vključenosti staršev v bralne aktivnosti učencev so pokazale, da učenci izkazujejo večjo bralno učinkovitost, motivacijo za branje in prostovoljnost udeležbe v dejavnostih opismenjevanja. Kvaternik, Kustec in Kodele (2011) poudarjajo pomen pomoči otroku z učnimi težavami na način, ki omogoča, da se sliši glas vsakega akterja, tudi staršev. Starši z vsakodnevnim delom z otrokom pridobijo zelo veliko informacij, ki lahko koristijo učiteljem pri razumevanju otroka in pri delu z njim. Učitelji otroka poznajo po njegovem učenju in vedenju predvsem z zornega kota šole, starši pa poznajo njegov celovit razvoj od rojstva. Tudi Pearce (1994) daje velik pomen medsebojnemu odnosu vseh vključenih v pogovor in načrtovanje pomoči: otrok – starši – strokovni delavec (učitelj, svetovalni delavec idr.). Vsak od treh ima različna znanja, želje, pričakovanja, skrbi, občutke, ki posledično vplivajo na medsebojno interakcijo. Gibson in Blandford (2005, str. 25) priporočata, da strokovni delavci šole izkoristijo izkušnje in znanje staršev, se osredotočijo na otrokova močna in šibka področja, prepoznajo prizadevanja staršev in so pozorni na njihova čustva, hkrati pa zagotovijo, da starši razumejo postopke, v katere je otrok vključen. Avtorici navajata, da je pri tem pomembno spoštovanje različnih pogledov na dano situacijo ter različnih poti reševanja dane situacije. Pri tem strokovnim delavcem priporočata, da spoštujejo različne potrebe staršev, jezikovne in druge komunikacijske ovire ter skušajo fleksibilno sodelovati pri organizaciji srečanj s starši.

Henderson in Berla (1994), ki sta analizirala 85 študij o prednostih vključevanja staršev v otrokovo izobraževanje, na podlagi zaključkov trdita, da dobro načrtovano in učinkovito izvedeno vključevanje staršev prinaša pozitivne posledice za otroka, starše, učitelje in šolo. *Prednosti za otroka* se odražajo v prizadevanju za doseganje boljših učnih dosežkov, večji doslednosti pri domačih nalogah in manjšemu številu neopravičenih izostankov v šoli. Otrok pridobi večje samozaupanje, je bolj samodiscipliniran, ima višjo motivacijo za šolsko delo in višja pričakovanja. *Prednosti za starše* so v večji povezanosti z otroki, v večjem številu pogovorov z otroki. Starši postajajo občutljivejši za otrokove socialne, čustvene in intelektualne potrebe, bolj zaupajo v svojo starševsko vlogo in spretnosti odločanja. Znajo pozitivno spodbujati in manj po nepotrebem kaznovati ter bolje razumejo učiteljevo delo. *Prednosti za učitelje* se kažejo v večjem spoštovanju profesionalnega dela drugih učiteljev in ravnatelja, izboljšani komunikaciji in boljših odnosih s starši ter z vodstvom šole, prav tako pa tudi v večjem poklicnem zadovoljstvu.

V Sloveniji je bila opravljena raziskava o kakovostnem sodelovanju med učitelji in starši v slovenski osnovni šoli (Kalin, Resman, Šteh, Mrvar, Govekar-Okoliš, Mažgon, 2009). Iz rezultatov raziskave je razvidno, da starši kot najpomembnejši razlog za sodelovanje z učitelji navajajo odnos med učiteljem in njihovim otrokom, učitelji pa kot najpomembnejši razlog sodelovanja s starši navajajo počutje otroka med sošolci. Tako starši kot učitelji so kot najmanj pomemben razlog sodelovanja uvrstili učni uspeh otroka. Večina staršev doživlja učitelje kot poslušalce, ki upoštevajo njihova mnenja in predloge, manj kot tretjina staršev pa meni, da jih učitelji ne poslušajo, temveč jim le posredujejo svoja mnenja in predloge. Predvsem starši učencev s slabšim učnim uspehom se pogosteje doživljajo v vlogi, ko le prejemajo nasvete učitelja. Raziskava prav tako ugotavlja, da so starši iz triade v triado bolj potisnjeni v podrejeno vlogo, le-to pa so prej pripravljeni sprejeti starši otrok, ki so učno manj uspešni.

Dusi (2012) poudarja, da raziskave iz področja sodelovanja med domom in šolo ter izjave staršev in učiteljev kažejo, da je tovrstno sodelovanje koristno za učenčevo vzgojo in izobraževanje, pa kljub temu v Evropi in drugod obstaja vprašanje odnosa med starši in učitelji nerešeno. Gre za kompleksen odnos, ki vključuje različne socialne sfere: makro (družbeno), srednjo (institucionalno) in mikro (odnosno). Pravzaprav gre za toliko različnih stvarnosti, kolikor je šol samih. Mnoge študije (Nichols, 1991; Williams in Chavkin, 1985, v Soo-Yin, 2003) prav tako potrjujejo, da so starši zainteresirani za sodelovanje na vseh nivojih, od udeležbe na posameznih prireditvah do sprejemanja odločitev na nivoju šole.

Namen raziskave

Temeljni namen pričujočega dela, ki je del širše raziskave v okviru doktorske disertacije, je ugotoviti, v kolikšni meri in na kakšen način so učenci s posebnimi potrebami ter njihovi starši vključeni v procese diagnosticiranja v postopku usmerjanja ter v kolikšni meri in na kakšen način so oboji vključeni v načrtovanja dodatne strokovne pomoči in prilagoditev pri pouku. Izsledki raziskave lahko osvetlijo tista področja dela z otroki s posebnimi potrebami ter njihovimi starši, na katera je šola morda premalo pozorna, hkrati pa lahko pomembno prispevajo k oblikovanju smernic za nadaljnje celovito načrtovanje pomoči otrokom s posebnimi potrebami ter načrtovanje učinkovitih oblik sodelovanja s starši.

Metoda raziskovanja

V procesu pridobivanja, analiziranja ter interpretiranja predstavljenih podatkov smo uporabili kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod raziskovanja, s prevladujočo kvantitativno metodologijo. Izvedli smo deskriptivno in kavzalno-neeksperimentalno metodo.

Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 249 učencev s posebnimi potrebami od 5. do 9. razreda iz osnovnih šol v Sloveniji. Vzorec izbranih osnovnih šol smo pridobili na osnovi naključnega izbora in je vključeval 20 osnovnih šol iz različnih regij, in sicer iz pomurske, podravske, koroške, savinjske, zasavske, posavske, osrednjeslovenske, gorenjske, notranjske, goriške, obalno-kraške regije in jugovzhodne Slovenije. V vzorec je bilo vključenih 249 otrok, opredeljenih kot učenci s posebnimi potrebami, z odločbo o usmeritvi, kar predstavlja približno 5 % usmerjenih učencev, ki so vključeni v osnovno šolo od 5. do 9. razreda (po podatkih Statističnega urada RS za leto 2007). Prav tako smo povabili k sodelovanju v raziskavi vse starše 249 učencev s posebnimi potrebami, pri čemer se je za sodelovanje odločilo 225 staršev, kar predstavlja 90,36 % povabljenih staršev.

Merski pripomočki

Za namen raziskave smo sestavili dva anketna vprašalnika: anketni vprašalnik za učence in anketni vprašalnik za starše. Oba anketna vprašalnika smo pilotsko preizkusili pri otrocih s posebnimi potrebami in njihovih starših, ki so bili vključeni v obravnavo na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani.

Postopek

Vsi udeleženci raziskave so bili informirani o namenu raziskave. V njej so sodelovali prostovoljno in anonimno, kar pomeni, da je bila anketirancem zagotovljena tajnost podatkov. Učenci so natisnjene vprašalnike izpolnjevali v razredu, v prisotnosti ene ali dveh raziskovalk (specialne pedagoginje in logopedinje) ter občasno tudi ob pomoči šolske svetovalne službe. V vseh primerih so pred začetkom anketiranja šolske svetovalne delavke predstavile učence in povedale, če kdo potrebuje dalj časa za pisanje ali pomoč pri branju navodil in zapisu odgovorov. Nekateri učenci so prišli tudi s spremljevalci, ki so jim pomagali pri pisanju (gibalno oviran otrok, slaboviden otrok, gluhi otrok s polževim vsadkom). Prav tako so tudi starši učencev s posebnimi potrebami, ki smo jih zajeli v vzorec, prejeli natisnjene vprašalnike, ki so jih izpolnjevali doma ter jih rešene prek priložene ovojnice poslali nazaj.

Rezultati in interpretacija

V kolikšni meri so učenci s posebnimi potrebami soudeleženi pri načrtovanju strokovne pomoči

Odgovor	f	%
da	145	58,5
ne	103	41,5
Skupaj	248	100,0

Tabela 1: Prikaz odgovorov na vprašanje »Ali si vključen v načrtovanje učne pomoči in prilagoditev pri pouku?«

Test razlik v strukturi odgovorov: $\chi^2=7,113$; $P=,008$

Večje število učencev (58,5 %) navaja, da so vključeni v načrtovanje učne pomoči in prilagoditev pri pouku, medtem ko prav tako visok odstotek učencev (41,5 %) navaja, da v to načrtovanje niso vključeni. Razlike v strukturi odgovorov so statistično pomembne ($\chi^2=7,113$; $P=,008$). Prevladuje odgovor »da«. Načrtovanje pomoči se torej pri več kot polovici anketiranih učencev opravi skupaj z njimi, vendar bi pričakovali, da je to običajna praksa pri vseh učencih. A vendarle kar visok delež anketiranih učencev (41,5 %) navaja, da so iz skupnega načrtovanja pomoči izvzeti. Vprašamo se lahko: »Ali strokovnjaki še vedno nastopajo iz pozicije moči in menijo, da učenec ni sposoben sodelovati pri načrtovanju pomoči, namenjene njemu?«

Spremenljivka	Odg.	f	%	N	M	SD	t	2P	χ^2	P
pogovorim se z učiteljem in se skupaj dogovoriva, kaj lahko naredim jaz in kaj učitelj	nikoli	24	16,7							
	redko	71	49,3	145	2,17	0,693	3,007	0,003	23,042	0,000
	vedno	49	34,0							
izvajalcu učne pomoči povem, kje imam težave, nato se skupaj dogovoriva za možne oblike pomoči	nikoli	12	8,3							
	redko	62	42,8	145	2,41	0,640	7,655	0,000	41,807	0,000
	vedno	71	49,0							
vabljen sem na sestanek strokovne skupine, kjer skupaj oblikujemo načrt pomoči	nikoli	67	46,2							
	redko	48	33,1	145	1,74	0,780	-3,940	0,000	14,166	0,001
	vedno	30	20,7							
vabljen sem na sestanek s posameznimi izvajalci učne pomoči, kjer imam možnost predstaviti svoje videnje pomoči ...	nikoli	69	47,6							
	redko	46	31,7	145	1,73	0,784	-4,131	0,000	15,903	0,000
	vedno	30	20,7							
skupaj s starši sem vabljen na pogovor s strok. skup., kjer mi predstavijo načrtovane oblike pomoči in me vprašajo, če se strinjam z njimi	nikoli	45	31,0							
	redko	52	35,9	145	2,02	0,803	0,310	0,757	0,510	0,775
	vedno	48	33,1							

Tabela 2: Prikaz odgovorov na vprašanje »Če si vključen, kako pri tem sodeluješ?«, opisna statistika, enovzorčni t-test (primerjalna vrednost = 2, to je »redko«) in test razlik v strukturi odgovorov

Srednje vrednosti kažejo na to, da največ učencev izvajalcu učne pomoči pove, kje imajo težave, nato pa se skupaj dogovorijo o možnih oblikah pomoči ($M=2,41$; $SD=,640$), prav tako pa se veliko učencev pogovori z učiteljem in se nato skupaj dogovorijo, kaj lahko naredijo oni in kaj učitelj ($M=2,17$; $SD=,640$). Nižje so srednje vrednosti pri odgovorih, kot sta: vabljen sem na sestanek strokovne skupine, kjer skupaj oblikujemo načrt pomoči in vabljen sem na sestanek s posameznimi izvajalci učne pomoči, kjer imam možnost predstaviti svoje videnje pomoči, nato pa skupaj oblikujemo načrt pomoči. Učenci so torej redko ali nikoli del strokovnega tima, kjer bi skupaj s strokovnjaki in starši načrtovali ustrezno učno pomoč. Vsi omenjeni odgovori statistično pomembno odstopajo od primerjalne vrednosti. Prav tako so učenci redko vabljeni na pogovor s strokovno skupino skupaj s starši, kjer bi jim predstavili načrtovane oblike pomoči in jih vprašali, če se strinjajo z njimi. V slednjem primeru odgovori statistično pomembno ne odstopajo od primerjalne vrednosti. Zaključimo lahko, da se

učitelji pogosteje poslužujejo individualnih oblik komunikacije z učenci in se sprotno dogovarjajo glede načinov pomoči, redko pa povabijo učenca na sestanek strokovne skupine, kjer bi imel možnost sodelovati v timskem načrtovanju pomoči in bi bil enakopraven član strokovne skupine. Poudariti je potrebno, da imajo individualne oblike pogovorov z učencem drugačno vrednost kot pogovori v razširjeni skupini in da vsi člani strokovne skupine v tem primeru niso seznanjeni z mnenji, željami in predlogi učenca, saj je od učitelja odvisno, v kolikšni meri bo te informacije posredoval svojim kolegom. Individualne oblike pogovorov se običajno ne zapisujejo, zato učitelj in učenec težko preverita, kaj sta se dogovorila, kaj sklenila ipd. Dobra strah tovrstnih pogovorov pa so sprotne povratne informacije, možnost hitrih odzivov učitelja na aktualno problematiko ter neformalna oblika pogovora, ki temelji na dobrem odnosu med učiteljem in učencem in daje možnost zaupnega odnosa in odkritega pogovora.

Odgovor	f	%
da	119	48,0
ne	129	52,0
Skupaj	248	100,0

Tabela 3: Predstavitev odgovorov na vprašanje »Ali si bil vabljen na sestanek, kjer ste se s starši in učitelji pogovarjali o tem, kako si zadovoljen s pomočjo?«

Test razlik v strukturi odgovorov: $\chi^2=,403$; $P=,525$

Večina učencev (52 %) navaja, da niso bili vabljeni na sestanek z učitelji in starši, kjer bi se pogovarjali o tem, kako so zadovoljni s pomočjo in 48 % otrok navaja, da so bili vabljeni na sestanek. Razlike v strukturi odgovorov niso statistično pomembne ($\chi^2=,403$; $P=,525$). Rezultati so pravzaprav presenetljivi, glede na to, da so anketirani učenci stari med 10 in 14 let in znajo o sebi ter svoji vključenosti v šolski proces že zelo veliko povedati, hkrati pa so sami prejemniki pomoči, ki najbrž zelo dobro vedo, kakšne oblike pomoči so jim dejansko v pomoč in kakšne ne. Večja vključenost učencev v proces evalvacije pomoči bi lahko prispevala k učinkovitejšim oblikam pomoči učencem v prihodnje, hkrati pa je to tudi dobra povratna informacija učiteljem o tem, kaj so do sedaj delali dobro in bili pri tem uspešni, kaj pa bi veljalo spremeniti ali izboljšati.

V kolikšni meri so starši učencev s posebnimi potrebami soudeleženi pri načrtovanju strokovne pomoči

Spremenljivka	f	%
vabljen sem na sestanek s posameznimi izvajalci učne pomoči ali dodatne strokovne pomoči, kjer imam možnost predstaviti svoje videnje pomoči, nato pa skupaj oblikujemo načrt pomoči	128	60,4
vabljen sem na pogovor s strokovno skupino, kjer mi predstavijo načrtovane oblike pomoči in me vprašajo, če se strinjam z njimi	118	55,7
vabljen sem na sestanek strokovne skupine, kjer predstavim svojega otroka, njegova močna in šibka področja ter načine spoprijemanja z različnimi situacijami	89	42,0
izpolnim vprašalnik, kjer opišem močna in šibka področja svojega otroka ter načine pomoči, za katere menim, da bi mu koristili	61	28,8
nisem vključen v načrtovanje pomoči	24	11,3

Tabela 4: Predstavitev odgovorov na vprašanje »Na kakšen način sodelujete pri oblikovanju individualiziranega programa za otroka?«

Na to vprašanje je bilo možnih več odgovorov. Večina staršev (60,4 %) poroča, da so vabljeni na sestanek s posameznimi izvajalci učne/dodatne strokovne pomoči, kjer imajo možnost predstaviti svoje videnje pomoči, nato pa skupaj oblikujejo načrt pomoči. Kar 55,7 % staršev je vabljenih na pogovor s strokovno skupino, kjer jim predstavijo načrtovane oblike pomoči in jih vprašajo, če se strinjajo z njimi. Torej se od teh staršev pričakuje, da podpišejo že napisan in oblikovan individualiziran program. 42 % staršev je vabljenih na sestanek strokovne skupine, kjer imajo možnost predstaviti svojega otroka ter njegova močna in šibka področja ter načine spoprijemanja z različnimi situacijami. 28,8 % staršev izpolni vprašalnik, kjer opiše močna in šibka področja svojega otroka ter načine pomoči, ki bi mu lahko koristili. 11,3 % staršev ni vključenih v načrtovanje pomoči. Iz odgovorov staršev je razvidno, da je veliko staršev aktivno vključenih v načrtovanje individualiziranih programov, vendar pa je mnogo tudi takšnih staršev, ki so zgolj pasivni udeleženci strokovne skupine oziroma bolj formalni člani skupine, od katerih se pričakuje, da podpišejo individualiziran program in po možnosti nimajo pripomb na njega.

Kako učenci s posebnimi potrebami ocenjujejo in doživljajo diagnosticiranje v postopku usmerjanja?

Odgovor	f	%
da	77	30,9
ne	172	69,1
Skupaj	249	100,0

Tabela 5: Odgovori na vprašanje »Ali so ti na pregledih in testiranjih povedali, kako so ocenili tvoja močna področja in tvoje težave?«

Test razlik v strukturi odgovorov: $\chi^2=36,245$; $P=,000$

Večina učencev (69,1 %) navaja, da jim na pregledih in testiranjih niso povedali, kako so ocenili njihova močna področja in težave, pri čemer so razlike v strukturi odgovorov statistično pomembne ($\chi^2=36,245$; $P=,000$). To pomeni, da so bili pregledi za usmerjanje večinoma opravljeni, ne da bi strokovnjaki otroke seznanili z rezultati testiranja in z ugotovitvami. Le 30,9 % učencev navaja, da so bili s tem seznanjeni. Glede na odgovore učencev lahko sklepamo, da si strokovnjaki, ki delujejo v komisijah za usmerjanje, ne vzamejo dovolj časa za razgovor z učencem, temveč se ukvarjajo predvsem z diagnostičnimi preizkusi in pisanjem izvidov ter pri tem pozabijo, da imajo učenci pravico vedeti, kakšne so njihove ugotovitve in njihova priporočila.

Tudi tisti, ki so odgovorili (24 % delež celotnega vzorca učencev), da so jim strokovnjaki povedali, kako so ocenili njihova močna področja ter težave, večinoma (45 %) ne vedo, kaj so jim povedali ali se tega ne spomnijo.

Kako starši učencev s posebnimi potrebami ocenjujejo in doživljajo diagnosticiranje v postopku usmerjanja?

Odgovor	f	%
da	121	54,8
ne	100	45,2
Skupaj	221	100,0

Tabela 6: Prikaz odgovorov na vprašanje »Ali so vam v procesu usmerjanja strokovnjaki povedali, kako so ocenili otrokove zmogljivosti in težave ali primanjkljaje?«

Test razlik v strukturi odgovorov: $\chi^2=1,995$; $P=,158$

54,8 % staršev navaja, da so jim strokovnjaki povedali, kako so ocenili otrokove zmogljivosti in težave in 45,2 % staršev navaja, da jim tega niso povedali. Razlike v strukturi odgovorov niso statistično pomembne ($\chi^2=1,995$; $P=,158$). Iz teh podatkov lahko sklepamo, da imajo različni strokovnjaki v komisijah za usmerjanje pač različen odnos do staršev otrok s posebnimi potrebami. Mnogi strokovnjaki se posvetijo staršem ter jim predstavijo svoje ugotovitve. Nekoliko manjši pa je delež tistih strokovnjakov, ki se jim ne zdi pomembno ali vredno, da bi staršem dali povratno informacijo, jim osvetlili oceno, do katere so prišli na podlagi razgovorov z otrokom in diagnostičnih preizkusov. Najbrž se zadovoljijo z izvidom ali strokovnim mnenjem, ki ga napišejo in pošljejo staršem. Tako je njihova povratna informacija staršem zgolj formalnega značaja, vse, kar bi v živem stiku staršem lahko povedali in kar bi tudi starši lahko vprašali, pa ostaja neizrečeno in s tem tudi brezpredmetno. Tako imenovane »žive povratne informacije« so staršem lahko v veliko pomoč pri razumevanju otrokovih težav in pri nudenju podpore ter pomoči otroku.

Med tistimi strokovnjaki, ki so staršem povedali, kako so ocenili otrokove zmogljivosti in težave, sta najpogosteje zastopani psihologinja (43,5 %) in specialna pedagoginja (40,6 %), zdravnik specialist (pedopsihiater ali ortoped) le v 15,9 % ter tim strokovnjakov iz Svetovalnega centra v 13 %. Torej nekateri strokovnjaki v komunikaciji s starši več časa posvetijo uvodnemu razgovoru in anamnezi, drugi pa so bolj usmerjeni na interpretacijo diagnostičnih ugotovitev. Strokovnjaki na Zavodu RS za šolstvo so po podatkih staršev manj prisotni v komunikaciji z njimi v smislu obveščanja o oceni otrokovih zmogljivosti in težav (5,8 %).

Na vprašanje o tem, kaj so staršem strokovnjaki povedali, je odgovorilo le 58 staršev (to je 26 % delež celotnega vzorca staršev), odgovori pa so bili raznoliki. Največ staršev navaja, da so jim strokovnjaki opisali otrokove dosežke in primanjkljaje ter predstavili rezultate testiranja (22,4 %), vendar pa v zvezi s tem ne povedo, kaj točno so jim rekli. Nekateri so bili obveščeni, da ima otrok učne težave (12,1 %) ali da potrebuje pomoč in DSP (10,3 %). Nekateri govorijo o tem, da so bili obveščeni o tem, ko so dobili v vpogled strokovno mnenje ali odločbo. Redki starši navajajo čisto konkretne informacije o tem, kar so jim strokovnjaki povedali, če pa o njih že govorijo, v večini navajajo otrokove težave, ne pa tudi njegovih zmogljivosti.

Spremenljivka	Odgovor	Vloga		Skupaj	
		učenci	starši		
Ali so ti/vam na pregledih povedali, kako so ocenili tvoja/otrokova močna področja in težave	da	f	77	121	198
		%	30,9	54,8	42,1
	ne	f	172	100	272
		%	69,1	45,2	57,9
Skupaj	f	249	221	470	
	%	100,0	100,0	100,0	

Tabela 7: Prikaz primerjave med učenci in starši v odgovorih na vprašanje »Ali so ti/vam na pregledih povedali, kako so ocenili tvoja/otrokova močna področja in tvoje/otrokove težave?«

$$\chi^2 = 26,297; P = ,000$$

Razlika v odgovorih med starši in učenci je statistično pomembna ($\chi^2 = 26,297$; $P = ,000$). Večina učencev (69,1 %) odgovarja, da jim na pregledih niso povedali, kako so ocenili njihova močna področja in težave, medtem ko več staršev (54,8 %) navaja, da so jim strokovnjaki povedali, kako so ocenili otrokova močna področja in težave. Glede na te odgovore lahko sklepamo, da so se strokovnjaki po opravljenih pregledih o svojih ugotovitvah pogovarjali pretežno s starši učencev in redkeje z učenci. Le-ti so bili torej večinoma prikrajšani za povratno informacijo strokovnjakov.

Ali se učenci s posebnimi potrebami ter njihovi starši doživljajo soudeleženi pri opredelitvi diagnostične ocene?

Odgovor	f	%
da	155	62,2
ne	94	37,8
Skupaj	249	100,0

Tabela 8: Prikaz odgovorov učencev na vprašanje »Ali si imel možnost sodelovati pri oceni svojih zmogljivosti in svojih težav?«

Test razlik v strukturi odgovorov: $\chi^2 = 14,944$; $P = ,000$

Statistično pomembna večina ($\chi^2=14,944$; $P=,000$) (62,2 %) učencev poroča, da je imela možnost sodelovati pri oceni svojih zmogljivosti in težav, kar je zelo spodbuden podatek. Vendar pa ni zanemarljivo tudi število tistih, ki navajajo, da te možnosti niso imeli (37,8 %), kar kaže na to, da vključenost učencev v oceno lastnih zmogljivosti in težav za strokovnjake ni nekaj samo po sebi umevnega ali strokovnjaki v tem niso usklajeni med seboj.

Odgovor	f	%	
imel sem to možnost v vsem času postopka	98	45,6	da/pri večini
pri večini strokovnjakov	57	26,5	72,1
le pri nekaterih strokovnjakih	25	11,6	le pri nekaterih/ne
sploh nisem imel možnosti	35	16,3	27,9
Skupaj	215	100,0	

Tabela 9: Prikaz odgovorov na vprašanje »Ali ste imeli možnost aktivno sodelovati pri oceni otrokovih zmogljivosti in težav?«

Test razlik v strukturi odgovorov: $\chi^2 = 58,544$; $P=,000$

45,6 % staršev navaja, da so imeli ves čas postopka usmerjanja možnost aktivno sodelovati pri oceni otrokovih zmogljivosti in primanjkljajev, 26,5 % je imelo to možnost pri večini strokovnjakov, 11,6 % le pri nekaterih strokovnjakih in 16,3 % sploh ni imelo te možnosti. Razlike v strukturi odgovorov so statistično pomembne ($\chi^2 = 58,544$; $P=,000$). Prevladuje odgovor »imel sem to možnost ves čas postopka«.

Spremenljivka	Odgovor	Vloga		Skupaj	
		učenci	starši		
Možnost sodelovanja pri oceni zmogljivosti in težav	da	f	155	180	335
		%	62,2	83,7	72,2
	ne	f	94	35	129
		%	37,8	16,3	27,8
Skupaj		f	249	215	464
		%	100,0	100,0	100,0

Tabela 10: Prikaz razlike med učenci in starši v odgovorih na vprašanje »Ali si/ste imeli možnost sodelovati pri oceni svojih/otrokovih zmogljivosti in težav?«

$$\chi^2 = 25,442; P = ,000$$

Razlika v odgovorih med starši in učenci je statistično pomembna ($\chi^2 = 25,442$; $P = ,000$). Starši so imeli v večji meri (83,7 %) možnost sodelovanja pri oceni otrokovih zmogljivosti in težav, medtem ko je veliko manjše število učencev (62,2 %) odgovorilo, da je imelo to možnost. Torej v postopkih usmerjanja vključevanje staršev in še manj učencev ni nujno del diagnostičnega procesa, kar pomeni, da je to še vedno prepuščeno presoji konkretnega strokovnjaka.

Sklep

Raziskava, ki je zajela otroke in starše 20 osnovnih šol različnih slovenskih regij, nam je razkrila informacije o tem, v kolikšni meri in na kakšen način so učenci s posebnimi potrebami ter njihov starši vključeni v procese načrtovanja ter evalviranja učne in dodatne strokovne pomoči, hkrati pa nam je dala informacije o tem, v kolikšni meri so učenci s posebnimi potrebami in njihovi starši soudeleženi pri oceni svojih oz. otrokovih zmogljivosti in težav. Rezultati raziskave kažejo, da so tako učenci kot starši pogosto vključeni v načrtovanje učne in dodatne strokovne pomoči, kar je zelo spodbuden podatek, vendar to ni redna praksa v šolah, saj je tega deležnih le 50 % do 60 % učencev ter njihovih staršev. Sodelovanje staršev in učencev v načrtovanju pomoči učencem s posebnimi potrebami se je izvajalo že v okviru različnih projektov v slovenskem prostoru, kjer so strokovnjaki prakticirali in kasneje tudi predstavili primere dobre prakse medsebojnega sodelovanja šole, staršev in učencev, pa vendar se kasneje te oblike sodelovanja niso uspele zares implementirati v šolsko prakso. Kaj je torej ovira, da se projektne oblike dela, kjer se v evalvacijah kažejo dobri rezultati in vidni

učinki, ne uspejo nadaljevati izven projektov, v rednem vzgojno-izobraževalnem delu? V prihodnje bi veljalo analizirati, na kakšne načine se znanje in izkušnje, pridobljene v okviru projektnega dela, širijo naprej v strokovne kroge in kakšne so dejanske možnosti prenosa znanj, izkušenj in ugotovitev, pridobljenih v projektne delu, v šolsko prakso. Menim, da bi bilo smiselno narediti še kakšen korak več, da projekti ne bi ostali sami sebi namen, temveč bi se nove oblike in metode dela uspele uveljavili v vsakdanjem šolskem prostoru in ne zgolj v izbranih šolah.

Glede doživljanja soudeležnosti pri oceni otrokovih zmogljivosti in težav v postopku usmerjanja se prav tako kažejo pozitivni rezultati, saj tako starši kot učenci navajajo, da so imeli možnost sodelovanja v tej oceni, pri čemer velja izpostaviti, da so imeli starši to možnost v mnogo večji meri v primerjavi z učenci. Iz tega lahko sklepamo, da si strokovnjaki v komisijah za usmerjanje vzamejo več časa za komunikacijo s starši in da v primerjavi z otroki starše ocenjujejo kot bolj kompetentne za razumevanje njihovih ugotovitev, ocen ter mnenj. Tuje raziskave, navedene v teoretičnem delu prispevka, ki so analizirale vključenost učencev v postopke diagnosticiranja in usmerjanja, kažejo na veliko mero neupoštevanja pogledov ter mnenj učencev, medtem ko naša raziskava daje spodbudnejše rezultate. Lahko rečemo, da se je zavest o pomenu medsebojnega sodelovanja med učenci, starši in strokovnjaki s strani strokovnjakov, sodelujočih v komisijah za usmerjanje, povečala. Pa vendar rezultati raziskave kažejo tudi na to, da učenci in starši še vedno niso povsem enakovredni partnerji v timu. Še vedno je namreč odvisno od posameznega strokovnjaka v posamezni ustanovi, v kolikšni meri v proces usmerjanja vključuje učence in njihove starše. Sprašujem se, ali lahko s formalizacijo postopkov usmerjanja v okviru Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami vplivamo na večjo stopnjo vključenosti otrok s posebnimi potrebami ter njihovih staršev v postopke diagnosticiranja in usmerjanja ter načrtovanja, izvedbe in evalvacije pomoči? Ali ima večjo težo od formalizacije postopkov usmerjanja strokovna in osebna etika članov komisij ter članov strokovnih skupin v šolah?

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami iz leta 2011 v 4. točki 36. člena (Uradni list RS, št. 58/2011) namreč navaja, da morajo biti v pripravo in spremljanje individualiziranega programa vključeni starši in otrok. Ta del izvedbe se nanaša na šolske strokovne delavce, ki so zadolženi za pripravo, izvedbo in evalvacijo individualiziranega programa, medtem ko se lahko Komisija za usmerjanje Zavoda RS za šolstvo po lastni presoji odloča o tem, ali je potrebno v pogovor vključiti starše in otroka. Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 88/2013) v 2. točki 20. člena namreč pravi, da Komisija za pripravo strokovnega mnenja zgolj po potrebi opravi razgovor z vlagateljem, in prav tako zgolj po potrebi pregleda otroka. Sprašujem se, ali lahko priprava strokovnega

mnenja temelji zgolj na prejeti dokumentaciji, ko pa Komisija usmerja otroke v razvoju, pri katerih se v kratkem času marsikaj spremeni, dokumentacija, ki jo pridobijo, pa ni nujno povsem »sveža«? Vsekakor je lažje formalizirati postopke usmerjanja kot spreminjati stališča strokovnih delavcev, zadolženih za pomoč otrokom s posebnimi potrebami. Pa vendar se zdi, da je prav senzibilizacija strokovnih delavcev tista, ki dolgoročno lahko vpliva na večjo enakopravnost otrok s posebnimi potrebami ter njihovih staršev ter s tem tudi večjo vključenost v načrtovanje, izvajanje in evalvacijo pomoči. Morda se moramo na tej točki obrniti k otroku in se vprašati, kako sploh lahko načrtujemo pomoč brez tistega akterja, ki mu je ta pomoč dejansko namenjena?

LITERATURA

- Akerman, B. (2011). Od monologa k dialogu, od prejetanja k soustvarjanju pomoči. V: Šugman Bohinc (ur.), *Učenci z učnimi težavami. Izvirni delovni projekti pomoči*. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo. S. 152-176.
- Armstrong, D. (1995). *Power and Partnership in Education*. London, New York : Routledge.
- Bajželj, B. (2008). Vloga participacije mladih v luči trajnostnega razvoja. V: Kavčič, I., Šabec, P. (ur.), *Didaktika v šoli v naravi: zbornik 4. strokovnega posveta*. Ljubljana : Center šolskih in obšolskih dejavnosti. S. 6-12.
- Bečaj, J. (1999). Organizacijska struktura šole, vodenje in položaj svetovalne službe. V: Resman, M., Bečaj, J., Bežić, T., Čačinovič Vogrinčič, G., Musek, J., *Svetovalno delo v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah*. Ljubljana : Zavod RS za šolstvo. S. 157-174.
- Bregar Golobič, K. (2013). Upoštevanje otrokovega glasu je kulturno dejanje. V: Kodele, T., Mešl, N. (ur.), *Otrokov glas v procesu učenja in pomoči: priručnik za vrtce, šole in starše*. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za šolstvo. S. 41-64.
- Carta, J. J. (1991). Inner-city children's education. *American Behavioral Scientist*, 34, 441-453.
- Christenson, S.L., Sheridan, S.M. (2001). *Schools and Families: Creating Essential Connections for Learning*. New York, London : The Guilford Press.
- Cooper, P. (1996a). The Inner Life of Children with Emotional and Behavioural Difficulties. V: Varma, V. P. (ur.), *The Inner Life of Children with Special Needs*. London : Whurr Publishers Ltd. S. 95-111.
- Cooper, P. (1996b). Pupils as partners: pupils' contributions to the governance of schools. V: Jones, K., Charlton, T. (ur.), *Overcoming Learning and Behavior Difficulties. Partners with Pupils*. London in New York: Routledge. S. 192-208.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). Nova paradigma v sodelovanju med otrokom, starši in šolo: soustvarjanje pomoči. V: *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami – spodbujanje, podpiranje in učinkovita pomoč: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo Bravo. S. 63-67.
- Digman, C., Soan, S. (2008). *Working with Parents: A Guide for Education Professionals*. Los Angeles, London, Mew Delhi, Singapur, Washington : Sage.
- Dusi, P. (2012). Odnos med družino in šolo v Evropi – pregled raziskav. *CEPS Journal*, Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, vol. 2, št. 1, 13-33.
- Galeša, M. (1995). *Specialna metodika individualizacije*. Radovljica : Didakta.
- Galla, M. (ur.) (2003). *Making Schools a Healthier Place: Manual on Effective School-based Drug Prevention*. Utrecht : Trimbos Institute.
- Gersch, I. S. (1990). The Pupil's view. V Scherer, M., Gersch, I.S., Fry, L. (ur.), *Meeting Disruptive Behaviour: Assessment, Intervention and Partnership*. London : Macmillan Educational.
- Gersch, I. S., Noble, J. (1991). A System project involving students and staff in a secondary school. *Educational Psychology in Practice*, 7(3), 140-147.
- Gersch, I. S. (1992). Pupil involvement in assessment. V Cline, T. (ur.), *The Assessment of Special Educational Needs: International Perspectives*. London : Routledge.
- Gersch, I. S., Holgate, A., Sigston, A. (1993). Valuing the child's perspective: A revised student report and other practical initiatives. *Educational Psychology in Practice*, 9(1), 36-45.
- Gersch, I. S., Nolan, A. (1994). Exclusion-what the pupils think. *Educational Psychology in Practice*, 10(1), 35-45.

- Gersch, I. S. (1996). Listening to Children in Educational Contexts. V: Davie, R., Upton, G., Varma, V. (ur.), *The Voice of the Children*. London, Washington : Falmer Press, 27–48.
- Gibson, S., Blandford, S. (2005). *Managing Special Educational Needs. A Practical Guide for Primary and Secondary Schools*. London : Paul Chapman Publishing.
- Gonzales-DeHass, A. R., Willems, P., Doan Holbein, F. D. (2005). Examining the Relationship Between Parental Involvement and Student Motivation. *Educational Psychology Review*, 17 (2), str. 99–123.
- Henderson, A. T., Berla, N. (1994). *A New Generation of Evidence. The Family is Critical to Student Achievement*. Washington : National Committee for Citizens in Education.
- Intihar, D., Kepec, M. (2002). *Partnerstvo med šolo in domom*. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Jurišič, B. D. (2008). Starši so enakovredni partnerji pri oblikovanju individualiziranega programa: otroci naj bodo dobri v šoli in uspešni v življenju! V: Rovšek, M. (ur.), *Otroci s posebnimi potrebami: izobraževanje in vzgoja otrok z motnjami v duševnem razvoju*. Nova Gorica : Melior, Educa, 33–56.
- Kalin, J., Resman, M., Šteh, B., Mrvar, P., Govekar-Okoliš, M., Mažgon, J. (2009). *Izzivi in smernice kakovostnega sodelovanja med šolo in starši*. Ljubljana : Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Kavkler, M. (2008a). Uresničevanje inkluzivne vzgoje in izobraževanja v šolski praksi. V: Kavkler, M. idr., *Razvoj inkluzivne vzgoje in izobraževanja – izbrana poglavja v pomoč šolskim timom*. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za šolstvo. S. 57–93.
- Kobolt, A., Rapuš Pavel, J. (2006). Model sodelovalnega ocenjevanja in interveniranja. V Sande, M. (ur.), *Socialna pedagogika: izbrani koncepti stroke*. Ljubljana : Pedagoška fakulteta. S. 53–71.
- Koller-Trbovič, N. (2001). Sodelovanje otrok in mladostnikov z motnjami vedenja na različnih nivojih procesa odločanja ter interveniranja. *Socialna pedagogika*, vol. 5, št. 2, str. 213–225.
- Konvencija o otrokovih pravicah (OZN) (1989). Pridobljeno 23. 5. 2012 iz svetovnega spleta: <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=105>
- Kvaternik, I., Kustec K., Kodele, T. (2011). Pogled staršev na uvajanje koncepta delovnega odnosa soustvarjanja v šoli. V: Šugman Bohinc, L. (ur.), Učenci z učnimi težavami. Izvirni delovni projekt pomoči. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo. S. 136 – 151.
- Lewis, A. (1995). *Children's Understanding of Disability*. London : Routledge.
- Lynas, W. (1986). Pupil attitudes to integration. *British Journal of Special Education*, 13 (1), 31–33.
- Lynch, K., Baker, J. (2005). Equality in education: An equality of condition perspective, *Theory and Research in Education*, 3(2), 131–164.
- MacBeath, J., Mortimore, P. (2001). *Improving School Effectiveness*. London : Open University Press.
- Magajna, L. idr. (2008). Učne težave in šolska neuspešnost – kompleksnost, razsežnost, opredelitev. V: Magajna, L. idr., *Učne težave v osnovni šoli: problemi, perspektive, priporočila*. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za šolstvo. S. 15–22.
- Mikuš Kos, A. (2006). Kaj je Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše prispeval k varovanju duševnega zdravja otrok v skupnosti. V: *Mozaik našega delovanja: zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše*. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 120–143.
- Pearce, J. (1994). Consent to Treatment during Childhood. *British Journal of Psychiatry*, 165, str. 713–716.
- Russell, P. (1996). Listening to Children with Disabilities and Special Educational Needs. V: Davie, R.; Upton, G.; Varma, V. (ur.), *The Voice of the Child*. London, Washington: Falmer Press. S. 107–119.
- Schmidt, M. (2001). Socialna integracija otrok s posebnimi potrebami v osnovno šolo. Maribor : Pedagoška fakulteta.
- Soo-Yin, L. (2003). Parent Involvement in Education. V: Olsen, G., Fuller, M.I. (ur.), *Home-School Relations*. Boston : Allyn & Bacon. S. 134 – 158.
- Škerjanc, J. (2005). Kakovost življenja, participacija in vpliv. V: Dragoš, S. (ur.), *Krepitev moči*. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo. S. 48–58.
- Šugman Bohinc, L. (2005). Epistemologija podpore in pomoči. *Časopis za kritiko znanosti XXXIII*, 221, 167–181.
- Uhlendorff, U. (1999). Socialnopedagoška hermenevtična diagnostika ter načrtovanje vzgojne pomoči. *Socialna pedagogika*, 4 (4), 445–460.
- Wade, B., Moore, M. (1993). *Experiencing Special Education*. Buckingham, Philadelphia : Open University Press.

Bojana Caf

je profesorica specialne pedagogike, specialistka gibalno-plesne terapije in predavateljica za področje specialne pedagogike. Zaposlena je na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, kjer se ukvarja z zgodnjim odkrivanjem razvojnih in učnih težav pri otrocih ter z izvajanjem korekcijskih terapevtskih oblik pomoči otrokom in mladostnikom z razvojnimi in učnimi težavami. Posveča se tako individualnim kot skupinskim oblikam dela ter svetovanju otrokom, mladostnikom, staršem in učiteljem. Izvaja tudi gibalno-plesne terapevtske skupine za otroke in mladostnice. Svoje znanstveno-raziskovalno delo trenutno usmerja v položaj otrok s posebnimi potrebami v inkluzivni šoli.

Reševanje matematičnih besedilnih nalog pri učencih z učnimi težavami pri matematiki in pri učencih brez učnih težav pri matematiki

Povzetek

Reševanje problemov je kot ključna spretnost človeka, poleg aritmetike, merjenja in algebre, zajeta v standardih osnovnošolske matematike (NCTM, 2000). Ker je reševanje človekovih problemov vezano na realno življenje, so matematične besedilne naloge (v nadaljevanju MBN) pomembna vrsta matematičnih nalog v šoli, ki povezujejo matematična znanja z realnimi življenjskimi situacijami. Pri reševanju MBN mora učenec razumeti jezikovne in numerične informacije v nalogi ter jih prevesti v ustrezno mentalno reprezentacijo, oblikovati načrt reševanja in izpeljati ustrezne računske postopke. Rezultati tujih in domačih raziskav kažejo, da imajo učenci z učnimi težavami pri matematiki pri reševanju MBN težave zaradi primanjkljajev na področju aritmetike, jezika, delovnega spomina in pozornosti.

Rezultati raziskave, v kateri smo primerjali učence z učnimi težavami pri matematiki in učence brez učnih težav pri matematiki na področju reševanja matematičnih besedilnih nalog, kažejo, da se skupini statistično pomembno razlikujeta v vseh opazovanih spremenljivkah. Razlike med skupinama kažejo, da imajo učenci z učnimi težavami pri matematiki kognitivne in metakognitivne primanjkljaje in imajo manj ustrezen pristop pri reševanju MBN. Ti učenci potrebujejo celostno obravnavo, ki vključuje neposredno in usmerjeno poučevanje reševanja MBN ter trening avtomatizacije dejstev, jezikovnega razumevanja in vizualne reprezentacije.

Ključne besede:

pismenost, matematične besedilne naloge, učne težave pri matematiki, kognitivni in metakognitivni procesi

Solving mathematical word problems in students with learning difficulties in math and in students without learning difficulties in math

Abstract

Problem solving as an important skill is, beside arithmetic, measure and algebra, included in standards of school mathematics (National council of Teachers of Mathematics) (NCTM, 2000). Since solving of human problems is connected to the real life, the mathematical word problems (in short MWP) are an important kind of mathematics tasks in school and connect mathematics knowledge with real-life situations. When solving MWP a student needs to understand the language and numeric information in the problem in order to translate them into an adequate mental representation, create a solution plan and execute suitable procedural calculations. Foreign and domestic results indicate that students with mathematics difficulties have problems in solving MWP because of deficits in fields of arithmetic, language, working memory and attention.

The results of the research between students with mathematical difficulties and students without mathematical difficulties show significant differences among two groups of students in all included manifest variables. The differences among groups show that the students with math difficulties have cognitive and metacognitive deficits and less suitable approach in solving MWP. It is necessary to develop a treatment with direct and explicit instructions for solving MWP and training with the focus on automatization of basic arithmetic facts, language understanding and visual representation.

Key words: literacy, mathematical word problems, math difficulties, cognitive and metacognitive processes

Uvod

Življenje v sedanjem času od človeka terja več znanja, prilagajanja in reševanja najrazličnejših problemov na delovnem mestu, v šoli in doma. Zmožnost uspešnega reševanja vsakdanjih problemov je pomembna lastnost človeka.

Reševanje problemov je kot ključna spretnost človeka, poleg aritmetike, merjenja in algebre, zajeta tudi v standardih osnovnošolske matematike (NCTM, 2000).

Reševanje problemov bo kot nujna spretnost potrebna za uspešnost v poklicih 21. stoletja, zlasti na področju naravoslovja, tehnologije, inženirstva in matematike (STEM) (National Mathematics Advisory Panel, 2008).

Torej problemi in njihovo reševanje niso vezani zgolj na področje matematike. Magajna (2003) pravi, da terminologija na tem področju sploh ni enotna, prav pri pouku matematike pa se izraz »problem« uporablja kot sinonim za težko nalogo, lahko pa tudi za besedilno nalogo (prav tam). Prav spretnost reševanja matematičnih besedilnih nalog (MBN) je že nekaj časa prepoznana kot zelo pomembna komponenta matematične pismenosti učenca.

Matematična pismenost

Včasih je veljalo, da pismenost predstavlja le sposobnost branja in pisanja in se nanaša na materinščino, v drugi polovici prejšnjega stoletja pa se je njeno pojmovanje razširilo na druge vrste pismenosti (Pellegrino in Goldman, 1987). Zato govorimo tudi o matematični pismenosti, ki je bila prvič opredeljena v okviru mednarodnega projekta PISA (Programme for International Student Assessment), čeprav že od leta 1980 narašča pomembnost matematične pismenosti in reševanja problemov pri učencih (Garcia s sod., 2006). V PISA ocenjevanjih matematike se matematična pismenost kaže prek učenčeve zmožnosti analiziranja in učinkovitega komuniciranja, ko oblikuje, rešuje in interpretira matematične probleme, ki vključujejo kvantitativne, spacialne, verjetnostne in matematične koncepte. (OECD, 2010). Matematična kompetenca tako vključuje, na različnih stopnjah zahtevnosti, zmožnost in pripravljenost uporabe matematičnih načinov razmišljanja (logično in spacialno razmišljanje) in reprezentacije (formul, modelov, konstrukcij, grafov, preglednic).

Matematične besedilne naloge

V praksi se uporablja za matematične besedilne naloge več izrazov: besedilne naloge, matematične besedilne naloge, besedni problemi, aritmetični besedni problemi, kontekstualni problemi, tekstne naloge. Verschaffel, Greer in De Corte (2000, str. ix) opredeljujejo MBN kot »verbalni opis problemske situacije, ki zahteva enega ali več odgovorov, ki jih dobimo z uporabo matematičnih operacij, v katerih so vključeni numerični podatki, ki se nahajajo v problemu«. Glavna (vendar ne edina) ločnica med simbolno predstavljeno nalogo in MBN je torej dodana lingvistična informacija, ki zahteva od učenca, da zgradi model problema. Če je račun že pripravljen za reševanje, pa mora pri MBN učenec uporabiti besedilo, da odkrije manjkajočo informacijo, oblikovati račun ter ga izračunati. Pri tem je potrebno integrirati jezikovno razumevanje in druge kognitivne procese, zato so MBN težje kot računski problemi.

Učenec mora analizirati in interpretirati informacije, MBN odstraniti nepomembne podrobnosti in jo prevesti v enega ali več ustreznih računov (Parmar, Cawley in Frazita, 1996; De Corte in Verschaffel, 1985, v Verschaffel idr., 2000). Zaradi take kompleksnosti so MBN lahko zelo zahtevne, saj terjajo specifično znanje (Jonassen, 2003; Bates in Wiest, 2004), hkrati pa predstavljajo pomemben medij, s pomočjo katerega se učenci učijo izbirati in uporabljati strategije, ki jih lahko uporabijo pri reševanju vsakdanjih problemov (Swanson, 2014).

MBN se nahajajo na kontinuumu od enostopenjskih aritmetičnih MBN seštevanja in odštevanja, ki jih učenci spoznavajo v prvem razredu (npr. Janez ima dve frnikoli, Peter mu da še tri frnikole. Koliko frnikol ima Janez sedaj?) do kompleksnih večstopenjskih (npr. Denis želi zamenjati 60 € za ameriške dolarje. Banka da za 100 € 93 ameriških dolarjev. Koliko dolarjev bo dobil Denis?).

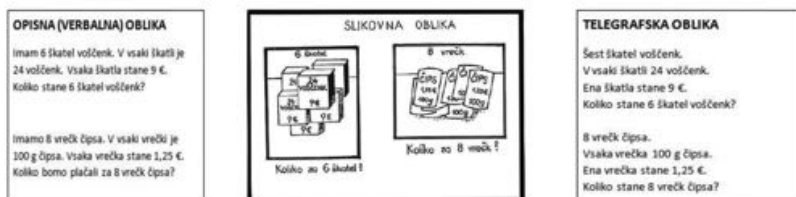
Težave pri reševanju nastanejo zaradi težav z identifikacijo vrste MBN (npr. primerjanje dveh količin ali spreminjanje vrednosti ene količine) ter prevajanja in integracije verbalnih reprezentacij v matematične reprezentacije (Geary, 2000). V drugem in tretjem triletju osnovne šole postanejo kompleksne večstopenjske MBN zahtevne, saj terjajo prevajanje več stavkov in kasneje njihovo integracijo v celoto (prav tam).

MBN je sestavljena iz dveh medsebojno povezanih delov (Kintsch in Greeno, 1985):

- a. situacijskega dela (opisa dogodka iz realnega življenja),
- b. matematičnega dela (latentne mreže matematičnih odnosov).

Da učenec lahko oblikuje ustrezno matematično enačbo ali račun, mora dobro razumeti situacijo, opisano v nalogi (Stern in Lehrndorfer, 1992). Učenec poveže situacijo s strukturalnimi značilnostmi MBN, ki so shranjene v učenčevih shemah MBN (Kintsch in van Dijk, 1978, v Jonassen, 2003).

MBN so lahko predstavljene v treh oblikah (Moyer, Sowder, Threadgill-Sowder in Moyer, 1984, str. 346): opisni ali verbalni, slikovni in telegrafski obliki.



Slika 1: Predstavitev matematičnih besedilnih nalog v opisni, slikovni in telegrafski obliki

Pri reševanju MBN mora učenec predelovati verbalne in neverbalne informacije, saj so MBN podane v pisni ali slikovni obliki. Razumevanje besedila in razumevanje slik sta dva kognitivna procesa, s katerima oseba izbira in procesira verbalne in slikovne informacije z namenom oblikovanja mentalne reprezentacije (Schnotz in Bannert, 2003). Kognitivni psihologi pravijo, da je razumevanje proces oblikovanja notranje (mentalne) reprezentacije.

Reševanje matematičnih besedilnih nalog

Čeprav obstaja več opisov reševanja matematičnih problemov in MBN, je jasno, da reševanje zahteva tako interpretacijo kot analizo, vsebuje lahko reševanje v enem ali več korakih, zahteva prepoznavanje potrebnih računskih operacij in vsebuje irelevantne informacije (Passolunghi, Marzocchi in Fiorillo, 2005).

V skladu z modelom reševanja, ki ga je predstavil Mayer (1985), vključuje reševanje problemov štiri kognitivne procese, ki so združeni v dve fazi: **reprezentacija problema** in **reševanje problema**. Mayer meni, da pri reševanju MBN preveč pozornosti posvečamo računanju, premalo pa drugim vrstam znanja, kot je matematično znanje, sheme, strateško in jezikovno znanje. Vsak reševalec si mora nalogo najprej dobro predstavljati, šele nato se lahko loti uspešnega reševanja. Reprezentacija problema ima dve podfazi: prevajanje in integracijo. Reševanje problema pa ima prav tako dve fazi: načrtovanje reševanja in računanje.

REPREZENTACIJA PROBLEMA predstavlja spreminjanje besed in slik iz MBN v ustrezno mentalno reprezentacijo in ima dve podfazi.

Podfaza **prevajanje** predstavlja transformacijo trditev v besedilu v notranji reprezentirajoči model. Ko učenec sliši ali prebere stavek, ga prevede v svoj model, za kar potrebuje jezikovne spretnosti, saj mora izjave parafrazirati oziroma jih prevesti v njemu razumljiv jezik (izjavo »V Sparu stane zavitek masla 1,25 €«, prevede v ustrezno mentalno reprezentacijo: »maslo, Spar, 1,25«).

Podfaza **integracija** problema predstavlja povezovanje vseh trditev notranjega mentalnega modela v neko celoto, rečemo tudi *shemo*. Ta faza je odvisna od zmožnosti matematičnega interpretiranja povezav v nalogi.

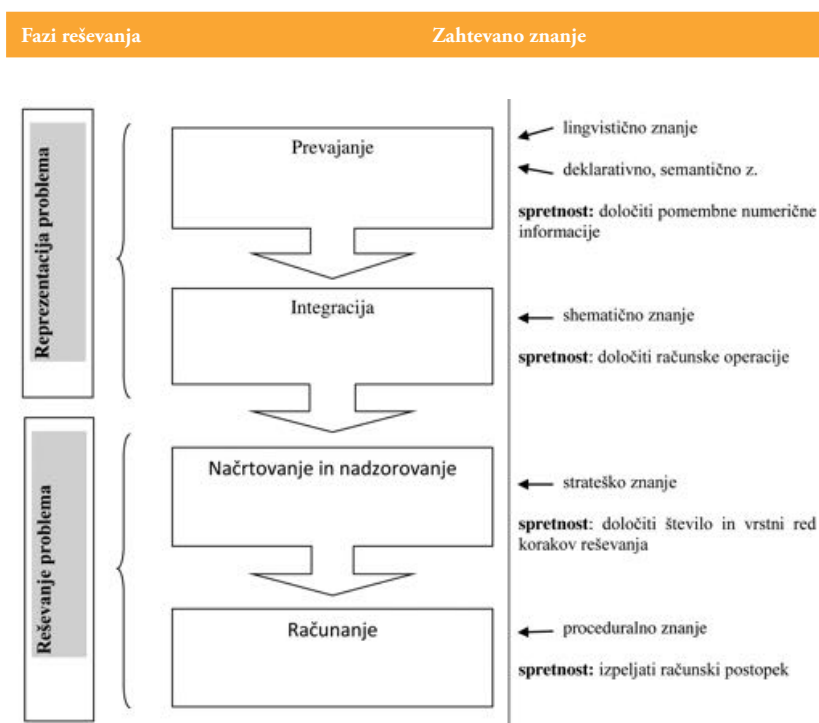
REŠEVANJE PROBLEMA predstavlja prevajanje mentalnega modela v rezultat s pomočjo načrta in računanja in ima tudi dve podfazi.

Podfaza **načrtovanje reševanja** zahteva načrt reševanja naloge, ki vključuje točno določene korake reševanja v pravilnem vrstnem redu.

Podfaza **računanje** je končni del reševanja in predstavlja kulminacijo prejšnjih procesov ter vključuje izvršitev načrta, ki temelji na prejšnjih treh korakih.

Upoštevaajoč dejstvo, da si koraki sledijo, je zelo pomembno, da učenec za doseg rezultata razume vse komponente v vsaki fazi. Mayerjev model nazorno opisuje procese, ki omogočajo reševanje matematične naloge, ne pa potrebnih spretnosti za izvrševanje posameznih procesov.

Model za vsako fazo predvideva specifično vrsto znanja in iz njih izhajajoče specifične spretnosti. Podfaza prevajanja zahteva lingvistično in deklarativno znanje ter spretnosti izbire števil za reševanje. Integracija in načrtovanje, ki sta povezani s shematskim in strateškim znanjem, sta pomembni za določitev računskih operacij ter število korakov, potrebnih za reševanje. Podfaza računanja, ki je povezana s proceduralnim ali algoritmičnim znanjem, predstavlja računanje.



Slika 2: Mayerjev (1985) model procesa reševanja problema

Na sliki 2 so prikazane komponente Mayerjevega modela in potrebne spretnosti, ki so povezane z vrsto znanja v vsaki podfazi. Dodati je potrebno, da je proces reševanja iterativne narave; čeprav učenec upošteva zaporedje korakov pri reševanju, se zaradi samokontrole in korekcije vrača na že izvedene korake.

Montague (1997) slednje imenuje metakognitivne spretnosti pri reševanju problemov in jih tudi opisuje v svojem kognitivno-metakognitivnem modelu reševanja MBN (prav tam). Učenec mora sproti preverjati smiselnost korakov in se spraševati, če proces reševanja še vodi k rešitvi. Proces reševanja torej upošteva zaporedje korakov, zaradi metakognitivnih spretnosti pa ni nikoli linearen.

Iz zgornje slike je tudi razvidno, da reševanje MBN predstavlja kompleksnejši proces kot reševanje računske naloge. Čeprav slednja lahko variira v svoji kompleksnosti, od učenca zahteva samo rešitev enačbe s pomočjo računanja (kar je v Mayerjevem modelu le računsko podfaza). Reševanje MBN pa med drugim zahteva izbiro številskih podatkov, izbiro računske operacije in prepoznavanje števila korakov, ki vodijo do rešitve.

Dejavniki uspešnega reševanja matematičnih besedilnih nalog

Že v zaključku prejšnjega dela smo izpostavili, da reševanje MBN zaradi dodane jezikovne informacije zahteva več kognitivnih procesov kot pa računske naloge. Medtem ko pri računih učenec priključ le ustrezna aritmetična dejstva, postopek in vztraja pri reševanju, pri reševanju MBN potrebuje še druga znanja.

Lindsay in Norman (1972, v Mayer, 1996) trdita, da potrebuje učenec za reševanje MBN naslednja znanja:

- **dejstva** (kar naj bi bilo učencu takoj dostopno),
- **algoritme** (zbirke pravil, ki zmanjšajo obremenitev delovnega spomina in pripeljejo do rešitve),
- **hevristična znanja** (različne strategije).
- Verschaffel, Greer in De Corte (2000) navajajo nekaj podobnih in nekaj drugih znanj, kot:
- **dobro organizirano in fleksibilno bazo specifičnega znanja** (deklarativno, proceduralno in konceptualno znanje, jezikovno znanje),
- **hevristične metode reševanja,**
- **metakognicijo,**
- **afektivne dejavnike.**

Potrebna matematična znanja za reševanje matematičnih besedilnih nalog

Specifično matematično znanje za reševanje MBN predstavljajo deklarativno, proceduralno, konceptualno ter strateško znanje.

Matematično deklarativno znanje obsega mrežo osnovnih aritmetičnih dejstev (npr. $4 + 7$), družino dejstev ($5 + 4$, $4 + 5$, $9 - 4$, $9 - 5$) ter semantična znanja (vsota, razlika ...). Dobre strategije štetja vodijo do avtomatizacije aritmetičnih dejstev, ki je nujno potrebno za reševanje kompleksnejših aritmetičnih nalog. Deklarativno aritmetično znanje je nujno potrebno, kajti zmožnost shranjevanja in hiter priklic aritmetičnih dejstev pomagata učencu graditi proceduralno in konceptualno znanje abstraktnih matematičnih principov, kot sta zakona komutativnosti in asociativnosti, ter uspešneje reševati MBN, saj ostane na voljo več delovnega spomina, ki je nujno potreben pri reševanju MBN (Gersten, Jordan in Flojo, 2005).

Matematično proceduralno znanje predstavlja obvladovanje postopkov z jasnim zaporedjem, ki vodi do odgovora oziroma skupek pravil, algoritmov in procedur, navodil, ki se uporabljajo pri reševanju matematičnih računskih nalog in MBN. S pomočjo proceduralnega znanja učinkovito uporabljamo deklarativno znanje in usklajujemo različne kognitivne in metakognitivne procese, ki so povezani z učinkovitim reševanjem problema (Montague, 1997). Na proceduralno znanje vpliva pozornost (sledenje korakom), delovni spomin, fonološko procesiranje (izvajanje korakov in računanje zahteva zadrževanje fonoloških reprezentacij v delovnem spominu, medtem ko učenec izbira in nadzoruje strategije reševanja) in dolgoročni spomin (Fuchs idr., 2006).

Matematično konceptualno znanje predstavlja znanje mestnih vrednosti, štetje, računске operacije, vrsto MBN. Med reševanjem je potrebno znanje dosegljivo le, če je ustrezno organizirano v spominu v obliki kognitivnih struktur ali shem.

Ko učenec vstopi v svet izkušenj, reševanje realnih življenjskih problemov, ter se formalno izobražuje, uporablja shranjeno konceptualno, deklarativno in proceduralno znanje, da si oblikuje **strateško znanje**. To znanje predstavlja »vedeti kdaj, kje in zakaj« (Montague, 1997). Problemsko znanje obsega strategije (zato strateško) za reševanje ter aplikativna znanja (Mlakar, 2013). S. Pečjak (2004) navaja, da je strateško znanje povezava vsebinskega in proceduralnega znanja in zajema znanje, s katerim je učenec sposoben sam uravnavati lasten proces reševanja in učenja, kar pa zahteva poleg kognitivnih tudi razvitost metakognitivnih sposobnosti. Zato ga S. Pečjak imenuje samoregulacijsko učenje (prav tam). A. Žakelj (2003, v Mlakar, 2013) pravi, da problemsko znanje vključuje postavitve problema (prepoznavanje problema), preverjanje podatkov, strategije reševanja, uporabo znanja (transfer) ter miselne veščine (analiza, sinteza, indukcija, dedukcija).

Kognitivne, metakognitivne in čustvene komponente reševanja matematičnih besedilnih nalog

Ugotovili smo že, da je reševanje MBN kompleksen proces, ki zahteva različna učenceva znanja, ne samo računanje. Kot ključne kognitivne, metakognitivne in čustvene komponente bomo izpostavili jezikovna znanja, branje, hitrost predelovanja informacij, izvršilne funkcije in delovni spomin, pozornost, metakognicijo, reprezentiranje oziroma vidno-prostorske zmožnosti ter motivacijske in čustvene dejavnike.

Že Vygotsky je poudarjal pomen **jezika** in govora v učnem procesu. Jezikovne sposobnosti ne vplivajo samo na oblikovanje matematičnih pojmov, mentalnih procesov in obvladovanje matematičnih terminov, vplivajo tudi na reševanje MBN (Pimm, 1993, v Kavkler, 1997). Radatz (1979) je napake pri reševanju MBN povezoval z jezikovnimi težavami. Menil je, da učenec pogosto matematične simbole, koncepte in stavke doživlja kot tuj jezik. Pri reševanju MBN mora opustiti pomen določenih besed iz vsakdanjega življenja in se naučiti popolnoma novega. Šibko semantično razumevanje je pogost vzrok nerazumevanja MBN, prav tako pa prihaja do napak pri semantičnem prevajanju iz vsakdanjega jezika v matematični jezik.

Najvišja stopnja **branja** je, ko učenec bere z razumevanjem in fleksibilno pristopa k različnemu bralnemu gradivu (Pečjak, 1999). 50 % učencev z učnimi težavami pri matematiki ima bralne in jezikovne težave (Barbaresi s sod., v Jordan in Levine, 2009). Ko dekodiranje postane avtomatično, lahko bralec pozornost preusmeri v višje ravni razumevanja in predelave besedila (La Berge in Samuels, v Pečjak, 2010).

Večja **hitrost procesiranja informacij** omogoča procesiranje večje količine informacij in s tem se poveča funkcionalna kapaciteta delovnega spomina ter zmanjša kratkoročno pozabljanje (Dehn, 2008).

Izvršilne funkcije so odgovorne za nadzorovanje in reguliranje miselnih procesov med reševanjem kompleksnih kognitivnih nalog. Nekateri avtorji tudi **delovni spomin** vključujejo med izvršilne funkcije (Dawson in Guare, 2004). Delovni spomin predstavlja začasno shranjevanje in manipuliranje z informacijami in je zato potreben pri reševanju kompleksnih nalog (Payliss, Jarrold, Baddeley, Gunn in Leigh, 2005, v Dehn, 2008). Ključna zmožnost pri reševanju MBN je zmožnost inhibiranja nepomembnih informacij v besedilu in iskanje pomembnih. Zato je inhibicija ena od temeljnih kapacitet delovnega spomina (Kane in Engle, 2002, v Dehn, 2008). Številni avtorji trdijo, da ni pomembna količina zadržanih informacij v delovnem spominu, ampak učinkovito inhibiranje nepomembnih informacij (Bull in Espy, 2006). M. C. Passolunghi in L. S. Siegel (2001, v Fuchs, Compton, Fuchs, Paulsen, Bryant in Hamlett, 2005) sta odkrili, da imajo manj

uspešni reševalci MBN manjši obseg delovnega spomina, tako za numerične kot besedne informacije, in da so manj učinkoviti pri inhibiciji nepomembnih informacij.

Usmerjanje pozornosti je pomembno za reševanje nalog, težave s pozornostjo pa so pogost šolski problem. Pri reševanju MBN gre za izluščenje ključnih informacij iz besedila.

Metakognicija predstavlja kontrolne strukture višjega reda, ki omogočajo posamezniku razumeti in regulirati lastne miselne aktivnosti (Demetriou in Efklides, 1989, v Bakračević Vukman, 2004). Piaget je ugotovil, da se metakognitivna znanja in spretnosti razvijajo med 12. in 14. letom starosti, ko učenec vstopi v fazo formalnih operacij (Flavell, 1985, v Montague, 1997). Reševanje MBN ni enkratno reševanje, ampak se vedno izvaja v korakih, ki jih je potrebno ozavestiti in njihovo izvajanje tudi nadzorovati. Sternberg (1985) je identificiral sedem metakognitivnih spretnosti, ki so pomembne pri reševanju matematičnih problemov: prepoznavanje, definiranje, reprezentacija, oblikovanje strategije reševanja, razporeditev virov, nadzorovanje in evalvacija reševanja.

Reprezentiranje ali **vidno-prostorska zmožnost** predstavlja posameznikovo zmožnost razmišljanja v slikah, predstavah. Vizualizacija se nanaša na notranje ali zunanje reprezentacije. Notranje (mentalne) reprezentacije so shranjene v možganih, zunanje pa predstavljajo vidno-prostorske predstavitve na papirju, tabli ali drugem mediju. T. Hodnik Čadež (2000) notranje reprezentacije imenuje miselne predstave, zunanje reprezentacije pa zelo strukturirane simbolne elemente. M. Hegarty, Mayer in Monk (1995) so ugotovili, da ima večina učencev pri reševanju MBN večje težave z oblikovanjem ustrezne reprezentacije naloge kot pa z računanjem.

Na uspešnost učenja matematike in reševanje MBN vpliva tudi čustvena in motivacijska komponenta. M. Montague (1997a) je ugotovila, da imajo učenci brez učnih težav pri matematiki na predmetni stopnji statistično pomembno pozitivnejša stališča do matematike kot učenci z učnimi težavami pri matematiki. Slednjim se zdijo problemi bolj zahtevni, dosežejo manjše število točk pri reševanju MBN, za reševanje pa porabijo manj časa kot vrstniki, ki težav nimajo. Učenci z učnimi težavami pri matematiki imajo tudi slabšo učno samopodobo.

Učne težave in učenci z učnimi težavami pri matematiki

Lerner (2003) opredeli učence z učnimi težavami kot heterogeno skupino, ki ima različne kognitivne, socialne, emocionalne in druge značilnosti ter pri učenju izkazujejo pomembno večje težave kot vrstniki.

M. Montague (1997) pri učencih z učnimi težavami pri matematiki kot najpogostejše težave opaža *slabše konceptualno matematično znanje* (obvladovanje osnovnih matematičnih pojmov), *slabše jezikovne in komunikacijske spretnosti* (branje in razumevanje navodil in MBN), *šibko pomnjenje in obvladovanje strategij* (povezano s predstavami, avtomatizacijo postopkov in dejstev, načini reševanja MBN), *težave s prevajanjem jezikovnih in numeričnih informacij v MBN* (povezano s shemo reševanja naloge in postopki reševanja). Nadalje M. Montague (1997a) opaža pri njih nižjo motivacijo za učenje in slabšo samopodobo, ko se srečujejo z matematičnimi nalogami.

Pri učencih s specifičnimi učnimi težavami pa M. Kavkler (1997) opaža tudi *težave s perceptivnimi spretnostmi* (povezano z netočnim sprejemanjem informacij), *s slabšim pomnjenjem* (povezano s priklicem dejstev, pomnjenjem pojmovnih in proceduralnih znanj, (postopkov), *slabše jezikovne spretnosti* (vplivajo na razumevanje pojmov, izrazov, strategij), *težave s pozornostjo* (povezane z impulzivnim, nepozornim in perseveracijskim vedenjem učenca pri reševanju matematičnih nalog), *slabšo tehniko branja* (povezana z bralnim razumevanjem) in *finomotorične težave* (povezane s točnostjo in hitrostjo pisanja, merjenja, rokovanja s ponazorili).

Problem raziskovanja

Z raziskavo, v kateri smo proučevali in primerjali načine reševanja MBN pri učencih z učnimi težavami pri matematiki in pri učencih brez težav pri matematiki, smo skušali ugotoviti, če in katere razlike obstajajo v načinu reševanja med obema skupinama. V prispevku bomo predstavili del raziskave, v kateri smo zajeli nekatere sposobnosti učencev iz obeh skupin, njihovo računanje ter reševanje MBN.

Cilj raziskovanja

Osrednji cilj raziskave je bil identificirati procese in strategije reševanja MBN pri učencih z učnimi težavami pri matematiki ter ugotoviti povezave procesov in strategij reševanja MBN z nekaterimi specifičnimi kognitivnimi sposobnostmi (kot je selektivna pozornost, izvršilna pozornost, delovno pomnjenje) pri reševanju MBN.

Metode dela

Vzorec

V vzorec smo vključili 140 učenk in učencev osnovnih šol iz osrednjeslovenske (Ljubljana, Medvode, Šmartno pod Šmarno goro, Vodice) in gorenjske regije (Cerklje na Gorenjskem, Kranj, Šenčur, Škofja Loka, Tržič), ki so v šolskem letu 2011/2012 obiskovali 5. razred osnovne šole. Šole smo izbrali naključno. V času testiranja je bila starost učencev od 10,1 do 11,5 let, povprečna starost je bila 10,6 let. Navedena starost velja za mesec februar 2012. Učenci so bili razdeljeni v dve skupini. V prvi skupini (skupina 1) je bilo 70 učencev, 35 učenk in 35 učencev, ki so imeli učne težave pri matematiki, v drugi skupini (skupina 2) je bilo prav tako 70 učencev, 35 učenk in 35 učencev, brez učnih težav pri matematiki.

V vzorec so bili zajeti naključno izbrani učenci, ki niso nikoli ponavljali razreda, niso imeli izrazitih težav pri branju (dekodiranje bralnega gradiva je tekoče), v skupini učencev s težavami pri matematiki so morali imeti pomembno nižje dosežke od vrstnikov po mnenju učiteljice pri matematiki in reševanju MBN ter oceno pri predmetu do največ 3. Skupino učencev brez težav pri matematiki pa so sestavljali vrstniki, ki so imeli dobre in nadpovprečne dosežke pri matematiki in reševanju MBN, oceno pri predmetu 4 ali 5.

Merski instrumenti

V raziskavi smo uporabili Ravenove standardne progresivne matrice, Wechslerjevo lestvico inteligentnosti za otroke oziroma njene podteste (podobnosti, računanje, ponavljanje števil, poučenost), STROOP test, Test mentalnega sledenja, Test motenosti v branju in pisanju (T-MBP), Acadia test, Desetminutni preizkus za ugotavljanje avtomatizacije aritmetičnih dejstev in postopkov (DAT), Preizkus MBN, Vprašalnik o strategijah pri reševanju MBN, Vprašalnik o načinu reševanja MBN za učence in Vprašalnik za učitelje.

V prispevku, kjer prikazujemo del raziskave, smo od zgoraj naštetih instrumentov uporabili Acadia test, Desetminutni preizkus za ugotavljanje avtomatizacije aritmetičnih dejstev in postopkov (DAT), Test motenosti v branju in pisanju (T-MBP), Vprašalnik o strategijah pri reševanju MBN, Vprašalnik o načinu reševanja MBN za učence, Vprašalnik za učitelje in Preizkus MBN.

Spremenljivke

Zap. št. spremenljivke	okrajšava	Ime manifestne spremenljivke	Opis merjenja
ACADIA			
1	vid_p_m_koord	vidno-prostorska in motorična koordinacija	število točk
2	sl_pom	slušno pomnjenje števil in besed	število točk
DAT			
3	dat_rr	reševanje računov z različnimi operacijami	število pravilno rešenih računov
4	dat_r1	reševanje računov z eno točko	število pravilno rešenih računov
5	dat_r2	reševanje računov z dvema točkama	število pravilno rešenih računov
6	dat_r3	reševanje računov s tremi točkami	število pravilno rešenih računov
7	dat_t	dosežene točke na celotnem testu	število točk
T-MBP			
8	t-mbp2_č	branje besed 2 - čas	čas branja v sek
9	t-mbp_št_n	branje besed 2 – število napak	število napak
Vprašalnik za učitelje			
10	vu_1	bere tekoče in prebrano razume	(1-5)
11	vu_z	osnovno aritmetično znanje (računa s priklicem do 20, zna poštevanke)	(1-5)
12	vu_s	poznavanje strategij za reševanje MBN	(1-5)
Vprašalnik o načinu reševanja MBN			
13	vuč_1	veselje do reševanja MBN	ocena od 1 do 5
14	vuč_2	težavnost reševanja MBN	zelo lahko do zelo težko (1-5)
15	vuč_3	ocena težavnosti MBN	zelo lahka do zelo težka (1-5)
16	vuč_31	prepričanost o zmožnosti reševanja	nisem prepričan do močno sem prepričan (1-5)
17	vuč_6	število uporabljenih strategij	število strategij
18	vuč_7	pravilni izračun	da, ne
Vprašalnik strategij pri reševanju MBN za učence			
19	vuč_8	uporaba strategij	od nikoli do vedno (1-3)

Preizkus MBN

20	bn_st	število uporabljenih korakov	število korakov
21	bn_reš	pravilnost rešitve	število pravilno rešenih nalog

Preglednica 1: Uporabljene spremenljivke

Metode analize podatkov

Za obdelavo podatkov smo uporabili deskriptivno statistiko, analizo homogenosti variance in obliko t-testa za neodvisne vzorce, ko smo ugotavljali razlike med skupino učencev, ki ima učne težave pri matematiki in skupino učencev brez učnih težav pri matematiki.

Rezultati in interpretacija

sprem.	skup.	N	M	SD
1	skup. 1	70	48,66	10,25
	skup. 2	70	58,94	7,44
2	skup. 1	70	28,26	12,75
	skup. 2	70	43,50	10,93
3	skup. 1	70	44,83	10,10
	skup. 2	70	58,07	4,59
4	skup. 1	70	21,60	4,11
	skup. 2	70	52,39	1,27
5	skup. 1	70	12,94	3,35
	skup. 2	70	16,31	1,35
6	skup. 1	70	10,29	3,71
	skup. 2	70	16,37	2,47
7	skup. 1	70	78,33	19,77
	skup. 2	70	107,17	10,52
8	skup. 1	70	84,81	24,85
	skup. 2	70	63,27	52,68
9	skup. 1	70	3,87	2,96
	skup. 2	70	1,77	1,75
10	skup. 1	70	2,94	0,56
	skup. 2	70	4,93	0,26

sprem.	skup.	N	M	SD
11	skup. 1	70	2,59	0,55
	skup. 2	70	4,94	0,23
12	skup. 1	70	2,41	1,04
	skup. 2	70	4,14	1,08
13	skup. 1	70	3,16	0,88
	skup. 2	70	3,89	0,93
14	skup. 1	70	3,03	0,80
	skup. 2	70	1,90	0,78
15	skup. 1	70	7,52	2,08
	skup. 2	70	5,39	2,00
16	skup. 1	70	10,31	2,33
	skup. 2	70	13,64	1,79
17	skup. 1	70	3,91	1,12
	skup. 2	70	5,01	1,08
18	skup. 1	70	0,31	0,55
	skup. 2	70	1,07	0,87
19	skup. 1	70	2,46	0,81
	skup. 2	70	4,77	0,52
20	skup. 1	70	4,46	2,09
	skup. 2	70	10,47	3,46
21	skup. 1	70	3,44	1,39
	skup. 2	70	6,40	1,50

Preglednica 2: Aritmetične sredine in standardne deviacije za posamezne spremenljivke

M ... aritmetična sredina

SD...standardna deviacija

V Preglednici 2 so prikazane aritmetične sredine in standardne deviacije za skupino otrok z učnimi težavami pri matematiki (skupina 1) in skupino otrok brez učnih težav pri matematiki (skupina 2). Iz ocen parametrov za vsako skupino je razvidno, da je skupina učencev z učnimi težavami pri matematiki (skupina 1) dosegla pri vseh spremenljivkah v primerjavi s skupino učencev brez učnih težav pri matematiki (skupina 2) nižja povprečja z večjo razpršenostjo rezultatov, razen pri spremenljivkah 9, 14, in 15, kjer višje povprečno število dejansko pomeni slabši rezultat (narava merjenja).

spremenljivka		Levenov test homogenosti variance		t	df	P (2-tailed)
		F	P			
vid_p_m_koord	privzeti enaki varianci	0,41	0,522	-8,66	138	0,000
	privzeti različni varianci			-8,66	136,63	0,000
sl_pom	privzeti enaki varianci	0,54	0,463	-7,38	138	0,000
	privzeti različni varianci			-7,38	137,21	0,000
dat_rr	privzeti enaki varianci	0,00	0,954	-10,86	138	0,000
	privzeti različni varianci			-10,86	137,90	0,000
dat_r1	privzeti enaki varianci	5,37	0,022	-9,45	138	0,000
	privzeti različni varianci			-9,45	118,51	0,000
dat_r2	privzeti enaki varianci	8,07	0,005	-8,54	138	0,000
	privzeti različni varianci			-8,54	118,89	0,000
dat_r3	privzeti enaki varianci	0,39	0,533	-10,28	138	0,000
	privzeti različni varianci			-10,28	135,74	0,000
dat_t	privzeti enaki varianci	0,04	0,835	-10,58	138	0,000
	privzeti različni varianci			-10,58	137,30	0,000
t-mbp2_č	privzeti enaki varianci	3,70	0,056	5,97	138	0,000
	privzeti različni varianci			5,97	128,50	0,000
t-mbp2_št_n	privzeti enaki varianci	1,72	0,193	5,15	138	0,000
	privzeti različni varianci			5,15	132,78	0,000
vu_1	privzeti enaki varianci	0,62	0,432	2,08	138	0,039
	privzeti različni varianci			2,08	138,00	0,039
vu_z	privzeti enaki varianci	6,71	0,011	-20,63	138	0,000
	privzeti različni varianci			-20,63	130,69	0,000
vu_s	privzeti enaki varianci	0,19	0,663	-13,20	138	0,000
	privzeti različni varianci			-13,20	37,02	0,000
vuč_1	privzeti enaki varianci	0,70	0,406	-4,84	138	0,000
	privzeti različni varianci			-4,84	136,9	0,000

spremenljivka		Levenov test homogenosti variance		t	df	P (2-tailed)
		F	P			
vuč_2	privzeti enaki varianci	1,37	0,243	8,53	138	0,000
	privzeti različni varianci			8,53	137,69	0,000
vuč_3	privzeti enaki varianci	0,09	0,770	5,94	138	0,000
	privzeti različni varianci			5,94	138,00	0,000
vuč_31	privzeti enaki varianci	0,79	0,375	-8,85	138	0,000
	privzeti različni varianci			-8,85	134,56	0,000
vuč_6	privzeti enaki varianci	0,07	0,788	-5,94	138	0,000
	privzeti različni varianci			-5,94	137,87	0,000
vuč_7	privzeti enaki varianci	16,63	0,000	-6,04	138	0,000
	privzeti različni varianci			-6,04	120,77	0,000
vuč_8	privzeti enaki varianci	0,24	0,624	0,45	138	0,035
	privzeti različni varianci			0,45	137,03	0,035
bn_st	privzeti enaki varianci	0,12	0,733	-12,30	138	0,000
	privzeti različni varianci			-12,30	137,99	0,000
bn_reš	privzeti enaki varianci	0,01	0,946	-11,81	138	0,000
	privzeti različni varianci			-11,81	137,9	0,000

Preglednica 3: Testiranje homogenosti variance in t-test vključenih spremenljivk

Levenov test homogenosti variance v preglednici 3 je pokazal, da se varianci vzorcev statistično pomembno razlikujeta pri naslednjih spremenljivkah: »reševanje računov z eno točko« (dat_r1), »reševanje računov z dvema točkama« (dat_r2), »poznavanje aritmetičnih znanj (vu_z) in »pravilni izračun« (vuč_7), zato smo uporabili obliko t-testa za privzeti različni varianci. Pri uporabi ostalih spremenljivk pa je Levenov F test pokazal, da se varianci vzorcev ne razlikujeta statistično pomembno, zato smo v teh primerih uporabili obliko t-testa za privzeti enaki varianci. Iz preglednice na osnovi rezultatov t-testa je razvidno, da se skupini statistično pomembno razlikujeta med seboj po vseh vključenih manifestnih spremenljivkah.

Pri spremenljivkah podtestov ACADIA je skupina 2 dosegla višje vrednosti pri obeh testih: vidno-prostorska in motorična koordinacija (vid_p_m_koord)

($t=-8,66$, $p<0,05$) ter slušno pomnjenje števil in besed (sl_pom) ($t=-7,38$, $p<0,05$). To je skladno z ugotovitvami M. C. Passolunghi in I. C. Mammarella (2010, v Passolunghi in Mammarella, 2011), kjer sta ugotovili, da so učenci, ki imajo težave pri reševanju MBN, dosegli nižje število točk pri nalogah, ki so zahtevale prostorsko orientacijo.

Največja razlika med skupinama se kaže v povprečni oceni učiteljev o pridobljenem osnovnem aritmetičnem znanju (vu_z) ($t=-20,63$, $p<0,05$), zelo velika razlika med skupinama je tudi v povprečni oceni učiteljev o učenčevem poznavanju strategij za reševanje MBN (vu_s) ($t=-13,20$, $p<0,05$). Najmanjša razlika se kaže med skupinama v oceni učiteljev glede branja (vu_1) ($t=2,08$, $p<0,05$). Pri vseh spremenljivkah Vprašalnika za učitelje je skupina 2 dosegla višje vrednosti oziroma je s strani učiteljev ocenjena, da bolje berejo, imajo več deklarativnega (osnovnega znanja) in več strategij reševanja MBN.

Razlike med skupinama se kažejo tudi pri Vprašalniku o načinu reševanja MBN, ki je namenjen učencem. Največji razliki med skupinama sta pri presoji, kako težko je reševanje MBN in prepričanosti, da učenec nalogo zmore rešiti. Skupina 1 je ocenila, da so MBN težke za reševanje ($t=8,53$, $p<0,01$) in so manj prepričani, da nalogo tudi zmorejo rešiti ($t=-8,85$, $p<0,05$). Skupina 2 raje rešuje MBN ($t=-4,84$, $p<0,05$). Pomembna razlika med skupinama je tudi v številu uporabljenih korakov pri reševanju, kjer skupina 2 nalogo bolj analizira in jo rešuje z več koraki ($t=-5,94$, $p<0,05$). Konkretno pa je skupina 2 tudi bolj rešila MBN ($t=-6,04$, $p<0,05$).

Pri preizkusu računanja (Desetminutni aritmetični preizkus) je skupina 2 dosegla v povprečju boljše rezultate pri vseh vključenih spremenljivkah, ki se nanašajo na ta test: število pravilno rešenih računov (dat_rr) ($t=-10,86$, $p<0,05$), reševanje enostavnih računov seštevanja in odštevanja ter priklica (dat_r1) ($t=-9,45$, $p<0,05$), reševanje težjih računov priklica in seštevanja in odštevanja do 100 (dat_r2) ($t=-8,54$, $p<0,05$), reševanje zelo kompleksnih računov (dat_r3) ($t=-10,28$, $p<0,05$) ter število doseženih točk na celotnem testu (dat_t) ($t=-10,58$, $p<0,05$). Največja razlika med skupinama je dosežena pri številu pravilno rešenih računov.

Skupina 2 je bila boljša tudi na preizkusu branja krajših besed Testa motenosti v branju in pisanju (T-MBP). Večje razlike so prisotne pri porabljenem času (t_mbp2_c) ($t=5,97$, $p<0,05$).

Razlike med obema skupinama učencev pri reševanju MBN kažejo na potrebo po drugačnem poučevanju učencev z učnimi težavami pri matematiki na področju reševanja MBN, saj mora takšno poučevanje upoštevati primanjkljaje na področju računanja, branja, motivacije in odnosa do reševanja.

Sklepne ugotovitve

Zaradi naraščajočih potreb globalne in tehnološko zahtevne družbe je dobra matematična pismenost zelo pomembna. Ker je reševanje človekovih problemov vezano na realno življenje, so MBN pomembna vrsta matematičnih nalog v šoli in povezujejo matematična znanja z realnimi življenjskimi situacijami. Njihovo reševanje je kompleksna dejavnost, ker zahteva prevajanje jezikovnih in numeričnih informacij v ustrezno mentalno reprezentacijo, oblikovanje računskega postopka, točen izračun in preverjanje ustreznosti reševanja (Jonassen, 2003). Številni avtorji v empiričnih raziskavah in longitudinalnih študijah ugotavljajo, da imajo učenci težave z reševanjem MBN, zlasti učenci z učnimi težavami pri matematiki, ki imajo primanjkljaje na področju avtomatizacije aritmetičnih dejstev in postopkov, razumevanju zgradbe MBN ter s spretnostmi reševanja MBN. Pomembni primanjkljaji pa so pri učencih z učnimi težavami pri matematiki pri reševanju MBN tudi na področju jezika, pozornosti, organizacije in delovnega spomina (Gonzalez in Espinel, 2002). Čeprav so računske spretnosti zelo pomembne pri reševanju MBN, se spretnosti reševanja MBN pri učencih z učnimi težavami zaradi navedenih primanjkljajev ne razvijajo avtomatsko, zato jim je potrebno ponuditi eksplicitno, jasno poučevanje reševanja MBN (Fuchs idr. 2006).

V naši raziskavi smo ugotovili, da se učenci z učnimi težavami pri matematiki (skupina 1) razlikujejo v prav vseh vključenih spremenljivkah od skupine brez učnih težav pri matematiki (skupina 2). Tako so učenci z učnimi težavami pri matematiki pokazali slabše spretnosti računanja, manj avtomatizirano branje in večje število napak pri branju, kar jih pomembno ovira pri reševanju MBN. Z analizo odgovorov, ki so jih posredovali učitelji v Vprašalniku za učitelje, smo ugotovili, da se skupini učencev z učnimi težavami pri matematiki in učenci brez učnih težav pri matematiki na področju reševanja MBN med seboj razlikujeta v vseh spremenljivkah, saj so učitelji skupino učencev brez učnih težav pri matematiki ocenili statistično pomembno bolje na vseh opazovanih spremenljivkah. Učenci z učnimi težavami pri matematiki so dosegli nižje rezultate, kar pomeni, da je njihovo branje manj avtomatizirano. Prebrano slabše razumejo, imajo manj avtomatizirana osnovna aritmetična dejstva, proceduralno matematično znanje, manj pogosto pa tudi uporabljajo v praksi znane korake reševanja (podčrtovanje ključnih informacij, izpis pomembnih podatkov, preverjanje poteka reševanja, grafično ponazarjanje). To se ujema z ugotovitvami Vilenius-Tuohimaae s sodelavci (2008), da so dosežki pri reševanju MBN povezani z bralnim razumevanjem, kar pa je odvisno od fluentne tehnike branja oz. dekodiranja. Proceduralni primanjkljaji so povezani s števili predstavi, koncepti, štetjem in nezmožnostjo reševanja problemov s priklicem postopkov. Učenci z učnimi težavami pri matematiki pa imajo tudi primanjkljaje v semantičnem spominu, ki je vezan na priklic aritmetičnih dejstev in reševanje preprostih aritmetičnih problemov in MBN (Geary, 2004).

Statistično pomembne razlike med skupinama so bile ugotovljene tudi pri Vprašalniku o načinu reševanja MBN za učence. Učenci z učnimi težavami pri matematiki so manj motivirani za reševanje MBN in so tudi enostavne MBN ocenili kot težke. M. Montague (1997a) meni, da učenci z učnimi težavami pri matematiki pogosto pri daljših in kompleksnejših nalogah vidijo preveč operacij in menijo, da to presega njihove zmožnosti reševanja. Ugotovili smo tudi, da so učenci z učnimi težavami pri matematiki manj prepričani, da so sposobni rešiti MBN. Navedene ugotovitve terjajo spremembe v matematični šolski praksi na področju reševanja MBN pri učencih z učnimi težavami pri matematiki. Tem učencem je potrebno ponuditi treninge reševanja MBN, ki bodo vključevali kognitivne in metakognitivne korake reševanja in bodo v šoli trajali določen čas. V tujini trajajo najpogosteje treningi reševanja MBN od osem do dvanajst tednov, nato se dvakrat evalvira učenčevo pridobljeno znanje reševanja MBN: takoj po izvedenem treningu in po določenem času. V klinični praksi se še vedno srečujemo z učenci, ki v šoli niso deležni ustreznega ali sploh nobenega postopka reševanja MBN. Prav tako pa so potrebne nadaljnje raziskave o tem, kako si učenci reprezentirajo nalogo, kako izpeljejo načrt reševanja ter kako nadzorujejo reševanje MBN.

LITERATURA

- Bakračević Vukman, K. (2004). Točnost metakognitivnih ocen v različnih razvojnih obdobjih. *Anthropos*, 36(1/4), 377-384.
- Bates, E. T. in Wiest, L. R. (2004). Impact of Personalization of Mathematical Word Problems on Student Performance. *The Mathematics Educator*, 14(2), 17-26.
- Bull, R. in Espy, K. A. (2006). Working Memory, Executive Functioning, and Children's Mathematics. V S. J. Pickering (ur.), *Working Memory And Education* (str. 93-123). Oxford UK : Elsevier.
- Dawson, P. in Guare, R. (2004). *Executive Skills in Children and Adolescents: A practical Guide to Assessment and Intervention*. New York : The Guilford Press.
- Dehn, M. J. (2008). *Working Memory and Academic Learning: assessment and intervention*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Fuchs, L. S., Fuchs, D., Compton, D. L., Powell, S. R., Seethaler, P. M., Capizzi, A. M., Schatschneider, C. in Fletcher, J. M. (2006). The Cognitive Correlates of Third-Grade Skill in Arithmetic, Algorithmic Computation, and Arithmetic Word Problems. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 29-43.
- Geary, D. C. (2000). From infancy to adulthood: the development of numerical abilities. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2), 11-16.
- Geary, D. C. (2004). Mathematics and Learning Disabilities. *Journal of learning disabilities*, 37(1), 4-15.
- Gersten, R., Jordan, N. C. in Flojo, J. R. (2005). Early Identification and Interventions for Students with Mathematics Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 38(4), 293-304.
- González, J. E. J. in Espinel, A. I. G. (2002). Strategy Choice in Solving Arithmetic Word Problems: Are There Differences Between Students With Learning Disabilities, G-V Poor Performance and Typical Achievement Students? *Learning Disability Quarterly*, 25, 113-122.
- Hegarty, M., Mayer, R. E. in Monk, C. A. (1995). Comprehension of Arithmetic Word Problems: A Comparison of Successful and Unsuccessful Problem Solvers. *Journal of Educational Psychology*, 87(1), 18-32.
- Hodnik Čadež, T. (2000). *Vloga različnih reprezentacij računskih algoritmov na razredni stopnji*. Doktorska disertacija. Ljubljana : Filozofska fakulteta.
- Jonassen, D. H. (2003). Designing Research-Based Instruction for Story Problems. *Educational Psychology Review*, 15(3), 267-296.
- Jordan, N. C. in Levine, S. C. (2009). Socioeconomic Variation, Number Competence, and

- Mathematics Learning Difficulties in Young Children. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15, 60–68.
- Kavkler, M. (1997). *Latentna struktura specifičnih učnih težav pri matematiki*. Doktorska disertacija. Ljubljana : Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Kintsch, W. in Greeno, J. G. (1985). Understanding and Solving Word Arithmetic Problems. *Psychological Review*, 92(1), 109–129.
- Lerner, J. (2003). *Learning Disabilities. Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Mayer, R. E. (1985). Implications of cognitive psychology for instruction in mathematical problem solving. V E. A. Silver (ur.), *Teaching and learning mathematical problem solving: Multiple research perspectives (123-138)*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Mayer, R. E. (1996). *Thinking, problem solving, cognition*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Mlakar, V. (2013). *Fleksibilna diferenciacija pri matematiki na razredni stopnji*. Diplomsko delo. Pridobljeno 3. 1. 2014 s http://peprints.pef.uni-lj.si/1288/1/DIPLOMSKO_DELO_Fleksibilna_diferenciacija_pri_matematiki_na_razredni_stopnji%2C_Vesna_Mlakar.pdf
- Montague, M. (1997). Cognitive Strategy Instruction in Mathematics for Students with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 30(2), 164–177.
- Montague, M. (1997a). Student Perception. Mathematical Problem Solving, and Learning Disabilities. *Remedial and Special Education*, 18(1), 46–53.
- Montague, M. in Applegate, B. (1993). Middle School Students' Mathematical Problem Solving: An Analysis of Think-Aloud Protocols. *Learning Disability Quarterly*, 16(1), 19-32.
- Moyer, J. C., Sowder, L., Threadgill-Sowder, J. in Moyer, M. B. (1984). Story Problem Formats: Drawn Versus Verbal Versus Telegraphic. *Journal for Research in Mathematics Education*, 15(5), 342–351.
- National Council of Teachers of Mathematics (2000). *Principles and standards for school mathematics*. Pridobljeno 30. 11. 2013, s <http://www.nctm.org/standards/content.aspx?id=16909>
- National Mathematics Advisory Panel (2008). Foundations for success: the final report of the National Mathematics Advisory Panel. Washington, DC : U.S. Department of Education. Pridobljeno 05.20.2013 s <http://www2.ed.gov/about/bdscomm/list/mathpanel/report/final-report.pdf>.
- OECD (2010). *PISA 2009 Results: What Students Know and Can Do – Student performance in Reading, Mathematics and Science (Volume I)*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264091450-en>.
- Parmar, R. S., Cawley, J. F. in Frazita, R. R. (1996). Word Problem-Solving by Students with and Without Mild Disabilities. *Exceptional Children*, 62(5), 415–429.
- Passolunghi, M. C. in Mammarella, I. C. (2011). Selective Spatial Working Memory Impairment in a Group of Children with Mathematics Learning Disabilities and Poor Problem-Solving Skills. *Journal of Learning Disabilities*, 20(10), 1–10.
- Passolunghi, M. C., Marzocchi, G. M. in Fiorillo, F. (2005a). Selective Effect of Inhibition of Literal or Numerical Irrelevant Information in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or Arithmetic Learning Disorder (ALD). *Developmental Neuropsychology*, 28(3), 731–753.
- Pečjak, S. (1999). *Osnovne psihologije branja. Spiralni model kot oblika razvijanja bralnih sposobnosti učencev*. Razprave FF Ljubljana : Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Pečjak, S. (2010). *Psihološki vidiki bralne pismenosti. Od teorije k praksi*. Razprave FF Ljubljana : Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Pellegrino, J. W. in Goldman, S. R. (1987). Information Processing and Elementary Mathematics. *Journal of Learning Disabilities*, 20(1), 23–32.
- Radatz, H. (1979). Error Analysis in mathematics education. *Journal for Research in Mathematics Education*, 10(3), 163–172.
- Stern, E. in Lehrndorfer, A. (1992). The Role of Situational Context in Solving Word Problems. *Cognitive Development*, 7(2), 259–268.
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A Triarchic Theory of Intelligence*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Swanson, H. L. (2014). Does Cognitive Strategy Training on Word Problems Compensate for Working Memory Capacity in Children With Math Difficulties? *Journal of Educational Psychology*, 106(3), 831-848.
- Verschaffel, L., Greer, B., De Corte, E. (2000). *Making sense of word problems*. Lisse : Swets in Zeitlinger B. V.
- Vilenius-Tuohimaa, P. M, Aunola, K. in Nurmi, J. (2008). The association between word problems and reading comprehension. *Educational Psychology*, 28(4), 409–426.

Mag. Marko Kalan, profesor defektologije, svetovalec,
zaposlen v vzgoji in izobraževanju kot učitelj 12 let in 7 let v
Svetovalnem centru

Področja delovanja: odkrivanje razvojnih in učnih težav pri otrocih in mladostnikih, izvajanje korekcijskih postopkov pri otrocih in mladostnikih z razvojnimi in učnimi težavami, svetovanje otrokom, mladostnikom pri premagovanju razvojnih, splošnih učnih in specifičnih učnih težav, svetovanje staršem, učiteljem in svetovalnim delavcem na šolah pri vključevanju otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami v osnovno in srednjo šolo, izvajanje vedenjsko – kognitivne metode branja, usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, sodelovanje v Društvu Bravo, izvajanje predavanj o specifičnih učnih težavah pri učencih in dijakih s poudarkom na prilagoditvah v procesu pridobivanja, preverjanja in ocenjevanja znanja.

Sodobne raziskave spoznavnih procesov in psiholoških virov pri specifičnih motnjah učenja: izzivi za razvojno delo in prakso

Povzetek

V zadnjih desetletjih je na področju specifičnih učnih težav (SUT) in težje oblike SUT, imenovane tudi primanjkljaji na posameznih področjih učenja, intenzivno raziskovanje strokovnjakov različnih znanstvenih disciplin prispevalo k izgradnji bogate teoretične in empirične baze znanja. Poleg integracije nevrobioloških in genetičnih raziskav je na poglobitev našega razumevanja otrok, mladostnikov in odraslih s specifičnimi učnimi težavami in izboljšanje njihovega prilagajanja v šoli in življenju pomembno vplivalo tudi preučevanje spoznavnih procesov in psiholoških virov. Napredku na področju teorije pa ni sledil podoben napredek v praksah poučevanja in pomoči. Namen tega prispevka je predstaviti nekatera pomembna spoznanja na področju raziskovanja kognitivnih primanjkljajev in psiholoških resursov pri osebah s specifičnimi motnjami učenja in implikacije za izboljšanje procesov prepoznavanja, diagnostičnega ocenjevanja in podpore v šolskem kontekstu in klinični praksi.

Ključne besede:

kognitivni procesi, psihološki viri, specifične učne težave, primanjkljaji na posameznih področjih učenja, prenos raziskovanja v prakso

Contemporary research of cognitive processes and psychological resources in children and adults with learning disabilities: challenges for translating research into practice

Abstract

During the last decades in the field of learning disabilities (in Slovenia named "specific learning difficulties" or when occurring in a more severe form "deficits in specific learning areas") intensive research in different disciplines contributed to a rich theoretical and empirical knowledge base that was not followed by the same rate of improvement in practice. Besides the integration of neurobiological and genetic research, the study of cognitive processes and psychological resources contributed in an important way to a deeper understanding of the barriers to effective learning and teaching children, adolescents and adults with learning disabilities and improving their adaptation in school and life. The aim of the paper is to present some important findings in the research of cognitive processing deficits and psychological resources and discuss the implications for improving assessment and support practices in the school setting and in clinical practice.

Keywords

Cognitive processing, psychological resources, learning disabilities, translating research into practice

1 Problemi definiranja specifičnih težav na področju učenja, terminološka razhajanja in odprta vprašanja

V zadnjih desetletjih je raziskovanje specifičnih težav pri učenju doživljalo izjemen napredek. Strokovnjaki so dosegli pomembna soglasja glede nevrobiološke osnove in razvojne narave te heterogene skupine težav pri usvajanju in tekočem izvajanju šolskih veščin branja, pisanja in matematike, vendar pa ostajajo številni kompleksni in večplastni problemi, povezani s kriteriji in modeli identifikacije, usmeritvijo obravnave in predvsem prenosom spoznanj v prakso, še vedno odprti in aktualni. Polemične razprave in strokovna razhajanja glede operacionalizacije definicije specifičnih učnih težav (SUT) in težje oblike te motnje, imenovane tudi primanjkljaji na posameznih področjih učenja (PPPU), razvrščanja in pristopov k diagnostičnem ocenjevanju, so prisotna že od začetkov prepoznavanja in so bila naši strokovni javnosti že večkrat predstavljena (Magajna, 2011; Magajna, 2014a, 2014b).

Med vprašanja, ki so predmet dolgotrajnih kritičnih razprav, sodi tudi smiselnost diagnostičnega ocenjevanja spoznavnih (kognitivnih) procesov v postopku ugotavljanja SUT/PPPU in usmeritve obravnave ožje v prisotne deficite ali širše, kompleksno z upoštevanjem dejavnikov, ki so pomembni za uspešen dolgoročen izid. Namen prispevka je predstaviti ugotovitve sodobnih raziskav, povezanih z vlogo kognitivnih primanjkljajev in psiholoških resursov pri specifičnih učnih težavah ter premik modela obravnave od osredotočenosti na primanjkljaje k modelu rizičnost-rezilientnost, ki upošteva tudi močna področja in dejavnike uspešnega prilagajanja in dolgoročnega funkcioniranja. V tem okviru se bomo osredotočili na nekatera ključna področja in analizirali izzive, ki jih te ugotovitve predstavljajo za razvojno- raziskovalno delo in prakso.

Otroci s specifičnimi učnimi težavami (SUT) in z izrazitimi SUT ali primanjkljaji na posameznih področjih učenja (PPPU) so zelo raznolika skupina otrok, pri katerih se zaradi znanih in neznanih motenj ali razlik v delovanju centralnega živčnega sistema, kljub povprečnim ali nadpovprečnim intelektualnim sposobnostim, pojavljajo izrazite težave pri branju, pisanju, pravopisu in računanju. Pojavljajo se tudi zaostanki v razvoju in/ali primanjkljaji pozornosti, pomnjenja, mišljenja, koordinacije, komunikacije, socialnih sposobnosti in emocionalnega dozorevanja. Primanjkljaji vplivajo na kognitivno predelovanje besednih in nebesednih informacij, ovirajo usvajanje in avtomatizacijo šolskih veščin ter vse življenje vplivajo na učenje in vedenje. So notranje narave in niso primarno pogojeni z neustreznim poučevanjem in drugimi okoljskimi dejavniki, vidnimi, slušnimi ali motoričnimi okvarami, motnjami v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi težavami (motnjami), čeprav se lahko pojavljajo skupaj z njimi (Magajna, Kavkler, Košak Babuder, Zupančič Danko, Seršen Fras, in Rošer, 2014).

Skupina motenj je heterogena in vključuje: specifične motnje branja (disleksijo), pravopisne težave (disortografijo), specifične motnje računanja (specifične aritmetične učne težave in diskalkulija), motnje pisanja (npr. disgrafijo) in primanjkljaje na področju praktičnih ter socialnih veščin (neverbalne motnje učenja in dispraksijo).

Za opisovanje SUT in PPPU se v strokovni in laični javnosti uporabljajo različni termini. Pri analiziranju teh strokovnih izrazov Stella (2010) opozarja, da diskusija o definiranju SUT/PPPU ni akademska ali brez smisla. Vsak izmed terminov ustreza določeni konceptualizaciji odstopanja od tega, kar se ocenjuje kot tipično izvajanje v določenem razvojnem obdobju, tj. ustreza določeni interpretaciji narave te težave. Termini si po avtorjevem mnenju ne nasprotujejo, temveč izražajo različne vidike, ki so vsi prisotni in vsi pomembni za opis in razumevanje pojava SUT/PPPU.

Izraz **primanjkljaj** (prizadetost, manjzmožnost, ang. »disability«) definira funkcionalni deficit (deficit v funkcioniranju), ki izhaja iz nekega določenega (opredeljenega) biološkega stanja in ni prehodne narave, temveč teži k vztrajanju. V zvezi z izrazitimi težavami pri učenju zavzame ta termin tudi nek etični cilj socialne zaščite in je koristen, ko se uporablja kot zahteva po enakih možnostih v izobraževanju in Stella poudarja, da je odnos primanjkljaja ali manjzmožnosti neka socialna relacija, ne pa subjektivno stanje posameznika.

Termin **motnje učenja** pa bolj zajame klinično dimenzijo pojava, ker predpostavlja, izhajajoč iz neke arbitrarno določene kvantitativne meje, da izražajo posamezniki, ki se pomembno odmikajo od te norme, neko pomembno motnjo (distorzijo) mehanizmov, ki omogočajo doseganje norme. Izraz motnja, ki se nanaša na težave pri učenju, se pojavlja v sistemih klasifikacije duševnih motenj DSM V. (»specifične motnje učenja«) in ICD 10 (»specifične motnje šolskih veščin«). Priročniki klasifikacij vključujejo kriterije za identifikacijo motenj, ki so nastali na osnovi soglasja znanstvene skupnosti, njihov namen pa je olajšati znanstveno komunikacijo.

Zelo pomembno je po mnenju Stelle razpravljati tudi o terminih **različnost**, **individualna variacija ali značilnost**, ker ustrezajo načinu občutenja, ki je zelo razširjen tudi v šolski skupnosti. V šolskem kontekstu se pogosto postavlja vprašanje, ali gre pri specifičnih motnjah branja, pisanja, računanja za nekaj patološkega, kar se tako razlikuje od običajne norme, da zahteva upoštevanje posebnih mer, ali pa gre za stanja, ki so v okviru normalne krivulje, npr. bralnih zmožnosti, in so odvisna od pomanjkanja vaje. Znanstvena skupnost ima zelo jasen odgovor na to vprašanje, ki pa ga verjetno ni uspela na prav tako jasen način posredovati šolski skupnosti in bolj splošno javnemu mnenju.

V javnem mnenju je prisotna težnja po ločevanju norme od patologije z neko jasno mejo in pripisovanju možnosti koriščenja pomoči ali pripomočkov za reedukacijo in kompenzacijo le stanjem, ki se pojmujejo kot patološka. V resnici pa obstaja tudi v medicini mnogo stanj, v katerih ni možno zelo jasno razlikovati normalnost od patologije, ker gre za nek kontinuum (npr. pri debelosti) in raziskovalci definirajo mejo (prag motnje) na osnovi matematičnih kriterijev. V šolskem kontekstu se šteje za neustrezno, da poimenujemo stanja, ki se nahajajo pod to normo kot patološka, ker niso izraz bolezni. Ta stanja so biološko determinirana in jih je zato težko spremeniti, saj gre za variante normalne distribucije vedenj in njihovega razvoja.

Za ta stanja danes raziskovalci uporabljajo termin **nevrorazličnost** (Pollak, 2009), ker izraža neko stanje interindividualne variabilnosti, ki je biološko determinirana in ta koncept je smiseln tudi za SUT. Pri osebah z disleksijo tako npr. izpostavljajo prevladovanje drugačnih načinov predelovanja informacij, ki dajejo v nasprotju s tipično šolskimi nalogami prednost divergentnemu reševanju problemov, rezoniranju z vidno-prostorskimi strukturami, semantičnem pomnjenju itd. Učenje ne poteka na tipičen način, prisotnost drugačne možganske organizacije daje prednost določenim drugim načinom predelovanja informacij. Glavna trditev nevrorazvojnega pristopa je, da imajo vsi učenci edinstvene nevrorazvojne profile, svoje kombinacije močnih in šibkih področij in na nevrorazvojno variacijo ne bi smeli gledati kot na neke vrste patologijo (Pohlman, 2008). Glede na ta koncept mora biti netipičen nevrobiološki razvoj, ki izzove disleksijo ali druge SUT, priznan in spoštovan tako kot druga človeška stanja. Izraz «učne razlike» ali «učna različnost», ki ga nekateri uporabljajo, pa lahko povsem spregleda včasih zelo veliko oviranost oseb s tovrstnimi motnjami pri tradicionalnih načinih učenja in potrebo po dodatnih prilagoditvah in podpori.

2 Raziskave motenj kognitivnih procesov pri specifičnih motnjah učenja

Prisotnost specifičnih motenj v enem ali več psiholoških procesov spada med ključne komponente definicije specifičnih učnih težav. Vendar pa so med strokovnjaki prisotna razhajanja glede vloge ocenjevanja kognitivnih procesov v postopku ugotavljanja SUT/PPPU.

Nekateri strokovnjaki pri identifikaciji učencev s SUT v okviru tradicionalnega »**modela nizkih dosežkov**« pri identifikaciji SUT (Siegel, 1992) in novejših modelov »**odziv na obravnavo**« in hibridnega »**Fletcherjevega modela**« (Fuchs idr., 2003; Fletcher, 2007) zagovarjajo predvsem uporabo mer šolskih veščin in znanj (branja, pisanja, matematike) ter nasprotujejo vključitvi kognitivnih mer,

razen z namenom izključitve motnje v duševnem razvoju.

Zagovorniki **kognitivno procesne perspektive** pa predlagajo, da se poleg dokumentiranja odzivnosti ali neodzivnosti izvede kompleksna evalvacija učencev, ki se ne odzivajo na intenzivne dobre načine poučevanja in v to evalvacijo vključijo skrbno izbrane mere kognitivnih procesov. Vključitev informacij o deficitih in močnih področjih kognitivnega procesiranja omogoča po mnenju zagovornikov te perspektive bolj natančno razumevanje narave in vzrokov težav pri učenju in bolj specifično – ciljno usmerjeno obravnavo. SUT so razvojna motnja in čeprav motnje specifičnih kognitivnih procesov, ki ovirajo učenje, vztrajajo, se zunanji znaki težav v različnih razvojnih obdobjih spreminjajo, saj je oviranost odvisna tudi od kompleksnosti zunanjih zahtev in razvitosti različnih kompenzatornih strategij.

Identifikacija šibkih procesov predelovanja informacij, ki je vključena v nekatere tradicionalne (model neskladnosti med sposobnostmi in dosežki, model intra-individualnih razlik) in novejši hibridne in večstopenjske modele identifikacije SUT/PPPU (Kavale in Flanagan, 2007; Flanagan, Fiorello in Ortiz, 2010; Hale idr., 2010) osmisli ključno komponento definicije specifičnih učnih težav in omogoči, da podatke kognitivnega ocenjevanja povežejo s specifičnimi strategijami obravnave (Fiorello idr., 2006). Ciljna usmerjenost intervencij, ki jo omogočajo ugotovitve o kognitivnih osnovah prisotnih izobraževalnih primanjkljajev, pa povečuje učinkovitost obravnave. Hale idr. (2008) so predstavili pregled empiričnih študij, ki podpirajo rabo kognitivnega/nevropsihološkega ocenjevanja za vodenje obravnave. Povezovanje intervencij in strategij s podatki evalvacije kognitivnega funkcioniranja predstavlja vsekakor pomemben obet za izboljšanje učinkovitosti obravnave in izida.

Za razumevanje problemov kognitivnega funkcioniranja, ki so skupni učencem z različnimi oblikami SUT/PPPU, je predvsem pomembno razumevanje avtomatičnega nasproti zavestnemu obdelovanju informacij in dejavnikov, ki so povezani s hitrostjo obdelovanja informacij.

2.1 Avtomatično in zavestno procesiranje

Avtomatizirano obdelovanje informacij je ključnega pomena za kognitivni razvoj in izvajanje. Razumevanje razlik med zavestnim in avtomatiziranim izvajanjem pa je zelo pomembno tudi za razumevanje problemov otrok in mladostnikov s SUT. Kognitivna značilnost, ki učence s SUT najbolj razlikuje od vrstnikov brez težav, je neučinkovito obdelovanje informacij. Waber idr. (2000) so pri otrocih, ki so bili napoteni na evalvacijo zaradi težav z učenjem, z diagnostičnimi pregledi ugotovili večjo verjetnost neučinkovitega kognitivnega procesiranja v primerjavi z vrstniki tudi v primerih, ko s standardiziranim testiranjem niso identificirali primanjkljajev šolskih veščin.

Sodobna kognitivna nevroznanost omogoča vpogled v potencialne vire tega neučinkovitega procesiranja. D. Waber (2010) sicer opozarja, da raziskave še ne dajejo povsem jasnih odgovorov, vendar pa sugerirajo teoretične okvirje in mehanizme, ki na nov način preusmerjajo naše razmišljanje o otrocih s SUT. Premik od zavestnega procesiranja, ki zahteva zavestno pozornost in napor k avtomatiziranemu procesiranju, je ključnega pomena za povečanje kognitivne učinkovitosti. Omogoča osvoboditev virov, ki jih posameznik potrebuje za izvajanje kompleksnejših nalog, prerazporeditev omejenih virov pozornosti in procesiranja. Ko postane npr. prepoznavanje posameznih besed avtomatizirano, lahko učenec svojo zavestno pozornost posveti razumevanju prebranega, tvorjenju pomena in povezovanju idej. Dokler ne doseže stopnje avtomatizacije, pa se njegova pozornost neprestano premika od prepoznavanja k razumevanju in izvajanje kompleksne veščine branja je ovirano in manj učinkovito.

Kognitivna učinkovitost je odvisna od avtomatičnih procesov in procesov, ki se izvajajo z vlaganjem zavestnega napora in kontrole. Avtomatizirani procesi črpajo le minimalno energijo iz sicer omejene kapacitete mehanizmov pozornosti. Funkcioniranje, ki ga vodijo avtomatizirani procesi, je v vseh okoliščinah konstantno. Ko je proces obdelovanja določenih informacij avtomatiziran, dodatna vadba ne vodi do izboljšanja izvajanja.

Pri izvajanju miselnih operacij, ki zahtevajo zavesten napor, pa izvajanje teh operacij interferira z drugimi kognitivnimi aktivnostmi, ki prav tako potrebujejo omejeno kapaciteto mehanizmov pozornosti. Te aktivnosti se začenejo zavestno in namen-sko, so ciljno usmerjene in večkratno izvajanje ali vadba aktivnost samo izboljša.

Teorijo avtomatičnega in kontroliranega predelovanja informacij, ki je imela globok vpliv na kognitivno psihologijo v naslednjih desetletjih, sta Schneider in Schiffrin (v Waber, 2010) zasnovala že leta 1977. Raziskovalci s področja kognitivne nevroznanosti so se osredotočili na dimenzijo avtomatiziran nasproti zavestno napornemu procesu v kontekstu dveh kognitivnih funkcij, ki sta prizadeti pri učencih s specifičnimi motnjami učenja: delovnega spomina in hitrosti procesiranja. Jansma je s sodelavci (2001) z uporabo funkcijskega slikanja možganov skušal odkriti nevalne korelate premika od kontroliranih k avtomatičnim procesom. Ugotovili so, da se je v situaciji vadbe, ko je bilo izvajanje avtomatizirano, obseg aktivacije v vseh vzburjenih področjih zmanjšal, celotna mreža je z vajo delovala učinkoviteje, kar je še posebej pomembno pri soočanju s kompleksnimi zahtevami. Vaja je zmanjšala obseg aktivacije, kar je bilo povezano z izboljšano komunikacijo med elementi nevronske mreže in učinkovitejšim učenjem. Specializacija funkcije olajšuje integracijo večkratnih sestavnih procesov, sposobnost avtomatizacije pa osvobodi omejene kognitivne vire za obvladovanje kompleksnejših kognitivnih ciljev. V situacijah velike obremenitve z informacijami ali ko je potrebno integrirati sestavne operacije v službi višjih kognitivnih funkcij potrebujemo učinkovit sistem. Te ugotovitve

nam pomagajo razumeti težave otrok in mladostnikov s SUT pri kompleksnih zahtevah, v situacijah informacijske preobremenjenosti ali stresnih situacijah, ki jih pogosto srečujemo v klinični praksi. Učenci s specifičnimi motnjami morajo vlagati zavesten napor, da bi izvedli naloge, ki jih vrstniki opravljajo z minimalnim osredotočanjem pozornosti in minimalnim naporom. Priključitev matematičnih dejstev (poštevanke) pri reševanju matematične besedilne naloge, hitro avtomatično prepoznavanje posameznih besed pri branju zahtevnega besedila iz učbenika ali tvorba notranje vidne predstave izgovorjene besede pri pisanju eseja so dejavnosti, ki zelo ovirajo učinkovitost, če jim moramo posvečati zavestno pozornost. Problemi učinkovitosti in integracije so pri učencih s SUT razširjeni in niso omejeni le na eno učno področje.

2.2 Hitrost predelovanja informacij

Otroci in mladostniki s specifičnimi motnjami učenja, vključno z ADHD, tipično kažejo manjšo hitrost obdelovanja informacij kot vrstniki. Hitrost poimenovanja predstavlja drugi ključni primanjkljaj pri disleksiji in vpliva tudi na matematično tekočnost. V nasprotju s skupino otrok s splošnimi učnimi težavami otroci s PPPU z možnostjo dodatnega časa na številnih področjih šolskih znanj (in veččin) izkažejo zadovoljive dosežke. V okviru običajnih časovnih zahtev tega ne zmorejo. Za razumevanje oviranosti, ki jo povzročajo specifične motnje učenja, je zato ključnega pomena razumevanje nevrlnih mehanizmov, na katerih temelji hitrost procesiranja in individualnih razlik v tej sposobnosti.

Učinkovitost funkcioniranja domnevno povečuje tudi komunikacija med sestavnimi elementi mrež. Za merjenje hitrosti procesiranja se kot najbolj konsistentna in zanesljiva mera uporablja podtest WISC-a šifriranje. Čeprav strokovnjaki kliničen pomen naloge tega podtesta že dolgo poznajo, pa so bile nevrobiološke osnove zahtev te naloge slabo razumljene. Rypma (2006, v Waber, 2010) je s sodelavci nalogo prilagodil in izdelal verzijo, ki je bila podobna kliničnemu testu, hkrati pa tudi primerna za spremljanje reševanja s pomočjo funkcijske magnetne resonance. To je omogočilo, da so identificirali področja povečane aktivacije in predvsem dobili vpogled v funkcionalno mrežo, še posebej v učinkovitejši pretok procesiranja, povezan z avtomatizacijo ali tekočnostjo izvajanja naloge. Nevralno bazo hitrejšega procesiranja je tvorila učinkovita komunikacija med različnimi področji, večja učinkovitost je bila povezana z večjo aktivacijo parietalnega režnja, kar je nakazovalo, da pride do tekočega izvajanja takrat, ko je zmožno izvajanje izvesti z minimalno kontrolo izvršilnih funkcij. Opozorili so na pomen kvalitete interakcije med parietalnimi in frontalnimi področji in kvaliteto funkcionalne (in morda strukturalne) povezanosti med možganskimi področji. Težave na področju avtomatizacije obravnavajo različne hipoteze in teorije na področju disleksije (Sternberg in Wagner, 1982, v Waber, 2010; Wolf in Bowers, 1999; Nicolson in Fawcett, 2008). Ugotovitve študije, ki

so jo izvedli Waber, Wolf in sodelavci (2000) pa kažejo, da so otroci s SUT na splošno manj učinkoviti pri avtomatizaciji, ne glede na to ali je njihovo branje neustrezno ali pa nimajo težav na tem področju.

V okviru raziskovanja in diagnostičnega ocenjevanja v praksi se najpogosteje pri identificiranju šibkih in močnih področij preučujejo naslednji specifični kognitivni procesi (Magajna idr., 2014): **zaznavanje** (pri učencih s PPPU so lahko prisotni problemi zaznavanja ali težave pri prepoznavanju, razlikovanju ali interpretiranju zaznav, posebno vidnih in slušnih dražljajev), **pozornost** (problemi pozornosti lahko vključujejo težave pri selekciji in osredotočanju pozornosti na najbolj relevantne dražljaje, kar spada med ključne sestavine učenja), **spomin** (učenci s SUT imajo lahko težave na področju pomnjenja, še posebej delovnega pomnjenja, ki je potrebno za izvajanje vsakodnevnih kognitivnih nalog; primanjkljaje v delovnem pomnjenju mnogi avtorji povezujejo z motnjami branja, matematike in pisnega jezika), **jezik** (pri nekaterih učencih s PPPU se pojavlja zaostanek v govorno-jezikovnem razvoju in neustrezna raba jezika, težave imajo lahko na področju fonologije, semantike, sintakse, morfolologije in pragmatike, jezikovni problemi lahko zelo neugodno vplivajo na učenje) in **socialno področje** (nekateri učenci s PPPU imajo primanjkljaje na področju socialne kompetentnosti, ki se nakazujejo v obliki težav na področju socialnih veščin). Primanjkljaji na socialnem področju lahko povečajo možnost potencialno neugodnih posledic, kot je npr. opuščanje šolanja. Nevrokognitivni procesi in specifični deficiti kognitivnega procesiranja, ki so značilni za specifične motnje na področju branja, pisanja in matematike, so obravnavani podrobneje v Tancig (2014), Košak-Babuder (2014) in Kavkler (2014).

2.3 Od diagnostičnega ocenjevanja kognitivnih procesov k strategijam obravnave

Fuchs, Hale in Kearns (2011) opisujejo tri strategije intervencij, ki se osredotočajo na kognitivne procese. Prva izmed strategij je usmerjena na krepitev samih kognitivnih procesov (Mather in Gregg, 2006). Učenec, ki ima šibko delovno pomnjenje, npr. lahko vadi glasno ponavljanje števil nazaj. Druga strategija se osredotoča na procese šolskega učenja, tako krepitev veščin kot tudi kognitivnih procesov. Tako npr. od učenca zahtevamo, da vadi tekočnost branja ter hkrati izboljšuje hitrost branja in hitrost procesiranja (Hale idr., 2008). Pri tretji strategiji pa učenčev primanjkljaj zaobidemo tako, da prilagajamo gradivo ali proces poučevanja in npr. pri šibkem delovnem pomnjenju uporabljamo pri poučevanju bralnega razumevanja krajša besedila.

Vsem trem pristopom je skupen impliciten pogled, da SUT odražajo vzorec kognitivnih močnih in šibkih področij. Domneven vzrok neodzivnosti na intenzivne načine običajnega rednega poučevanja v okviru modela »odziv na

obravnavo« je ravno prisotnost specifičnih primanjkljajev, ki omejujejo možnost napredovanja. Ugotovljena močna in šibka področja pa lahko predstavljajo osnovo za razvoj intenzivnega individualnega (izvirnega) poučevanja (uporabe specialno-pedagoških metod poučevanja), ki se lahko včasih tudi po vsebini zelo razlikuje od tipičnega poučevanja v okviru modela »odziv na obravnavo«.

Mnogi so skeptični do kognitivno-procesne perspektive SUT in Fuchs s sodelavci (2013) tudi soglašajo z utemeljitvami razlogov, ki jih navajajo. Vendar pa obstajajo pomembni razlogi za to, da se te perspektive ne zavrže in poskuša nadaljevati preučevanja v tej smeri.

Za učence, ki se ne odzivajo na pristope k poučevanju, ki so v splošnem učinkoviti, potrebujemo več izobraževalnih pristopov in predvsem različne pristope. Sodobne raziskave kognitivnih psihologov, nevroznanstvenikov in drugih so povečale razumevanje kognitivnih procesov in mehanizmov vplivanja primanjkljajev na šolsko izvajanje. Obstaja pa tudi vrsta raziskav z intervencijami, ki izpostavlja pomen kognitivno osredotočenih pristopov k poučevanju.

3 Raziskovanje psiholoških virov pri osebah s specifičnimi učnimi težavami

Večina dosedanjih raziskav na področju SUT je bila osredotočena na dejavnike, ki osebam s to motnjo otežujejo življenje. Manj je študij, v katerih bi raziskovalci ugotavljali močna področja pri posameznih podtipih težav ali skušali razumeti primere uspešnega prilagajanja in dobrega funkcioniranja otrok, mladostnikov in odraslih, ki se zaradi specifičnih težav pri branju, pisanju ali matematiki soočajo s številnimi dodatnimi izzivi v šoli, na delu in v vsakodnevnem življenju.

Sama prisotnost specifičnih kognitivnih motenj, ki ovirajo usvajanje in avtomatizirano izvajanje posameznih šolskih veščin, predstavlja pomemben dejavnik tveganja za razvoj učne neuspešnosti in kasnejših težav na področju poklicnega in življenjskega prilagajanja. Vendar pa so raziskave razkrile pomembne individualne razlike v načinih spoprijemanja in uspešnosti obvladovanja številnih ovir v šolskem, življenjskem in poklicnem funkcioniranju, ki so posledica prisotnih vseživljenjskih primanjkljajev. Mnogi otroci in mladostniki so v šoli kljub prisotnosti specifičnih težav pri branju, pisanju ali matematiki uspešni, težave uspejo delno kompenzirati in dobro funkcionirajo (Meltzer idr., 2004). Prav tako mnogi študenti in odrasli s tovrstnimi motnjami uspejo premagati številne ovire na poti do zastavljenih poklicnih ali življenjskih ciljev in izkazujejo pozitivne dolgotrajne izide ob siceršnjem vztrajanju osnovnih specifičnih težav (Gerber idr., 1997; Košak-Babuder, Magajna in Kavkler, 2014). Drugi pa se soočajo z večjimi težavami pri prilagajanju na šolske zahteve na posameznih področjih, poglabljanjem in širjenjem šolske neuspešnosti ter se odločajo za opustitev šolanja

in izogibanje različnim možnostim nadaljnega usposabljanja in napredovanja na poklicnem področju. Slabi rezultati in doživljanje neuspeha ob velikem vložnem trudu v učenje spremljajo pogosto čustvene težave (anksioznost, depresivnost), ob prisotnosti dodatnih rizičnih dejavnikov pa se pogosto pojavi tudi neugoden razvoj v smeri vedenjskih težav in mladostne delinkventnosti. Težave v odrasli dobi se pogosto stopnjujejo v smeri izobrazbene ali ekonomske prikrajšanosti, brezposelnosti, socialne izključenosti in različnih psihopatoloških pojavov (Jereb, 2011).

V okviru različnih pristopov so raziskovalci želeli bolje osvetliti notranje in zunanje dejavnike, ki so povezani z bolj ali manj ugodnimi izidi izobraževanja in prilagajanja na kasnejšem poklicnem in življenjskem področju. Pomembne in pogosto presenetljive ugotovitve o vlogi ključnih dejavnikov so prispevale predvsem naslednje študije:

- preučevanja strategij in vlaganja truda pri učencih s SUT, ki so kljub težavam **učno uspešni** (Meltzer idr., 2004);
- **longitudinalne raziskave** oseb, ki so bile kot otroci ali mladostniki obravnavane zaradi specifičnim motenj učenja in so bile v odrasli dobi uspešne (Higgins, Goldberg, 2005),
- poglobljene **kvalitativne študije** zelo uspešnih odraslih s SUT (Gerber in sod. 1997) in preučevanje multiplih notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na ugoden ali neugoden dolgoročen izid ob vztrajanju specifične motnje (Gregg, 2009).

Skupaj z zanimivimi ugotovitvami preučevanja uspešnega funkcioniranja in ugodnih izidov so se na področju specifičnih učnih težav začele čedalje pogosteje pojavljati kritike, povezane s pretežnim osredotočanjem na motnje/primanjkljaje in usmerjanjem obravnave izključno v vadbo primanjkljajev. Kritike so se nanašale tako na pomanjkanje dokazane učinkovitosti različnih treningov na področju primanjkljajev, kot tudi na širše vplive tako zožene percepcije posameznika na njegovo učno funkcioniranje in osebnostni razvoj.

Armstrong v svoji kritiki področja specialne edukacije izpostavlja, da poteka identifikacija otrok predvsem na osnovi tega »česa ne zmorejo«, ne pa na osnovi tega »kaj zmorejo«. Avtor izpostavlja, da v medsebojni komunikaciji učitelji, starši, šolska administracija in strokovnjaki na področju duševnega zdravja pri opisovanju življenja otrok s posebnimi potrebami uporabljajo predvsem izraze, kot so primanjkljaj, motnja, disfunkcija idr. Kljub najboljšim namenom so mnogi ujeti v »diskurz motenj/prizadetosti«, medtem ko otrok s težavami pri učenju pogosto okoli sebe potrebuje ljudi, ki so zmožni v njem videti tisto najboljše, kar ima, ne najslabše. Številne raziskave so potrdile pomembno vlogo pričakovani pri določanju nadaljnjih izidov.

Med pristopi, ki so se usmerili v preseganje »**modela deficitov**« pri SUT lahko uvrščamo:

- uvajanje koncepta »**nevrorazličnosti**« v specialno edukacijo in redno šolsko poučevanje (Armstrong; Pollak, 2009; Pohlman, 2008);
- razvijanje »**modela rizičnost- rezilientnost**«, ki pri preučevanju SUT/ PPPU poudarja tudi preučevanje močnih področij in dejavnikov uspešnosti (Margalit, 2004; Meltzer, 2004) in
- vplive gibanja **pozitivne psihologije** (Seligman, 1996), ki opozarja, da se je raziskovanje na področju psihologije v preteklosti pretirano osredotočalo na patologijo in premalo na zdrave vidike človeškega življenja.

3.1 Model rizičnost-rezilientnost

Model rizičnost-rezilientnost poudarja pomembno vlogo motivacije, perspektive moči, truda in vztrajnosti kot ključnih temeljev za uspeh ob prisotnosti specifične motnje. Rezilientnost so sprva pojmovali kot neko izredno zmožnost ali osebnostno potezo, kot niz kvalitete, ki spodbujajo proces uspešnega prilagajanja in preobrazbe kljub prisotnosti dejavnikov tveganja, težav ali neugodnih okoliščin. Sodobne raziskave rezilientnost definirajo kot pozitiven in nepričakovan izid, za katerega so značilni posebni vzorci funkcionalnega vedenja, ki se pojavijo kljub prisotnosti dejavnikov tveganja in ne več kot neko izredno prirojeno lastnost (Masten, 2001). Nekateri raziskovalci rezilientnost pojmujejo kot dinamičen proces adaptacije, ki vključuje interakcije med vrsto rizičnih in varovalnih dejavnikov.

Paradigma rezilientnosti zahteva konceptualne spremembe in predlaga metodologijo, ki evalvira, na kakšen način se učenci spoprijemajo z različnimi stresorji in tveganji na različnih področjih, kontekstih in ravneh razvoja. Model rizičnost-rezilientnost poudarja kritičen pomen notranjih in zunanjih dejavnikov pri ublažitvi potencialnega vpliva dejavnikov tveganja in spodbujanju rezilientnosti pri tistih posameznikih, ki premagajo neugodne okoliščine. Obširen pregled ugotovitev raziskav o dejavnih tveganja in varovalnih dejavnih pri osebah s SUT sta podala Morrison in Cosden (1997).

Paradigma rezilientnosti se je izkazala kot zelo uporabna pri razlagi individualnih razlik v prilagajanju in je omogočila boljše razumevanje dejavnikov in procesov, ki olajšujejo ali zavirajo posameznike pri razvoju njihovih potencialov. Preučevanje notranjih in zunanjih procesov, ki pomagajo graditi in krepiti rezilientnost ter omiliti vpliv neuspeha pri učencih z učnimi težavami (Tur Kaspas in Weisel, 2004; Stone, 2004; Magajna, 2006; Magajna idr., 2008), je nakazalo nove možnosti načrtovanja pomoči in preprečevanja kasnejše neuspešnosti in sopojavljanja težav na čustvenem in vedenjskem področju.

Kljub pomembnim konceptualnim problemom, ki so povezani s preučevanjem varovalnih dejavnikov in rezilientnosti (problemi merjenja rezilientnosti, kako definirati pozitiven ali zelen izid, povezanost kriterijev uspešnega ali neuspešnega izida z vrednotami in specifičnim socio-kulturnim kontekstom itd.), je potrebno po mnenju Schoon (2006) nadaljevati z raziskavami. Boljše razumevanje prilagojenega funkcioniranja v neugodnih okoliščinah, ob prisotnosti motenj in številnih dejavnikov tveganja, omogoča razvoj kvalitetnejših programov preprečitve učne neuspešnosti in spremljajočih težav in dolgoročno naravnano načrtovanje podpore v praksi. Kiswarday (2012) ugotavlja na osnovi raziskave, ki je vključevala 429 učiteljev, da največ dejavnikov sodobnega pouka, ki so usmerjeni tudi v spodbujanje razvoja rezilientnosti pri otrocih in mladostnikih, v svojem pedagoškem delu uresničujejo učitelji razrednega pouka in specialni pedagogi, ki poučujejo na osnovnih šolah z nižjim izobrazbenim standardom, več konkretnjših smernic in podpor pa bi potrebovali predmetni in srednješolski učitelji.

Sugestije za nadaljnje raziskovanje vključujejo identifikacijo podskupin rezilientnih in ne-rezilientnih učencev, izvedbo obsežnejših longitudinalnih raziskav, ki bi omogočile vpogled tako v razvojni proces kot tudi v notranje in zunanje dejavnike, ki vplivajo na samopercepcije učencev in njihovo rezilientnost ter osvetlitev medsebojnih vplivov med značilnostmi učencev, pogoji rizičnosti in šolskimi praksami (Margalit in Idan, 2004).

3.2 Ključna vloga motivacije, vlaganja navora in vztrajnosti za uspešno funkcioniranje ob vztrajanju osnovnih težav

Raziskave, ki bi se ukvarjale s sicer za prakso zelo relevantnimi vprašanji na področju motivacije učencev s SUT, so redke. Učence s SUT raziskovalci pogosto obravnavajo kot neko homogeno skupino, ki dosledno doživlja neuspehe v šoli. Za načrtovanje različnih preventivnih pristopov in obravnavo pa je ključnega pomena, da razumemo, zakaj so nekateri otroci, mladostniki in odrasli s SUT pripravljene vztrajati in vlagati veliko navora v premagovanje ovir, ki jih povzročajo primanjkljaji, drugi pa obupajo in odnehajo. Kako se razlikujejo tisti, ki so učinkoviti in njihovo trdo delo vodi do zaznavanja sebe kot uspešnega in kompetentnega učenca od drugih, ki za učenje prav tako porabijo veliko časa, vendar ne dosežejo uspešnega rezultata? Šele po letu 2000 so se raziskovalci začeli bolj osredotočati na lastnosti, ki vodijo pri tej skupini do uspešnega učenja kljub vztrajanju oviranosti zaradi primanjkljajev. Raziskave so med drugimi dejavniki izpostavile tudi pomen šolske samopodobe, rabe strategij, poznavanja in razumevanja samega sebe.

Največ študij se je osredotočalo na vpliv motivacijskih dejavnikov in samoregulacije na učno uspešnost pri otrocih, mladostnikih in odraslih z disleksijo, ki je tudi najpogostejša motnja. Motivacijski dejavniki so za uspešno funkcioniranje

mladostnikov in odraslih z disleksijo zelo pomembni, saj potrebujejo za pripravo in implementacijo različnih kompenzatornih strategij veliko dodatnega časa, truda in energije. Raziskave so pokazale, da razvijejo za premagovanje težav, ki jih povzročajo zahteve po branju, pogosto povsem samostojne metode kompenzacije (Bogdanowicz idr., 2007). Namesto glasnega branja besedila se zatekajo k priklicu besedila, ki so se ga predhodno naučili na pamet s pomočjo različnih tehnik ali z multisenzornim učenjem iz dolgotrajnega spomina.

Łockiewicz je s sodelavkama (2013) preučevala psihološke resurse odraslih z disleksijo ter analizirala razlike v vidno-prostorskih in ustvarjalnih zmožnostih ter motivacijskih značilnostih. Pri primerjanju skupine srednješolcev in študentov z in brez disleksije ni našla dokazov o boljših sposobnostih oseb z disleksijo na področju ustvarjalnosti in vidno-prostorskih sposobnosti. Rezultati pa so nakazovali, da osebam z disleksijo vidno-prostorsko procesiranje nebesednega materiala omogoča, da učinkovito izvedejo naloge, ki temeljijo na sekvencialnem materialu. V študiji so kot vzrok dobrega funkcioniranja bolj kot kognitivne, izpostavili motivacijske in osebnostne dejavnike. Osebe z disleksijo so izražale pomembno višji nivo aspiracij kot vrstniki brez tovrstnih težav, ki so imeli primerljivo raven učnih dosežkov.

Zanimive so tudi ugotovitve preučevanj učencev s SUT, ki v šoli dobro funkcionirajo in so kljub težavam učno uspešni. L. Meltzer (2004) je s sodelavci opravila obsežna raziskovanja, da bi razjasnila vlogo truda in strategij ter medsebojnega vplivanja obeh dejavnikov pri posredovanju učnega funkcioniranja (izvajanja) uspešnih učencev s SUT. Raziskovalce je zanimalo tudi vprašanje, kako na te odnose vplivajo percepcije učiteljev in samo-percepcije učencev. Zato so preučevali, kako učenci zaznavajo svoj trud, rabo strategij, težave pri obvladovanju šolskih procesov in svojo učno kompetentnost. Ugotovili so, da je šolska (učna) samopodoba povezana z vlaganjem truda in rabo strategij. Učence s SUT in dobro šolsko samopodobo so učitelji zaznavali kot povsem enake učencem brez težav v pogledu vlaganja truda in rabe strategij. Raziskave so pokazale tudi pomembne razlike med mlajšimi učenci na razredni stopnji in starejšimi učenci na predmetni stopnji. Mlajši učenci s SUT (8–11 let) so poročali, da se zelo trudijo in veliko delajo, ne glede na to ali so sebe presojali kot dobre ali slabe učence. Starejši učenci s SUT na predmetni stopnji (11–15 let) pa so se razdelili v dve skupini: skupino, ki sebe presoja kot dobre učence, ima pozitivno samopodobo, se zelo trudi in je uspešna, in drugo skupino, ki sebe vidi kot šibke (slabe) učence in poroča, da se le malo trudi ter začenja v tem obdobju že razvijati znake naučene nemoči.

Rezultati redkih raziskav na področju samoregulacije pri mladostnikih so pokazali, da mladostniki s SUT veččin in znanja, pridobljenih prek učinkovitih strategij, kasneje ne povečajo (Lenz in Deshler, 2005). Samoregulacijske zmožnosti, ki so pomembne za uspeh na ravni višje šole ali univerzitetnega študija, so predvsem: sposobnost upravljanja s časom, vadba, obvladovanje metod učenja, zastavljanje

ciljev in izkazovanje močne samo-učinkovitosti. Raziskovalci so se bolj posvečali šolski samoučinkovitosti, zanemarjali pa so socialno in čustveno samoučinkovitost. Učna ali šolska samoučinkovitost je posameznikova sposobnost obvladati in upravljati s študijskimi pričakovanji. Gregg (2013) ugotavlja, da raziskave te najpogosteje preučevane oblike samoučinkovitosti kažejo, da mnogi adolescenti in odrasli s SUT precenjujejo svojo šolsko kompetentnost.

Ugotovitve longitudinalnih spremljanj učencev in mladostnikov s SUT (Higgins, Goldberg, 2005) izpostavljajo predvsem naslednje zmožnosti in osebnostnih značilnosti, ki so se povezovale z uspešnim izidom: kritično zavedanje in sprejemanje same motnje ali težave (refleksivno zavedanje), socialno kompetentnost in sposobnost rabe učinkovitih sistemov podpore, avtonomijo in proaktivno naravnost, veščine reševanja problemov in zmožnosti, povezane z zastavljanjem in doseganjem ciljev (aspiracije, samopodoba in samoučinkovitost, zmožnost upanja in pričakovanja uspeha, vlaganje truda, vztrajanje), ter strategije čustvenega obvladovanja težav. Na osnovi ugotovitev so bili izdelani tudi programi spodbujanja zgoraj navedenih zmožnosti in osebnostnih značilnosti. Na osnovi dolgoletnih izkušenj z učenci s SUT se tudi pri nas Kos (2014) sprašuje, ali ne bi bilo možno za te otroke v našem kontekstu po emocionalni poti storiti več, saj ugotavlja, da šola kot sistem premalo vztraja na pozitivni čustveni klimi razreda in premalo uporablja emocionalno pot pomoči otrokom s SUT.

Z ugotovitvami longitudinalnih študij pa se ujemajo tudi ugotovitve poglobljenih kvalitativnih študij uspešnih odraslih s specifičnimi motnjami učenja, ki jih je izvajal Gerber s sodelavci (1997). Raziskovalcem so uspešni odrasli s SUT odrasli v intervjujih zaupali, da so bile zanje odločilnega pomena nekatere notranje odločitve, s katerimi so prevzeli odgovornost in s tem tudi nadzor nad svojim življenjem. O svojih težavah na nekaterih področjih učenja (npr. pri branju) so govorili odkrito, priznavali in sprejemali so svoje omejitve, vendar pa so poznali in sprejemali tudi svoja močna področja, svoje talente. Te odločitve so se navzven izkazovale v vrsti vedenj, ki so omogočala učinkovito funkcioniranje in napredovanje kljub prisotnosti težav.

Tako longitudinalne kot tudi primerjalne študije študentov s SUT in kvalitativne študije izpostavljajo pomemben vpliv vztrajnosti pri uspešnih izidih. Zato je za razvojno delo in prakso zelo pomembno razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na vztrajnost oseb s SUT. Gregg (2013) ugotavlja, da bo dosežen večji napredek pri prepoznavanju dejavnikov, ki vplivajo na vztrajnost oseb s SUT šele tedaj, ko bomo razumeli interakcije med individualnimi, socialnimi, kulturnimi in sistemskimi vplivi. Pri pregledu dejavnikov, ki spodbujajo vztrajnost ob prisotnosti specifičnih motenj učenja, je avtor na osnovi obsežnega preučevanja študij kot kritična izpostavil predvsem tri področja: preučevanje vztrajnosti z uporabo večdimenzionalnih modelov; učinkovite študije, ki se osredotočajo na rabo informacijske komunikacijske tehnologije (IKT) in pozornost na modele kariernega razvoja.

Pogosto podcenjujemo napore, ki so potrebni, da mladostnik ali odrasla oseba s SUT vztraja v šolskih in delovnih okoljih. Za izboljšanje izidov na področju izobraževanja in zaposlovanja je zato nujno potrebno bolje razumeti številne dimenzije vztrajnosti. Literatura na tem področju obravnava v glavnem psihološke vidike, npr. samoregulacijo, samopodobo, cilje, notranjo motivacijo ipd. Tudi študije rizičnosti in rezilientnosti so osredotočene na psihološke dejavnike, ki vplivajo na vztrajnost. Sodobni raziskovalci na področju motivacije pa izpostavljajo pomen učnega okolja, odnosov in širših socialnih in kulturnih izkušenj, ki vplivajo na vztrajnost (Anderman in Anderman, 2010). Za boljše razumevanje vztrajanja so ključnega pomena tudi nekateri sistemski dejavniki, upoštevati je potrebno angažiranje (kontekst, besedila in naloge). Zaradi težav z branjem in pisanjem se mnogi mladostniki in odrasli ne angažirajo (niso motivirani) pri nalogah pismenosti. Če pa jim ponudimo besedila, ki jim bodo omogočala širjenje znanja in spretnosti na področju lastnih interesov, je verjetnost, da bomo dlje časa ohranili njihovo angažiranje, večja, kljub težavam pri branju ali pomanjkanju predznanja. Pomembno je, da raziskovalci posvetijo več pozornosti temu, kako bo besedilo ali naloga posameznika motivirala k vztrajanju kljub kognitivnim ali jezikovnim primanjkljajem (npr. dobro napisana besedila, uporaba novih medijev, domiselna grafika in mreženje idej).

Bolje moramo tudi razumeti, kako vpeljevati tehnologijo in podporno tehnologijo, ki jo običajno uporabljajo osebe s SUT, kako podpirati samo uporabo in kako vpliva uporaba na motiviranje k vztrajnosti. Mnogi odrasli s SUT opozarjajo, da se uspešne prakse pismenosti v šolskem kontekstu ocenjujejo kot neučinkovite v drugih kontekstih (npr. v delovnem okolju) in da nekateri alternativni izobraževalni programi (npr. poučevanje, ki temelji na umetnosti, ali poučevanje ob intenzivni rabi sodobnih medijev) omogočajo mnogim osebam s SUT ponovno vstopanje v izobraževalni sistem. Informacijska in komunikacijska tehnologija redefinira pismenost v 21. stoletju. Zato je potrebno na tem področju raziskati vrsto vidikov, ki nam bodo pomagali razumeti dejavnike vztrajnosti, npr. pri branju besedila na papirju ali na ekranu oz. v drugih digitalnih formatih (e-knjige itd.).

Vedenja v zvezi z izbiro poklica in kariernega razvoja mladostnikov in odraslih s SUT so pogosto pod vplivom naključnih dejavnikov in brez nekega sistematičnega načrtovanja. Poklicne aspiracije in izidi so pogosto tesno povezani z uspešnostjo na področju pismenosti, uspeh oseb s SUT pa lahko ovira veliko dejavnikov (stigmatizacija, diskriminacija s strani delodajalca in neustrezno izobraževanje in usposabljanje). Študije odraslih s SUT kažejo, da so tisti posamezniki, ki svoje motnje ne zanikajo, temveč jo sprejemajo in razumejo, bolj nagnjeni k iskanju mentorjev v okviru svojega izobraževanja in poklicnega usposabljanja in da se njihove poklicne izbire bolje ujemajo z njihovimi veščinami in sposobnostmi (Gerber idr., 1992). Karijerne razvojne potrebe te skupine bi bilo potrebno bolje raziskati in svetovanje na tem področju zastaviti bolj sistematično.

4 Zaključek

Kljub pomembnemu napredku na področju zavedanja, prepoznavanja in diagnostičnega ocenjevanja, obravnave in poučevanja specifičnih motenj učenja so, tako v našem prostoru kot tudi v širšem mednarodnem okolju, prisotni številni odprti problemi in dileme, ki ovirajo iskanje učinkovitejših rešitev. Med pomembne izzive za nadaljnji razvoj sodi poleg premagovanja ovir pri implementaciji novih modelov, empirično dokazanih ugotovitev in pristopov tudi izboljšanje razumevanja različnih perspektiv in praks v različnih kontekstih. Specifične učne težave so kompleksen pojav, ki posameznika ovira dolgoročno, znižuje njegovo učinkovitost in omejuje realizacijo potencialov v različnih kontekstih. Zavedanje in razumevanje, da imajo različni termini, ki izpostavljajo različne vidike tega kompleksnega in heterogenega pojava, različno funkcijo in usklajevanje perspektiv različnih udeležencev, bi lahko izboljšalo pomanjkljivo komunikacijo in omogočilo premagovanje nekaterih ovir pri sodelovanju. Izboljšanje diseminacije spoznanj v različnih kontekstih in soočanje z nekaterimi napačnimi pojmovanji sta nujna predpogoja za ustvarjanje fleksibilnejših in za posameznika ustrežnejših, za sistem pa ekonomičnejših rešitev. V ozadju številnih konfliktov pri izvajanju pomoči v šolskem kontekstu je pogosto še vedno prisotno togo, črno-belo pojmovanje specifičnih motenj učenja (ali nekdo ima motnjo ali je nima) in nerazumevanje, da gre pri pojavu SUT/PPPU za kontinuum oviranosti, ki zahteva kontinuum pomoči. Prav tako je pogosto prisotno nerazumevanje, da izpolnjevanje kriterija za diagnozo prisotnosti neke specifične učne težave, npr. disleksije, še ne pomeni izpolnjevanje kriterija za upravičenost do prilagoditev poučevanja in socialne zaščite, ki je predvidena za posameznike, ki so zaradi zelo izrazitih kognitivnih deficitov in nezmožnosti kompenziranja zaradi prisotnosti drugih rizičnih dejavnikov dolgotrajno ovirani.

Strokovnjaki ugotavljajo, da obstaja na področju specifičnih učnih težav pomembna vrzel med hitro rastočimi znanstvenimi spoznanji in vsakodnevno prakso. Sodobne raziskave kognitivnih procesov so potrdile manjšo učinkovitost in probleme hitrosti predelovanja informacij pri osebah s SUT/PPPU ter razložile, zakaj potrebujejo časovne prilagoditve. Opozorile pa so tudi na v praksi pogosto spregledan pojav večje kognitivne angažiranosti in utrudljivosti teh otrok, ki dosegajo včasih enako raven funkcioniranja neke šolske večine prek angažiranja dodatnih virov pozornosti in zavestne kontrole izvajanja ali vključevanja drugih kognitivnih funkcij višjega reda namesto rutinske avtomatizirane dejavnosti.

Bodoče raziskave bodo izboljšale razumevanje kompleksnih in medsebojno povezanih dejavnikov, ki vplivajo na to, ali učenci razvijejo rezilientno naravnost, ki jim pomaga premagati vpliv specifičnih motenj pri učenju. Tako razumevanje bo pomagalo tako učiteljem kot tudi staršem, da bodo lahko spodbujali rezilientnost pri učencih in izboljšali dolgotrajne izide za učence s specifičnimi motnjami učenja. Raziskave na tem področju so vsekakor

izpostavile potrebo po širše in bolj kompleksno zastavljeni pomoči, ki vključuje tudi informacije o močnih področjih, rizičnih in varovalnih dejavnikih, karierno svetovanje in spodbujanje razvoja kompenzatornih mehanizmov, rezilientnosti, socialnih veščin in grajenje podporne mreže.

Med dejavniki, ki bodo pomembno vplivali na nadaljnji razvoj področja, pa sodi tudi sposobnost integracije in omogočanje pogojev za učinkovito sodelovanje različnih strok in sektorjev (šolski, zdravstveni, socialni). Svetovalni center kot ustanova, ki združuje te dejavnosti, bi lahko v bodočnosti pomembno prispevala k prenosu spoznanj v prakso in razvoju diagnostičnih pristopov in pristopov podpore in pomoči pri zmernih in težjih oblikah specifičnih motenj učenja.

5 Viri

- Anderman, E. M. in Anderman, L. H. (2010). *Classroom motivation*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson.
- Armstrong, T. Special Education and the Concept of Neurodiversity. Pridobljeno 10. 2. 2015 s spletne strani <http://education.jhu.edu/PD/newhorizons/Neurosciences/articles/Special%20Education%20and%20the%20Concept%20of%20Neurodiversity/>
- Bogdanowicz M., Łockiewicz M., Bogdanowicz K. (2007). *Life skills*. V: I. Smythe (ur.) *Dyslexia: A guide for adults, Education and Culture*. Sofia: Leonardo da Vinci, 55-72.
- Fiorello, C. A., Hale, J. B. in Snyder, L. E. (2006). Cognitive hypothesis testing and response to intervention for children with reading problems. *Psychology in the Schools*, 43(5) 835-853.
- Flanagan, D. P., Fiorello, C. A. in Ortiz, S. O. (2010). Enhancing practice through application of Cattell–Horn–Carroll theory and research: A "third method" approach to specific learning disability identification. *Psychology in the Schools*, 47(7), 739-760.
- Flanagan, D. P., Ortiz, S. O. in Alfonso, V. C. (2007). *Essentials of cross-battery assessment* (2nd ed.). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Inc.
- Fletcher, J., Lyon, G., Fuchs, L. in Barnes, M. (2007). *Learning disabilities: From identification to intervention*. New York : The Guilford Press.
- Fuchs, D., Hale, J. B., & Kearns, D. M. (2011). On the importance of a processing-deficit perspective: An introduction. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 99-104.
- Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P. L. in Young, C. L. (2003). Responsiveness-to-Intervention: Definitions, Evidence, and Implications for the Learning Disabilities Construct. *Learning Disabilities Research and Practice*, 18(3), 157-171.
- Gerber, P. J., Ginsberg R. in Reiff H. B. (1992). Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25(8), 475-487.
- Gerber, P. J., Reiff, H. in Ginsberg, R. (1997). *Exceeding Expectations: Successful Adults with Learning Disabilities*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Gregg, N. (2009). *Adolescents and adults with learning disabilities and ADHD: Assessment and accommodation*. New York : Guilford Press.
- Gregg, N. (2013). *Adults with Learning Disabilities: Factors Contributing to Persistence*. V: H. L. Swanson, K. R. Harris in S. Graham, *Handbook of Learning Disabilities*. New York : The Guilford Press. S. 85-103.
- Hale, J. B. idr. (2010). The Learning Disabilities Association of America's White Paper on Evaluation, Identification, and Eligibility Criteria for Students with Specific Learning Disabilities. Pridobljeno 26. 2. 2014 s spletne strani <http://ldaamerica.org/wp-content/uploads/2013/10/LDA-White-Paper-on-IDEA-Evaluation-Criteria-for-SLD.pdf>
- Hale, J. B., Fiorello, C. A., Miller, J. A., Wenrich, K., Teodori, A. M., & Henzel, J. (2008). WISC-IV assessment and intervention strategies for children with specific learning disabilities. V: A. Prifitera, D. H. Saklofske in L. G. Weiss (Ur.), *WISC-IV clinical assessment and intervention* (2nd ed.). New York, NY : Elsevier Science. S. 109-171.
- Higgins, E., Goldberg, R. (2005). *Looking Back: Lessons Learned from a 20-Year Longitudinal*

Study. Paper presented at the 29th Annual IARLD (International Academy for Research in Learning Disabilities) Conference, Valencia, Spain, 7-9. 7. 2005.

Jansma, J. M., Ramsey, N. F., Slagter, H. A., Kahn, R. S. (2001). Functional anatomical correlates of controlled and automatic processing. *J. Cogn. Neuroscience*, 13, str. 730-743.

Jereb, A. (2011). Ekonomske posledice učne neuspešnosti. V: Pulec Lah, S. (ur.), Velikonja, M. (ur.). *Učenci z učnimi težavami, Izbrane teme*. 1. natis. Ljubljana : Pedagoška fakulteta. S. 52–66.

Kavkler, M. (2014). Primanjkljaji na področju matematike - kriteriji za opredelitev. V: Košak Babuder, M. (ur.), idr. *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami - podpora pri uresničevanju njihovih potencialov : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo Bravo, društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami. S. 127-137.

Kiswarday (2012). Model spodbujanja rezilientnosti v šolskem okolju. *Revija za elementarno izobraževanje*, 2, str. 41-61.

Kos, A. (2014). Otroci s specifičnimi učnimi težavami danes in jutri. V: Košak Babuder, M. (ur.), idr. *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami - podpora pri uresničevanju njihovih potencialov : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo Bravo, društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami. S. 10-19.

Košak Babuder, M. (2014). Primanjkljaji na področju branja in pisanja - kriteriji za opredelitev. V: Košak Babuder, M. (ur.), idr. *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami - podpora pri uresničevanju njihovih potencialov : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo Bravo. S. 120-127.

Košak Babuder, M., Magajna, L., Kavkler, M. (2014). Characteristics of young university graduates in Slovenia. V: *International Academy for Research in Learning Disabilities : conference programm and abstracts*. Toronto : International Academy for Research in Learning Disabilities, IARLD. S. 153-155.

Lenz, B. K. in Deshler, D. D. (2005). Adolescents with learning disabilities: Revisiting the educator's enigma. V: B. Y. Wong (ur.). *Advances in learning disabilities*. New York : Guilford.

Łockiewicz, M., Bogdanowicz, K. M. in Bogdanowicz, M. (2013). Psychological Resources of Adults with Developmental Dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 47 (6), 543-555.

Magajna, L. (2006). Varovalni dejavniki in razvijanje rezilientnosti pri otrocih in mladostnikih s specifičnimi učnimi težavami. V: M. Kavkler (ur.) *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami – spodbujanje, podpiranje in učinkovita pomoč*. Ljubljana: Društvo Bravo. S. 86-95.

Magajna, L. (2011). Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje specifičnih težav pri učenju: problemi in modeli. V: L. Magajna in M. Velikonja (ur.) *Učenci z učnimi težavami - prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. S. 112-33.

Magajna, L. (2014a). Analiza šibkih in močnih področij v okviru kompleksne evalvacije primanjkljajev na posameznih področjih učenja. V: Košak Babuder, M. idr. (ur.). *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami - podpora pri uresničevanju njihovih potencialov : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo Bravo. S. 112-120.

Magajna, L. (2014b). Prepoznavanje in odkrivanje učnih težav pri slovenščini in

matematiki : problemi, dileme in novi izzivi. V: Žakelj, A. (ur.). *Učne težave pri matematiki in slovenščini - izzivi za učitelje in učence : zbornik prispevkov konferenec*, 15. november 2013, Hotel Mons, Ljubljana. 1. izd. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo. S. 12-14. <http://www.zrss.si/pdf/UTMIS-zbornik-prispevkov-2014.pdf>, <http://pefprints.pef.uni-lj.si/id/eprint/2474>.

Magajna, L., Kavkler, M., Košak Babuder, M., Zupančič Danko, A., Seršen Fras, A., Rošar, A. (2014). Otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja. VII. V: Vovk Ornik, N. (ur.). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. Ljubljana : Zavod RS za šolstvo. S. 23-31.

Magajna, L. (2008). Specifične učne težave: od modela deficitov k rezilientnosti. V: L. Magajna, S. Pečjak, C. Pekljaj, G. Čačinovič Vogrinčič, K. Bregar Golobič, M., Kavkler in S. Tancig, *Učne težave v osnovni šoli: problemi, perspektive, priporočila*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo. S. 32-41.

Margalit, M. & Idan, O. (2004). Resilience and Hope Theory: An Expanded Paradigm for Learning Disabilities Research. *Thalamus*, 22(1), 58-65.

Margalit, M. (2004). Second-generation research on resilience: Social-emotional aspects of children with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 19(1), 45-48.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–239.

Mather, N. in Gregg, N. (2006). Specific learning disabilities: Clarifying, not eliminating, a construct. *Professional Psychology*, 37, 99-106.

- Meltzer, L. (2004). Resilience and Learning Disabilities: Research on Internal and External Protective Dynamics. *Learning Disabilities Research and Practice*, 19 (1), 1-2.
- Meltzer, L., Reddy, R., Sales Pollica, L., Roditi, B. (2004). Academic Success in Students with Learning Disabilities: The Roles of Self-Understanding, Strategy Use and Effort. *Thalamus*, 22(1), 16-32.
- Morrison, G. M., Cosden, M. A. (1997). Risk, Resilience and Adjustment in Individuals with Learning Disabilities. *Learning Disabilities Quarterly*, 20, 43-60.
- Nicolson, R. I. and Fawcett, A. J. (2008). *Dyslexia, Learning and the Brain*. Boston, MA: MIT Press.
- Pohlman, C. (2008). *Revealing Minds: Assessing to Understand and Support Struggling Learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pollak, D. (ur.) (2009). *Neurodiversity in Higher Education*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Seligman, (1996). *The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression & Build Lifelong Resilience*. New York : HarperCollins Publishers.
- Siegel, L. S. (1992). An evaluation of the discrepancy definition of dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 618-629.
- Stella, G. (2010). Disturbi specifici di apprendimento: un'introduzione. V G. Simoneschi, (ur.), *La dislessia e i disturbi specifici di apprendimento: Teoria e prassi in una prospettiva inclusiva*, Annali della Pubblica Istruzione 2/2010. Firenze: Le Monnier. S. 3-17.
- Sternberg, R. J. in Wagner, R. K. (1982). Automatization failure in learning disabilities. *Topics in learning and learning disabilities*, 2, 1-11.
- Stone, C. A. (2004). The role of social support and congruency of perspectives in moderating threats to self-concept in high-functioning adolescents with learning disabilities. A preliminary report. *Thalamus*, 22, 40-49.
- Tancig, S. (2014). Novejša spoznanja nevroedukacijske znanosti o specifičnih učnih težavah. V: Košak Babuder, M. idr.(ur.). *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami - podpora pri uresničevanju njihovih potencialov: zbornik prispevkov*. Ljubljana : Društvo Bravo. S. 72-82.
- Tur-Kaspa, H., Weisel, A. (2004). Teachers' Causal Attributions for Low-Achieving Students' Academic Performance: The Effects of Labels and Contacts. *Thalamus*, 22, 33-39.
- Waber, D. P., Wolff, P. H., Forbes, P. W., in Weiler, M. D. (2000). Rapid automatized naming in children referred for evaluation of heterogeneous learning problems: how specific are naming speed deficits to reading disability? *Child Neuropsychology*, 6(4), str.251-61.
- Waber, D. P. (2010). *Rethinking learning disabilities: Understanding children who struggle in school*. New York: Guilford Press.
- Wolf, M. & Bowers, P. (1999). The question of naming-speed deficits in developmental reading disabilities: An introduction to the double-deficit hypothesis, *Journal of Educational Psychology*, 19, 1-24.

Dr. Lidija Magajna

Dr. Lidija Magajna je docentka za psihologijo v edukaciji na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani, na Svetovalnem centru v Ljubljani pa poleg vodenja razvojno-raziskovalnega dela opravlja tudi diagnostično in svetovalno delo na področju motenj učenja in psihosocialnega prilagajanja. Strokovno se je izpopolnjevala na Free University (Nizozemska) v razvojni in pedagoški nevropsihologiji ter na Univerzi v Oslu v usposabljanju in svetovanju učiteljem. Sodelovala je pri številnih različnih oblikah usposabljanja strokovnih delavcev na področju izobraževanja in zdravstva, izdelavi strokovnih ekspertiz in konceptualnih dokumentov. Je članica Mednarodne akademije za raziskovanje na področju specifičnih učnih težav (IARLD). Raziskovalno in publicistično se je v številnih mednarodnih in domačih projektih ukvarjala s problemi učne neuspešnosti, razvojem pismenosti in zgodnje matematične kompetentnosti ter kognitivnimi in psihološkimi procesi pri učnih težavah splošne ali specifične narave.

Predstavitve v sekcijah • Čustvene težave

OD ZDRAVNIKA K PSIHOLOGU: Psihosomatske težave v otročtvu in mladostništvu

Povzetek

Psihosomatski simptomi so klinični simptomi brez prisotnosti organske patologije; o psihosomatski motnji govorimo kot o telesnem stanju, pri katerem igrajo čustveni faktorji pomembno vlogo v nastanku in vzdrževanju simptomov. Področje psihosomatskih motenj v otroštvu in mladostništvu je še slabo raziskano; nekateri avtorji poročajo, da o psihosomatskih simptomih toži 10–25 % pediatrične populacije, spet drugi govorijo o 2–10 %, pogosteje pa se pojavljajo pri dekletih. Glavne skupine psihosomatskih simptomov pri otrocih in mladostnikih so: kardiovaskularni in gastrointestinalni simptomi, bolečine in slabotnost. Na razvoj psihosomatske motnje vplivajo družinski in okoljski faktorji ter osebne predispozicije. Pri postavljanju diagnoze psihosomatskih motenj je nujno sodelovanje z zdravnikom ter podroben intervju s starši in otrokom. Pri zdravljenju se je izkazala kot učinkovita kombinacija vedenjsko-kognitivne, družinske in medikamentozne terapije.

Ključne besede:

psihosomatske težave, psihosomatski simptomi, teorije nastanka, družinski in okoljski dejavniki, osebne predispozicije, psihološka obravnava psihosomatskih težav

FROM PHYSICIAN TO PSYCHOLOGIST: Psychosomatic problems in childhood and adolescence

Abstract

Psychosomatic symptoms are clinical symptoms in the absence of organic pathology; psychosomatic disorder is physical condition in which emotional factors play an important role in the formation and maintenance of symptoms. Field of psychosomatic disorders in childhood and adolescence is still poorly explored; some authors have reported that the psychosomatic symptoms occur in 10-25% of the pediatric population, while others talk about 2-10%; they are more commonly seen in girls. The main groups of psychosomatic symptoms in children and adolescents are: cardiovascular and gastrointestinal symptoms, pain, and weakness. Development of psychosomatic disorder is affected by family and environmental factors on one hand and personal predispositions on the other. In diagnosis of psychosomatic disorders, cooperation with the doctor and detailed interview with parents and child has an essential role. As treatment, the combination of behavioral-cognitive, family and medical therapy had been proven effective.

Keywords:

psychosomatic problems, psychosomatic symptoms, theory of formation, family and environmental factors, personal predispositions, psychological treatment of psychosomatic problems

Uvod

Psihosomatske reakcije je nedvomno izkusil že vsak posameznik, pa naj je to na primer razbijanje srca pred izpitom, pomanjkanje apetita ob izgubi ljubljene osebe ali pa omotica na visokih površinah. Ko nas je strah, telo otrdi, ob sramu zardimo, ko se prestrašimo, nam srce bije hitreje, pri razburjenosti pa pričnemo plitvo dihati; ta pojav poznamo vsi in je nekaj povsem normalnega. Psihosomatski odzivi se pojavijo zlasti v stresnih pogojih ali situacijah, simptomi pa izginijo, ko se temu izognemo.

Predolgo trajajoča negativna čustva povzročajo stres, ki pa ni samo občutek naglice in napetosti, ampak ima tudi somatsko stran. Stresni hormoni kronično spremenijo naše notranje ravnovesje; najprej se spremeni počutje, sčasoma pa tudi telesni odzivi (Hauch, 2008). Omenjeno lahko vodi v nastanek psihosomatskih motenj.

Definicija

Izraz »*psihosomatsko*« je bil prvič uporabljen leta 1818, v veljavo pa je prešel leta 1930, ko se je pojavila moderna psihosomatska medicina (Fava in Sonino, 2000, v Goldstein in Naglieri, 2011). *Psihosomatski simptomi* so definirani kot klinični simptomi brez prisotnosti organske patologije (Brill, Patel in MacDonald, 2001). Taylor (2007, v Tsola in Anastassiou-Hadjicharalambous, 2011) opredeli *psihosomatsko motnjo* kot telesno stanje, pri katerem igrajo čustveni faktorji pomembno vlogo v nastanku in vzdrževanju simptomov. Somatski znaki povzročajo stisko in ovirajo posameznikovo vsakdanje funkcioniranje. Bolečina in stiska, vezani na psihosomatsko motnjo, nista pod človekovo kontrolo, odzivi potekajo na podzavestni ravni (Bursch, 2006, v Tsola in Anastassiou-Hadjicharalambous, 2011).

Brill, Patel in MacDonald (2001) opozarjajo, da je pomembno razlikovati med psihosomatskimi simptomi in somatoformnimi motnjami (kot psihosomatsko motnjo opredeli klasifikacija DSM-IV), še posebej pri otrocih in mladostnikih. Slednje so namreč psihiatrično stanje in so pri pediatrični populaciji dokaj redke. Res pa je, da lahko vztrajno ponavljanje psihosomatskih simptomov kasneje privede do nastanka somatoformne motnje.

Epidemiologija

Razširjenost in narava psihosomatskih simptomov in somatoformnih motenj se razlikuje glede na starost, spol, kulturo in razvojno stopnjo otroka in mladostnika. Ker je področje psihosomatskih motenj v otroštvu in mladostništvu

še slabo raziskano, je tudi baza podatkov glede pojavnosti skromna. Brill, Patel in MacDonald (2001) navajajo, da poroča o psihosomatskih pritožbah 10–25 % otrok in mladostnikov, med njimi je več deklet, še posebej v obdobju adolescence. Simptomi pri fantih dosežejo vrh okoli sedmega leta, pri dekletih pa okoli šestega in šestnajstega leta starosti. Carr (2006) govori o 2–10 % otrok in mladostnikov, ki tožijo o somatizaciji.

Vrste psihosomatskih simptomov v otroštvu in mladostništvu

Brill, Patel in MacDonald (2001) omenjajo naslednje najpogosteje prisotne psihosomatske simptome v pediatrični populaciji: želodčne bolečine (najpogosteje pri 9 letih), glavoboli (najpogosteje pri 12 letih), mišično-skeletne in prsne bolečine. De Maso in Beasley (2005, v Goldstein in Naglieri, 2011) navajata štiri glavne skupine simptomov: kardiovaskularni, gastrointestinalni, bolečine in slabotnost. Achenbach in Rescorla (2000, 2001, v Carr, 2006) sta v svojih študijah otrok in mladostnikov izluščila kategorije: bolečine (želodčne, glavoboli), slabosti in bruhanje, črevesne težave, drugi simptomi anksioznosti.

Psihosomatske težave se lahko pokažejo v obliki enega ali več simptomov. Pogosto otroci in mladostniki poročajo o prisotnosti več simptomov. Ti se združujejo okoli osrednje pritožbe, ki je običajno glavobol, trebušne bolečine ali bolečine v udih. Klinična slika vsake od teh lahko vključuje simptome iz drugih telesnih sistemov. Pri ponavljajoči trebušni bolečini so želodčne bolečine osrednja pritožba, ki jo spremljajo slabost, gmota v grlu ali slab okus v ustih. Če je poglavitna pritožba glavobol, so lahko pridruženi še bolečina v prsih, zadihanost, razbijanje srca in omotica. Bolečine v udih pa spremljajo težave s hojo ali paraliza (Carr, 2006).

V nadaljevanju bomo podrobneje opisali ponavljajočo trebušno bolečino in glavobole (povzeto po Carr, 2006).

Ponavljajoča trebušna bolečina

Pri ponavljajoči trebušni bolečini so večkratne bolečine v želodcu osrednja pritožba. Pojavi se lahko v povezavi z drugimi telesnimi simptomi, kot so slabost, bruhanje, glavoboli, bolečine v udih ali sklepane bolečine. Prisotna je pri 10–20 % šolskih otrok, najpogosteje od petega do dvanajstega leta starosti. Med spoloma ni razlik. Epizode trebušne bolečine lahko trajajo od nekaj minut pa do več ur, lahko se pojavijo večkrat na dan ali pa nekajkrat na mesec, v različnih delih dneva, vendar redkeje ponoči. Včasih se pojavlja kot stranski produkt separacije od staršev ali pri odhodu v šolo. Za postavitev diagnoze morajo biti opravljene laboratorijske preiskave in pediatrični pregledi. Ponavljajoča trebušna bolečina se običajno začne

z gastrointestinalno virozo, z bolečinami v trebuhu kot enim izmed simptomov. Vzroki za razvoj so še vedno precej nejasni; nenormalni fiziološki procesi, ki vplivajo na otrokovo ranljivost, vključujejo zmanjšano motiliteto prebavnega trakta, kronično zadrževanje blata, preobčutljivost na laktozo in razdražljivo črevesje. Stresni življenjski dogodki in neugodno družinsko okolje so pomemben faktor pri razvoju ponavljajoče trebušne bolečine. Prav tako pa so bolj nagnjeni k njenemu razvoju otroci in mladostniki z naslednjimi osebnimi karakteristikami: anksioznost, depresija, težak temperament, občutljivost, usmerjenost k visokim dosežkom, odvisnost in neučinkovite strategije spoprijemanja.

Glavoboli

Priložnostni glavoboli se pojavljajo pri 70 % otrok in mladostnikov, njihova pogostost narašča s starostjo. V večjem deležu so prisotni pri dekletih kot pri fantih. Ponavljajoči glavoboli pogosto vplivajo na psihosocialno in akademsko področje otroka in mladostnika. *Tenzijski glavobol*, včasih imenovan tudi kot stresni ali psihogeni glavobol (Mlakar, 2011), je precej pogost v otroštvu in mladostništvu, prevalenca pa s starostjo narašča. Je obojestranski, spremlja ga omotica, otroci pa imajo občutek tiščanja ali stiskanja. Traja od trideset minut do sedem dni. Običajno je povezan s stresnimi situacijami doma ali v šoli. To vodi do mišične napetosti v vratu, ramenih in glavi, kar privede do bolečine. *Migrena* je periodična, enostransko lokalizirana, v otroštvu traja od ene do dveh ur (Reiner Primec, 2011). Spremlja jo lahko vidna avra, slabosti, bruhanje in fotofobija. Družinska zgodovina migrene pri otrocih je pogosta. Migrenski napad običajno sledi razburjenju, stresu, specifični hrani ali izpostavljenosti stroboskopskim efektom.

Na jakost glavobola vplivajo trije pomembni psihološki faktorji: izpostavljenost ljudem, ki kažejo na bolečino vezano vedenje, učinkovitost otrokovih strategij spoprijemanja ter stopnja socialne ojačitve simptomov znotraj družine ali šolskega konteksta.

Teorije nastanka psihosomatskih motenj v otroštvu in mladostništvu

Biološke teorije razlagajo pojav psihosomatskih motenj na dva načina. Prvi se osredotoča na otrokovo osebno ranljivost (na podlagi genetske zasnove); ko je izpostavljen stresu, razvije simptome, povezane z njegovo biološko ranljivostjo. Drugi se ukvarja s karakteristikami stresorjev, ki sodelujejo pri nastopu boleznih ali simptomov (Carr, 2006).

Psihodinamska teorija: nezavedna operacija psiholoških obrambnih mehanizmov je odgovorna za medicinsko nepojasnjeno bolečino. Potlačeno čustvo, povezano s psihičnim konfliktom, preide z emocionalnega področja na telesno, simptomi pa so torej odsev bazičnega psihološkega konflikta (De Maso in Beasley, 2005, v Tsola in Anastassiou-Hadjicharalambous, 2011) .

Teorije učenja: Klasično in instrumentalno pogojevanje pojasnjujeta »na bolečino vezano« vedenje. Telesni simptomi so odraz govornice telesa pri otrocih, ki imajo težave z besednim izražanjem čustev. Sistematična krepitev »na bolečino vezanega vedenja« v samem začetku bolezni povečuje možnost, da bo to vedenje vztrajalo tudi po odstranitvi prvotnega bolečega dražljaja (De Maso in Beasley, 2005, v Tsola in Anastassiou-Hadjicharalambous, 2011) .

Teorije družinskih sistemov: Preobremenjenost s telesom, dolgotrajne pritožbe glede bolečin, zloraba alkohola in psihiatrične motnje znotraj družine so faktorji, za katere je bilo ugotovljeno, da so povezani s prisotnostjo psihosomatskih težav pri otrocih. Teorija socialnega učenja predpostavlja, da so simptomi rezultat posnemanja oziroma učenja z opazovanjem znotraj družine. Otrok nezavedno posnema vedenje prizadetega družinskega člana. Po drugi strani pa fokus na otrokove težave preusmeri pozornost proč od konfliktov med partnerjema ali drugih problemov znotraj družine, kar krepi otrokovo zatekanje k somatskim težavam (De Maso in Beasley, 2005, v Tsola in Anastassiou-Hadjicharalambous, 2011).

Družinski in socialni faktorji razvoja in vzdrževanja psihosomatskih težav

Simptome pogosto povzročijo okoljski stresorji. Otroci, ki so izpostavljeni stresnim situacijam, poročajo o višji meri telesnih simptomov kot tisti, ki jih niso deležni (Tsola in Anastassiou-Hadjicharalambous, 2011). Ob pogostem doživljanju stresa lahko pride do nezmožnosti regulacije tradicionalnega »boj ali beg« odgovora, kar se kaže v psihosomatski simptomatiki. Stres je običajno razumljen zavestno, vendar ga procesiramo tudi na nezavedni ravni; ta napetost se razvije v telesni simptom (Brill, Patel in MacDonald, 2001).

Brill, Patel in MacDonald (2001) navajajo naslednje potencialne vire stresa pri otrocih in mladostnikih: spremembe v šolskem okolju, konflikti z učitelji, šolske obremenitve, selitve, spremembe v puberteti, slabe strategije spoprijemanja, pritiski vrstnikov, kronične bolezni in psihiatrične motnje staršev, konflikti med starši, rigiden starševski stil, telesna ali spolna zloraba, sociokulturna pričakovanja, finančni problemi v družini, bolezni, nesreče in smrt v družini, pogoste spremembe na poklicnem področju pri starših, zloraba alkohola pri starših in nesreče v družini.

Schulte in Petermann (2011) sta v svoji študiji identificirala naslednje družinske dejavnike tveganja za razvoj psihosomatskih motenj pri otrocih: psihosomatske motnje pri starših, organske in psihiatrične bolezni družinskih članov, neugodna družinska klima, travmatski dogodki v družini ter ne-varen (izogibajoč ali ambivalenten) stil navezanosti.

Carr (2006) omenja še nizko samospoštovanje, zunanji lokus kontrole, negativne atribucijske stile, kognitivne distorzije, nezrele obrambne mehanizme in šibke strategije spoprijemanja pri starših.

Osebne predispozicije otrok in mladostnikov s psihosomatskimi težavami

Roberts (2003, v Carr, 2006) govori o bioloških in psiholoških faktorjih otrok in mladostnikov, ki vplivajo na razvoj psihosomatskih motenj. Pod *biološke* uvršča fiziološko ranljivost, psihofiziološko reaktivnost, zgodovino telesnih bolezni, slabši imunski sistem in povišano vzburjenost avtonomnega živčnega sistema. *Psihološki faktorji* pa so sugestibilnost, perfekcionizem, orientiranost k visokim dosežkom, visoka potreba po ugajanju odraslim in vrstnikom, nizka inteligentnost, težak temperament, nizko samospoštovanje, zunanji lokus kontrole, kognitivne distorzije, nezreli obrambni mehanizmi, slabe strategije spoprijemanja.

Ocenjevanje in zdravljenje psihosomatskih težav

Psihološka obravnava psihosomatskih motenj naj bi vsebovala naslednje elemente (povzeto po Carr, 2006):

- **SODELOVANJE Z ZDRAVNIKOM:** Psiholog mora pridobiti podatke o zdravstvenem stanju in zgodovini otroka ali mladostnika.
- **PRIPRAVA NA PSIHOLOŠKO OBRAVNAVO:** starši in otroci včasih težko razumejo pomembnost psihološke obravnave, ko je otrokova osrednja pritožba telesna. Družini je potrebno razložiti povezavo med psihološkimi in fiziološkimi mehanizmi psihosomatskih težav ter pojasniti, da oboji prispevajo k razvoju in percepciji simptomov.
- **OCCENJEVANJE:** S starši in otrokom je potrebno opraviti podroben intervju glede otrokovih težav. Pri podrobnejši diagnostiki se uporabljajo ocenjevalni vprašalniki in lestvice za specifične vrste somatskih pritožb. Če so pri otroku prisotne še druge težave, npr. učne, razpoloženske, tveganje za samopoškodbeno vedenje ali možnost zlorabe, moramo natančno raziskati še ta področja. Ko so

somatske težave osrednja pritožba otrok in mladostnikov, moramo posebno pozornost posvetiti ocenjevanju predispozicijskih, nenadnih, vzdrževalnih in varovalnih dejavnikov. Predispozicijski in vzdrževalni dejavniki so omenjeni v prejšnjih dveh poglavjih, nenadni se nanašajo na akutne življenjske strese, varovalni pa zmanjšujejo možnost razvoja psihosomatskih težav ali jih blažijo.

- **PRIPRAVA NA TERAPIJO**
- **NA DRUŽINO VEZANI UKREPI** pomagajo družinskim članom jasno in odkrito komunicirati o motnji in simptomih; razjasnijo meje v družini in povečajo otrokovo avtonomijo pri obravnavi; zmanjšajo čustveno intenziteto otrok-starš interakcij, vezanih na simptom; spodbujajo starše pri podpori obolelega otroka.
- **PSIHOEDUKACIJA:** Starše in otroka seznanimo s splošnimi informacijami o naravi psihosomatskih težav in z značilnostmi specifične otrokove simptomatike.

Spodaj so naštetе tehnike, ki jih izvajamo po principih vedenjsko-kognitivne terapije:

- **VODENJE DNEVNKA SIMPTOMOV:** Za vse vrste telesnih pritožb se uporablja tehnika rednega zapisovanja informacij o simptomih in okoliščin, v katerih se ti pojavljajo. Beležiti je potrebno intenziteto, pogostost, trajanje in ostale lastnosti simptomov. Zaželeno je opazovati notranje psihične procese in medosebne odnose pred, med in po pojavu simptoma. Prav tako se naj beleži količina morebitnih zdravil, ki jih je otrok prejel v posameznem dnevu.
- **TRENING TEHNIK SPROŠČANJA:** Stresni dogodki, ki zvišujejo raven fiziološke vzbujenosti, izzovejo, vzdržujejo ali poslabšajo simptome. Zaradi tega pomemben del terapije psihosomatskih težav zajema tudi treninge veččin zmanjšanja napetosti. Največkrat se izvajajo tehnike progresivne mišične relaksacije, vaje dihanja in vizualizacije.
- **KOGNITIVNE STRATEGIJE SPOPRIJEMANJA:** Stopnja, do katere otroci usmerjajo pozornost na simptome, način, na katerega jih vrednotijo ter vedenjski in medosebni vzorci, ki jih razvijejo v povezavi s simptomom, vplivajo na otrokovo psihološko prilagoditev na telesne simptome. Otroke naučimo preusmerjanja pozornosti proč od simptomov z razmišljanjem o čem drugem ali z aktivnostjo, ki jih bo zamotila. **Distrakcija** je uporabna pri obvladovanju različnih tipov bolečin, še posebej pa pri ponavljajoči trebušni bolečini, ki se lahko pojavi ob fokusiranju na minimalne spremembe v fiziološkem stanju in katastrofiziranju glede tega. Otrokom na terapiji pomagamo pri razvijanju njihovih lastnih distrakcijskih rutin, kot npr. poslušanje priljubljene glasbe ali pravlјice, igra z njihovo najljubšo igračo. Woolfolk in Allen (2007)

ugotavljata, da veliko ljudi s psihosomatskimi motnjami doživlja največje neugodje, ko se umikajo aktivnostim in usmerjajo pozornost na svoje telesne simptome. Če so otroci razvili navado katastrofiziranja glede simptomov ali napačno interpretirajo benigne telesne senzacije, je potrebno vpeljati **tehniko spreminjanja negativnih avtomatskih misli**, prek katere vplivamo tudi na čustvovanje in v končni fazi na vedenje. Otroke usmerjamo k iskanju drugih alternativnih razlag situacije ter dokazov za katastrofični izid in manj nevarne izide ter spodbudimo k nagrajevanju za preizkušanje najmanj katastrofične razlage situacije.

- **SISTEM NAGRAJEVANJA:** Tehnike nagrajevanja se uporabljajo, ko je naš cilj pomagati otroku naučiti se novih navad, za vzdrževanje in podkrepitev otrokovega zaželenega vedenja. Jasno je potrebno definirati, kaj je tarčno vedenje ter kje in kdaj se bo beleženje vedenja izvajalo. Otroku ali mladostniku razložimo, da si lahko pridobi točke ob zaželenem vedenju, ter skupaj z njim definiramo, koliko točk potrebuje za določeno nagrado. Nagrada mora biti za otroka pomembna. Če se na simptome vezano vedenje pojavlja pogosto, mora biti tudi nagrajevanje želenega vedenja pogostejše. Pri sistemu nagrajevanja je ključnega pomena, da aktivno sodelujeta starš in otrok.
- **TRENING PREPREČEVANJA PONOVNEGA POJAVLJANJA SIMPTOMOV:** Starše in otroka spodbudimo, da uporabljajo na terapiji osvojene tehnike tudi doma po koncu terapevtskega procesa oziroma v primeru ponovnega pojava simptomatike.

Gupta, Singh, Upadhyay in Bhatia (2011) navajajo, da je pri zdravljenju psihosomatskih motenj otrok in mladostnikov učinkovita kombinacija vedenjsko-kognitivne, družinske in medikamentozne terapije.

Psihosomatske težave pri otrocih in mladostnikih v slovenskem prostoru

Na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana na podlagi podatkov iz leta 2012 ugotavljamo, da ob prvem obisku toži o somatskih in psihosomatskih simptomih 5,2 % otrok in mladostnikov. Somatoformna motnja se je pojavila v 0,2 % (Slodnjak, 2014).

V Sloveniji je bila med letoma 2002 in 2010 trikrat izvedena mednarodna raziskava Health Behavior in School-Aged, ki se usmerja na zdravje in vedenja, povezana z zdravjem pri mladostnikih med 11. in 15. letom starosti. Trend kaže, da se je v teh letih zmanjšalo število mladostnikov, ki doživljajo več psihosomatskih simptomov. Tisti mladostniki, ki se v šoli dobro počutijo, navajajo manj psihosomatskih težav. Mladostniki s slabšim oz. podpovprečnim šolskim uspehom so poročali o

več psihosomatskih simptomih. Pri dekletih, ki so sicer v primerjavi s fanti bolj kritična do svojega zdravja (so manj zadovoljna in opažajo več psihosomatskih znakov), je bilo v obdobju med 2002 in 2010 ugotovljeno statistično značilno izboljšanje zadovoljstva in upad prisotnosti več psihosomatskih znakov (Jeriček Klanšček, Koprivnikar, Zupanič, Pucelj, Bajt, 2012).

Med mladostniki iz družin z nižjim socialno-ekonomskim položajem je prisotnih več psihosomatskih znakov. Podatki tudi kažejo, da več psihosomatskih znakov, kot so npr. bolečine v želodcu, križu, občutki, da si na tleh, razdražljivost, nervoja, nespečnost itn. doživlja približno 17 % mladostnikov, več deklet kot fantov. Delež tistih, ki doživljajo več psihosomatskih znakov, je v zadnjem desetletju padel in je nižji, kot je mednarodno povprečje. S starostjo se povečuje delež mladostnikov, ki redno doživlja več psihosomatskih znakov. Po mladostnikih z več znaki se Slovenija glede na druge države uvršča na zadnje mesto v vseh starostnih obdobjih (Koprivnikar, Drev, Jeriček Klanšček, Bajt, 2012).

Zaključek

Tradicionalni biomedicinski model psihosomatskih motenj obravnava organsko patologijo in psihološko motnjo kot dve različni entiteti. Biopsihosocialni model pa prepozna, da je potek organske bolezni pogosto spremenjen zaradi posameznikovega čustvenega okolja. Pri psihosomatskih težavah je te povezave dobro prepoznati, da razumemo patogenezo in oblikujemo ustrezen terapevtski plan.

Literatura

- Brill, S. R., Patel, D. R. in MacDonald, E. (2001). Psychosomatic Disorders in Pediatrics. *The Indian Journal of Pediatrics*, 68, 597-603.
- Carr, A. (2006). *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*. East Sussex : Routledge.
- Gupta, V., Singh, A., Upadhyay, S. in Bhatia, B. (2011). Clinical Profile of Somatoform Disorders in Children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 78, 283-286.
- Hauch, G. (2008). »Zdravnik je rekel, da je psihosomatsko...« Ljubljana : Temza.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. in Bajt, M. (2012). *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010*. Pridobljeno 26. 8. 2014 s http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=61&pi=5&c_5_Filename=attName.png&c_5_MediaId=5550&c_5_AutoResize=false&cpl=61-5.3.
- Koprivnikar, H., Drev, A., Jeriček Klanšček, H., Bajt, M. (2012). *Z zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji – izzivi in odgovori*. Pridobljeno 26. 8. 2014 s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=164&pi=5&c_5_AutoResize=false&cpl=164-5.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=164&pi=5&c_5_Filename=attName.png&c_5_MediaId=6118&c_5_AutoResize=false&cpl=164-5.3).
- mlakar, A. (2011). Glavobol tenzijskega tipa. V: Z. Rener Primec in N. Krajnc (ur.), *Obravnava glavobola pri otroku in mladostniku* (s. 51-55). Ljubljana : Sekcija za otroško nevrologijo Slovenskega zdravniškega društva.
- Rener Primec, Z. (2011). Migrena pri šolarju, mladostniku. V: Z. Rener Primec in N. Krajnc (ur.), *Obravnava glavobola pri otroku in mladostniku* (s. 29-37). Ljubljana : Sekcija za otroško nevrologijo Slovenskega zdravniškega društva.

Schulte, I. E. in Petermann, F. (2011). Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children and Adolescents: A systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 569-583.

Slodnjak, V. (2014). *Ambulantni list 2014 - poročilo*. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Tsola, M in Anastassiou-Hadjicharalambous, X. (2011). Psychosomatic. V S. Goldstein in J.A. Naglieri (ur.), *Encyclopedia of Child Behaviour and Development* (s. 1197-1199). New York : Springer Science+Business Media LLC 2011.

Polonca Čas, univ. dipl. psihologinja, specializantka klinične psihologije

Področja delovanja: diagnostična, svetovalna in terapevtska obravnava otrok in mladostnikov z učnimi, vedenjskimi in čustvenimi težavami, svetovanje staršem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri oblikovanju ustreznih pomoči za premagovanje otrokovih učnih težav, vodenje terapevtske skupine otrok za premagovanje težav s pozornostjo.

Travmatska izguba pri otroku in mladostniku

Povzetek

V prispevku so predstavljeni odzivi otrok na travmatska dogajanja, še zlasti ob nenadni, tragični izgubi bližnje osebe. Taki dogodki so zelo stresni in povzročijo pri otroku številne psihične težave. Med otroki so pomembne razlike v doživljanju in odzivanju na travmo, odvisne so od njegove starosti, osebnostnih lastnosti, življenjskega okolja in čustvenega odnosa do pokojnega. V klinični praksi je pomembno, da otroka, ki je doživel travmatsko izkušnjo, pravočasno prepoznamo in mu nudimo ustrezno terapevtsko pomoč. Ocena otrokovih težav ne vključuje le dobro poznavanje njegove simptomatike, temveč tudi ugotavljanje dejavnikov, ki lahko delujejo nanj zaščitno ali dodatno ogrožajoče in zmanjšujejo njegovo sposobnost obvladovanja težav.

Kognitivno vedenjska terapija je eden učinkovitejših terapevtskih pristopov. V prispevku predstavljen model je usmerjen tako v travmatski vidik same izgube, kot tudi v tematiko žalovanja. V klinični praksi se oba procesa medsebojno prepletata in dopolnjujeta.

Pomembno vlogo v procesu žalovanja otroka ter terapevtske pomoči imajo tudi družinski člani ter širša mreža socialnih odnosov.

Ključne besede:

travma, izguba, posledice, proces žalovanja, psihoterapija

Traumatic Loss in Children and Adolescents

Abstract

In her contribution, the author addresses children's reactions to traumatic events, in particular in relation to the unexpected and tragic loss of a family member or a person close to them. Such events are extremely stressful and trigger in a child a number of psychological problems.

Significant differences in how children experience and react to trauma can be attributed to their age, personality features, living environment and the emotional relationship with the deceased.

It is important in clinical practice to quickly identify a child who is experiencing trauma and provide them with suitable therapeutic support. The assessment of a child's problems not only includes all symptoms but also the identification of the factors that might have either a protective effect, or pose an additional threat and thereby reduce a child's ability to solve problems.

Cognitive behavioural therapy is one of the more efficient therapeutic methods. The model presented in the contribution is oriented both towards the traumatic aspect of the loss as well as looking at the subject of grieving. In clinical practice, both processes are intertwined and complementary.

Family members and a broader social network also play an important role in the process of grieving and therapeutic support.

Keywords:

trauma, loss, consequences, grieving process, psychotherapy

Uvod

V življenju otroka ali mladostnika predstavlja smrt bližnje osebe enega najbolj stresnih dogodkov. Nekatere tuje študije kažejo (Melhem, 2007), da približno 4 % otrok do svojega 18. leta starosti doživi izgubo enega od staršev. Še več pa je tistih otrok in mladostnikov, katerih izgube so povezane s širšim krogom sorodnikov ali prijateljev.

Vsekakor nas čedalje bolj stresno življenje, povezano s številnimi tragičnimi dogodki, kot so nesreče, usodne bolezni, samomori in podobno, opominja, da smrt pogosto nenadoma preseka življenje.

Odzivi otrok na travmatski dogodek in psihološke posledice

V zadnjih desetletjih se strokovnjaki, ki se ukvarjamo z duševnim zdravjem otrok in mladostnikov, čedalje bolj zavedamo vpliva travmatskih doživetij na psihosocialno delovanje otrok in mladostnikov ter njihovega duševnega zdravja nasploh. Posttravmatsko stresno motnjo pri otrocih je leta 1986 psihiatrična stroka uradno priznala in jo opredelila v klasifikaciji DSM IV, 1992 pa je bila vključena v 10. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB – 10). Istega leta jo je slovenski strokovni javnosti predstavila Anica Mikuš Kos s sodelavkami iz Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše. Ugotovljale so reakcije slovenskih otrok v prvih dneh vojnih dogajanj v Sloveniji (Mikuš Kos, Gorišek, Slodnjak, 1992). V zadnjih dveh desetletjih se vse več srečujemo z otroki in mladostniki, ki so doživeli različne travmatske dogodke in izgube med svojim odrasčanjem, tudi v klinični praksi.

V Svetovalnem centru smo na tem področju razvili različne modele psihološke in psihosocialne pomoči otrokom in mladostnikom ter njihovim svojcem (Kos, Slodnjak, 2000). Organizirali smo seminarje, v katerih smo skušali to področje približati širšemu krogu strokovnjakov, katerih odzivanje in ukrepanje je ob takih dogodkih neprecenljivo in pomemben vir podpore in pomoči.

Sodobne študije so pokazale, da so travmatski dogodki, povezani z izgubo bližnje osebe, posebej stresni in imajo lahko daljnosežne posledice na otrokov psihosocialni razvoj. Vsaka izguba je za otroka tragična. A če pride do izgube na nenaden, nepričakovan način, v nasilnih pogojih ali drugače nepričakovanih okoliščinah, so posledice še hujše, še zlasti, če je bil otrok ob tem prisoten.

Kako se bo otrok odzival na travmatski dogodek, je odvisno od številnih dejavnikov. Odzivi so različni glede na pojavno obliko, intenziteto in trajanje. Med otroki so velike individualne razlike v osebnostnih lastnostih, odpornosti, izkušnjah in mehanizmi spoprijemanja. Reakcije otrok na travmo se lahko pojavijo takoj ali pa s časovnim zamikom. Zelo pomembna je že starost otroka ter razvojna faza, v kateri se nahaja. Tudi osebnostne lastnosti otroka ter njegov temperament vplivajo na naravo in intenzivnost odgovora. Nekateri otroci so po naravi ranljivejši in občutljivejši ter psihično labilni, drugi pa so odpornejši in prilagodljivejši. Otrokov okolje prav tako pomembno vpliva na doživljanje travme in na poznejše posledice. Otrok se občutljivo odziva na čustveno stanje in vedenje svojih bližnjih, še zlasti, če je mlajši. Osebe, ki so mu čustveno blizu in so zanj pomembne, lahko s svojimi reakcijami otroku olajšajo ali pa otežijo okrevanje.

Otrok, ki je izpostavljen travmatskemu dogodku, lahko razvije značilne posttravmatske stresne simptome s podoživljanjem travmatskega dogodka v obliki misli, slik ali sanj; povečana vzburljenost se lahko kaže v obliki motenj spanja, razdražljivosti ali motenj koncentracije; prav tako niso redki simptomi: izogibanje mislim, čustvom ter pojav čustvene otrplosti. Poleg tega lahko otroci razvijejo številne depresivne simptome, kot so žalost, nemoč, občutja krivde. Pojavljajo se čustvene reakcije, kot so strah, tesnoba ter panični napadi. Pogosto se pojavi tudi občutek osamljenosti; otrok se zapre vase, vse manj se družijo z vrstniki.

Travmatski simptomi, ki se pojavijo v takih situacijah – vedenjski, kognitivni, somatski ali čustveni, se prekrivajo z običajnim procesom izgube in žalovanja.

Primer: Sonja

10-letna Sonja prihaja v obravnavo v SC po samomoru očeta pred meseci. Oče se je ustrelil, pred tem dogodkom pa je pred deklico večkrat grozil, da se bo ustrelil; kazal je pištolo, grozil pa ji je tudi, da ne sme nikomur nič povedati o njegovih namelih, drugače bo njej kaj storil.

V pogovoru pove, da od tega dogodka dalje ne more spati, ima nočne more; prikradejo se ji grozni spomini; stalno razmišlja o tem dogodku. Pogosto je žalostna, počuti se osamljeno. Pojavljajo se ji občutja tesnobe in strahu in takrat težje diha. Težave ima tudi s koncentracijo, v šoli je popustila. Kaže občutja krivde, ker ni o očetovih grožnjah nikomur nič povedala. V svojem vedenju kaže žalost, potrnost; oblečena je v črno. Prej družabna deklica, se je povsem izolirala od sošolcev in prijateljc.

V študiji o odzivih otrok na travmatske izgube bližnjega Nader in Salloum (2011) ugotavljata, da se pri teh otrocih razvijejo kompleksne reakcije žalovanja. Prav kombinacija travmatskega dogodka, povezana z izgubo in s procesom žalovanja, pogosto otežuje proces okrevanja. Ob travmatski smrti je otrok preplavljen tako s simptomi travme, kot tudi izgube in žalovanja. Hkrati lahko tudi sama narava travmatskega dogodka smrti zaplete proces okrevanja. Cohen, Mannarino in Deblinger (2006) pišejo, da je v takih situacijah otrok izpostavljen rizičnemu nadaljnjemu razvoju. Avtorji poudarjajo, da je zaradi tega potrebno te otroke čim prej prepoznati in jim nuditi ustrezno pomoč.

Ocena otrokovih težav – travme

Dobro poznavanje otrokove simptomatike, njegovih razvojnih značilnosti in socio-kulturnega okolja, iz katerega prihaja, je pomembno za načrtovanje terapevtske pomoči tako otroku kot svojcem. Natančno moramo oceniti obseg, intenziteto in trajanje težav. Poleg ocene travmatskih simptomov (podoživljanje travme, izogibanje, pretirana čuječnost), moramo biti pozorni na druge simptome.

Raziskave, kot tudi klinična praksa, kažejo na visoko stopnjo komorbidnosti pri teh otrocih. Posledice travmatskih dogodkov se lahko kažejo na različnih področjih otrokovega delovanja. Cohen idr., (2006) izpostavljajo:

- kognitivne težave: neustrezni vzorci mišljenja o sebi, o drugih, vključujoč distorzije ali zmotna razmišljanja (npr. občutja krivde za travmatski dogodek);
- afektivni problemi: tesnoba, strah, žalost, jeza, pomanjkljiva zmožnost za toleranco ali uravnavanje negativnih čustvenih stanj;
- težave v medosebnih odnosih: izolacija, poslabšanje ali izguba socialnih veščin, pretirana občutljivost v medosebnih odnosih, nezaupanje v druge;
- problemi v družini: pomanjkljive starševske veščine, šibka medsebojna komunikacija;
- vedenjske težave: agresivno, opozicionalno vedenje, tvegano vedenje;
- somatske težave: motnje spanja, glavobol, pretirana čuječnost, slabša koncentracija.

Informacije o otroku in njegovem delovanju pridobivamo tako od samega otroka – prek intervjujskih tehnik, opazovanja in psihološkega testiranja, kot tudi iz otrokovega okolja – predvsem od staršev in učiteljev.

Intervju z otrokom

Intervju z otrokom ali mladostnikom je sestavni del diagnostičnega procesa. V njem skušamo pridobiti njegovo videnje in doživljanje dogodka. Za otroka je to zelo občutljiv proces, zato moramo biti kot terapevti tankočutni in nevsiljivi. Otrok se mora počutiti varnega, imeti mora zaupanje v terapevta. Nekateri otroci kažejo potrebo po pripovedovanju o dogodku, drugi se pogovoru o njem izogibajo. Izogibanje je pogost obrambni mehanizem otroka, ki je zaskrbljen zaradi nenadnih občutkov, ki jih je sprožilo travmatsko doživetje. Počuti se drugačnega, spremenjenega. Pogovora o travmi se neredko izogibajo tudi v njegovem okolju, da otroka ne bi preveč vznemirili, kar še stopnjuje njegovo stisko. Tak otrok bo potreboval več časa in spodbude, da se bo odprl, včasih tudi na drugačen način, prek drugih tehnik, zlasti risanja ali igranja.

Primer Sonja

Že v prvem pogovoru spontano govori o travmatskem dogodku. Precej podrobno opisuje svoje videnje in doživljanje ob tem; pripoveduje tudi o življenju v družini pred dogodkom. Izkaže se, da so bile razmere doma dokaj stresne že pred očetovim samomorom. Oče je bil pogosto grob in nasilen do matere; vdajal se je alkoholu in drugim škodljivim substancam. Bala se je za mamo, ker ji je oče večkrat grozil, da ji bo kaj naredil.

V pogovoru prihajajo do izraza številni simptomi, ki jo obremenjujejo že daljše časovno obdobje in vplivajo na njeno delovanje doma in v šoli. Njena mati se v pogovor vključi šele kasneje, da poda celotno anamnezo deklince. Iz pogovora z njo je razvidno, da je bila pretekla družinska situacija polna stresov, saj je bil deklčin oče tudi po opisu matere zelo čustveno labilen in vzkipljiv.

Psihološko testiranje

Danes imamo na voljo številne psihološke teste, s katerimi ocenjujemo posttravmatsko stresno motnjo kot tudi pridružene simptome. V klinični praksi je zelo uporaben Vprašalnik o travmatiziranosti otrok in mladostnikov- VTM (Briere, 2000). Znana je tudi Lestvica vpliva izjemnih dogodkov IES, prilagojena za otroke (Horowitz idr., 1987). Za ugotavljanje depresivnosti pri otroku je primeren Vprašalnik otroške depresivnosti (Kovacs, 1985). V klinični praksi nam dajejo pomembne diagnostične informacije Vprašalnik za otroke in mladostnike YSR- (Achenbach, 2001), ki omogoča dokaj podrobno analizo internaliziranih in

eksternaliziranih motenj pri otroku ali mladostniku. Podrobnejša simptomatska lestvica nam pokaže tista področja otrokovih težav, na katerih bomo gradili nadaljnjo terapevtsko pomoč. Ker je pri teh otrocih ali mladostnikih pogosto znižana samopodoba, z Vprašalnikom samopodobe-SPA(Musitu idr., 1998) ugotavljamo področja njihovega doživljanja sebe, ki so najbolj prizadeta.

V psihološkem pregledu Sonje ugotavljamo na Vprašalniku o travmatiziranosti otrok in mladostnikov nadpovprečno visoko stopnjo posttravmatskih stresnih simptomov v obliki intruzivnih misli ter spominov na boleče dogodke. Pogosto ima neprijetne sanje in nočne more. Pojavljajo se depresivni simptomi v obliki žalosti, potrtosti ter osamljenosti. Na Testu nedokončanih stavkov se sprašuje, »zakaj je oče to naredil«, »njeno otroštvo je grozno«, »ni uspela ... nehati biti žalostna«.

Njena samopodoba je izrazito nizka.

Ob nadaljnji eksploraciji simptomov pove, da ima skoraj vsak večer te misli; pojavljajo se ji slike, kako je oče polnil pištolo. Postane jo strah. Včasih se tudi med poukom spomni teh dogodkov in se ne zmore zbrati.

Ogrožajoči in varovalni dejavniki ter procesi pri otroku

Podrobna ocena ogrožajočih dejavnikov, ki povečujejo otrokovo ranljivost in zmanjšujejo sposobnost obvladovanja ter varovalnih dejavnikov, ki povečujejo odpornost in sposobnost obvladovanja, je lahko pomemben kažipot pri usmerjanju terapevtske pomoči. Iz strokovne literature je znano, da se pozornost strokovnjakov čedalje bolj usmerja na tiste dejavnike v otrokovem okolju, ki večajo odpornost in ga ščitijo pred neugodnimi posledicami stresnih dogodkov.

V pregledu raziskav o za stres odpornih otrocih Garmezy (1985, v Kos, 2001) ugotavlja, da so pri teh otrocih na delu tri skupine variabel, ki delujejo zaščitno: osebne značilnosti, družinska povezanost z odsotnostjo konfliktov in dosegljivost zunanjih podpornih sistemov ter drugih virov, ki krepijo in opogumljajo otroka pri njegovih naporih za obvladovanje. Harrington in Harrison (1999, v Mallon, 2011) izpostavljata pomen otrokovega temperamenta, šolskih kompetenc, visokega samospoštovanja ter zmožnost prejetja moči iz okolja. Prav tako je pomembna tudi razvojna stopnja otroka.

Vse večji poudarek na odpornosti, sposobnosti, da se zoperstaviš težavam in jih preboliš, je postal pomemben koncept v teoriji mentalnega zdravja in zadnjih raziskav na področju žalovanja (Luthar in dr., 2000 v Mallon, 2011). Vendar avtorji menijo, da je pri otroku pomemben zaščitni dejavnik tudi varna čustvena naveza in pozitiven odnos s primarnim objektom – materjo ali drugo zanj pomembno osebo.

Terapija travme in žalovanja pri otroku

Cohen idr. (2006) ugotavljajo, da se učinki travme kažejo vzdolž kontinuuma od manjših do težjih problemov na različnih področjih funkcioniranja. Kadar so pri otroku prisotni simptomi travme in tudi simptomi žalovanja, so avtorji mnenja, da se je potrebno v terapiji lotiti vsakega področja posebej, a najprej same travme. To velja še zlasti takrat, ko ima otrok vsiljive slike o tragičnem dogodku. Šele kasneje, ko se simptomi travme ublažijo, naj bi se z otrokom lotili bolečine izgube in procesa žalovanja. Vendar gre po tej poti, kot ugotavljajo isti avtorji, vsak otrok na svoj način, zaradi česar poteka terapevtski proces pogosto v prepletanju obeh modelov.

Cohen idr. (2006) so razvili model pomoči, ki ga imenujejo s kraticami: TF-CBT (Trauma Focused- Cognitive-Behavioral Therapy). Ta vsebuje integracijo različnih pristopov: predvsem kognitivno-vedenjskih, kot tudi pristopov, povzetih iz teorije navezave, razvojne nevrobiologije, družinske terapije ter humanistično usmerjene terapije. Avtorji so mnenja, da se ob številnih terapevtskih modelih, ki so dandanes na voljo, kaže ta pristop kot eden učinkovitejših. Naravnan je v razvijanje različnih veščin, usmerjenih na otroka in družino. Glavne komponente tega terapevtskega pristopa so:

- psihoedukacija in starševske veščine,
- relaksacijske tehnike,
- afektivna modulacija,
- kognitivno spoprijemanje in procesiranje,
- pripovedovanje travmatske zgodbe,
- tehnika izpostavljanja,
- skupne seanse z otrokom in starši,
- poudarek na bodoči varnosti in razvoju otroka.

Model je fleksibilen in ga prilagajamo glede na otrokove potrebe. V praksi je pogosto tako, da so določene vsebine bolj v ospredju kot druge.

Psihoedukacija je eden izmed elementov, ki je pri delu s travmatiziranimi otroki na prvem mestu. Otroku ali mladostniku moramo razložiti, da so njegove čustvene stiske, ki so lahko zelo intenzivne, normalen odziv na travmatski dogodek.

Podobno se odzivajo tudi drugi otroci. Otrok je še zlasti vznemirjen, če intenzivno podoživlja travmatski dogodek v obliki vsiljivih slik ali travmatskih sanj. Vsa čustva, ki se pri tem pojavljajo, so sprejemljiva. Poleg žalosti in joka se pojavijo tudi jeza, motnje koncentracije ali druge težave. Otroku damo vedeti, da mu bomo pomagali. Če je zelo vznemirjen, ga pomirimo.

Tudi staršem ali skrbnikom moramo dati osnovne informacije o značilnostih travmatskih doživetij in njihovih posledicah.

Sprostitutvene tehnike, strategije samopomirjanja so lahko otroku v pomoč pri zmanjševanju notranje napetosti, tesnobe in podobno. Z njimi si poveča občutek samokontrole. Pomagajo mu lahko, da zvečer lažje zaspi. V praksi uporabljamo Jacobsonovo progresivno mišično tehniko in Tehnike dihanja.

Nekateri otroci imajo težave s **prepoznavanjem čustev**, zato moramo posvetiti več časa temu problemu. V začetku je lahko to pogovor, ki je usmerjen v čustveno manj obremenjujoče situacije, šele kasneje se usmerjamo v neugodna čustva (jeza, krivda, strah), povezana s travmatsko izkušnjo.

Zlasti mladostniki pogosto nočejo pokazati čustev, niti govoriti o njih. Iskanje različnih pristopov, kako jim priti bližje, je tudi za izkušenega terapevta težka naloga. Več časa je potrebno dopustiti pridobivanju zaupanja otroka ali mladostnika v terapevta, saj je pogosta otrokova reakcija izguba občutka varnosti in zaupanja.

Kognitivno spoprijemanje in procesiranje omogoča otrokovo prepoznavanje misli, ki so pogosto disfunkcionalne in negativno vplivajo na njegov sistem mišljenja. Pomagamo mu iskati alternativne misli, ki so ustrežnejše in funkcionalnejše.

Pripovedovanje travmatske zgodbe ima nekaj funkcij. Pripovedovanje omogoča otroku sprostitve. Ob pripovedovanju otrok ali mladostnik spontano iznaša misli, spomine na travmatski dogodek, ki jih spremljajo negativna občutja nemoči, strahu, krivde ali sramu. Skozi seanse otrok postopoma dopolnjuje svojo zgodbo, jo povezuje z različnimi časovnimi dimenzijami, hkrati pa povezuje tudi misli in čustva ter jih postopoma integrira v konsistentno celoto. Eden izmed ciljev tega procesa je, da se otrok ob pripovedovanju osvobaja bolečih čustev in spominov ter integrira travmatsko izkušnjo v svoje življenje. Na ta način postane travmatska izkušnja del njegovih življenjskih izkušenj in samopodobe. Pri tem je pomembno, da mu terapevt razloži pomen in cilje takšnega pristopa in da mu bo, kljub temu da mu je težko govoriti o bolečih dogodkih, na koncu lažje. Terapevt mora otroku dati občutek, da ga je sprejel z njegovo izkušnjo.

V pripovedovanju otroka terapevt prepozna tudi njegove izkrivljene kognicije (primer Sonja: »Jaz sem kriva, da se je oče ustrelil, zakaj nisem pravočasno kaj storila?«), ga z njimi sooča in skupaj z njim išče ustrezne oziroma funkcionalnejše misli. S tem se otrok postopoma osvobaja tudi občutij krivde oziroma drugih obremenjujočih čustev.

Povezovanje misli, čustev in vedenja, vezanih na travmatski dogodek, vadimo z vajami in tehnikami, vezanimi na njegovo vsakdanje življenje.

Izpostavljanje pomeni soočanje z nečim, česar se otrok ali mladostnik izogiba zaradi tesnobe in strahu, ki bi ju doživljal ob soočenju. Pomembno je, da mu predstavimo namen te tehnike, ki mu bo olajšala nekatere simptome. Skupaj z otrokom skušamo ugotoviti situacije, ki se jih izogiba, in jih razvrstiti po težavnosti v hierarhično lestvico. Različne situacije obravnavamo počasi, postopno, z utrjevanjem.

Otrok se lahko izogiba določenih prostorov, ki jih povezuje s travmatsko izkušnjo. Pogosto ima tudi težave s spanjem, boji se zaspati in noče biti sam.

Šele takrat, ko se simptomi travme zmanjšujejo, lahko prične otrok proces žalovanja (Cohen, 2006). Vendar je v praksi pogosto tako, da se procesa povezujeta. Enkrat so v ospredju vsebine, ki so značilne za travmatsko izkušnjo – na primer ujetost v spomin na travmatski dogodek –, drugič vsebine, povezane z izgubo in žalovanjem. Če ostajajo travmatske vsebine še vedno zelo v ospredju, je naravni proces žalovanja lahko moten. Otrok velik del svoje psihične energije porablja za obvladovanje travmatskega doživetja.

Ovire v žalovanju imajo lahko poleg ujetosti v travmatski dogodek tudi druge vzroke. Včasih so lahko tudi posledica okolja, ki otroku ne omogoča, da izkazuje bolečino in žalost.

Razumevanje in doživljanje smrti z vidika razvojnega obdobja

Otrokovo doživljanje smrti z vsemi posledicami, ki jih s seboj prinese, je v ospredju raziskovanja šele zadnja desetletja. V preteklosti so pogosto podcenjevali vlogo otrokovega žalovanja ob izgubi.

Eden od avtorjev, ki se je posvečal fenomenu z vidika posledic ob izgubi primarnega objekta, posebej v zgodnejšem razvojnem obdobju, ki je ključen za nadaljnji osebni razvoj, je bil Bowlby (1980). Opozoril je na naslednje faze v otrokovem žalovanju:

- šok, nesprejemanje smrti, zanikanje;
- protest, hrepenenje, močne čustvene reakcije joka, bolečine, nemira in spremenjenega vedenja;
- dezorganizacija, z občutki brezizhodnosti, preokupiranost z umrlim, občutja zmedenosti, umaknjenosti in utrujenosti in postopno sprejemanje realnosti in nepovratnosti izgube;
- faza reorganizacije; ki se pričanja nekako po prvem letu od izgube.

Kasneje so tudi številni drugi avtorji proučevali ta fenomen – predvsem z vidika razvojnega obdobja, kot tudi individualnih razlik med otroki ter narave same izgube in odnosa z umrlim.

Pri delu z otroki in mladostniki je zelo pomembno poznati in razumeti vso kompleksnost, ki jo prinašata otrokovo doživljanje smrti in žalovanja. Otrokovo razumevanje smrti je odvisno od njegove starosti oziroma razvojnega obdobja. V starosti do petih let otrok ne zmore razumeti smrti kot nekaj dokončnega in nepovratnega. Zanj je značilno magično mišljenje; otrok si predstavlja, da se lahko mrtva oseba vrne, vendar pa ni njegova prizadetost zaradi izgube zato nič manjša. Žalost izraža z jokom, pogosto tudi regresivnim vedenjem. Pojavijo se različni strahovi ter motnje spanja.

Razumevanje smrti kot nekaj trajnega in dokončnega se razvija postopoma. Višja stopnja kognitivnega razvoja otroku omogoči, da postopoma razume pojme dokončnosti in nepovrnjivosti pa tudi vzročnosti. Po Piagetovi teoriji razvoja operativnega mišljenja je to v povprečju med sedmim in osmim letom starosti. Vendar otrok v tem starostnem obdobju še ne verjame, da je smrt univerzalna, in da se lahko zgodi tudi njemu. Kot navajajo različni avtorji (Nader, Salloum, 2011), se kažejo otrokove reakcije ob izgubi v tem obdobju predvsem v tesnobi, depresiji, strahu ter pomanjkanju občutka varnosti.

V adolescentnem obdobju se poveča sposobnost za abstraktno razmišljanje. Mladostnik vse bolj razumeva kompleksnost življenja. Vse bolj razmišlja o dokončnosti, univerzalnosti in vzročnosti. Lahko postane preobremenjen z razmišljanjem o smrti. Njegove reakcije na izgubo bližnjega se kažejo v občutjih osamljenosti, drugačnosti; občutek ima, da ga nihče ne razume. Lahko tudi zavrača pomoč in podporo okolja ter rituale, vezane na izgubo. Doživljanje izgube bližnje osebe je odvisno od posameznikovih izkušenj v njegovem odnosu s pokojnim in mesta, ki ga je umrli zavzemal v njegovem življenju.

Nader in Salloum (2011) tako poudarjata, da se način doživljanja smrti in tudi izražanje žalovanja spreminjata v različnih življenjskih obdobjih, kot tudi glede na različne razmere, individualne in kulturne razlike. Žalovanje poteka na osebni, socialni in kulturni ravni. Vsakdo ima svoj stil žalovanja že na osebni ravni. Nekateri ljudje odprto kažejo svoja čustva in veliko govorijo o umrlem, drugi so v tem bolj zadržani in čustva potlačijo.

Otroci in mladostniki lahko žalujejo s časovnimi presledki. Ponovno lahko pričnejo žalovati, ko dosežejo novo razvojno stopnjo razumevanja smrti ali načina smrti.

Žalovanje in družinski sistem

Otrok ali mladostnik ne žaluje sam. Je del družine in če umre ožji član družine, običajno ostane ob njem še druga njemu bližnja oseba. A z izgubo bližnjega člana družine se vendarle vsa družina spremeni. Izguba, ki prizadene otroka, prizadene tudi starša. Tudi mati ali oče se spopadata s travmo izgube in z žalovanjem. Stopnja travmatiziranosti staršev pomembno vpliva na otrokovo odzivanje in delovanje. Starš, ki je izgubil partnerja, ima manj energije za otroka. Njegov način žalovanja se lahko (predvsem navzven) precej razlikuje od otrokovega. Včasih so starši zelo vznemirjeni, če otrok pokaže malo čustev ob smrti bližnje osebe. Po drugi strani pa lahko njegovo izražanje čustev tudi zavirajo. Čustva članov družine do pokojnega se lahko zelo razlikujejo. Ni pravilnega kot tudi ne napačnega načina žalovanja.

Družine se med seboj razlikujejo že v načinu izražanja čustev; v nekaterih družinah odprto govorijo o pokojniku in izražajo čustva, druge družine so bolj zaprte. Prav tako so lahko določena čustva za posamezne družinske člane sprejemljivejša od drugih. Še vedno srečujemo družine, kjer se pričakuje, da fant ne pokaže čustev žalosti in jih tudi ne izrazi z jokom. Prav tako se v našem kulturnem prostoru še vedno posveča manj pozornosti stiskam otrok ob izgubi in žalovanju otroka; njihove stiske so pogosto spregledane.

Na doživljanje izgube ter proces žalovanja seveda pomembno vpliva tudi vloga, ki jo je imel pokojnik v družini. Koliko je bil čustveno prisoten in blizu posameznim družinskim članom; kakšna je bila medsebojna povezanost ter komunikacija med njim in družinskimi člani? V dobro integrirani družini družinski člani drug drugemu pomagajo pri spoprijemanju z izgubo, v manj integriranih družinah pa lahko manj kažejo čustva žalovanja, a se kasneje odzivajo z različnimi čustvenimi ali vedenjskimi simptomi (Worden, 1991).

Starš, ki tudi sam žaluje, mora hkrati prevzeti vlogo odsotnega člana družine. Ne glede na to, ali je to mati ali oče, naučiti se mora, kako prevzeti vlogo edinega starša. To je seveda veliko težje, če je imel preminuli starš pomembno materialno, čustveno in socialno vlogo v družini.

Primer:

Pri 17-letnem Asimu, ki prihaja v obravnavo v SC po travmatski izgubi očeta (bil je ustreljen, se kmalu pokaže, da je bil oče v vseh pogledih glava družine. Družina se je priselila iz Bosne in zlasti fantova mati se ni zmogla prilagoditi novemu okolju. Vsem je bila odvisna od moža; opravljala je le najnujnejša gospodinjska dela, ostajala je pretežno doma. Čeprav ima Asim še starejšo sestro, se je od njega pričakovalo, da bo

prevzel očetovo vlogo v družini. Prav tako se je od njega tudi pričakovalo, da ne bo kazal čustev žalosti; o očetu in njegovi smrti naj bi se doma ne govorilo.

Faze v žalovanju otroka

Medtem ko so v preteklosti opisovali proces žalovanja v stopnjah (Bowlby, 1980, Ramsay, 1979, Sanders, 1989, v Malkinson, 2010), se novejšje teorije, ki se ukvarjajo s procesom žalovanja ter razvijanjem različnih modelov pomoči, usmerjajo bolj v naloge (Worden, 1991), ki jih mora izpolniti žalujoči med žalovanjem, to je:

- sprejeti realnost izgube,
- predelati bolečino žalovanja,
- prilagoditi se okolju brez ljubljene osebe,
- dati umrlemu drugo mesto,
- vzpostaviti nov odnos do življenja in sveta.

Model dvojnega procesa (Stroebe in Schut, 1999, v Mallon, 2011) odpira nov pogled na žalovanje. Definiran je kot dinamičen model, ki niha med vedenjem, ki je usmerjeno na izgubo in vedenjem, ki je usmerjeno k okrevanju. Na eni strani so preplavljenost z bolečino, prekinitve vezi in usmerjenost v preteklost, medtem ko je drugi pol bolj usmerjen prihodnost.

Pomoč otroku pri žalovanju

Žalovanje je dolgotrajen proces in v terapiji ne moremo pričakovati, da bo zaključen v kratkem časovnem obdobju. Čeprav se tematike samega žalovanja bolj sistematično lotevamo v drugem delu terapije, ko smo zaključili s travmatskimi vidiki izgube, se v klinični praksi procesa medsebojno prepletata oziroma dopolnjujeta.

Cohen idr., (2006) v svojem modelu terapevtske pomoči predlagajo nekaj stopenj, skozi katere gremo skupaj z otrokom:

Otrok, ki je doživel travmatično smrt bližnjega, potrebuje informacije o vzrokih in načinu smrti. Razlaga mora biti prilagojena otrokovi stopnji kognitivnega razvoja ter v skladu z družinskimi vrednotami in verovanji. O tem, kako posredovati to informacijo, se pogovarjamo tudi z otrokovimi starši. Psihoedukacija, kot imenujemo ta proces, spodbuja nadaljnjo komunikacijo in razumevanje čustev in nam pomaga prepoznati otrokovo ali mladostnikovo stopnjo znanja in razumevanja.

Žalovanje ob izgubi – kaj pogrešam?

Žalovanje ob izgubi vključuje dvoje: izgubo in izgubo tega, kar bi se lahko zgodilo v prihodnosti, pa se zaradi smrti nikoli ne bo. V terapiji obdelamo obe ti dimenziji ločeno ali mešano.

Odnos otroka z umrlim vključuje spominjanje, prepoznavanje in imenovanje stvari, ki so ju povezovale in jih ne bo več. Lahko so to skupne igre, kuhanje in podobno. Otroka spodbujamo, da jih čim bolj podrobno opiše. Ob takem pogovoru, ki ga lahko spremljajo risanje ali druge kreativne tehnike, se pojavijo različna čustva, predvsem žalost. Z otrokom se zato pogovarjamo o čustvih. Pogovarjamo se tudi o tem, kaj izguba pomeni za njegovo prihodnost.

Ohranjanje pozitivnega spomina na umrlega

Spominjanje in ohranjanje spominov je pomembna terapevtska naloga. Otroku podoživlja čas, ki ga je preživel skupaj s pokojnim. V terapiji mu pomagamo prepoznati, da ima v sebi še vedno sposobnost, da je vesel in si čustva vesolja lahko tudi dovoli. Nekateri otroci želijo narediti spominsko knjigo, drugi želijo imeti ob sebi pokojnikovo sliko.

V primeru Asima mu mama v začetku ni dovolila, da ima ob postelji očetovo sliko, češ, da mu bo potem še težje. V terapevtski seansi, ko Asim prinese s seboj nekaj očetovih slik, ki jih pregleduje s terapevtko in obuja spomine na pretekle dogodke, pride – s podporo terapevte – do odločitve, da bo imel očetovo sliko ob svoji postelji. Prav po tej seansi se začne fantovo psihično stanje opazno izboljševati.

Nova opredelitev odnosa do umrlega

Mnogi otroci vzdržujejo mentalno konverzacijo z umrlim še dolgo po njegovi smrti. Zamišljajo si, kaj bi lahko pokojni rekel ali storil. Tako vedenje je povsem normalno in nekateri otroci to potrebujejo, čeprav bodo sčasoma spoznali, da je to odnos v spominu. V terapiji je potrebno otroka spodbujati k spoznanju, da spomini ostanejo kljub temu, da interakcije ni več.

Po smrti bližnjega se pogosto dogaja, da za nekaj časa opustimo razne aktivnosti, kot tudi socialna druženja, vendar pa je potrebno otroka spodbujati, da vzdržuje socialne odnose, saj mu je prav socialna mreža pomembna opora pri žalovanju.

Ko otrok enkrat sprejeme smrt kot realnost, se lahko usmeri k vsakdanjim aktivnostim. To pa je zanj pomemben korak na poti okrevanja.

Pregled celotne obravnave in zaključek

Ko se terapija približuje koncu, mora terapevt oceniti, kako otrok in tudi starš napredujeta v terapevtskem procesu. Kako je s travmo in kako s žalovanjem? Ali se je otrokovo psihično stanje v času terapije vsaj do neke mere stabiliziralo in ali otrok dovolj dobro deluje v vsakdanjem življenju? Ali je v toku procesa okrevanja sprejel nove življenjske razmere, se prilagodil in si pridobil potrebne veščine in strategije, da bo lahko krenil na svojo pot? Kaj je travmatska izkušnja prinesla v njegovo življenje in v njegov pogled na svet?

Cohen idr. (2006) predlagajo, da se pred zaključkom terapije z otrokom pogovorimo tudi o tem, kako se bo v prihodnje – zlasti ob dogodkih, kot so obletnice, zaključek šole, matura in podobno –, spoprijemal z občutki žalosti in dobro je, da je na to pripravljen.

Otroku ali mladostniku je pomembno dati občutek, da bo veliko zmožel sam, a ponuditi tudi možnost, da se ponovno obrne po pomoč k terapevtu, če bo to potrebno.

Literatura

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self- Report and Profile, Burlington : VT University of Vermont Department of Psychiatry.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Loss, Sadness and depression, New York, NY : Basic Books.
- Briere, J., Žemva B., Boben D. (2000). Vprašalnik o travmatiziranosti otrok in mladostnikov. Priročnik. Ljubljana : Center za psihodiagnostična sredstva.
- Cohen, J. A., Mannarino A. P., Deblinger, E. (2006). Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York : The Guilford Press.
- Horowitz, M. et al. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-217.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI), Psychopharmacology Bulletin, 21, 995-998.
- Mallon, B. (2011). Working with Bereaved Children and Young People. New York : SAGE Publications.
- Mannarino, A. P., Cohen J. A. (2011). Traumatic Loss in Children and Adolescents. Journal of Child & Adolescent Trauma, 4:22-33.
- Meier, D. F., Eddy, D. B. (2011). Children and Grief: Developmentally Speaking. Pridobljeno 1. 9. 2014, s <http://counselingoutfitters.com/vistas>
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., Brent, D. (2007). Phenomenology and Correlates of Complicated Grief in Children and Adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46:4 : 493-499.
- Mikuš Kos, A., Gorišek, M., Slodnjak, V. (1992a). Posttravmatski stresni sindrom pri otroku. Zdrav Vest, 61, 435-438.
- Mikuš Kos, A., Končnik Goršič, N., Ribičič, V., Makarovič, K. (1992b). Otroci v kriznih situacijah, otroci v vojni, otroci begunci – duševnozdravstveni vidik. Zdrav Var, 31, 175-243.
- Mikuš Kos, A., Slodnjak, V. (2000). Nesreče, travmatski dogodki in šola; Pomoč v stiski. Ljubljana : DZS, Pedagoška obzorja.
- Mikuš Kos, A. (2001). Psihična odpornost, varovalni dejavniki in procesi ter obvladovanje travme. V: Samec T., Slodnjak V. (ur.). Psihične travme v otroštvu in adolescenci (str. 36-49). Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana, Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana, Inštitut za psihologijo osebnosti.
- Musitu, G., Garcia, F., Gutierrez, M., Krajnc, I., Pečjak, S. (1998). Vprašalnik samopodobe. Ljubljana : Center za psihodiagnostična sredstva.

Nader, K., Salloum, A. (2010).
Complicated Grief Reactions in
Children and Adolescents. Journal
of Child & Adolescent Trauma,
4:233-257

Worden, J. W. (1991). Grief
Counseling & Grief Therapy.
New York : Springer Publishing
Company.

Maja Glonar Vodopivec, specialistka klinične psihologije, psihoterapevtka, sodna izvedenka.

V Svetovalnem centru zaposlena od leta 1975 do upokojitve septembra 2014. Področje delovanja:
diagnostična, svetovalna in psihoterapevska obravnava otrok in mladostnikov s čustvenimi in
vedenjskimi motnjami.

Nadarjeni otroci in diferencialno diagnostične dileme

Povzetek:

Nadarjeni otroci kažejo posebnosti v čustvovanju in odzivanju, ki jih nepoučeno okolje ne razume, zato lahko prejmejo napačno diagnozo vedenjskih ali čustvenih motenj. Posebno je to možno pri visoko nadarjenih otrocih, kajti z večjim odstopanjem intelektualnih sposobnosti od povprečja se stopnjujejo tudi posebnosti v lastnostih teh otrok. Opisane so socialne in emocionalne značilnosti nadarjenih otrok ter pogoste napačne diagnoze, ki jih lahko ti otroci prejmejo. Opisane so podobnosti med otroci z navedenimi motnjami in nadarjenimi otroci ter navedene značilnosti, ki nam pomagajo obe skupini razlikovati.

Ključne besede:

nadarjeni otroci, napačne diagnoze, socialne in emocionalne značilnosti nadarjenih otrok, diferencialna diagnostika pri visoko nadarjenih otrocih, čustvene in vedenjske motnje.

Gifted children and differential diagnostic dilemmas

Abstract:

Gifted and talented children have special emotional and behavioral characteristics which can be misunderstood when the environment is not familiar with them, therefore children can be incorrectly diagnosed as having behavioural, emotional or mental disorders. Especially this is possible with highly gifted children because the more the intellectual capabilities differ from average, the greater the difference in their characteristics are. Emotional and social characteristics of these children and most frequent misdiagnoses are described. Similarities between characteristics of gifted children and possible misdiagnoses and distinguishing characteristics are described.

Keywords:

gifted children, misdiagnosis, social and emotional characteristics of gifted children, differential diagnostics of highly gifted children, emotional and behavioral disorders.

Uvod

Zaradi značilnosti, ki jih nepoučeno okolje napačno razume in se nanje odziva, lahko nadarjeni otroci prejmejo neustrezno diagnozo vedenjskih ali čustvenih motenj ali razvijejo sekundarne motnje. Posebno to velja za visoko nadarjene otroke, kajti večje kot je odstopanje v intelektualnih sposobnostih od povprečja, bolj so navedene posebnosti v odzivanju teh otrok prisotne in poudarjene, čeprav so za to skupino otrok normalne. Brez poznavanja teh posebnosti jih okolje težko razume in sprejema, po drugi strani pa se ti otroci težje prilagajajo zahtevam okolja, ki so prilagojene otrokom s sposobnostmi in lastnosti v okviru povprečja. Napačna percepcija okolja in neustrezni odzivi imajo zanje dolgoročne posledice.

Definicija nadarjenosti

Ameriški zakon o izobraževanju nadarjenih definira (1978): »Nadarjeni ali talentirani so tisti otroci ali mladostniki, ki kažejo ali imajo potencial, da bi pokazali, zmožnosti visokih dosežkov na intelektualnem, kreativnem, specifično akademskem, vodstvenem ali umetniškem področju in ki poleg rednega šolskega programa potrebujejo posebne programe in aktivnosti, da polno razvijejo te zmožnosti.«

Skupina Columbus v ZDA definira (1991): »Nadarjenost je asinhroni razvoj, v katerem se bolj razvite kognitivne sposobnosti in povečana intenzivnost kombinirajo, da bi ustvarile notranje izkušnje in poznavanje, ki se kvalitativno razlikujejo od norm. Ta asinhronost se večja skupaj z večjo intelektualno kapaciteto. Edinstvenost nadarjenih jih naredi posebno ranljive in zahteva prilagoditve pri starševstvu, poučevanju in svetovanju, da se lahko optimalno razvijajo.«

Stopnje nadarjenosti

Na področju mentalnega primanjkljaja ločimo po MKB-10 štiri stopnje: blaga (IQ je 50 – 69), zmerna (IQ je 35 – 49), huda (IQ je 20 – 34) in globoka duševna manjrazvitost (IQ je pod 20). Vemo, da se s stopnjevanjem intenzitete primanjkljaja stopnjujejo tudi posebnosti v funkcioniranju teh otrok. Na področju nadarjenosti pa je še vedno prisotno le vprašanje, ali je otrok nadarjen ali ne. Dva otroka, ki ju označimo kot »nadarjena«, se med seboj lahko tako razlikujeta v sposobnostih in v funkcioniranju, kot se otrok s težjim razvojnim zaostankom razlikuje od otroka s povprečnimi sposobnostmi.

Stopnje nadarjenosti so:

- **Blažje nadarjeni:** 115 – 129 (1 SD nad zgornjo mejo povprečja),
prevalenca: 1:6 – 1:40
- **Zmerno nadarjeni:** 130 – 144 (2 SD nad zgornjo mejo povprečja);
prevalenca: 1:40 – 1:1000
- **Visoko nadarjeni:** 145 – 159 (3 SD nad povprečjem);
prevalenca: 1:1000 – 1:10000
- **Izjemno nadarjeni:** 160+ (4 in več SD nad povprečjem);
prevalenca: 1:10000 – 1:1 milijon

Psihologinja dr. Leta Hollingworth je že leta 1926 poudarila, da obstaja »socialno optimalna raven inteligentnosti«, v količniku IQ je to med 125 in 155. V tej skupini so dobro prilagojeni, samozavestni posamezniki, ki so zmožni pridobiti zaupanje in prijateljstvo vrstnikov; hkrati se še ne razlikujejo bistveno v odzivanju in prilagajanju od njih. Pri osebah nad tem razponom, torej od IQ 155 dalje (visoko in izjemno nadarjeni), pa so razlike v socialnem in čustvenem razvoju tolikšne, da prihaja do različnih razvojnih problemov in obstaja povečano tveganje za občutke odtujenosti in drugačnosti.

Socialne in emocionalne značilnosti nadarjenih otrok

Nadarjeni otroci kažejo določene socialne in emocionalne prirojene posebnosti. Kompleksni konstrukt **občutljivosti, intenzivnosti in perfekcionizma** naj bi prispeval k značilnostim in možnim težavam nadarjenih otrok (Webb, Meckstroth, Tolan, 1982).

Perfekcionizem:

Je osebnostna lastnost, za katero je značilna težnja k popolnosti. Posamezniki si postavljajo pretirano visoke cilje in standarde, so preveč zahtevni in hkrati pretirano kritični tako do sebe kot do drugih. Če jim ne uspe do popolnosti doseči zastavljenega cilja, doživljajo močna negativna čustva žalosti, tesnobe in manjvrednosti. Perfekcionizem je multidimenzionalni konstrukt, ki ima lahko negativne ali pozitivne učinke (Gilman, Ashby, Sverko, Florell, Varjas, 2005). Negativni vidiki perfekcionizma so lahko škodljivi za posameznikovo zdravje, samopodobo in odnose z drugimi. Perfekcionizem v adaptivni obliki pa je koristen, saj posameznike motivira, da dosežejo cilje. Raziskave so pokazale, da nadarjeni otroci ne kažejo več znakov perfekcionizma kot vrstniki z nižjimi sposobnostmi (Greenspon, 2008; O'Brien, 2006). Verjetno pa je zaradi njihove intenzivnosti in občutljivosti perfekcionizem, kadar je izražen pri nadarjenih otrocih, občasno neadaptiven.

Deirdre V. Lovecky (1990) opiše še druge značilne lastnosti, ki so skupne nadarjenim otrokom: **zmožnost divergentnega mišljenja, vzdražljivosti in preobčutljivosti, zmožnost uvida in težnjo po realizaciji potenciala**. Te značilnosti so neločljivi del nadarjenosti, njihove vedenjske manifestacije pa variirajo v odvisnosti od psiholoških in fizioloških dejavnikov, kot so starost, stopnja introvertiranosti/ ekstravertiranosti, preferenci za tip in stopnjo senzornih dražljajev, lokusa kontrole itd.

Zmožnost divergentnega mišljenja:

Otroci z divergentnim mišljenjem vidijo originalne in kreativne vidike teme, podajajo neobičajne odgovore. Dajejo vtis, da so neorganizirani in nepozorni. Lahko imajo težave z vedenjem in sodelovanjem doma in v šoli. Šolsko delo temelji na linearnem modelu, divergentni otroci pa dojemajo probleme celostno in intuitivno uvidijo pravilne odgovore. Ne odzivajo se na običajne spodbude, ker je ukvarjanje z novo idejo bolj nagradujoče. Zaradi tega se odraslim zdijo uporniški in nemotivirani. Pogosto se čutijo osamljeni, saj se čutijo drugačne in ne vedo vzroka, zaradi pomanjkanja konformnosti se težje socialno prilagajajo.

Pretirana vzdražljivost in preobčutljivost:

Za pretirano vzdražljivost oziroma preobčutljivost so značilne visoka energetska raven, emocionalna reaktivnost in visoka vzburljivost centralnega živčnega sistema. Pretirane vzdražljivosti so prirojene intenzivnosti, ki kažejo potencirano zmožnost odgovora na dražljaj. Izražene so v povečani občutljivosti, zavedanju

in intenziteti doživljanja ter predstavljajo veliko razliko v kvaliteti izkušenj, so vzrok za globlje doživljanje, a tudi pogoste frustracije. Nimajo vsi nadarjeni otroci vzdražljivosti, pri visoko in izjemno nadarjenih pa se dokazano pogosteje pojavljajo kot v povprečni populaciji.

Poljski psihiater in psiholog Dabrowski (1902-1980) je opisal pet področij prekomernih vzdražljivosti ali preobčutljivosti; oseba ima lahko izraženo eno ali več hkrati. Kljub še pomanjkljivim empiričnim dokazom nam njegov opis ustrezno obrazloži emocionalne in vedenjske manifestacije nadarjenih otrok:

- **Psihomotorična vzdražljivost** je povečana vzdražljivost nevromuskularnega sistema; kaže se v obliki povečane fizične energije, hitrega govora, zavzetosti, intenzivne fizične aktivnosti, impulzivnosti in potrebe po akciji.
- **Čutna vzdražljivost** je izražena kot potencirana izkušnja čutnega doživetja, ki izhaja iz vida, vonja, dotika, okusa in sluha. Močno občutijo estetska zadovoljstva v glasbi, jeziku in umetnosti ter okuse, vonjave, teksture, zvoke in vidne dražljaje.
- **Intelektualna vzdražljivost** se kaže kot potreba po iskanju resnice in znanja, po analizi in sintezi. Moralno razmišljanje se lahko spremeni v skrb zaradi moralnih in etičnih razlogov, bremenijo jih prezrele teme, potencirano občutijo pravico in krivico.
- **Domišljajska vzdražljivost** kaže povečano vlogo domišljije z bogatimi asociacijami, podobami in vtisi, pogosto rabo metafor, zmožnostjo fantazije, podrobne vizualizacije. Ob dolgčasu se lahko umikajo v domišljajski svet.
- **Emocionalna vzdražljivost** se kaže v intenzivnih, zapletenih čustvih, poistovetenju z občutji drugih, potenciranjem izražanju čustev. Lahko se kažejo fizične reakcije kot bolečine v trebuhu ali zardevanje, možno je depresivno občutje.

Zmožnost uvida:

Ta lastnost označuje sposobnost, da hitro uvidijo in razumejo hkrati različne aspekte situacije in bistvo problema. V otroštvu se manifestira kot intuicija, globlji vpogled in kot potreba po izražanju resnice. Težko prenašajo ozkost in nepravilnost odraslih avtoritet, zato se zapletejo v konflikt z njimi. Ne tolerirajo povprečnosti, zato so občasno nestrpni do vrstnikov.

Težnja po realizaciji potenciala:

Je posebna vrsta motivacije, potreba po samouresničenju, notranja moč in vitalna sila, da bi življenje in razvoj usmerjal tako, da bi dosegel vse, kar zmoreš. Nadarjeni otroci s to potezo so visoko motivirani, neomajni v težnji k svojim ciljem in imajo zelo močno voljo.

Vpliv nadarjenosti na duševno zdravje

Nedvomno nadarjenost vpliva na duševno zdravje posameznika, saj je neločljivi aspekt njegovega funkcioniranja. Ali bo izid pozitiven ali negativen, pa je odvisno od dejavnikov, ki vplivajo hkrati: od vrste nadarjenosti, ustreznosti izobraževalnega okolja in osebnih lastnosti posameznika, kot so dojemanje samega sebe, temperament in življenjske okoliščine.

Obstajajo dokazi za povezavo med višjo inteligentnostjo in motnjami hranjenja, prav tako za povečano prisotnost motenj razpoloženja in samomorilnosti med kreativno nadarjenimi odraslimi. V splošnem pa raziskave potrjujejo, da se negativni vplivi na duševno zdravje pojavijo predvsem zaradi interakcije med neustreznim okoljem in osebnostnimi značilnostmi nadarjenih. Kadar je okolje zanje ustrezno, takrat so nadarjeni otroci vsaj tako prilagojeni kot manj nadarjeni vrstniki (Neihart, M., 1998).

Pogoste napačne diagnoze

Ker pa je njihovo izobraževalno okolje pogosto manj ustrezno ali je manjše razumevanje v družinskem okolju, obstaja verjetnost, da nadarjeni otroci prejmejo napačne diagnoze (Rogers, 2002; Webb idr., 1982; Winner, 1996). In druga možnost, lastnosti teh otrok prispevajo k pomanjkljivi skladnosti z okoljem, kar predstavlja pomemben stresni faktor tako za otroke kot za odrasle okrog njih in posledično privede do razvoja motenj pri otrocih.

Kot vsi ostali imajo lahko tudi nadarjeni otroci primarno prisotne psihične motnje, z visokimi intelektualnimi sposobnostmi včasih težave celo kompenzirajo in zamaskirajo. V tem primeru je potrebna pomoč, hkrati ne sme biti zanemarjena komponenta nadarjenosti. Pogosteje pa nas nepoznavanje njihovih normalnih značilnosti navede k zmotnemu predvidevanju, da je prisotna patologija.

Motnja pozornosti z ali brez hiperaktivnosti (MKB-10: F90; DSM-5: 314.00)

Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 opiše pod poglavjem Hiperkinetične motnje: »Skupina motenj, za katere je značilen zgodnji nastanek (navadno v prvih petih letih življenja), pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, težnja seliti se od ene aktivnosti do druge, ne da bi katerokoli dokončal, skupaj z dezorganizirano slabo usmerjeno in pretirano aktivnostjo.«

Ameriška klasifikacija bolezni DSM-5 opiše Motnjo pomanjkljive pozornosti/ hiperaktivnosti (AD/HD) in loči med tremi podtipi motnje:

- kombinirana prisotnost (nepozornost ter hiperaktivnost-impulzivnost),
- pretežna prisotnost nepozornosti,
- pretežna prisotnost impulzivnosti/hiperaktivnosti.

Nadarjeni otroci po svojih značilnostih kažejo mnoga vedenja, ki so podobna značilnostim otrok s hiperkinetično motnjo. Obe skupini imata težave z vključevanjem med vrstnike in učne posebnosti. Obstaja velika možnost, da visoko nadarjeni otroci dobijo napačno diagnozo ADHD. DSM IV TR navaja: »Težave s pozornostjo v razredu se lahko pojavijo tudi, ko je otrok z visokimi intelektualnimi sposobnostmi postavljen v akademsko nestimulativno okolje« (Ameriško psihiatrično združenje, 2000).

Nekateri nadarjeni otroci imajo hiperkinetično motnjo. Po izkušnjah nekaterih avtorjev (Webb idr., 2005) pa verjetno kar polovica nadarjenih otrok z diagnozo ADHD nima te motnje. Čeprav v nekaterih okoliščinah kažejo vedenja, ki so podobna, lahko njihove značilnosti bolje pojasnimo z nadarjenostjo in njenimi vplivi.

Tabela 1 : Podobnosti med značilnostmi otrok z ADHD in nadarjenimi:

Vedenja, povezana z ADHD (Barkley, 1990):	Vedenja, povezana z nadarjenostjo (Webb, 1993):
Šibka vzdrževana pozornost v skoraj vseh situacijah	Šibka pozornost, dolgčas, sanjarjenje v nekaterih situacijah
Zmanjšana vztrajnost pri nalogah, ki nimajo takojšnjih posledic	Nizka toleranca za vztrajanje pri nalogah, ki se jim zdijo nepomembne
Impulzivnost, šibka zmožnost odložitve zadovoljstva	Presoja situacij ni vedno v skladu z intelektualnimi zmožnostmi
Zmanjšana zmožnost odzivanja na ukaze, ki regulirajo ali inhibirajo vedenje v socialnih kontekstih	Intenzivnost lahko vodi v bitke moči z avtoritetami
Bolj aktiven in nemiren kot običajni otroci	Visoka raven aktivnosti; lahko potrebuje manj spanja
Težave pri upoštevanju pravil in omejitev	Pod vprašaj postavlja pravila in običaje

Značilnosti, ki nadarjene otroke razlikujejo od otrok s hiperkinetično motnjo:

- Kaže selektivno sposobnost, da izpolni naloge, ki so v njegovem interesu, pri nalogah, ki ga ne zanimajo, pa se ne zmore osredotočiti.
- Kaže podaljšano intenzivno koncentracijo pri nalogah, ki so mu v izziv, tudi če jim ne sledi takojšnja nagrada.
- Ko ga naloga ne zanima, ga okolica zlahka zmoti, skuša pa se izogibati temu, da bi motil druge.
- Občasno odgovori z zamikom, vendar so odgovori preiščeni.
- Namenoma ne dokonča nalog (predvsem pri rutinskih nalogah).
- Odgovori, ki jih izstreli, so v splošnem pravilni.
- Odgovore drugih prekinja predvsem, da korigira njihove napake.
- Če je motiviran, dobro opravi teste pozornosti in zlahka preusmerja pozornost.
- Če ga zmotimo ali preusmerimo od neke naloge, se zlahka spet vrne k njej.

Tako otroci z ADHD kot nadarjeni imajo lahko težave v šolskem okolju, razlika je, da imajo otroci z ADHD težave tudi v drugih okoljih. Obe skupini otrok imata lahko probleme pri zaključevanju dela. Tudi nadarjeni otroci pozabijo naloge, ki ne pritegnejo njihove pozornosti. Izpolnijo pa naloge, ki so kreativne ali potekajo na nivoju višjih miselnih procesov. Pri obojih vidimo manjšo vztrajnost ali slabše sledenje navodilom, toda dosledneje pri otrocih z ADHD.

Nadarjeni otroci pogosto postavljajo pod vprašaj rutino in pravila, posebno kadar se jim ne zdijo smiselna; otroci z ADHD pa so zaradi impulzivnosti manj zmožni slediti pravilom in socialnim dogovorom. Tudi tu je vedenje nadarjenega otroka njegova zavestna odločitev.

Obe skupini imata lahko težave v odnosih z vrstniki. Otroci z ADHD, posebno tisti s poudarjeno hiperaktivno/impulzivno komponento, so nagnjeni k spremenljivemu odzivanju. Nadarjeni otroci pa so lahko zaznani kot težavni zaradi tendence po korigiranju drugih. Tudi v interesih in načinu razmišljanja se ne ujemajo z vrstniki, zato jih ti pogosto odklanjajo.

Kadar so izpostavljeni stresnim dejavnikom v okolju, se intenzivno vedenje nadarjenih otrok izrazito stopnjuje in lahko kažejo sliko hiperaktivnega vedenja; to reaktivno nemirno vedenje izzveni, ko so vzroki v okolju odstranjeni.

Postavitev diagnoze ADHD zahteva poglobljeno celostno oceno funkcioniranja. Nadarjenost je neločljivi del otrokovega živčnega sistema ter določa njegove čustvene in vedenjske odzive, zato jo je pri postavljanju diagnoze in obravnave potrebno upoštevati.

Aspergerjev sindrom (MKB-10: F84.5; DSM-5: 299.00)

V mednarodni klasifikaciji MKB-10 je Aspergerjev sindrom uvrščen pod Pervazivne razvojne motnje. Opisan je kot: »Motnja nedoločene nozološke veljave, za katero so značilne enake kvalitativne abnormnosti vzajemne socialne interakcije, kot so značilne za avtizem, poleg tega pa še utesnjen, stereotipen, ponavljajoč se izbor interesov in aktivnosti. Od avtizma se razlikuje predvsem po dejstvu, da ni splošnega zaostanka v govornem izražanju ali kognitivnem razvoju.«

Ameriška klasifikacija DSM-5 opiše Aspergerjev sindrom pod poglavjem Nevrološke razvojne motnje, motnje avtističnega spektra. Glede na resnost izraženosti deficitov in podpore, ki jo oseba na določeni stopnji izraženosti potrebuje, deli motnje avtističnega spektra na tri različne stopnje. Blažje motnje avtističnega spektra DSM-5 ne poimenuje Aspergerjev sindrom, temveč le kot motnjo avtističnega spektra, ki jo po resnosti izraženih deficitov uvrsti na prvo stopnjo izraženosti.

Podobnosti med značilnostmi otrok z Aspergerjevim sindromom in nadarjenimi:

Ker imajo osebe z blago izraženo motnjo avtističnega spektra povprečni ali nadpovprečni intelektualni nivo, lahko dobimo zmoten vtis o povezavi med Aspergerjevim sindromom in nadarjenostjo. Nadarjene osebe in osebe z Aspergerjevim sindromom so si v nekaterih lastnostih namreč podobne. Izpostavimo nekatere podobnosti:

- odličen spomin za dogodke in dejstva,
- besedna spretnost, pretirano razumska govorica,
- skrb glede pravičnosti in krivičnosti,
- neenakomeren razvoj,
- preokupiranost s specifičnimi interesom,
- osredotočenost na predmet zanimanja, težko preusmerijo pozornost,

- težje sprejemajo spremembe,
- nenavaden smisel za humor,
- pretirana občutljivost za dražljaje (hrup, svetloba, vonjave, teksture, okusi).

Značilnosti, ki nadarjene otroke razlikujejo od otrok z Aspergerjevim sindromom:

- Normalni medosebni odnosi s tistimi, ki imajo podobne interese.
- Izrazit specifičen interes, toda brez drugih značilnosti Aspergerjevega sindroma.
- Dobro se počutijo ob abstraktnih ali inovativnih idejah in v nestrukturiranih situacijah.
- Morebitne motorične posebnosti (tiki ipd.) so povezane s stresom ali viškom energije.
- Večinoma niso motorično manj spretni.
- Imajo vpogled v čustva drugih in v medosebne situacije.
- V veliko situacijah so zmožni pokazati empatijo in simpatijo.
- Razumejo in uporabljajo humor, ki vključuje socialno recipročnost, bolj kot izključno enostranski humor in ponavljajoče se oziroma enopomenske besedne igre.
- Zlahka razumejo pomen metafor in pregovorov.
- Imajo uvid v svoje doživljanje in razumejo vpliv svojega vedenja na druge.
- Tolerirajo nenadne spremembe v rutinah ali pokažejo samo pasivni upor ob njih.

Skupini razlikujemo s pomočjo dvojega. Prvič, pomembno je, ali se problematična vedenja pojavljajo samo v nekaterih situacijah ali so prevladujoča. Nadarjeni otroci, posebno če so introvertirani, imajo nekaj podobnih značilnosti, kot na primer premočrten, resnoben, usmerjen stil razmišljanja in občutek nelagodja v nekaterih socialnih situacijah. V medosebnih situacijah z vrstniki podobnih interesov in intelekta pa opazimo recipročnost v pogovorih in empatijo ter ustrezno uporabo verbalnih in neverbalnih socialnih znakov. In tudi če jim socialnih spretnosti primanjkuje, se bodo dobro odzvali na strategije, kako jih izboljšati. Otroci z

Aspergerjevimi sindromom pa tovrstne sugestije težko generalizirajo in prenesejo v prakso, so pri tem manj motivirani, lahko jim zahteve socialnega življenja tudi vzbujajo nelagodje (npr. pogled v oči sogovornika). Drugič, pomembno je ugotavljanje otrokove introspekcije v zvezi s tem, kako ga vidijo in dojemajo drugi. Nadarjeni otroci imajo običajno dober razumski uvid v socialne situacije in bodo vedeli, kako jih drugi zaznavajo ter jih obremenjuje, da se ne znajo vključiti; otroci z Aspergerjevimi sindromom pa ne (Neihart, 2000).

Pomembno je postaviti pravilno diagnozo, da bo otrok deležen ustreznih obravnave in pomoči. Zaradi navedenih prekrivanj moramo biti pozorni na možnost napačne diagnoze. Nadarjeni otrok, ki prejme napačno diagnozo Aspergerjevega sindroma, bo deležen intervencij, ki so nepotrebne, hkrati pa ne bo prejel izobraževalnih in socialnih možnosti, ki bi mu najbolj pomagale. Ker so nadarjeni otroci občutljivi, neustrezna diagnoza tudi dolgoročno negativno vpliva na njihovo samopodobo.

Anankastična osebnostna motnja (MKB-10: F60.5) (DSM-5: obsesivno kompulzivna osebnostna motnja, 301.4)

MKB-10 pod poglavjem Specifične osebnostne motnje opiše Anankastično osebnostno motnjo: »Osebnostna motnja, za katero so značilna čustva dvoma, težnje po popolnosti, pretirana vestnost, zadrževanje pri podrobnostih in pretirano ukvarjanje z njimi, svojeglavost, opreznost in togost. Javljajo se lahko nezaželene misli ter impulzi, ki pa ne dosežejo stopnje obsesivno-kompulzivne motnje.«

Te lastnosti so pri osebah z anankastično (obsesivno-kompulzivno v DSM-5) osebnostno motnjo izražene do nezdravih ekstremov. Tendencia k tem vedenjem se kaže kot prirojena temperamentna predispozicija ali temeljna osebnostna struktura. Te poteze so podobne značilnostim perfekcionističnih nadarjenih otrok.

Čeprav so misli in vedenja pri obeh skupinah lahko podobna, je stopnja oškodovanosti in način vplivanja teh lastnosti tista, ki razlikuje skupini med seboj. Oseba z obsesivno kompulzivno osebnostno motnjo ni zmožna učinkovitega funkcioniranja; nadarjena oseba z adaptivno obliko perfekcionizma pa obratno, natančnost in težnja k popolnosti ji celo omogočata večjo učinkovitost in uspešnost.

Opozicionalno kljubovalno vedenje (MKB-10: F91.3; DSM-5: 313.81)

MKB-10 Opozicionalno kljubovalno vedenje opiše kot »Motnja obnašanja, ki se navadno dogaja pri mlajših otrocih, je pa zanjo predvsem značilno izrazito kljubovalno, neubogljivo, razdiralno vedenje, ki ne vključuje delinkventnih dejanj ali bolj izrazitih oblik agresivnega ali disocialnega obnašanja.«

To je druga najpogostejša napačna diagnoza nadarjenih otrok, skoraj tako pogosta kot ADHD. Nadarjeni otroci so nagnjeni k idealiziranju in ogorčeni so nad svojimi napakami in napakami drugih pri doseganju idealov. Njihovo kljubovalno vedenje je osredotočeno na cilj in njihovi argumenti so moralne, etične ali socialne narave. Ker so intenzivni, nagnjeni k dokazovanju pravice in krivice, zadevam želijo priti do dna, se dogaja, da to dokazujejo na manj ustrezen način, pri čemer lahko nasprotujejo avtoriteti odraslih. Pogosteje se to zgodi, če oseba, ki z otrokom dela, ni poučena o lastnostih nadarjenih in lahko otrokovo dokazovanje povsem napačno interpretira ter ga skuša nadvladati z močjo avtoritete, ne z močjo argumentov, kar otroka dodatno spodbudi k nasprotovanju. Zato je značilno, da imajo ti otroci težave s kljubovanjem predvsem v stiku z nekaterimi osebami in ne na splošno.

Značilnosti, ki nadarjene otroke razlikujejo od otrok z opozicionalno kljubovalnim vedenjem:

- Kljubovanje je omejeno na določeno okolje (npr. šola ali samo posamezen učitelj).
- Ne kljubuje večini ali vsem odraslim.
- Učinkovito razpravlja z odraslimi o temi.
- Nenamerno jezi ali ne upošteva ljudi in/ali se ne zaveda, da to počne.
- Pogosto je zaskrbljen zaradi čustev drugih in pokaže sočutje.
- Pogosto je tarča draženja ali nadlegovanja.
- Pogosto ga kritizirajo, da je preveč občutljiv ali preveč idealističen.

Intenzivnost in občutljivost nadarjenih otrok lahko vodi v jezo in upor, če v domačem in/ali šolskem okolju niso razumljeni. Odnosi so najpomembnejši del pri vzgoji dobro prilagojenih otrok in sprejemanje nadarjenega otroka, z vsemi neločljivo povezanimi posebnostmi bo vodilo do razumevanja in pozitivnih interakcij. Kljubovalna vedenja, kadar so povezana z nadarjenostjo, lahko s pravilnim razumevanjem in obravnavanjem nadzorujemo in občutno zmanjšamo.

Depresivne motnje (MKB-10: F32, F33; DSM-5: 296.20-296.36)

Po opisu MKB-10 pri »tipičnih blagih, zmernih ali hudih epizodah trpi pacient zaradi poslabšanega razpoloženja, zmanjšane energije in manjše aktivnosti.«

DSM-5 depresivne motnje (296) opiše, da je »skupna lastnost teh motenj prisotnost žalosti, praznine ali razdražljivega razpoloženja, ki ga spremljajo somatske in kognitivne spremembe, ki pomembno vplivajo na posameznikovo zmožnost funkcioniranja.«

Visoke intelektualne zmožnosti nadarjenih otrok jih ne ščitijo, temveč lahko predstavljajo celo dejavnik tveganja za razvoj reaktivne depresije. Pri tem imajo veliko vlogo dejavniki okolja. Lahko se reaktivno pojavi zmerna ali celo težja oblika depresije, če je nadarjeni otrok postavljen v neustrezno izobraževalno okolje in šola ne izpolnjuje njegovih potreb. Dolgočasje se pojavlja vsak dan znova, posledica je občutek frustracije, letargije in otrok lahko razvije depresivno reakcijo, še posebej, ker ostali otroci ne občutijo enako, zato se pridruži še občutek drugačnosti in osamljenosti.

Tudi domače okolje je lahko vir frustracij za nadarjenega otroka. Kadar starši niso seznanjeni z značilnostmi, ki so normalni del nadarjenosti, lahko vzpostavijo pretirane vzorce kritiziranja, ki postanejo temeljni del vsakodnevnega življenja. Ker se otrok ne čuti cenjenega, hkrati pa je nemočen, da bi spremenil situacijo, se lahko umakne v depresijo.

DISTIMIJA (MKB-10: F34.1; DSM-5: 300.4) spada med trajne razpoloženske motnje in je po MKB-10 »kronično slabo razpoloženje, ki traja vsaj nekaj let«. Zaradi kroničnega poteka na posameznikovo socialno in poklicno funkcioniranje vpliva vsaj tako ali celo bolj uničujoče kot ponavljajoča se depresivna motnja.

Podobnosti med značilnostmi otrok z depresivno motnjo in distimijo ter nadarjenimi:

- Osebe z depresivnimi motnjami so nesrečne in splošno nezadovoljne z življenjem. Enako se počutijo nekateri visoko nadarjeni otroci po dolgih letih šolanja v programih, kjer čutijo, da se ne naučijo dovolj. Ta kronična melanholija je normalna reakcija na neustrezno okolje.
- Pogosto srečamo tudi nadarjene otroke, ki težko sprejemajo neskladje med ideali in resničnostjo ter ne razumejo hipokrizije okolja. Ker reagirajo intenzivno, lahko kmalu izgubijo upanje, da bi bili njihovi visoki ideali kdaj uresničeni.

- Zaradi svojih lastnosti lahko nadarjeni otrok uvidi globlje strani problemov in dejstev, vznemirja ga dvoiličnost ljudi, lahko izraža kronično pesimistična stališča. Včasih je težko ločiti med depresivno motnjo ali distimijo in pesimizmom visoko nadarjenega otroka. Vendar je pri depresivnih motnjah pesimizem prisoten v vseh okoljih skozi daljše obdobje, pesimizem nadarjenih otrok pa se izgubi, če se družijo z vrstniki na podobnem miselnem nivoju ali se vključijo v programe in dejavnosti, ki jih miselno dovolj angažirajo, da izpolnjujejo njihovo osnovno potrebo, vedoželjnost.

Zaključek

Otroci z zelo visokimi intelektualnimi sposobnostmi so redki in tudi znanje o njih je še pomanjkljivo. Zato so pogosto spregledani in niso deležni pristopa, ki ga potrebujejo. Vendar so dragoceni prav zaradi redkosti, posedujejo namreč potencial za razvoj družbe in človeštva. Genialni posamezniki v zgodovini, ki so obrnili tok razumevanja in znanstvenega razvoja v nove smeri, izhajajo iz te skupine. Kljub temu znanje o njihovih značilnostih ni širše poznano ne staršem ne učiteljem, celo strokovnjakom ne, nimamo ustreznih izobraževalnih programov zanje. Prav zato je tveganje, da bodo njihove osnovne lastnosti, ki so v osnovi prednost, sprejete kot pomanjkljivost ter bo okolje njihov razvoj obrnilo v negativno smer. Vsak otrok je dar, nadarjen otrok pa je tudi potencial - ki je lahko, če ga ne prepoznamo, razumemo in negujemo, za vedno izgubljen.

Viri:

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Daniels, S. in Piechowski, M.M. (ur.). (2009). Living with Intensity. Scottsdale: Great Potential Press.
- Cristopher, M. M., Shewmaker, J., (2010). The relationship of Perfectionism to Affective Variables in Gifted and Highly Able children. Gifted child today, summer 2010, Vol. 33, No. 3, 20-30. Pridobljeno 15. 8. 2014 s spletne strani, <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ893803.pdf>.
- Gross, M. U. M. (2004). Exceptionally Gifted Children (2th edition). London in New York: RoutledgeFalmer.
- Jackson, S. in Peterson, J. (2003). Depressive Disorder in Highly Gifted Adolescents. The Journal of Secondary Gifted Education, vol. XIV, št. 3, 175-186.
- Kreger Silverman, L. (2005). Inside-Out: Understanding the Social and Emotional Needs of Gifted Children. Pridobljeno 15. 8. 2014 s spletne strani, <http://www.pegy.org.uk>.
- Lovecky, D. V. (1992). Exploring social and emotional aspects of giftedness in children. Roeper Review, 15 (1), 18-25.
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10./ 10. revizija (1995). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Neihart, M. (1999). The impact of Giftedness on Psychological Well-Being: What does the Empirical Literature Say? Roeper Review, Vol. 22, št. 1, 10-17.
- Sousa, D. A. (2009). How the Gifted Brain Learns (2th edition). Thousand Oaks, California: Corwin, A SAGE company.
- Webb, J.T., Amend, E.R., Webb, N. E., Goerss, J., Beljan, P., Olenchak, F. R. (2005). Misdiagnosis and dual diagnosis of Gifted Children and Adults. Scottsdale: Great Potential Press.

Natalija Baumgartner, specialistka klinične psihologije

Področja delovanja: zgodnje odkrivanje in diagnostika emocionalnih, razvojnih in učnih težav predšolskih in mlajših šolskih otrok, psihoterapevtska obravnava otrok z emocionalnimi, razvojnimi in učnimi težavami, prepoznavanje in obravnava visoko nadarjenih otrok, vzgojno in terapevtsko svetovanje staršem, svetovanje vzgojiteljem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri vključevanju otrok s posebnimi potrebami, predavanja za starše in strokovne delavce.

»Raje bi hodila v šolo, če ne bi bilo ocen.«

Primer obravnave mladostnice s šolsko fobijo

Povzetek:

V Svetovalnem centru se soočamo z otroki in mladostniki, ki zaradi čustvene stiske odklanjajo šolo in izostajajo od pouka, kar je pomemben rizični faktor za nadaljnjo akademsko in življenjsko pot otroka. Pogosto ti otroci in mladostniki razvijejo negativne misli, ki so povezane s šolo in socialnimi interakcijami znotraj šole in to vpliva na razvoj šibke samopodobe na vseh ravneh. Zjutraj se pogosto zbudijo s psihosomatskimi težavami. Poleg teh je šolska fobija pogosto povezana s komorbidnimi psihiatričnimi simptomi, kot so anksiozne motnje in depresivnost. Tudi možne vedenjske motnje, težave s pozornostjo in nemirnostjo je potrebno vključiti v diferencialno diagnostiko. Pri obravnavi otrok in mladostnikov s šolsko fobijo je potreben multidisciplinarni pristop, ki zajema sodelovanje družinskega, šolskega in zdravstvenega sistema. S prikazom primera mladostnice s šolsko fobijo želim predstaviti proces diagnostike in terapije.

Ključne besede:

odklanjanje šole, kriteriji in izključujoči kriteriji za odklanjanje šole, klinična slika šolske fobije, diferencialna in procesualna diagnostika, predstavitev primera

»I would like to go to school if there were no marks«

An example for treatment of school fobia

Summary:

In our Counseling Center we meet children and adolescents rejecting school and staying away from lessons because of emotional distress. That creates an important risk factor for children's further academic and life path. Often these children and also adolescents get overwhelmed by their negative thoughts, which go together with schooling and social interactions within the schools; another reason for negative influences on the development of self-esteem. They may have psychosomatic problems. In addition, school phobia is often connected with psychiatric symptoms like anxiety and depressions. Also, behavior disorders, problems with attention and hyperactivity need to be included as a part of differential diagnostic. The therapeutic process includes a multidisciplinary approach, which covers the cooperation in between the families, schools and health system. The following example of school phobia presents the process of diagnostic and therapy.

Keywords:

rejecting school, criterions and excluded criterions for rejecting school, clinical symptoms of school phobia, differential and process diagnostic, case study

Uvod

Zaradi česa pride do odklanjanja šole pri otrocih in mladostnikih? Kaj jih »žene«, da se na neki točki ne zmorejo odpraviti v šolo ali pa jo ob prvem znaku nelagodnosti hitro zapustijo in iščejo svojo varnost v domačem okolju? Kar 5 % do 28 % otrok in mladostnikov (Kearney, 2001) ima v enem obdobju svojega šolanja težave z odklanjanjem šole in to niso otroci ali mladostniki, ki namerno izostajajo od šole, da bi lahko s svojo »svobodo« počeli, kar so si že vedno želeli.

Otroci in mladostniki imajo več strahov, kot si starši predstavljajo. Starši imajo večinoma težave te občutke strahu svojih otrok sprejeti in se pogosto na neustrezen način odzovejo, kar samo pogloblja čustveno neuravnovešenost otrok in mladostnikov. Pri nekaterih se postopoma prične razvijati odklonilno mišljenje

do šole in izogibajoče vedenje, saj se želijo znebiti čustvene stiske povezane s šolskim okoljem in socialnimi interakcijami.

Kriteriji za odklanjanje šole so:

- nepripravljenost ali izogibanje obiska šole pogosto vodi k daljši odsotnosti;
- otrok po navadi ostane doma in ne prikriva tega pred starši;
- ob misli na prisotnost v šoli otrok postane čustveno vznemirjen, kar se kaže v eksepivnih strahovih, občutkih nesrečnosti ali pa v obliki nepojasnjenih fizičnih simptomov;
- odsotnost antisocialnega vedenja;
- razumni naporu staršev, da zavarujejo prisotnost otroka v šoli (David Heyne);
- otroci se udeležijo pouka, vendar potem zapustijo šolo med poukom ali preskočijo pouk pri določenih predmetih;
- pozno prihajanje v šolo (kronično zamujanje);
- zjutraj se pred odhodom v šolo pojavi intenzivno moteče vedenje, kot so napadi trme ali odklanjanje odhoda v šolo;
- otrok pokaže neobičajno čustveno stisko in starše prosi, da tudi v bodoče ne bi obiskoval pouka (Kearney, 2007).

Akutno odklanjanje šole traja od dveh tednov do enega šolskega leta, kronično odklanjanje šole pa traja več kot eno šolsko leto (Kearney, 2007).

Izključujoči kriteriji za odklanjanje šole so:

- fizična bolezen, kot na primer astma;
- umik iz šole v primeru, če starši otroka namerno zadržujejo doma;
- družinski ali socialni pogoji, ki prevladujejo v otrokovem življenju, kot je brezdomstvo ali bežanje od doma zaradi izogibanja trpinčenja;
- psihiatrični pogoji ali druge primarne težave, kot so akademski neuspeh, učne težave, depresija, bipolarna motnja, hiperaktivnost, vedenjske motnje, psihoza, razvojne motnje, zloraba psihoaktivnih substanc in pomanjkanje motivacije;
- globoka družinska disfunkcionalnost kot ekstremno permissivna vzgoja in malo starševskega nadzora;
- verbalne ali fizične grožnje v šoli ali revno akademsko vzdušje, vključujoč ustrahovanje, konflikti med učenci in učitelji, pomanjkanje pozornosti za otrokove potrebe ali druge legitimne skrbi. (Kearney, 2007)

Vedenjsko-kognitivni model za odklanjane šole

Pri obravnavi otroka ali mladostnika, ki odklanja šolo, je pomembno v pričetku terapevtske obravnave poizvedeti, kaj je dejanski razlog za odklanjanje šole. Po navadi je več razlogov ali funkcij, zaradi česar otroci ne zmorejo odhoda v šolo ali prisostvovati celotnemu pouku:

- izogibanje objektov (na primer vožnja z avtobusom, telovadnica, igrišča, hodniki in učilnice) in situacij (na primer interakcije z učitelji, verbalno ali fizično nasilje sovrstnikov), ki so vezane na šolo in povzročajo negativna čustva (simptomi anksioznosti, depresivnosti in somatska pritoževanja);
- izogibanje neprijetnim socialnim in/ali storilnostnim situacijam v šoli;
- pridobiti ali iskati pozornost pomembnih drugih ljudi izven šole;
- dobiti oprijemljivo nagrado zunaj šole (na primer gledanje televizije, spanje, igranje športa, nakupovanje, igranje igrice, hoditi na zabave s prijatelji, zloraba substanc). (Kearney, 2007)

Izostajanje od šole povzroča resen problem v razvoju otroka. Izogibanje negativno vpliva na proces učenja in dosežkov (Carroll, 2010) in vodi k rizični prekinitvi šolanja (Christle et al., 2007). Izogibanje šole lahko vodi v socialni umik (Berg, 2002) in je pogosto povezano s psihopatologijo (Egger et al., 2003).

Klinična slika šolske fobije

Odklanjanje šole se pri otrocih in mladostnikih pojavi običajno postopoma, po navadi imajo ti otroci večje težave, da se ponovno vključijo v šolo po daljši odsotnosti, npr. po bolezni, hospitalizaciji ali počitnicah. Pogosto imajo že med vikendom negativne misli, povezane s šolo in se zjutraj zbudijo s psihosomatskimi težavami, kot so glavoboli, želodčne težave, bruhanje, slabost, driska ali različne bolečine po telesu. Drugi simptomi so: strah, panični simptomi, epizode joka, napadi besa in samopoškodbe.

V primeru, da se pri 6-letnem otroku razvije odpor do šole, je to pogosto povezano s separacijsko anksioznostjo. Če se izogibanje šole pojavi pri 11-ih ali 12-ih letih, so lahko v ozadju različni vzroki: separacijska anksioznost in drugi faktorji, kot na primer strah pred bulingom s strani sovrstnikov, biti tarča žrtve s strani učiteljev, vstop v neznano okolje, strah pred preverjanjem znanja ali športnih veščin. Kasneje, v adolescenci, lahko povežemo šolsko fobijo z izogibanjem določenim nevarnim situacijam v šoli in je tudi pokazatelj za pričetek drugih duševnih težav kot so depresivnost, obsesivna kompulzivna motnja, Tourettov sindrom ali motnje hranjena (Blagg, 1987). Otroci z učnimi težavami lahko razvijejo strah

pred akademskim odpovedovanjem. Otroci z telesnimi težavami ali težavami z koordinacijo lahko razvijejo strah pred športnim izpostavljanjem in odpovejo.

Diferencialna diagnostika

Otroci in mladostniki, ki zavračajo šolo, razvijejo različne stopnje splošne in socialne anksioznosti, somatske težave, depresijo, utrujenost, strahove, izbruhe besa, beg iz šole ali doma, agresivnost in drugo vedenjsko problematiko (Kearney, 2001). Včasih imajo starši in strokovnjaki težave interpretirati ali gre prvotno za somatske težave pri otroku ali je vzrok v anksioznosti otroka (Carr, 1999).

Ob vseh možnih duševnih težavah pa ne smemo spregledati razvojnih nalog mladostnika, ki so za njih dodaten izziv. Razvojne naloge zajemajo različna področja: neodvisnost od družine, socialne interakcije, izbira partnerja, šolanje in izbira poklica, zaznavanje sebe, iskanje lastne in skupinske identitete in vrednot kot razvijanje socialne odgovornosti.

V primeru, da otrok odklanja šolo zaradi izogibanja objektov in situacij, ki so vezane na šolo in ki povzročajo negativna občutja, je treba v diferencialni diagnostiki preveriti ali gre pri otroku morebiti za panično motnjo ali agorafobijo, za generalizirano anksiozno motnjo, specifično fobijo ali depresijo in suicidalno vedenje. V kolikor je glavni problem otroka, da odklanja šolo zaradi neprijetnih socialnih in/ali storilnostnih situacij v šoli, je potrebno preveriti ali gre pri učencu morebiti za socialno anksioznost ali depresijo z suicidalnimi težnjami. Kadar otrok odklanja šolo, da bi si s tem pridobil naklonjenost staršev, je potrebno preveriti ali je v ozadju separacijska anksiozna motnja, opozicionalna vedenjska motnja ali pa gre za vzgojne težave, kjer se otrok ne odziva na zahteve staršev in ne sodeluje. V primeru, da otrok ali mladostnik odklanja šolo zaradi pričakovanih nagrad, je potrebno v diferencialno diagnostiko vključiti možnost vedenjskih motenj, zlorabo psihoaktivnih substanc in pomanjkanje motivacije (Kearney, 2007).

Ob zgoraj naštetih možnih komorbidnih motnjah, pa ne smemo pozabiti, da gre morda tudi za otroke in mladostnike, ki imajo lahko težave tudi s pozornostjo, hiperaktivnostjo, z učenjem ali pervazivno razvojno motnjo.

Izključiti je potrebno morebitne zdravstvene težave, kot so na primer astma, bolečine, nespečnost, diabetes, infekcije ali senzomotorične omejitve.

Družina in dejavniki povezani z njo

Družinski konflikt je eden glavnih stresorjev za pričetek šolske fobije pri mladostnikih (McShane et. al. 2001). Po navadi te družine potrebujejo večjo povezanost in fleksibilnost (Bernstein et al. 1999). Zelo pomembna je

sprememba družinskih vzorcev, da se s tem omogoči zmanjšanje protektivnosti staršev in vzpodbuja avtonomijo mladostnika (Siqueland et al. 2005). Starše in mladostnike je potrebno naučiti, da učinkovito komunicirajo ter se uspešno soočajo in rešujejo probleme.

Procesualna diagnostika

Različni faktorji lahko vplivajo na mladostnikovo izogibanje šole. Pomembno je poizvedeti, kakšni so vedenjski vzorci mladostnika pri izogibanju šole. Potrebno je spremljati, kako dolgo se mladostnik že izogiba šole; ali gre za en teden, mesec ali že daljše obdobje? Te informacije pridobimo iz različnih virov: najprej od mladostnika in staršev preko kliničnega intervjuja, nadaljnje informacije je potrebno pridobiti tudi od šolske svetovalne službe ter razrednika. Med psihološko obravnavo uporabljamo različne psihološke preizkuse in vprašalnike ter klinične ocenjevalne lestvice za mladostnike, starše in učitelje (Achenbach: Child Behavioral Checklist), da pridobimo različne poglede na mladostnikovo funkcioniranje. Nadalje je potrebno, da pogledamo širši kontekst mladostnikovega odklanjanja šole. Ali gre pri mladostniku za trenutno krizo ali za resne zdravstvene ali razvojne težave? V kateri fazi osebnostnega razvoja se nahaja? Kakšno je njegovo družinsko ozadje? Kakšen je stil vzgoje staršev? Kakšen je odnos družinskih članov na nastale težave? Ali so motivirani pri sodelovanju obravnave? Ali je družina izpostavljena določenim stresnim faktorjem? Kakšni so njihovi resursi? Ali so pri mladostniku prisotne že kakšne komorbidne motnje? Kakšna je šolska klima? Ali je mladostnik izpostavljen ustrahovanju sovrstnikov? Kakšne odnose ima s sovrstniki? Ali ima kakšen suport na šoli? Kako učitelji sprejemajo njegove težave in kako se z njimi spopadajo? Med drugim je potrebno tudi preveriti, kakšno je duševno zdravje staršev in kakšna je družinska finančna situacija. Ali so starši zaposleni?

Glede na celotno situacijo otroka ali mladostnika in njegovega konteksta, se mu omogoči primerno terapevtsko obravnavo. Pri terapiji otrok in mladostnikov s šolsko fobijo lahko uporabljamo različne terapevtske metode: integrativno terapijo, vedenjsko kognitivno terapijo, družinsko terapijo in v težjih primerih tudi medikamentozno terapijo, ki se pa vključi samo kot dopolnilo k psihoterapevtskim intervencam. V klinični praksi se po začetni psihodiagnostiki poslužujemo kombinacij različnih terapevtskih metod, ki so odvisne od različnih faktorjev kot so starost in razvoj otroka ali mladostnika, družinska in šolska situacija, težavnost motnje in razlog odklanjanja šole.

Predstavitev primera

Želim predstaviti terapevtsko obravnavo 15-letne Maje (ime in nekatere podrobnosti so zaradi varstva osebnih podatkov spremenjeni), ki je v 1. letniku gimnazije pričela odklanjati šolo. Že med osnovno šolo, Maja občasno ni hodila k pouku. Majo sem spoznala, ko je imela 11 let in sva jo s kolegico vključili v skupino za učenje socialnih veščin. Mama je pri hčerki hitro opažala pozitivne spremembe.

Na prvi pogovor pred štirimi leti sta prišli Maja in mama. Mama je izpostavila, da je bila Maja v preteklosti velikokrat bolna. Imela je občutek, da jo duši. Bala se je smrti. V enem obdobju je nehala piti in jesti. Imela je panične napade. Takrat je bila tudi vključena v pedopsihiatrično obravnavo izven Svetovalnega centra in pričela jemati pomirjevala. Maja takrat ni bila zmožna iti sama v šolo. Bilo jo je strah, kadar je bila vprašana, sploh takrat, kadar se ni dovolj učila. Postopoma se je zopet privadila na šolo. Zvečer se ni uspela umiriti, tako, da je eden od staršev spal pri njej.

Maja je drugi otrok štiri članske družine. Ima še tri leta starejšo sestro. Iz anamneze lahko povzamem, da je imela Majina mama med nosečnostjo panične napade, ker se ni dobro počutila. Bila je zelo utrujena. Porod je potekal brez posebnosti. Kot dojenčica je bila Maja zelo mirna. Njen razvoj je potekal normalno. Pri dveh letih je bila zaradi zaprtja hospitalizirana v Pediatrični kliniki za en mesec in bila vodena pri gastroenterologu. S hranjenjem so imeli težave, ker Maja ni vsega jedla in ker je imela težave s prebavo. Dve leti so se vrteli v začaranem krogu, da je Maja sploh kaj jedla. Pri treh letih je pričela obiskovati vrtec. V tem obdobju je večkrat zbolela zaradi viroz. Pri vstopu v šolo je bila zelo jokava. Kar nekaj časa je minilo, da je mama zvedela, da Maja v šoli ni nič jedla in pila. Maja navaja, da se je v šoli dobro počutila in da se je razumela s celim razredom. Med šolo v naravi je Maja po navadi zbolela, tako, da sta jo starša prišla iskat. Že od nekdaj jo je zanimal šport in redno je trenirala odbojko in ples. V šoli je bila vedno zelo uspešna, večino snovi si je zapomnila med poukom. Doma se je k učenju težje spravila. Iz družinske anamneze je razvidno, da se mama zdravi zaradi depresivnosti. Menda je tudi starejša hči čustveno labilna. Mama navaja, da se oče premalo vključuje v vzgojo njunih hčera, samo takrat, kadar je res nujno. Po cele dneve dela v delavnici. Maja je deveti razred zaključila s prav dobrim uspehom. Za gimnazijo se je odločila, ker ji je bila to najbližja Srednja šola. Od jesenskih počitnic naprej je Maja odklanjala šolo in izostajala od pouka. Najbolj jo je skrbelo, kaj si sošolke mislijo o njej. Že nekaj časa se je slabo počutila in opažala, da je nihajočega razpoloženja. Meni, da se je na začetku šolskega leta dobro vključila v razred, vendar so se sošolke in sošolci kmalu razdelili v skupine. V tem obdobju je preživljala vsakdanje življenje sledeče: pozno je vstajala, po zajtrku je pogledala kakšen film, včasih se je dobila s prijateljico, kdaj je pomagala očetu v delavnici. Meni, da ji družina »teži« s komentarji, da nič ne počne. Počuti se nerazumljeno, v družini ne more nikomur zaupati.

Starša sta eno leto v partnerski terapiji pri kolegici socialni delavki, pred tem pa je mama že nekaj let hodila na terapevtsko obravnavo k isti kolegici. Starša sta seznanjena s hčerkinimi težavami in ji postopoma omogočata večjo samostojnost. Vloga mame je še vedno zelo zaščitniška, oče ima pa še naprej težave, da bi se bolj aktivno vključil v vzgojo hčera. Terapevtska obravnava Maje pri klinični psihologinji in tudi pri pedopsihiatrinji je bila ponovno možna šele v decembru 2013.

Po pogovoru s šolsko svetovalno delavko, je bilo jasno, da je šola pripravljena pomagati Maji s pomočjo pedagoške pogodbe, ki bi ji omogočila, da bi lahko prihajala v šolo brez preverjanja znanja. Vendar se Maja, kljub tovrstnim prilagoditvam, ni uspela vrniti v šolo. Postalo ji je jasno, da se na gimnazijo ne misli več vrniti. Pričela je razmišljati o prešolanju na drugo srednjo šolo. V aprilu 2014 se je izpisala iz gimnazije in se vpisala na poklicno srednjo šolo.

Diagnostična ocena

Maja je bila pred štirimi leti vključena najprej v psihološko obravnavo, nato se je vključila v skupino za učenje socialnih veščin, kamor je hodila dve šolski leti. V tem obdobju je bila pedopsihiatrično vodena zunaj Svetovalnega centra. Po dvoletnem premoru se je zopet vključila v psihološko in pedopsihiatrično obravnavo. V diagnostičnem procesu so bile prepoznane čustvene težave in disfunkcionalni odnosi znotraj družine. Že pred štirimi leti je bilo iz vprašalnika o anksioznosti razvidno, da je Majo strah govorjenja pred drugimi ljudmi in srečevanja z neznanimi ljudmi kot tudi iti sama v mesto. Nadalje je označila sledeče situacije, ki ji sprožijo blago obliko anksioznosti: pričeti pogovor, izražati nestrinjanje z nekom, se pogovoriti z učiteljem, nekoga povabiti na zmenek, nekoga gledati v oči, vprašati za pomoč in uporabiti javne toalete. Iz projekcijskega testa »Nedokončani stavki« je tudi razvidno, kako se je Maja obremenjevala glede ocenjevalnih situacij v šoli. »Zelo rada sanjari, da bi *imela same petke*.« »Raje bi hodila v šolo, če *ne bi bilo ocen*.« Maja meni, da »Odrasli *otroke ne razumejo*.« »Jokala je, ker *je dobila slabo oceno*.«

Majine intelektualne sposobnosti so visoko nadpovprečne, profil sposobnosti je nekoliko neharmoničen. Boljše rezultate je dosegala na besedni lestvici. Edini upad je bil razviden pri kratkotrajnem pomnjenju in delovnem spominu, kar nakazuje na šibkejšo pozornost. Mentalna učinkovitost mladostnice je bila nekoliko znižana zaradi njene anksioznosti pri preverjanju znanja. Pri Maji lahko ugotovimo, da so njene »Jaz-funkcije« dobro razvite, kar pomeni, da ima budno zaznavanje in zelo dobre kognitivne sposobnosti ter se bogato govorno-jezikovno izraža. Motorično in senzorično je dobro razvita in se z vsemi čuti vključuje v življenjski proces. Ker pa so njene čustvene in socialne sposobnosti nazadovale, je lahko prišlo do labilnosti njene integritete, kar je pri njej sprožalo občutke tesnobe in anksioznosti in v enem obdobju tudi depresivno simptomatiko.

Na podlagi anamnestičnih podatkov in diagnostične ocene navajam Majjine razloge za odklanjanje šole in izostajanje: separacijska anksioznost v obdobju osnovne šole, psihosomatske težave, začetek motenj hranjenja, odklanjanje šole in izostajanje že v osnovni šoli, šibka samopodoba, povečana stopnja socialne anksioznosti in depresivnosti, strah pred neuspehom in spraševanjem ter izogibanje neprijetnim socialnim in/ali storilnostnim situacijam v šoli.

Terapevtski cilji

Pomembni terapevtski cilji pri obravnavi mladostnice se razlikujejo glede na posamezna področja. Pri simptomatiki mladostnice so bili v ospredju sledeči cilji: redno obiskovanje šole, zniževanje psihosomatskih simptomov in anksiozne simptomatike. Za spodbujanje osebnostne rasti in socialnih interakcij sta pomembna terapevtska cilja: zniževanje odvisnosti od staršev in zviševanje samostojnosti kot tudi zniževanje splošne socialne anksioznosti in zviševanje sposobnosti uveljavljanja napram sovrstnikov. Za izboljšanje družinskih interakcij je potrebno delati na čustvenih razmejitvah med starši in mladostnico kot tudi znižati prekomerne protektivne-simbiotične tendence staršev ter ublažiti strahove staršev. Pomemben cilj je tudi razvoj jasnih generacijskih meja v družini in izboljšanje sposobnosti uveljavljanja in vodenja staršev napram otroku (Remschmidt in Mattejat, 1990). Pri delu s šolo je v ospredju, da šolo seznanimo s težavami, ki jih mladostnica ima in da oblikujemo načrt pomoči ter priporočamo prilagoditve, s katerimi bi bilo mladostnici lažje pri preverjanju in ocenjevanju znanja.

Individualna obravnava mladostnice

Individualna terapevtska obravnava mladostnice je potekala tako po modelu integrativne terapije kot vedenjsko kognitivne terapije.

V začetnih urah je bil v ospredju razvoj kontakta in zaupanja, na katerem se »gradijo« varna terapevtska tla. Skozi ta skupni proces med mladostnico-klientko in menoj-kot terapevtko je možno soočanje z bolečimi temami, spoznavanje in integracija teh vsebin ter osebnostna rast. Integrativna terapija je orientirana na »antropolgijo ustvarjalnega človeka« (Petzold, Orth 1992), ki spodbuja ekspresivno in umetniško izražanje s pomočjo različnih kreativnih medijev, kot je igra vlog, risanje, pisanje, gib, pantomima, ustvarjanje z glino; s tem »kokreativno« spremljamo proces razvoja mladostnika (Petzold, Orth 1993), ki z novimi izkušnjami stopi v kontakt s potlačenimi deli in jih lahko v varnem okolju pokaže in podeli s terapevtko in s tem integrira v svojo osebnost. Tako se prične proces zdravljenja. Terapija omogoča svobodno izražanje čustev in telesnih vzgibov, direktno in odprto komunikacijo, ki spodbuja določanje sebe in lastno avtonomijo.

Po vedenjsko kognitivnem terapevtskem modelu sem ji ponudila sledeče teme in konstrukte:

- model anksioznosti,
- identifikacija avtomatskih misli,
- hierarhija anksioznosti in izogibanja,
- termometer počutja. (Kearney, 2007)

Pomembno je bilo mladostnici predstaviti model anksioznosti in ji nuditi psihoedukacijo o socialni anksioznosti in strahu pred preverjanjem znanja. Katere situacije sprožijo anksioznost in kako jih mladostnica interpretira? Pri tem sem mladostnico podučila, da anksioznost vpliva na tri področja: fizično (Kaj čutim?), kognitivno (Kaj mislim?) in vedenjsko (Kaj naredim?). Z Majo sva najprej izdelali hierarhijo anksioznosti (spoznavanje novih sošolcev, srečanje z bivšimi sošolci, šolski krst prvih letnikov, posamezni predmeti, kontakt z učitelji, vstop v sistem šole, ocene, spraševanje) in pobližje pogledali situacijo, ki je najmanj obremenjujoča in ogrožajoča zanjo in se počasi približevali bolj težavnim situacijam. Pri delu z avtomatskimi mislimi, je postalo hitro jasno, da je mladostnica ponotranjila negativne misli o sebi. Skozi identifikacijo teh misli, ki so pogosto negativne, neuporabne in polno strahu, je bilo možno spoznati triggerje, ki te avtomatske misli vspodbudijo. Seznam teh misli je mladostnici pomagal pri identifikaciji negativnih misli in pa kako le-te vplivajo na čustva ter vedenje in, kako avtomatsko napovedujejo negativne dogodke. S »Stop« tehniko (Silverman and Kurtines, 1996) si lahko pomagamo, da pride v tem začaranem krogu do sprememb. Ta tehnika omogoča, da se pri vsaki negativni misli najprej ustavimo in jo pobližje pogledamo. Česa jo je strah? (S) Kaj razmišlja (thinking – T)? Katere druge misli bi ji lahko pomagale? (Other helpful thoughts – O) Načrt za drugič (plan – P). Tekom terapije mladostnica pridobiva nove izkušnje in postopoma lahko integrira nastale spremembe, na primer bolj pozitivne misli o sebi. Mladostnico spodbujamo, da se postopoma prične vključevati v šolo. Pomembno je, da redno prične prihajati vsaj na prve ure, saj to vključuje zgodnje zbujanje in priprave na šolski dan. Naučimo jo primernih tehnik soočanja s socialnimi in storilnostnimi situacijami, na primer z igranjem vlog najprej z manj obremenjujočimi situacijami. V vmesnem obdobju, med terapevtskimi srečanji, je zaželeno, da mladostnica poizkusi določene socialne interakcije speljati, da pridobi na novih, pozitivnih izkušnjah, ki jo bodo krepile pri nadaljnjem izpostavljanju obremenjujočim in anksioznim situacijam.

Zaključek

Terapevtska obravnava je še v teku. Mladostnico bom še naprej spremljala in vodila skozi terapevtski proces. Do sedaj sva dosegli nekaj terapevtskih ciljev. Vidno se je zboljšala njena samopodoba, postala je bolj samozavestna. Počuti se bolje. Ni več tako obupana nad prihodnostjo in ni več tako občutljiva. Pričela se je več družiti s prijateljicami. Opaziti je večjo samostojnost. Glavni cilj »redno obiskovanje pouka« se bo pa šele pokazal, saj se novo šolsko leto ravno pričinja. Maja meni, da bo tokrat uspela premagovati svoje težave in bo redno hodila v šolo. Ocene je ne bodo več obremenjevale.

Literatura

- Bernstein et. al. (1999). *Family dimensions in anxious-depressed school refusers*. Journal of Anxiety Disorder, 13, 513-528.
- Blagg, N. (1987). *School Phobia and its Treatment*. London: Croom Helm.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: a Contextual Approach*. London and New York: Routledge.
- Kearney, C. A. (2001). *School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kearney, C. A., Albano, A. M. (2007). *When Children Refuse School: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach*, New York: University Press.
- McShane, G. et. al. (2001). *Characteristics of adolescents with school refusal*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 9, 53-60.
- Remshmidt H., Mattejat F. (1990). *Treatment of school phobia in children and adolescents*. In: Chiland C., Young J. G. Why children reject school. New Haven: Yale University Press, 123-44.
- Siqueland, L. Et. al. (2005). *Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies*. Journal of Anxiety Disorders, 19, 361-381.

Podatki o avtorici:

Julia Tomšič je specialistka klinične psihologije, integrativna psihoterapevtka (v edukaciji) in plesna terapevtka. Zaposlena je na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, kjer se ukvarja z diagnostičnimi, svetovalnimi in terapevtskimi obravnavami otrok in mladostnikov, ki imajo čustvene, psihosomatske, vedenjske in učne težave ter motnje pozornosti in hiperaktivnosti. Posveča se tako individualnim kot skupinskim oblik del ter svetovanju tudi staršem, učiteljem in šolskim svetovalnim delavcem. Izvaja skupine za otroke za učenje socialnih veščin in gibalno-plesno terapevtske skupine za mladostnice. Je tudi članica komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami.

Obravnava družine v krizi

Povzetek

Različni teoretični koncepti nastanka psihosocialnih in psihiatričnih motenj so povezani s proučevanjem stresa in stresnih dogodkov. Kljub različnim definicijam stresa je iz literature razvidno, da stres definiramo kot stanje pri posameznikih, družinah in/ali skupnostih, ki je odgovor na stresor in rezultat stiske. Stresorji so kot faktorji, ki potencialno vodijo v spremembe, le-te pa so lahko stresne za organizem. Kriza je stanje disfunkcionalnosti in akutnega neravnotežja posameznika ali družine. Ko je družina v stanju krize (začasno disfunkcionalna), to vpliva na meje, vloge, pravila in naloge družine. Obvladovanje stresa in strategije spoprijemanja lahko potekajo na individualnem nivoju in na nivoju družine. Otroku pomagajo različni varovalni dejavniki in odpornost, pri spopadanju s stresorji in mu olajšajo adaptacijo. V drugem delu članka je primer obravnave otroka iz klinične prakse ob soočanju z razvezo staršev in oblikovanju stikov z nerezidenčnim staršem ter soočanju s stresnimi dogodki.

Ključne besede:

stresogeni dogodki, stresorji, kriza, strategije spoprijemanja pri posamezniku in družini, odpornost in varovalni dejavniki, razveza staršev, stiki s starši.

Treatment of Family Crisis

Abstract

Diverse theoretical concepts of developing a psychosocial and psychiatric disorder are associated with researching stress and different stress events. Despite various definitions describing stress in the literature, we could define stress as a condition of individuals, families and/or communities in response to stressors and crisis.

Stressors are defined as factors potentially leading to changes, which may be stressful for organism. Crisis is a state when an individual or a family is in acute disequilibrium and temporarily dysfunctional. When family goes through a crisis, this affects boundaries, roles, rules and tasks within family.

Crisis management and coping strategies could refer to an individual or a family level. When child is in crisis, resilience and different protective factors help him coping with stressors and relieving his adaptation.

In the second part of the article we describe an example of a child treatment from clinical practice after parents' divorce, his coping with stressful events and forming child's contacts with non residential parents.

Keywords:

stress events, stressors, crisis, individual and family coping strategies, resilience, protective factors, divorce, child's contact with non-residential parents

S pojavom stresa, stresorjev in stresogenimi dogodki je povezano preučevanje vpliva na pojav in vzdrževanje psihosocialnih in psihiatričnih motenj pri otrocih ter različni teoretični koncepti.

Teoriji za opredelitev individualnega stresa in stresa na nivoju družine sta se razvili nekako sočasno v dvajsetih letih prejšnjega stoletja. **Po prepričanju nekaterih avtorjev težava nastaja** pri definiranju koncepta teorije stresa zaradi neskladja v definicijah, ki jih uporabljajo strokovnjaki (Boss, 2002).

Pomembno je razjasniti definicije »stresa«, saj teoretična izhodišča neposredno vplivajo na klinično prakso ter krizne intervencije in na raziskovanje (Weber, 2011).

Ne glede na različnost pristopov pa je iz literature razvidno, da **stres** definiramo kot stanje pri posameznikih, družinah in/ali v skupnosti kot odgovor na stresor in kot rezultat stiske.

»Stresorji«

Stresorji so definirani kot nekaj, kar potencialno vodi v spremembe (Boss, 2002), spremembe pa so lahko stresne za organizem.

Po avtorici Boss je možnih več načinov razvrstitve **številnih stresorjev**. Klasifikacija je možna glede na izvor, razločnost, izbiro, trajanje ter pojavnost stresorja samega ali skupaj z drugimi.

PRI POSAMEZNIKU	DRUŽINSKI	V SKUPNOSTI
Notranji	Zunanji	Družbeno-kulturni
Situacijski	Prehodni	
Nedvoumen	Dvoumen, mešan	
Želen	Nezaželen	
Tvegani dogodki-situacije	Nenadni dogodki/nesreče	
Kronični	Akutni	
Izolirani	Kumulativni	

Tabela 1: Klasifikacija stresorjev po avtorici Boss (Weber, 2011)

Stresorji pri posamezniku, družinski stresorji ali stresorji v skupnosti

Avtor Patterson (Weber, 2011) je razvrstil stresorje glede na pojavnost: ali se stresorji pojavijo pri posamezniku, družini ali v skupnosti. Primer **individualnega stresorja** je npr. akutna bolezen, izguba službe in začetek šolanja.

Primer **družinskega stresorja** vključuje razvezo staršev, spolno zlorabo, selitev in rojstvo otroka.

Individualni stres je stanje pritiska, napetosti, ko posameznik reagira na stresor. Avtorica Pauline Boss definira **družinski stres** kot stanje pritiska/napetosti v družinskem sistemu kot odgovor na stresogeni dogodek.

Stres skupnosti prav tako lahko definiramo kot stanje pritiska/napetosti, če skupnost reagira na stresor. **Stresorje v skupnosti** predstavljajo npr. tornadi, vojne, davki in padci bank.

Stres za posameznika, družino in skupnost je lahko **zaželen in nezaželen**. Želeni stresorji so tisti, ki jih želimo in se zanje trudimo (npr. nova služba, vstop na fakulteto, zelena nosečnost ipd.). Nezaželeni stresorji so tisti, ki se zgodijo, ne da bi želeli, npr. izguba službe (Weber, 2011).

Notranji in zunanji stresorji

Stresorje lahko razvrstimo na **notranje in zunanje, po njihovem izvoru**.

V literaturi najdemo ugotovitve, da imajo posamezniki večje težave pri soočanju **z zunanjimi stresorji** (katerih izvor je izven posameznika), kot pa **z notranjimi stresorji** (izvor je v posamezniku), saj na zunanje stresorje posameznik največkrat nima vpliva in jih ne more nadzorovati.

Hill ugotavlja (Weber, 2011), da se družine veliko težje soočajo s stresorji, ki nastanejo znotraj družine (notranji pri posamezniku ali znotraj družine), kot pa s tistimi, ki izvirajo izven družine (zunanji stresorji pri posamezniku ali izven družine). **Notranji stresorji** pri posamezniku ali drugi stresorji, ki nastanejo v družini, namreč »potiskajo« družinske člane narazen. Medtem ko zunanji stresorji pri posamezniku ali drugi stresorji z nastankom izven družine povežejo družinske člane bližje skupaj (npr. orkan). Družine vidijo zunanje družinske stresorje kot nekaj izven njihove kontrole, medtem ko naj bi bili notranji stresorji pod kontrolo družinskih članov, zato pogosto prinesejo negativne reakcije, kot npr. občutke krivde, in so zato bolj stresni.

Notranji stresorji	Zunanji stresorji
Zloraba	Diskriminacija
Kronično hazardiranje	Gospodarska kriza
Okuženost z AIDSOM	Tožbe in procesi na sodišču
Pobegi	Naravne katastrofe
Nesposobnost imeti otroke	Politične revolucije
Povečanje nalog, prevzeti naloge	Ugrabitev
Nezvestoba	Roparski napad
Duševne bolezni	Terorizem
Brez podpore	Vojne
Zgodnja ali nezaželena nosečnost	

Tabela 2: Nekaj primerov notranjih in zunanjih družinskih stresorjev, po Hillu (Weber, 2011)

Situacijski, prehodni ali družbeno kulturni stresorji

Avtorica Hoff (Weber, 2011) dejansko stresorje imenuje kot izvore krize in jih razdeli v situacijske, prehodne in/ali družbeno-kulturne.

Situacijske stresorje je nadalje razdelila v materialne, osebne/telesne in/ali medosebne »izgube«. Avtorica navaja, da so situacijski izvori pogosto nepredvideni. Medosebni/socialni stresorji obsegajo smrt ljubljene osebe ali ločitev.

Medtem ko so situacijski stresorji pogosto nepredvideni, so stresorji prehodov pričakovani.

Stresorji prehodov skozi življenjske cikle

Stresorji prehodov se pojavijo na prehodih v življenju, od enega do drugega statusa, npr. od dojenčka do otroštva. Ob različnih življenjskih obdobjih in prehodih se pojavi stres, saj nova obdobja in prehodi zahtevajo spremembe vlog in odgovornosti v družini.

Univerzalni razvojni izvor predstavljajo razvojni prehodi oz. življenjski cikli. Ker so prehodi pričakovani, se lahko pripravimo na njih. Stres se lahko pojavlja na družinski in individualni ravni (Weber, 2011). Družinski stresorji se navadno zgodijo in zgostijo okrog točk prehoda življenjskega cikla ter pogosto povzročijo prekinitev, zastoj v ciklusu in simptom oz. disfunkcije. Sprožitev simptoma je v

pomembni povezavi z družinskimi razvojnimi krizami, ko družina bodisi dobiva ali izgublja člane (Z. Čebašek-Travnik, M. Rus Makovec, 1996). Individualne univerzalne razvojne prehode, ki temeljijo na starosti posameznika, doživimo prav vsi posamezniki v življenju.

Individualni univerzalni razvojni prehodi, določeni po Eriksonu, so naslednji:

- prenatalno do zgodnjega otroštva,
- zgodnje otroštvo do otroštva,
- otroštvo do pubertete/adolescence,
- adolescenca do odraslosti/zrelosti,
- zrelost do srednjih let,
- srednja leta do starosti,
- starost do smrti.

Po avtorju Duvallu so družinski univerzalni/standardni/razvojni prehodi osnovani na starosti najstarejšega otroka. Obstajajo tri splošne kategorije o razvoju družine s petimi glavnimi stopnjami, ki se lahko znotraj teh kategorij razdelijo še v osem podstopenj.

Družbeno-kulturni stresorji

Družbeno-kulturni stresorji so povezani z vrednotami, socializacijo, družbenimi odstopanji ali konflikti. Stresorji izvirajo iz vrednot, ki so povezane z raso, starostjo, spolom, seksualno preferenco, z diskriminacijo (npr. stresorji, povezani s položajem žensk v družbi).

Jasni in nejasni stresorji

Avtorica Boss je razdelila stresorje v jasne in nejasne. Jasni stresorji so tisti, ki temeljijo na jasnih dejstvih. Družine vedo, kdaj, kako, kako dolgo in kdo je povzročitelj stresa.

Tvegani dogodki/situacije in nenadni dogodki/nesreče

Ko se kriza pojavi, ločimo dva različna stresorja: tvegani dogodki ali situacije (stresor 1) in nenadni dejavniki ali nesreče (stresor 2).

Vendar se lahko stresorja tudi prekrivata – če je stresor močan in se kriza pojavi takoj po stresorju, lahko tvegane situacije in faktor nenadnosti postaneta isti stresor. Npr. smrt otroka je oboje, tvegana situacija in nenadni dogodek. Stresor ob izgubi otroka je tako težak, da oseba takoj preide v krizo.

Kronični ali akutni stresorji

Stresorji so lahko razvrščeni po trajanju **kot kronični ali akutni, kar določa trajanje stresa.**

Kronični stresorji trajajo dolgo obdobje kot npr. sladkorna bolezen, rasna diskriminacija. Kronične stresorje pogosto imenujemo kot »pritisk« in običajno ne vodijo v krizo sami po sebi, povečajo pa ranljivost za doživljanje krize. Kronični pritisk pomeni npr. spopadanje z alkoholizmom, ki ima negativen izid. Avtorica Boss prišteva med »pritiske«: bolezni, revščino ali bogastvo, družbene pogoje (npr. diskriminacija po starosti, spolu in rasi); življenje blizu nevarnosti.

Akutni stresorji so tisti, ki se zgodijo nenadoma in trajajo kratko časovno obdobje, kot na primer orkani, tornadi ali nesreče. Primer akutnega stresogenega dogodka je npr., ko si otrok zlomi nogo in bo okrevал šele čez nekaj tednov.

Ljudje običajno vedo več o tem, kako se spopasti z akutnimi stresorji kot pa s kroničnimi.

Izolirani in kumulativni stresorji

Izolirani stresorji se pripetijo posamezno, brez ostalih stresorjev (npr. orkan). Na splošno so lažje obvladljivi kot kumulativni stresorji.

Kumulativni stresorji so stresorji, ki se lahko zgodijo vsi hkrati ali eden za drugim, tako da med njimi ni premora.

Nakopičenje stresnih dogodkov je pomembno, ker povečuje raven stresa v družini in kasneje ranljivost za krize ali sposobnost, da okreva po krizi. Ugotavlja se lahko z različnimi lestvicami na nivoju posameznika in družine (Weber, 2011).

Kriza

Kriza je akutna (traja nekaj ur ali nekaj tednov), umiri se po (težkih) fazah stresa. Čeprav je kriza stanje disfunkcionalnosti, ko je posameznik ali družina v krizi, ju ne moremo označiti kot disfunkcionalna. Pojem disfunkcionalno opisuje kronične pogoje, medtem ko je kriza akutna (začasna) in se dogaja pri obojih: zdravih/funkcionalnih in nezdravih/disfunkcionalnih posameznikih in družinah. Termina stres in kriza ne pomenita isto. Pri posamezniku ali družini ali v skupnosti so v stanju krize očitni simptomi/indikatorji in znaki (Weber, 2011).

Pokazatelji krize pri posamezniku

Po izkušnji stresnega dogodka lahko posameznik kaže samo nekaj znakov, vendar ne zapade v krizo. V takem primeru je v stanju občutljivosti, toda ni v stanju krize. Še vedno je sposoben funkcionirati, dosegati cilje tudi, če je v stresu. Individualne manifestacije/simptomi/indikatorji/znaki stresa se lahko razdelijo v štiri splošne skupine:

- vedenjski,
- kognitivni,
- emocionalni,
- fizični oz. telesni znaki.

Vedenjski znaki: npr. manj kontaktov, reakcije strahu, socialni umik, opozicionalnost, zloraba drog, nasilno vedenje itd.

Kognitivni znaki: npr. apatija, sram, zmedenost, težave v komunikaciji, motnje mišljenja, halucinacije, negativni samogovori, intruzivne misli, slabše reševanje težav, suicidalne misli itd.

Emocionalni znaki: npr. jeza, anksioznost, strah, depresivnost, občutki sramu in krivde, nezaupanje, razdražljivost, zadrževanje čustev itd.

Telesni znaki: bolečine, izguba energije, vrtoglavost, izguba apetita, glavoboli, motnje spanja, težave z dihanjem, želodčne težave itd.

Pri otrocih se lahko pojavljajo znaki krize na različnih nivojih, znaki krize se glede na starost otroka nekoliko razlikujejo.

Pokazatelji krize na nivoju družine

Ko je družina v stanju krize (začasno disfunkcionalna), to vpliva na meje, vloge, pravila in naloge. Nekatere krize v družini se kažejo z nesposobnostjo oblikovati običajne vloge in dolžnosti, nesposobnost se odločati, reševati probleme, skrbeti drug za drugega in se fokusirati na posameznikovo preživetje. Da bi zmanjšala znake krize, posameznik in družina uporabljata spretnosti ravnanja v krizi (Weber, 2011). **Izid iz krize** je lahko negativen, nevtralen ali pozitiven. Včasih se posameznik ali družina obrneta po pomoč k svetovalcem, ki se lahko ravnajo po praktičnih priporočilih za krizne intervencije. Reševanje krize se začne, **ko se pojavi sprememba** pri stresorju, virih za reševanje, strategijah reševanja in definiranja stresorja, ugotavlja avtorica Boss. Ko se posameznik ali družina vrnejo na isti nivo ali višji nivo funkcioniranja (kot pred delovanjem stresorja), **gre za pozitiven izid krize** (Weber, 2011). V družinah z visokim stresom, toda funkcionalnih družinah, mora biti fleksibilnost dovolj velika v družinskih

pravilih, vlogah in veščinah za reševanje problemov. Za obvladovanje stresa v družini je pomembna »družinska percepcija«, ki je definirana kot skupinski pogled na stresni dogodek pa tudi prepričanja o reševanju krize (Ur. Price, S. J., Price, C. A., Mckenry, P. C., 2010).

V literaturi najdemo ugotovitve o **pozitivnih vplivih travmatskih doživetij**: psihološka krepitev, oklenjevanje, pospešeno psihosocialno zorenje, kar je z raziskavami potrdila pri otrocih Anica Mikuš Kos v letih 1995 in 1999 (Ur. T. Samec, V. Slodnjak, 2001). Psihična odpornost in sposobnost obvladovanja (resilency, coping) sta pojma, s katerima si lahko razlagamo psihosocialno zdravje pri otrocih, ki so bili izpostavljeni hudim travmatskim doživetjem, izgubam in kronično stresogenim življenjskim okoliščinam (Ur. Kraševac-Ravnik, 1999).

Reakcije na travmatski dogodek se lahko kažejo v akutnih stresnih reakcijah in posttravmatski stresni motnji, ki pri otroku vsebuje nekatere posebne simptome (Ur. T. Samec, V. Slodnjak, 2001). V otroški dobi je vidno nekaj značilnih simptomov, npr. vsiljivi spomini, travmatske sanje, ponavljajoče igre, čustvena zavrta, motnje spanja itd. (Ur. Piškur-Kosmač, D., 1992). S pojavom posttravmatskega stresnega sindroma so se zdravstveni in mentalno higienski delavci srečali pri večjem številu otrok beguncev, ki so bili izpostavljeni izjemno travmatičnim vojnim dogajanjem (Ur. Piškur-Kosmač, D., 1992).

Obvladovanje stresa in strategija spoprijemanja

Negativne/disfunkcionalne/neuspešne strategije so tiste, ki zmanjšajo stisko le za krajši čas, hkrati pa dolgoročno vodijo v škodljive posledice. Običajno le še bolj okrepijo stisko in povečajo ranljivost družine. To so: zloraba alkohola, hrane, nedovoljenih drog, tablet, spolnost, nakupovanje in/ali pretirano delo in družinsko nasilje.

Pozitivne/funkcionalne/uspešne strategije spoprijemanja imajo pozitivne posledice ali izide (Weber, 2011).

Sistemska teorija govori o tem, da je sistem več kot samo vsota njenih delov.

Vsaka družina ima posebno enotnost in solidarnost. Na nivoju relacij priporočajo razvijanje družinske kohezije, preživljanje skupnega časa, sodelovanje, podpiranje zaupanja in fleksibilnosti za spremembe v družini. Sistemska moč se mobilizira /sprosti, kar lahko pogosto opazujemo, ko je en član v težavah (Ur. Price, S. J., Price, C. A., Mckenry, P. C., 2010).

Individualne strategije spoprijemanja so omejene na vedenja ali aktivnosti, s ciljem okrepiti posameznika (npr. učne veščine) ali spremeniti vedenje (npr.

agresivnost). Pri tem gre za iskanje podpore, prevzemanje odgovornosti za lastno usodo, aktivnost v ravnanju, vključevanje v različne dejavnosti, razvedrila, sposobnost kognitivne predelave itd.

Družinske strategije spoprijemanja zajemajo vedenja/aktivnosti družinskih članov, s katerimi si prizadevajo ohraniti integracijo, moralo in samospoštovanje. Družinske strategije zajemajo ohranjanja povezanosti, vzpostavljanja novih vezi, optimistično ali pesimistično naravnost, vzorce vzgoje, obrede, religioznost in verovanja itd. (Weber, 2011; Ur. T. Samec, V. Slodnjak, 2001).

Travmatski dogodki in psihična odpornost

Pojem »psihična odpornost otroka« nam nudi odgovor, zakaj nekateri otroci uspešno obvladujejo ekstremne travmatske izkušnje, izgube, prikrajšanosti oz. kronično neugodne in stresne okoliščine. S konceptom odpornosti pa so povezani še koncepti obvladovanja in varovalnih dejavnikov. Koliko časa bodo prisotna znamenja prizadetosti ob travmatskem dogodku je odvisno od številnih dejavnikov, npr. od starosti otroka, razvojne faze, odpornosti, osebnostnih lastnosti, prejšnjih travm, družinske povezanosti, vzdušja ipd. (Ur. T. Samec, V. Slodnjak, 2001). Ranljiv je tisti otrok, ki ob travmatskih dogodkih kaže občutljivost, neodpornost in je ob teh dogodkih bolj ogrožen (Ur. T. Samec, V. Slodnjak, 2001).

Varovalni dejavniki so značilni za adaptacijo na težavne okoliščine, prav tako družinski in faktorji v kontekstu (smiselno povezani faktorji), ki ublažijo učinke tveganja. Varovalni mehanizmi so poti, v katerih imajo varovalni dejavniki pozitivni učinek.

Ena vrsta varovalnih faktorjev, npr. strategije spoprijemanja, se nanašajo na socialno, ekonomsko, psihološko, čustveno in telesno prednost ali pridobitev, na katerih lahko družinski člani gradijo.

Adaptacija je otroku olajšana, ko so varovalni dejavniki dovolj močni, da pomagajo posamezniku in družini pri spopadanju z različnim stresorji (kot je razveza staršev).

Razveza staršev

Otrokova prilagoditev na razvezo staršev

Literatura navaja veliko možnih reakcij in včasih nasprotujočih ugotovitev o otrokovi adaptaciji na ločitev oz. razvezo staršev. Po nekaterih podatkih ima večina otrok in adolescentov prilagoditvene težave (ne nujno na klinični ravni) še 1–2 leti potem, ko so se starši razvezali. To je običajno v obdobju, ko se starša »borita« med sabo in za skrbništvo.

Dejavniki, ki so pozitivni za otrokovo prilagoditev, so ekonomska skrb, pozitivni odnosi z obema staršema in nizka stopnja konfliktov med staršema in že visoka stopnja prilagoditve pred razvezo staršev (Ur. Price, S. J., Price, C. A., Mckenry, P. C., 2010).

Razveza in posledice

Raziskave poročajo o različnih učinkih razveze na družinske člane, dolgoročne in kratkoročne posledice.

Avtor Emery zaključuje:

- razveza je stresna izkušnja za otroka,
- razveza vodi do višje stopnje klinično pomembnih prilagoditvenih problemov in težav v duševnem zdravju,
- večina otrok je odpornih in se prilagodijo razvezi,
- otroci razvezanih staršev navajajo znatno bolečino, nesrečne spomine in stres,
- interakcijski vzorci po razvezi v veliki meri vplivajo na prilagoditev po razvezi (Ur. Price, S. J., Price, C. A., Mckenry, P. C., 2010).

Pri diagnostičnem in terapevtskem delu se najpogosteje srečamo:

- z žalovanjem otroka, družine ob izgubi, smrti bližnjega,
- s stresom v družini zaradi bolezni, ki je lahko dolgotrajna in se konča s smrtjo,
- z otroki, mladostniki in njihovimi družinami, v katerih se dogajajo zanemarjanje, tpinčenje in zlorabe,
- z družinami in posamezniki z alkoholno odvisnostjo in zlorabo substanc ter negativnim vplivom na otrokov razvoj osebnosti,

- s stresom v družini, pri otrocih zaradi duševne bolezni pri starših , družinskem članu,
- z vplivom ekonomskega stresa na družine, ki je lahko povezan s spremembami v družini, začasnih ali kroničnih okoliščin (npr. revščino),
- s stresom ob razvezi staršev, stresom v dopoljnjeni družini,
- s stresom ob iskanju lastne spolne identitete ali da otrok odrašča ob istospolnih starših,
- s stresorji v priseljeni (imigrantski) družini, ki se razlikujejo po narodnosti, kulturi in so v procesu prilagajanja na novo okolje,
- s stresom, ki je povezan z vsakodnevno rutino v družini in vlogo staršev.

Primer iz klinične prakse : razveza in potek stikov

Deček, star 5 let, se je vključil v klinično psihološko obravnavo zaradi čustvenih težav in sprememb v vedenju ob stikih z očetom. Napotna diagnoza je bila Akutna družinska krizna situacija, spremembe v vedenju, v ospredju strah. Primer kaže, kako se po stresnem dogodku – razvezi staršev za dečka še vedno pojavljajo neugodni travmatski dogodki (konflikti, nasilje), kar je povečalo njegovo bojzani ob separaciji in otežilo njegovo adaptacijo na spremembe v družini ter potek stikov z očetom (ki je bil v tem primeru nerezidenčni starš).

*Ob začetku obravnave je mama navajala, da je Jakob začel odklanjati vrtec, da pogosto joka. Ob razpadu partnerske zveze pred tremi meseci se starša nista dogovorila za stike, oče je prihajal v stanovanje za nekaj ur k otroku. Ob tem je bil verbalno in psihično nasilen do bivše partnerke (jo poniževal, zmerjal, obtoževal, da se prostituira). Otrok je prisostvoval tem preprirom, večkrat je postal jezen, udaril očeta, oče pa mu je ob tem zvižgal roke. **Oče je grozil, da ga bo odpeljal iz vrtca, otrok je začel odklanjati vrtec, izražal strah za mamo in jokal ob ločitvah od mame.***

Ko je oče odšel iz stanovanja, je Jakob pogosto spraševal po njem in ga pogrešal. Vendar je zmožal le krajše stike z očetom, po 1–2 urah deček ni želel z njim.

Oče je bil povabljen v terapevtsko obravnavo. Deček je imel dober stik z očetom, ob prisotnosti mame ali terapevte se je igral z njim in iskal njegovo pozornost. V nadaljevanju so stiki otroka z očetom potekali tako, da je bila na stikih prisotna mama, s tem da se je konflikten odnos med staršema nadaljeval. Deček je takrat v psihološki obravnavi na projektivnih preizkusih izražal ambivalentnost do očeta, v agresivnih scenah je preignaval, kdo je dober, kdo slab. Imel je močne tike (na obrazu, pokašljevanje), tudi v obravnavi je izražal anksioznost in šele po nekaj srečanjih je mami dovolil oditi iz sobe.

Leta 2013 je bila izdana začasna odredba na sodišču za stike in postavljen sodni izvedenec.

Stiki z očetom so potekali po nekaj ur v tednu, pri čemer je že odhajal z očetom. Otrok je povedal, da se starša kregata, da je oče nesramen do mame, da je on dobro videl, kako je dal nogo k vratom in je ni spustil ven, da je mamo pljunil. Jakob je povedal, da joka, ko oči reče mamici »gnoj«. Jakobu pa reče, da ga bo dal v otroški zapor, če si bo »izmišljeval« glede stikov.

Po navedbah mame je oče žaljiv pri predaji stikov, večkrat se ji zdi opit in v psihičnih težavah je povzročil prometno nesrečo in pobegnil. Po dveh letih je deček prvič prespal pri očetu, še vedno je bil prisoten občutek ogroženosti in obremenjenost s konflikti staršev. Zaradi izvajanja nasilja nad mamo in sinom je potekal kazenski postopek na sodišču in oče je bil v dveh kazenskih zadevah pogojno obsojen (v prvi na 4 leta, v drugi na 6 mesecev).

Center za socialno delo je sklical timski sestanek zaradi ogroženosti otroka. Za stike je bil postavljen novi sodni izvedenec, ker oče želi več stikov. Oče ima novo partnerko, deček prespi od sobote na nedeljo (na 14 dni) in ima stike 1 x tedensko popoldne. Sodni postopek še ni zaključen, saj se čaka še mnenje izvedenca psihiatra. Jakob ima še vedno stiske, včasih ob stikih čez noč želi domov k mami, oče mu tega ne dovoli. Včasih želi telefonirati mami, pa mu oče ne pokliče mamice. Jakob hodi v 2. razred in je star 7 let in pol, v šoli je uspešen, ob pogovorih bolj sproščen in zaupljiv, tiki se umirjajo.

Zaključek

Primer iz klinične prakse kaže, kako sama ločitev staršev ni tako stresna, kakor kasnejši potek stikov in nasilje, ki se je nadaljuje. Razveza je kriza in kot vse ostale krize je zanjo pomembno, kako se razreši.

Pri terapevtskem delu z otroki lahko pogosto vidimo, kako potekajo visoko konfliktne razveze in kako je lahko vpletanje otroka v konflikt in urejanje stikov povezano z otrokovimi čustvenimi težavami. Običajno malo staršev zaradi tega išče pomoč, nekateri starši jo zavračajo ali pa so ti konflikti težje terapevtsko dostopni. Otrok pa iz svojih razvojnih potreb želi stike z očetom, vendar ne ogrožujoče, ne konfliktne in ne z novimi travmatskimi dogodki.

Glede na to, da pri obravnavi otroka upoštevamo celostni pristop in vse njegove značilnosti in da otroka vidimo v družinskem kontekstu, se nam pojavljajo dileme, na koga naj bodo usmerjene terapevtske intervencije:

- ali obravnavati otroka individualno ali terapevtske intervencije usmeriti na družino?
- koliko strokovnjakov naj pri tem sodeluje, koliko ustanov?
- ali terapevtske intervencije zmanjšajo stresne dejavnike oz. povečajo adaptacijo?
- če so vidne spremembe v terapevtski obravnavi, ali te spremembe vztrajajo tudi doma?

Literatura:

Boss, P. (2002). Family stress management: A contextual approach. 2nd ed. London :Sage Publications.

Čebašek-Travnik, Z., Rus-Makovec, M. (1996). Delo z družino – zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino. Ljubljana : Slovensko društvo za družinsko terapijo in Psihiatrična klinika.

Kraševac-Ravnik, E. (1999). Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše.

Price, Sharon J., Price, Christine A. , Patrick C. McKenry. (2010). Families & change: Coping with stressful events and transitions. London : Sage Publications.

Samec, T., Slodnjak, V. (2001). Psihične travme v otroštvu in adolescenci. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše : Inštitut za psihologijo osebnosti.

Weber, J. G. (2011). Individual and family stress and crises. London : Sage Publications.

Nada Hribar, univ. dipl. psihologinja, specialistka klinične psihologije, vedenjsko-kognitivna terapevtka

Področja delovanja: klinično psihološka diagnostika čustvenih, vedenjskih in učnih težav ter motenj v duševnem razvoju pri šolskih otrocih in mladostnikih, svetovanje in psihoterapija pri otrocih in mladostniki s čustvenimi , vedenjskimi in učnimi težavami, vodenje skupin mladostnikov z učnimi težavami in skupin za razvoj in spodbujanje veččin komunikacije, svetovalno in terapevtsko delo s starši in svojci, družinska sistemska terapija, svetovanje vzgojiteljem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri delu z otroki in mladostniki s čustvenimi, vedenjskimi in učnimi težavami, izobraževalno delo (predavanja za starše, seminarji in delavnice za strokovne delavce).

Otroška risba: okno v otrokov svet

Povzetek

Otroška risba predstavlja pomemben način samoizražanja, ki v sebi skriva kompleksno fenomenologijo otrokovega doživljanja. Služi lahko ne le kot diagnostični, temveč tudi kot terapevtski instrument. Veščina razumevanja in rabe otroške risbe je vse prej kot preprosta; poleg dobrega poznavanja simbolne komunikacije te vrste zahteva tudi zavedanje vseh kontekstualnih dejavnikov, ki lahko v dani situaciji vplivajo na nastanek risbe. Prispevek ni namenjen učenju te veščine, temveč ponuja pregled nekaterih bistvenih elementov, na katere bi moral biti pozoren vsak strokovni delavec oz. delavka, ki pri svojem delu uporablja otroško risbo.

Ključne besede:

otroška risba, diagnostični instrument, likovna terapija, dejavniki nastanka risbe, etika pri delu z otroško risbo.

Children's Drawings: A Window into the Child's World

Abstract

A child's drawing represents an important form of self-expression that contains within itself a complex phenomenology of the child's experience. It can serve not only as a diagnostic instrument, but also as a therapeutic tool. The skill of understanding and making use of a child's drawing is anything but simple; it demands not only good knowledge of symbolic communication of this kind but also an awareness of all contextual factors that can affect the creative process. The aim of this article is not to teach this skill, but instead to offer an overview of some of the most important elements that should be focused on by any professional who uses children's drawings in his or her work.

Keywords:

child's drawing; diagnostic instrument; art therapy; context of the drawing process; ethical standards when working with child's drawing

Ustvarjanje likovnih simbolnih reprezentacij je del človekovega delovanja že dolgo. Dobro ohranjeni jamski simboli, ki si jih lahko ponekod še danes ogledamo, potrjujejo, da je izvor povezanosti človeka z likovnim izražanjem starodaven. Odkritja kažejo, da naj bi bili prvi simbolni znaki narisani 77000 let nazaj (Spivey, 2005; po Jolley, 2010). Podobno, kot poskušajo študije primitivne umetnosti prek podob sklepati o starodavnem načinu človekovega življenja, poskušamo s proučevanjem otroške risbe ugotoviti kaj več o otrokovem svetu.

Različni vidiki razumevanja in rabe otroške risbe

Prve bolj sistematične študije otroške risbe so se pojavile v začetku 20. stoletja. Usmerjene so bile predvsem v analizo povezave med narisanimi podobami in mentalnim razvojem otrok (Jolley, 2010, Malchiodi, 1998). Polagoma je naraslo zanimanje tudi za ostale psihološke aspekte umetniških izrazov – sprejeto je postalo

mnenje, da otroška risba poleg mentalnih sposobnosti odraža otrokov notranji svet, njegova čustva, psihološko stanje in medosebne odnose. Psihoanalitični avtorji so opazili, da lahko pacienti skozi risbo nekatere stvari izrazijo bolje kot z besedami in s tem ponudijo edinstveno možnost za razumevanje njihovega notranjega sveta (tako njegovih zavestnih kot nezavednih aspektov).

Predpostavka o tem, da lahko otroška risba služi kot vidna reprezentacija notranjega, psihološkega stanja, je bila predhodnik začetkov rabe risbe kot projektivne tehnike okrog leta 1940 (Malchiodi, 1998). Lowenfeld (po Malchiodi, 1998) je leta 1947 dobro ubesedil projekcijsko predpostavko o povezanosti med otrokom in njegovo risbo: "Proces risanja, slikanja ali konstrukcije je kompleksen. V njem otrok združi raznolike elemente svojega okolja, da bi ustvaril smiselno celoto. V procesu izbiranja, interpretacije in predelave teh elementov nam ponuja več kot le sliko, ponuja nam del sebe."

Skozi stoletje so se projektivni risarski testi vse bolj soočali s številnimi kritikami, ki se nanašajo predvsem na njihovo veljavnost in zanesljivost (Anastasi in Urbina, 1997; po Jolley, 2010; Malchiodi, 1998). Testom je bila pogosto očitana neobčutljivost na kulturo, spol, socialni status in številne ostale dejavnike, ki utegnejo vplivati na otrokovo risbo. V svojem razumevanju kompleksne otroške risbe naj bi bili pretirano reduktionistični. Zaradi podobnih očitkov ostaja še danes odprto vprašanje diagnostične rabe projektivnih risarskih testov v klinični praksi. Poskusi kvantifikacije risb in enačenje posamezne grafične lastnosti z določenimi osebnostnimi potezami ali afektom onemogočijo jasnejši pogled v kompleksnost otrokove umetnosti in povečajo verjetnost napačne interpretacije risbe (Malchiodi, 1998). S strokovnega vidika je sporno tudi ponujanje ocene psihološkega delovanja, ki bi temeljila zgolj na risbi (Malchiodi, 1998). V splošnem se pojavlja strinjanje v tem, da je potrebno otroško risbo razumeti ob pomoči drugih diagnostičnih postopkov, npr. vedenjskih opazovanj, psiholoških ocenjevalnih instrumentov in samoporočanja (Žemva, 2009; Malchiodi, 1998; Hammer, 1958; po Wimmer, 2014). Kot bo razvidno v nadaljevanju članka, je risba lahko bogat in pomemben vir informacij, vendar jo moramo, tako kot rezultate vseh psiholoških preizkusov, razumeti v kontekstu ostalih virov, ki jih imamo.

Umetniško izražanje otroka ne ponuja le informacije za nadaljnjo intervencijo, temveč lahko predstavlja intervencijo samo. S tem zaseda risba tudi terapevtsko funkcijo. Terapija s pomočjo likovnega ustvarjanja, ki se je začela razvijati v sredini 20. stoletja, se za razliko od projektivnih tehnik osredotoča ne le na grafične lastnosti risbe, temveč tudi na otrokovo pripoved o risbi. S tem se je udejanjil pomemben premik od arbitrarnosti simbolov k idiografskim načinom interpretacije posameznih risb. Za terapevtsko razumevanje končnega izdelka je namreč ključna otrokova perspektiva, saj imajo grafične poteze edinstven, osebni pomen, prikazujejo svet, kot ga otrok vidi sam (Wimmer, 2014; Malchiodi,

1998). Za razliko od jezika, ki je strukturiran v bolj ali manj nespremenljiv sistem simbolov, pri risanju otrok sam ustvarja simbole, ki jih želi uporabljati (Mortensen, 1984).

Kaj pa je pravzaprav tisto, kar je na risanju terapevtskega? Otroku je risati pogosto mnogo lažje kot govoriti, saj risba ponuja prijaznejši in celovitejši način za njegovo izražanje. Skozi medij risbe lahko otroci na varen način sproščajo svoj stres in sublimirajo agresivne vsebine (Wimmer, 2014). Risba je lahko tudi nenadomestljiv medij otrokovega doživljanja, še zlasti zato, ker študije ugotavljajo, da otrokovo vedenje in poročanje staršev nista nujno zanesljiva vira za sklepanje o otrokovem čustvenem doživljanju (Barrios and Hartmann, 1997; po Wesson in Salmon, 2001). Tako je otroku nekoliko olajšana pot do razumljenosti in slišnosti. Otroku risba predstavlja pomemben način za sporočanje čustev, težav, izkušenj ter omogoča raziskovanje, ustvarjanje in reševanje problemov skozi samoizražanje (Malchiodi, 1998). Cox (2005) v svoji študiji otroške risbe ugotavlja, da je risanje aktivnost, skozi katero otrok udejanja nek namen: ureja svoje izkušnje in jim daje obliko, s čimer aktivno definira svojo realnost. Lahko sklepamo, da tovrstna aktivnost otroku omogoča, da vsaj do neke mere opredeli, kontrolira in omeji svoje boleče ali agresivizirane vsebine ter jih morda pretvori v neko vizualno formo, ki je v konkretni obliki, narisani na papirju, zanj manj ogrožajoča.

Otroška risba v kontekstu

V nadaljnjih odstavkih bo predstavljenih nekaj dejavnikov, ki lahko pomembno vplivajo na otroško risbo in ki se jih moramo nujno zavedati, ko jo poskušamo razumeti.

Zelo pomembna je **povratna informacija**, ki jo otroci prejmejo v zvezi s svojim risanjem. Četudi je povratna informacija mišljena kot pozitivna ali konstruktivna, implicitno že sporoča kritičen odnos do risbe. To lahko inhibira nadaljnje izražanje na tak način, da se zmanjša motivacija otroka za nadaljnje risarsko ustvarjanje, prav tako pa se lahko zmanjša tudi spontanost v risanju (spremenijo se lahko vsebina in stil risbe). Tudi dobrodušno mišljeni naključni komentarji lahko vplivajo na nadaljnje risanje (Malchiodi, 1998). Dobronameren komentar o lepih zajčkah na sliki lahko npr. v depresivnem otroku, ki je poskušal risati kužke, vzbudi občutek dvoma v lastne risarske sposobnosti ali pa občutek nerazumljenosti, nepovezanosti s strokovnim delavcem. Wimmer (2014) tudi poudarja, da se je včasih dobro izogniti pohvali končnega izdelka in se namesto tega raje osredotočiti na pohvalo kreativnega procesa nastajanja risbe.

Otrok v procesu risanja srečuje številne **sheme, ki jih ponotranja** – npr. v knjigah “pobarvankah”, ko učitelj ponudi demonstracijsko risbo, ob opazovanju

drugih otrok itd. Te sheme do neke mere zmanjšujejo otrokovo inovativnost in individualnost pri risanju in vodijo v rabo stereotipnih podob (Malchiodi, 1998). Potrebno je pomisliti na vzrok za kopiranje tujih podob. Kopiranje od drugih je lahko znak, da se otrok zaveda svojega okolja in da je sposoben socialne kognicije. Potreba po pripadnosti drugim vrstnikom otroka motivira, da na risbi upodablja podobne elemente, kot drugi. Po drugi strani lahko enako vedenje sporoča, da otrok ne zaupa, da bo njegova zamisel pohvaljena, in se zato obrača h kopiranju tuje zamisli, saj ocenjuje, da bo tako uspešnejši v svojem delu (Wimmer, 2014). V najširšem, nekoliko bolj filozofskem smislu, pa je likovno ustvarjanje po nekaterih avtorjih vedno kopiranje (kopiranje zaznane podobe iz življenja, kopiranje shranjene podobe iz spomina ali kopiranje podobe, ki je v domišljiji sestavljena iz ostalih podob), ki se mu nikoli ne moremo zares izogniti (Gibson, 1978; po Willats, 2005).

Otrokovi **spontanost in sproščenost** v risanju ponujata tudi pomemben vpogled v odnos do risanja, ki je bil gojen v domačem okolju. Nekateri otroci so skrajno previdni in nesproščeni v procesu ustvarjanja, saj so bili doma naučeni, da morajo vedno spoštovati odraslega in slediti njegovim navodilom ter ne lastnim impulzom. Spet drugi otroci si drznejo močno razmetavati z risarskimi materiali, uničevati materiale in zahtevati drugačne materiale, kar prav tako ponuja nek uvid v kulturo ustvarjanja, ki obstaja v družini (Malchiodi, 1998). Seveda nam vse tovrstne informacije povedo veliko tudi o otrokovi splošni kapaciteti za spontanost, individualnost in samoizražanje (npr. v socialnem okolju, pri delu za šolo itd.).

Marsikdo ne pomisli na vlogo **materialov** pri umetniškem ustvarjanju otrok. Pomembno je, da otroku ponudimo veliko izbiro kvalitetnih materialov, saj ima to neposreden vpliv na kvaliteto in variabilnost izdelkov. Materiali, ki jih je težje nadzirati (npr. vodene barve), in še zlasti taki, ki jih lahko nanašamo z lastnim telesom in telesnimi gibi, spodbujajo izražanje čustvenih vsebin in regresivno delovanje (Malchiodi, 1998). Nekateri otroci, ki imajo radi nadzor in zanesljivost nad dogodki v svojem življenju, lahko čutijo stisko, če nimajo dostopa do takih materialov, ki jih lahko dobro nadzirajo (npr. barvice) (Wimmer, 2014). Na končni izdelek vpliva tudi velikost papirja. Večji format papirja navadno ustreza manjšim otrokom, ki še nimajo povsem razvitih finomotoričnih spretnosti. Istočasno lahko velik format pri starejšem otroku povzroča čustveno stisko in povečuje občutja ogroženosti (Wimmer, 2014). Pomembna je tudi barva papirja (pri otrocih z učnimi težavami in vidno-zaznavnimi težavami naj bi zelo pomagala črna podlaga) (Malchiodi, 1998).

V idealnih pogojih imajo otroci na voljo poseben **prostor za ustvarjanje**, v katerem se lahko svobodno gibljejo, pojejo itd. V takem okolju lahko ustvarjajo na velikih podlagah in v skupinah več otrok. Tovrsten prostor, namenjen zgolj ustvarjalni aktivnosti, vsekakor omogoča več možnosti za eksperimentiranje z materiali in

lastnim izrazom. Žal pa mora marsikateri strokovni delavec z otrokom delati v drugačnih pogojih, v katerih je na voljo miza za odrasle ter okolje, ki ne sme biti umazano z ostanki barv, lepila, krede ali drugih materialov. Četudi nimamo neposrednega vpliva na okolje, v katerem otrok ustvarja, pa je pomembno, da ohranimo v mislih vpliv, ki ga ima lahko okolje na nastanek risbe (Malchiodi, 1998). Otroci z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti npr. značilno površno in slabo načrtovano rišejo ter risbe zaključujejo zelo hitro (Wimmer, 2014). Lahko si predstavljamo, da ima tak otrok precej večje težave z osredotočanjem na risbo v okolju, kjer so okoli njega drugi otroci, zanimive igrače ali kakšni drugi zanj zanimivi dražljaji. Posledično je končni produkt risanja v takem okolju verjetno drugačen kot v nekem drugem okolju, kjer teh motečih dejavnikov ne bi bilo. Pomembno je tudi, da je kreativen izraz zavarovan z okvirom odnosa s strokovnim delavcem in ni prekinjen z vdorom ostalih ljudi (Malchiodi, 1998).

Občutek varnosti v odnosu s strokovnim delavcem je navadno nekaj, kar se razvije šele skozi čas. Otrokov odnos s strokovnjakom in stadij razvoja tega odnosa močno vplivata na otrokovo sproščenost in spontanost v samoizražanju. Ne glede na to, kako topel, ljubeč in občutljiv je strokovni delavec, lahko predstavlja otroku grožnjo in v njem vzbuja občutja strahu in tesnobe. Otroci za razliko od odraslih pogosto nimajo zmožnosti razumeti, da je strokovna oseba tu za namenom pomagati. Strokovnjaka lahko doživljajo kot pretirano intruzivnega, ali pa kot resno avtoriteto, ki postavlja pravila, ki jim je treba vedno slediti. Dokler odnos ni razvit in otrok nima občutka varnosti v njem, je pomembno, da smo posebej previdni pri interpretaciji vsebin na risbi (npr. risanje zelo majhnega človeka ob prvem srečanju je lahko situacijski odziv na strah pred terapevtom in ne znak nizke siceršnje samopodobe, kot bi bilo v skladu z nekaterimi projektivni tehnikami lahko interpretirano) (Malchiodi, 1998). Proces risanja zaradi svoje atraktivnosti otrokom pogosto pomaga prebiti led in sprostitve v odnosu, v katerem se počutijo nelagodno (Thomas in Jolley, 1998). Vsebina risbe se tako lahko v relativno hitrem času (tudi znotraj enega srečanja) pomembno spreminja, seveda v odvisnosti od čustvovanja in počutja v odnosu s terapevtom oziroma strokovnim delavcem.

V situaciji nastajanja risbe

Strokovni delavec je priča kreativnemu procesu, pomaga z materiali in nalogami, pomaga pri motivaciji in nudi varno sprejemanje močnih čustev, ki se utegnejo pojaviti. Otrok na tak način prejema izkušnjo brezpogojne sprejetosti, kar deluje terapevtsko. Prisotnost v procesu nam omogoča, da spremljamo nastajanje risbe, kar nudi veliko količino pomembnih informacij, ki vključujejo tudi spontan pogovor, vprašanja in razlage (Malchiodi, 1998). Podatki o okoliščinah in procesu nastanka risb in o zaporedju risanja posameznih elementov nam omogočajo natančnejšo interpretacijo končnega izdelka (Thomas in Jolley, 1998).

Najbolje je, če ima otrok za svoje ustvarjanje dovolj časa, čeprav to v okviru 45- do 60-minutne obravnave pogosto ni mogoče. Dobro je, če otroku povemo, koliko časa ima na voljo za risanje in da v tistem času omogočimo sproščeno in ne hiteče vzdušje (Malchiodi, 1998).

Verbalna izmenjava ni nujen del otrokovega ustvarjanja risbe, vsekakor pa je pogosto spontan del procesa (Malchiodi, 1998). V dialogu lahko otroci s pomočjo risbe lažje razmišljajo in govorijo o zahtevnejših idejah (Brooks, 2009). Gross in Hayne (1998) v svoji študiji dokazujeta, da risanje otrokom lajša verbalizacijo čustveno obarvanih izkušenj v kliničnem kontekstu. Pogovarjanje v času nastajanja risbe ima lahko dva temeljna cilja: (1) pomoč pri eksternalizaciji misli, občutkov, dogodkov ter pogledov na svet in (2) pomoč pri razumevanju otrokovega doživljanja. Drugi cilj je orientiran bolj na proces ocenjevanja, medtem ko je prvi lahko bolj terapevtsko obarvan. V obeh primerih mora biti strokovni delavec občutljiv na otrokova sporočila v zvezi s tem, v kolikšni meri se sploh želi samorazkrivati. V nekaterih primerih, npr. ko se otrok zaradi pogovora težje osredotoča na svoje delo, pogovarjanje ni priporočeno. Najpogosteje pogovarjanje odklanjajo bolj zadržani otroci, tisti, ki imajo govorne in jezikovne težave ter čustveno močno obremenjeni otroci (Malchiodi, 1998).

Pri spraševanju o risbi je pomembno, da se izognemo vprašanjem, ki se začnejo z "zakaj". Navadno je dobro, da zgolj povzamemo to, kar mi vidimo ali pa se naglas čudimo elementom na sliki, npr. "Hmm, me prav zanima, kaj počne ta možki v tej hiši?" (Wimmer, 2014; Malchiodi, 1998). Zatem je najbolje, da počakamo na spontan odziv otroka. Strokovni delavec lahko otroku zastavlja tudi naslednja vprašanja:

- Kako bi naslovil to sliko?
- Povej mi kaj o svoji sliki.
- Kaj se dogaja na tej sliki?
- Kako se počutijo ljudje/živali na tej sliki?
- Če bi osebe na sliki lahko govorile, kaj bi rekle (ena drugi)?
- Ali smem deklico (fantka, hišo, psa itd.) na sliki nekaj vprašati? (Malchiodi, 1998)

Čeprav večina otrok rada riše in je v tej aktivnosti spontana, pa včasih naletimo tudi na odpor pri ustvarjanju risbe. Ta odpor lahko izhaja iz premalo atraktivnega materiala (npr. če barvice niso ošiljene ali so uničene, če je na voljo le majhna izbira barv itd.). Pogosto je vir odpora do ustvarjanja povezan z močnimi čustvi in travmatičnimi izkušnjami (Wimmer, 2014, Malchiodi, 1998). V skladu s tem npr. Wilson (1995; po Thomas in Jolley, 1998) v svojem proučevanju risb bosanskih begunskih otrok, ki so doživeli vojno, ugotavlja, da pogosto ne želijo risati risbe, če jim je dana naloga, da morajo risati vojake. Izraziti sebe je lahko za

otroka ogrožajoče tudi, če se v odnosu s strokovnim delavcem ne počuti dovolj varnega. Nekaterim otrokom je lahko risanje poseben izziv tudi zaradi težav v motoričnem razvoju (Wimmer, 2014). Odpor lahko pomagamo premagati tako, da mi prevzamemo vlogo risarja, medtem ko podelimo otroku nalogo, naj narekuje, kaj naj rišemo. Včasih pomaga tudi, da otroku povemo, s katerim segmentom risbe začeti (npr. če želimo, da nariše človeka, lahko najprej rečemo, naj nariše glavo, nato telo itd.). Ob vsem tem je potrebno ohraniti v mislih, da nekateri otroci enostavno raje izberejo drug način samoizražanja (npr. skozi petje, ples, igro itd.) in jim risba preprosto ni blizu (Malchiodi, 1998).

Risba še zlasti mlajšim otrokom pomaga, da izrazijo travmatične vsebine, ki jih na verbalni ravni težje predelajo (Perrin, Smith in Jule, 2000). Preden strokovnjak prehitro preide na sklepanje o izvoru tovrstnih vsebin v risbi, mora najprej pomisliti, kakšna je bila namera v ozadju risanja take risbe. Je otrok želel zgolj prositi za pomoč? Poiskati nekoga, ki bo razumel? Ali je imel otrok morda namen šokirati, kaznovati? Upoštovati je potrebno tudi, v kakšnem kontekstu in času je otrok risal risbo ter komu je bila namenjena. V primeru močno agresivno ali seksualno obarvanih vsebin je pomembno, da strokovnjak s svojim odzivom komunicira sprejemanje risanja take vsebine (ne nazadnje gre pri risanju za ustrezen, sprejemljiv način samoizražanja, ki lahko kompenzira številne druge, manj primerne načine), a obenem ne sprejema vsebine, ki jo risba reprezentira (Malchiodi, 1998).

Etični pomisleki: zasebnost in lastništvo risb

Številne zdravstvene ustanove otroške risbe ne prepoznavajo kot zasebno gradivo. Verbalni izrazi, avdio posnetki in video posnetki so rutinsko shranjeni ločeno, v zaklenjenih predalih, risbe pa so nasprotno ravno zaradi svoje neverbalnosti obravnavane drugače. Pogosto so sporočila v otroški risbi obravnavana kot skrita in težje razumljiva, zato se neredko znajdejo na javnih razstavnih prostorih. Marsikateri otrok že ustvari risbo s pričakovanjem, da bo nekeje razstavljen, kar pomembno vpliva na proces in končni izdelek ustvarjanja. Zato je pomembno, da takoj na začetku strokovnega odnosa otroku pojasnimo, kako bomo obravnavali njihove risbe in zagotovimo zaupnost končnega izdelka. Prav tako je pomembno otroke opozoriti, da lahko v določenem primeru njihove risbe zadržimo tudi proti njihovi volji, z namenom, da bi jih zaščitili (npr. če izražajo agresivne ali seksualne vsebine, ki bi lahko otroka ogrozile, če bi jih prinesel domov) (Malchiodi, 1998).

Kot poudarja Malchiodijeva (1998), je v nekaterih primerih kljub problemu zaupnosti razstavljanje otroških risb upravičeno. To še zlasti velja takrat, kadar otroci sami želijo, da bi se njihov izdelek razstavil. S tem je okrepljen njihov občutek identitete in samozavesti. Pomembno je, da se dobro zavedamo, kakšno terapevtsko intervenco želimo doseči z razstavljanjem otrokove risbe.

Marsikdaj je dobra odločitev risbe razstaviti v prostoru, ki je namenjen npr. zgolj terapevtskemu procesu ali v bolnišničnem prostoru, kamor ne vstopa nihče drug, razen hospitalizirani in zaposleni. Seveda je pred razstavljanjem vseeno potrebno dobro premisliti, katere vsebine razstaviti in katere ne, ter poiskati ustrezne načine za zagotavljanje potrebne anonimnosti.

Z izjemo situacij, ko vsebina izdelka ogroža njegovo varnost doma in ko risbo potrebuje sodišče, je risba otrokova last. Nekateri otroci se močno osebno investirajo ob ustvarjanju risbe in z njo prejmejo občutek dosežka in samozavesti. V takih primerih je lahko to, da morajo risbo pustiti pri strokovnemu delavcu, za njih precej velika zahteva; kljub temu se večina otrok zaradi poslušnosti avtoriteti, strahu pred maščevanjem ali želji po ugajanju tej zahtevi ne upira. Po drugi strani lahko še zlasti v primeru risanja bolečih vsebin otroku predstavlja olajšanje to, da lahko sliko pusti pri nas – s tem mu posredno sporočamo, da lahko zdržimo in zdržimo njegovo stisko, ne glede na to, kako huda je (Malchiodi, 1998).

Pomemben, a ne zadosten vir informacij

Uporaba risbe ponuja potencialno bogat vir diagnostičnih informacij in pomemben način za terapevtsko komunikacijo, obenem pa za vsakega strokovnega delavca pomeni tudi veliko odgovornost. Tako kot poudarja Barbara Žemva (2005), se moramo ob pogledu na risbo zavedati trenutne in pretekle življenjske situacije osebe ter imeti v mislih vse ostale pomembne podatke o njej. Še zlasti pri otroški risbi je nujno tudi dobro poznavanje razvoja otrokove risbe in normativnih načinov izražanja za posamezno starost. Thomas in Jolley (1998) smiselno zaključujeta, da je risba sama po sebi kljub vsem svojim prednostim in bogatosti še vedno nezanesljiv in pomanjkljiv vir za oceno pomembnih parametrov psihološkega delovanja. Kljub temu pa stalno nove raziskave otroške risbe kažejo na vztrajajočo fascinacijo, interes in pomembnost tega medija za delo psihologa in ostalih sorodnih poklicev, ki delajo z otroki.

Literatura

Brooks, M. (2009). Drawing, visualisation and young children's exploration of big ideas. *International journal of science education*, 31(3), 319-341.

Cox, S. (2005). Intention and meaning in young children's drawing. *International journal of art & design education*, 24(2), 115-125.

Gross, J., in Hayne, H. (1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of experimental psychology: Applied*, 4(2), 163-179.

Jolley, R. P. (2010). *Children and pictures: Drawing and understanding*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: The Guilford Press.

Perrin, S., Smith, P., in Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(3), 277-289.

Thomas, G. V., in Jolley, R. P. (1998). Drawing conclusion: A re-examination of empirical and conceptual bases for psychological evaluation of children from their drawings. *British journal of clinical psychology*, 37, 127-139.

Mortensen, K. V. (1984). *Children's human figure drawings: Development, sex differences and relation to psychological theories, vol. 1*. København: Dansk psykologisk forlag.

Žemva, B. (2005). *Slovar pomenov čustvenih znakov v projekcijskih risbah*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.

Wesson, M., in Salmon, K. (2001). Drawing and showing: Helping children to report emotionally laden events. *Applied cognitive psychology*, 15, 301-320.

Willats, J. (2005). *Making sense of children's drawings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum associates, Inc.

Wimmer, M. (2014). *The complete guide to children's drawings: A practical handbook to children's emotional world*. CreateSpace independent publishing platform.

Ana Ulčar, univ.dipl. psihologinja

Področja delovanja: diagnostična obravnava otrok in mladostnikov z učnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami, svetovalna in psihoterapevtska obravnava otrok in mladostnikov z učnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami, svetovanje staršem, učiteljem, vzgojiteljem in svetovalnim delavcem, ki delajo z otroki in mladostniki, izobraževalno delo (seminarji, delavnice za strokovne delavce).

Napačna prepričanja in miti o vedenjskih težavah

Povzetek

Zaradi pritiskov okolja in slabega poznavanja značilnosti vedenjskih težav in motenj strokovnjaki večkrat prevzamejo nekatera laična prepričanja, povezana s tem področjem. V prispevku so predstavljena nekatera najpogostejša napačna prepričanja oziroma miti o vedenjskih težavah in z njimi povezanimi izhodišči.

Ključne besede:

vedenjske težave, napačna prepričanja

Misconceptions and myths about behavioral problems

Abstract

Because of environmental pressures and poor knowledge about characteristics of behavioral problems and disorders also experts take over several times some laic beliefs associated with this area. In this paper we intend to present some of the most common misconceptions or myths about behavioral problems and related baselines.

Keywords:

behavioral problems, misconceptions, myths

Skupna lastnost mitov o vedenjskih težavah je, da so zelo stabilna, da ljudje (starši, učitelji, vzgojitelji, ravnatelji itd.) ravnajo skladno z njimi, da pa so pogosto nezaveščeni in o njih niti ne razmišljajo. Značilno pa je, da se, ko se o njih pogovarjajo, tovrstna prepričanja in miti celo utrjujejo, delujejo vedno bolj kot splošno sprejeta resnica, kot objektivna dejstva. Namen tega prispevka je osvetliti nekaj (še zdaleč ne vseh!) tovrstnih mitov, jih ozavestiti, pokazati »drugo stran« in nuditi priložnost kritičnega razmisleka pri ravnanju z vedenjskimi težavami.

V čem je pravzaprav problem prepričanj ali mit št. 1: Zdrav razum (zdrava pamet) že sam pove, kako bi se morali lotiti problematike vedenjskih težav

Res je, da sta občasno strokovni pristop in zdrav razum enaka. Problem pa je v tem, da zdrav razum deluje po svoji logiki, ki ne temelji vedno na argumentih, na raziskanih, dokazanih dejstvih, temveč bolj na osebnih izkušnjah in prepričanjih (ki so tesno povezana s stereotipi, predsodki, halo efekti in drugimi napakami v mišljenju, sklepanju, zaključevanju ipd.). Kot je pisal že Bregant (1987, str. 60), slabo poznavanje značilnosti motnje, povezano s pritiski okolja in težnjo po zdravorazumskem reševanju problemov, navadno vodi v postavljanje previsokih ciljev. Ker otrok ali mladostnik zastavljenih ciljev ne dosega, se krepijo občutja neuspešnosti, slabše samopodobe, neadekvatnosti ipd., in sicer tako pri otroku kot pri strokovnjaku, ki z njim dela. Ta občutja nadalje vodijo v krepitev negativnega kontratransfera, zaradi česar so ogroženi tisti cilji, ki bi bili realno še dosegljivi (ob drugačnih osnovnih predpostavkah).

Napačne predpostavke in miti o vedenjskih težavah torej prek zdravorazumskega pristopa namesto v odpravo, vodijo v večje nezadovoljstvo (otroka in strokovnjaka), v povečanje nemotiviranosti za spreminjanje, v večanje števila konfliktov, v slabšo samopodobo, številčnejše, pogostejše in intenzivnejše oblike disfunkcionalnega vedenja itd. – torej v utrjevanje ali slabšanje težav.

Ko govorimo o vedenjskih težavah, vemo, o čem govorimo

Vsakdo med nami ima izkušnje z vedenjskimi težavami, vendar so te izkušnje in znanja tega področja zelo različna. Kadar se pogovarjamo o težavnem vedenju, če tega posebej ne izmenjamo med sabo, v resnici ne vemo, kaj konkretno si sogovornik pod tem terminom predstavlja; ali ima v mislih natanko to, kar mi, ali pa so vedenjske težave zanj enako kot agresivno vedenje, disocialnost, motnje vedenja, motnje vedenja in osebnosti, čustvene in vedenjske težave, težave/motnje v socialni integraciji ali celo delinkvenca, psihopatija, sociopatija ali kaj povsem drugega.

Če skušamo slediti sodobnim pristopom, moramo postaviti v ospredje ne/funkcionalnost v zadovoljevanju osnovnih potreb otroka v interakciji z okoljem, ne pa toliko same simptomatike (kar je bila praksa v preteklosti). Najustrezneje bi bilo torej govoriti o težavah in motnjah v zadovoljevanju potreb na pomembnih področjih življenja (ki se lahko odražajo na čustvenem, vedenjskem in socialnem področju), ne pa o težavah ali motnjah vedenja, čustvovanja.

Vedenjskih težav je vedno več

Vedenjskih težav kot tudi hujših oblik ustrahovanja (besednega nasilja), trpinčenja (dlje časa trajajočega agresivnega vedenja vrstnikov) in nasilja (fizičnega siljenja, uporabljenega za škodovanje, poškodovanje ali zlorabo ljudi in stvari) je preveč. In kadar o tem povprašam bodisi strokovnjake ali pa laike, običajno menijo, da je tovrstnega vedenja vedno več. K temu pripomorejo gotovo tudi mediji, ki poročajo, da je tega vedno več, in, ki – zaradi višanja naklade – pogosteje in obširneje kot v preteklosti o tem poročajo. Vendar je vtis o naraščanju te problematike že precej star, vsaj če pogledamo Sokratovo misel izpred 2500 let (po Walsh, 2004, str. 1): «Današnji mladi ljudje ljubijo razkošje. Obnašajo se grdo, posmehujejo se avtoriteti in premalo spoštujejo starejše. Otroci so dandanes resnični tirani, nič več ne vstanejo, ko pridejo starejši v sobo, nasprotujejo staršem, kramljajo med seboj v prisotnosti odraslih, jedo požrešno in tiranizirajo svoje učitelje.»

Številne raziskave kažejo, da vedenjske težave na splošno ne naraščajo, temveč se spreminjajo oblike izražanja težavnega vedenja. Tako resnično nekatere raziskave navajajo porast določenih oblik problematičnega vedenja – pri nas med mladostniki predvsem problem uživanja drog in nedovoljenih substanc v športu. Naša raziskava (Ferne in Kebe, 2012) za obdobje desetih let (2001–2011) nasprotno kaže precejšnje in konstantno upadanje mladostniške kriminalitete (od 4344 kaznivih dejanj v letu 2001 do 2007 kaznivih dejanj v letu 2011). Nedvomno pa je dokazan porast skorajda vseh oblik problematičnega vedenja zgolj v okoljih, kjer beležijo večji upad življenjskih razmer in socialno ekonomskega statusa.

Če poskušamo pojavnost zajeti v neke številke (npr. Olweus, 1978; Tolan, 2007; Farrington, 2007; Lahey, Waldman, McBurnett, 1999), lahko rečemo, da je tistih, ki kažejo večje težave v vedenju med 5 in 15 % (pri osnovnošolcih je tega več, kasneje upada, sicer pa so številke odvisne tudi od pojmovanja vedenjskih težav).

Mit enostavnosti vzrokov in pristopov do vedenjskih težav

Le redko kot izvor motečega vedenja prepoznamo en sam, posamezen dejavnik. Najpogosteje je moteče vedenje povezano z več različnimi dejavniki (tako neposrednimi kot posrednimi), ki šele povezani v prepleteno, sovplivajočo mrežo sprožajo moteče vedenje. To potrjujejo številne raziskave (Berkowitz, 1993; Farrington, 2007; Lahey, Waldman in McBurnett, 1999; Timmerman in Emmelkamp, 2005; Burke, Loeber, Lahey, Rathouz, 2005; Burke, Pardini, Loeber, 2008).

Prav zato v praksi ugotavljamo, da skorajda ne obstajajo enostavne in hitre rešitve (nasveti) pri soočanju s to problematiko. Poenostavljeno razmišljanje, v stilu »otrok je moteč, ker so ga tako vzgojili starši« ali »tako se obnaša, ker je agresiven po očetu« oz. »nemogoč je, ker enostavno vidi, da ima od tega korist«, ne sodi v strokovni pristop.

Za razliko od klinično psiholoških modelov, ki so poskušali odkrivati predvsem vzroke za pojav antisocialnosti (npr. Lahey, Waldman in McBurnett, 1999), se v sodobnih pristopih (Burke in dr., 2005, 2008; Loeber, Burke, in Pardini 2009; Stringaris in Goodman, 2009) poudarja, da je dejavnikov (ne vzrokov!), ki vplivajo na razne oblike nesocialnega vedenja, več, da pogosto delujejo posredno in nastopajo medsebojno povezano in prepleteno.

Seveda pa pri razumevanju problematike in pri načrtovanju pristopa potrebujemo neke modele, ki kompleksnost etioloških povezav predstavijo prek posameznih sklopov. Če izhajamo iz modela »SIVI« (Vec, 2009, 2011), ki poskuša povezati različne ugotovitve tega področja, vidimo, da se usmerja na štiri temeljna psihološka ozadja motečega vedenja (v skupino, individuuma, vodenje in institucionalne okvire), vendar vsako od teh štirih temeljnih področij predstavlja kompleksno in kot prepleteno polje različnih dejavnikov.

Starši so »krivi« za pojav težavnega vedenja

Starši in vse, kar se dogaja, so v družini resda eden najpogostejših in najmočnejših dejavnikov, ki vpliva na pojav težavnega vedenja, vendar pogosto ne tako neposredno, kot so laične predstave (npr. da starši s svojim problematičnim vedenjem, agresijo ipd. neposredno povzročajo takšno vedenje tudi pri otroku). Številne raziskave kažejo, da je ta vpliv večkrat posreden.

Ena od nevarnosti, ki se pojavi zlasti pri zdravorazumskem pristopu, je namreč tudi ta, da se pripisovanje odgovornosti enači s pripisovanjem krivde. In takoj, ko strokovnjak starše dojema kot krivce za težavno vedenje otroka, bo njegov pristop do teh staršev obtožujoč, pokroviteljski, s pozicije večvrednosti ipd.

Hujša, kot je simptomatika, večja je stopnja motenosti posameznika

Predpostavka temelji na laični domnevi, da, če je neko vedenje malo moteče za okolico, lahko govorimo o težavi, bolj kot je to intenzivno, s hujšo motnjo imamo opraviti. V resnici pa, kadar govorimo o razmerju med težavami in motnjami, med njimi ne obstaja kontinuum glede intenzivnosti, temveč oboje opredeljuje zmožnost (ali ne) zadovoljevanja osnovnih potreb in konstruktivnega funkcioniranja (Kobolt, Vec, 2011). V praksi to lahko pomeni, da nek mladostnik, ki je navzven zelo intenzivno odreagiriral (npr. vrgel stol proti vrstniku), ni tako moten, kot mladostnik, ki sam sicer ni storil nič neposredno, je pa h kaznivim dejanjem napeljeval vrstnike. Če pogledamo etiologijo nastanka disocialnosti, kot jih opredeljuje Bregant (1987), bi prvemu mladostniku lahko pripisali npr. reakcijo na pretirano obremenilno situacijo (npr. na grožnje sošolca), ki mine, ko se spremeni sama situacija, medtem ko bi pri drugem mladostniku lahko bila v ozadju njegovega delovanja nakazana disocialna struktura (kar iz vidika obravnave in spreminjanja predstavlja veliko težjo motnjo).

Agresija je nujno nekaj slabega

Včasih celo znanstveniki ne ločijo med osnovnimi pojmi in jih mešajo med seboj; agresija oz. agresivno vedenje nikakor ni isto kot agresivnost, ki pomeni lastnost nekoga, trajnejšo nagnjenost k agresivnemu vedenju. Agresija tudi ni čustvo, kot npr. jeza, zaradi katere običajno pride do agresivnega vedenja (ne pa vedno).

Drugačen pogled na preučevanje agresije pa poudarja, da pomeni agresija v najširšem smislu vsak aktiven pristop, kar kaže že izvor pojma (po Bregant, 1987, str. 46), ki je v latinščini "ag-gredior" (ki pomeni približevati se, pristopiti, začeti, lotiti se pa tudi napasti). Agresija skladno s tem pojmovanjem ni nujno nekaj slabega, saj je usmerjena v spreminjanje neke nam nevskečne situacije. Največkrat je posledica nekega čustva (običajno jeze, ki se pojavi takrat, kadar mislimo, da dogodki neopravičeno ne tečejo v skladu z našimi željami, ali pa strahu, kadar se čutimo ogrožene). Vendar pa velja tudi za agresijo, tako kot za izražanje kateregakoli čustva, da mora biti izražena ustrezno oz. funkcionalno.

Z vedenjskimi težavami se je potrebno začeti ukvarjati takoj, ko se pojavijo

Res je potrebno na težavno vedenje (sploh tisto, ki je povezano z nasiljem, škodovanjem drugim ipd.) takoj odreagirati. In ker je bilo o teh načinih delovanja že veliko napisanega, se tu ne nameravam posvetiti temu. Opozoril bi rad le na eno od osnovnih pravil dobrega delovanja: da lahko največ naredimo, še preden

se neko težavno vedenje zares pojavi. Ko enkrat pride do tega, so namreč naše možnosti omejene na ukvarjanje s posameznim primerom.

Hawken in Johnston (2007) predstavita piramido ukrepov, pri čemer bi morali v primarno preventivno dejavnost (poleg zaposlenih in okolja) zajeti vse otroke, v sekundarno preventivo 15 % vedenjsko rizičnih in v terciarno preventivo 5 % zgornjega dela piramide visoko rizičnih otrok. In tako bi morali načrtovati tudi investicijo ukvarjanja preventive z vedenjskimi težavami. Medtem ko ukvarjanje z nasilneži raje prepustimo strokovnjakom, pa bi morali nekatere večšine pomoči žrtvam osvojiti prav vsi. Vsak med nami bi se lahko naučil, kako otroka, ki je žrtev, spodbuditi, da bo sploh spregovoril o tem, kar se mu dogaja (saj najpogosteje nočejo pa tudi ne znajo ubesediti dogodkov in svojih čustev ob nasilju). Pogosto je problem že pri nas, odraslih, da »ne slišimo« sporočil otroka (ne »vzamemo jih zares«, ne zdijo se nam tako »strašna« in pomembna kot otroku, ali pa nam je zgolj neprijetno soočiti se z neprijetnimi stvarmi, kot je npr. iti v šolo ali vrtec in se odločno postaviti v bran svojega otroka).

Strožje kazni odvrtaajo od problematičnega vedenja ali z ljubeznijo lahko spreobrnemo vedenjsko težavnega otroka

Delo z vedenjsko problematičnimi otroki in mladostniki je zelo frustrirajoče, ker pogosto ne vodi do želenih rezultatov in nam s tem vzbujajo občutja nemoči in neučinkovitosti. En od možnih odgovorov, h kateremu se zatečejo tisti, ki delajo na tem področju, je: več, bolj intenzivno početi tisto, kar že počno (več in bolj ostre kazni ali pa več ljubezni in razumevanja). Otrok s strani strokovnjakov ne potrebuje ljubezni; če že, potem potrebuje spoštovanje in razumevanje (zlasti zakaj je do težavnega vedenja prišlo, kaj z njim sporoča ipd.). Predvsem pa ne tiste ljubezni, ki hkrati ne postavlja mej, pravil, zahtev ... Otrok vse to potrebuje, da postane odgovorna in samostojna oseba.

Po drugi strani se odrasli zaradi frustracij, ki jih povzročajo otrokovo vedenje, pogosto začnejo z njim »bojevati« (Christensen, Jaeger, Lorenz, Morton, Neuman idr., 2005). Namesto da bi uporabljali razne preventivne intervencije, ki preprečujejo oz. blažijo pojavnost motečega vedenja, skušajo otroka s kaznimi (neprijetnostmi) prisiliti k spremembi vedenja. Če pa nas otrok začneja doživljati kot sovražno naravnane do njega, mu utegne to postati opravičilo za lastno sovražnost do nas, s čimer se vzpostavi začaran krog (vedno več enakega, z večjo intenziteto, dokler na nek način ne »poči najšibkejši člen«. Zgodi se paradoks, na katerega opozorita že Turpin in Kurtz (1997, po Nordstrom, 1998), da večina ljudi verjame, da le z nasiljem lahko zmanjšuje nasilje. Če bi bilo tako, potem bi krute kazni (npr. bičanje, smrtna kazen, ...) in podaljševanje kazni (z 20 na 30 let ali na dosmrtno) resnično pripomogle k zmanjšanju nasilja, pa večina raziskav ne najde tu nobenih povezav.

Kaznovanje, ki sodi med negativne podkrepiteve, naj bi uporabljali zelo redko, kot eno izmed zadnjih možnosti, ko vse druge odpovedo. Kaznovanje se namreč osredotoča le na to, kaj je nezaželeno in česa se ne sme, ne pove pa, kaj je zaželeno in kaj se od otroka pričakuje oz. kako bi moral v prihodnje ravnati. Kaznovanje povzroči burne emocionalne reakcije tudi pri ostalih otrocih pa tudi pri odraslem, ki kazen izvaja. Več avtorjev (npr. Quinn, Osher, Warger, Hanley, DeHaven idr., 2000) priporoča, da kazen uporabimo kot zadnjo možnost, kadar otrok s svojim vedenjem ogroža sebe in druge, ali takrat, ko so vse druge uporabljene alternativne možnosti neuspešne in otrok še vedno nadaljuje z neprimernim vedenjem. In še takrat moramo dobro vedeti, kateri so osnovni principi dobre izpeljave kazni.

Mit odgovornosti (za rezultate): Če dobro, strokovno delamo, bo vedenjskih težav manj

Storilnostno naravnana sodobna družba zahteva od strokovnih delavcev učinkovitost in prepoznavne rezultate (torej doseganje ciljev) v najkrajšem možnem času. Pri tem imam v mislih sodobno družbo tudi na mikro-socialnem nivoju, torej tisto, kar pričakujejo od povsem konkretnega strokovnega delavca konkretni starši, sodelavci, vodstvo oz. predpostavljeni, ljudje v lokalnih skupnostih, sosedje itd. Pritisk k doseganju vidnih rezultatov lahko vodi v izgradnjo napačnih, nerealnih predpostavk, ki so lahko dveh vrst:

- predpostavke o tem, da dobri »rezultati« pomenijo, da je v ozadju dobro, strokovno delo (npr. če je nekdo dobro delal z vedenjsko problematičnim, potem bo ta izboljšal svoje vedenje),
- predpostavke, da slabi in nezaželeni »rezultati« (npr. persistiranje vedenjskih težav) odražajo nestrokovno delo.

Dejstvo je, da še tako dobro, strokovno delo včasih ne prinaša zaželenih in pričakovanih ciljev – lahko bi trdili, da težje, kot je področje dela, pogosteje pride do tega (npr. pri delu s psihičnimi boleznimi, z osebnostno motenimi pa tudi pri delu z vedenjsko težavnimi otroci in mladostniki). Vložek strokovnega dela in t. i. učinkovitosti (v smislu rezultatov) namreč ni vedno premo sorazmeren, saj med njima ne obstaja vzročno-posledična povezava (kot je značilno za laični pogled na vpliv strokovnega delavca). Tako npr. še tako dober strokovnjak, s še tako sodobnimi in dobrimi metodami dela ne more doseči, da bi bil podpovprečno sposoben otrok v šoli učno enako učinkovit kot večina. Prav tako še tako dober strokovnjak pri mladostniku, ki ima že razvito disocialno osebnostno strukturo, ne bo zmožal doseči, da se bo vedel primerno.

Problem dela na pedagoškem področju (tako kot na vseh področjih dela z ljudmi) pa je v tem, da so rezultati, ki jih drugi vrednotijo kot odraz učinkovitega dela, odvisni ne le od strokovnjakovega dela, temveč od cele vrste drugih dejavnikov (npr. od situacijskih in okoljskih dejavnikov, od značilnosti populacije in posameznikov, s katerimi strokovnjak dela, od socialnih in sistemskih značilnosti, v katere je posameznik vpleten, od njegove zgodovine itd. itd.). In ne le, da je t. i. rezultat dela strokovnjaka odvisen od številnih dejavnikov, ki vplivajo na učinkovitost, ampak je strokovni delavec podvržen tudi temu, da prevzame cilje, ki sploh niso njegovi. Tako prav na področju pedagoškega dela (v šoli, vrtcih, vzgojnih zavodih, stanovanjskih skupinah ipd.) ponotranji cilje, kot so: da bo otrok uspešno zaključil razred, da se bo mladostnik pričel primerno vesti, da bo skupina vzpostavila ustrezne odnose, da bodo v družini pričeli komunicirati med sabo, da se bo zmanjšalo število konfliktov v razredu ipd.). Vse prepogosto se namreč spregleda, da strokovnjak s svojim delom seveda vpliva na doseganje tovrstnih ciljev, vendar je pri tem zgolj en od dejavnikov vpliva – pa še ta navadno ne najpomembnejši.

Načeloma napačna pričakovanja okolice, povezana z »rezultati«, niti niso tolikšen problem, dokler se jih strokovni delavec zaveda, jih ustrezno korigira in zmanjšuje, zares problematična postanejo, ko jih sam ponotranji in sprejme za svoja.

Prav zaradi tega lahko trdimo, da na katerem koli področju dela z drugimi ljudmi (in verjetno še posebej na področju vedenjskih težav) izkušnje niso dovolj za kvalitetno in zadovoljujoče strokovno delo. Do vpogleda, ali je delo zares kvalitetno ali ne (ne glede na t. i. rezultate), lahko posameznik pride na različne načine: s študijem, prebiranjem sodobne literature, razgovori s sodelavci, z mentorji ipd. pa tudi s supervizijo. Supervizija na ta način omogoča vpogled v strokovno delovanje neodvisno od t. i. rezultatov tega delovanja.

Literatura:

Bregant, L. (1987). Disocialnost pri otrocih in mladostnikih. *Psihoterapija* 15, Ljubljana : Medicinska fakulteta.

Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., Rathouz, P. J. (2005): Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46 (11): 1200-1210.

Burke, J. D., Pardini, D. A., Loeber, R. (2008): Reciprocal Relationships Between Parenting Behavior and Disruptive

Psychopathology from Childhood Through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (5): 679-692.

Christensen, B., Jaeger, M., Lorenz, R., Morton, S., Neuman, L., Rieke, E. idr. (2005). *Teaching Students with Severe Emotional and Behavioral Disorders: Best Practices Guide to Intervention*. Pridobljeno s svetovnega spleta 5. 1. 2015: <https://www.k12.wa.us/SpecialEd/Families/pubdocs/bestpractices.pdf>.

Farrington, D. P. (2007). Origins of Violent Behavior over the Life Span. In D.J. Flannery, A.T. Vazsonyi, & I.D. Waldman (Eds) *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (pp. 19-48). Cambridge, MA : Cambridge University Press.

Ferme, J., Kebe, J. (2012). Kriminaliteta v Sloveniji v letu 2011, Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 63 (2), s. 85-102.

- Hawken, L. S., Johnston, S. S. (2007). Preventing Severe Problem Behavior in Young Children: The Behavior Education Program. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4 (3) 599-616.
- Kobolt, A., Vec, T. (2011). V Sloveniji ni otrok in mladostnikov z motnjami vedenja in osebnosti? Šolsko svetovalno delo, 15 (1/2), str. 89-92.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D., McBurnett, Keith (1999). The development of antisocial behavior: an integrative causal model. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40 (5), 669 – 683.
- Loeber, R., Burke, J., Pardini, D. A. (2009): Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50 (1/2): 133-142.
- Nordstrom, C. (1988). Deadly Myths of Aggression. *Journal of Aggressive Behavior* 24 (2), 147-159.
- Olweus, Dan (1978). Aggression in the schools. Bullies and Whipping Boys. New York : John Wiley & Sons.
- Quinn, M. M., Osher, D., Warger, C., Hanley, T., DeHaven Bader, B., idr. (2000). *Educational strategies for children with emotional and behavioral problems*. Washington: Center for Effective Collaboration and Practice American Institutes for Research. Pridobljeno s svetovnega spleta 25. 2. 2013: http://cecp.air.org/aft_nea.pdf.
- Stringaris, A., in Goodman, R. (2009): Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50 (3): 216-223.
- Timmerman I. G. H., Emmelkamp, P. M. G. (2005). An Integrated Cognitive–Behavioural Approach to the Aetiology and Treatment of Violence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol. 12, 167–176.
- Tolan, P. H. (2007). Understanding Violence. In D.J. Flannery, A.T. Vazsonyi, & I.D. Waldman (Eds) *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (pp. 19-48). Cambridge, MA : Cambridge University Press.
- Vec, T. (2009). Psihološka ozadja motečega vedenja v otroštvu in mladostništvu. Šolsko svetovalno delo, 13 (1–2), str. 22–29. [COBISS.SI-ID 7918665]
- Vec, T. (2011). Moteče vedenje: Ozadja in osnovni dejavniki, ki nanj vplivajo. *Socialna pedagogika*, 15 (02), 125–152.
- Walsh, D. (2004). *Why Do They Act that Way?: A Survival Guide to the Adolescent Brain for You and Your Teen*. New York : Free Press.

Dr. Tomaž Vec, univ. dipl. psiholog, specialist psihološkega svetovanja (zaposlen na Pedagoški fakulteti v Ljubljani in kot zunanji sodelavec Svetovalnega centra)

Področja delovanja: psihološka diagnostika vedenjskih, čustvenih in socialnih težav in motenj, individualno in skupinsko svetovanje in psihoterapija z otroci in mladostniki z vedenjskimi, čustvenimi in socialnimi težavami in motnjami, individualno in skupinsko svetovalno in terapevtsko delo z družinami in s starši, preventivno in skupnostno delo na področju vedenjskih, čustvenih in socialnih težav in motenj, svetovanje vzgojiteljem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri delu in pomoči otrokom in mladostnikom z vedenjskimi, čustvenimi in socialnimi težavami in motnjami, izobraževalno delo (predavanja za starše, seminarji in delavnice za strokovne delavce), supervizija in koučing (razvojno edukativni model) na področju izobraževanja, svetovanja, vodenja, ...

Intervencije pri otrocih in mladostnikih z brezčutnimi/neobčutljivimi potezami

Povzetek

Zadnja izdaja priročnika Ameriške psihiatrične zveze DSM-5 (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013) je v poglavju o vedenjskih motnjah opredelila dodatni kriterij, po katerem je potrebno za diagnozo vedenjske motnje oceniti, ali se pri posamezniku izkazuje tudi omejene prosocialne emocije, kot je omejena zmožnost empatije in občutka krivde (brezčutne/neobčutljive poteze). Številne raziskave etiologije, razvojnih poti in intervencij pri tej skupini motenj so konsistentno poročale, da se pri otrocih in mladostnikih, ki izkazujejo brezčutne/neobčutljive poteze, srečujemo z vztrajnejšimi, na intervencije odpornimi, intenzivnejšimi, kompleksnejšimi vedenjskimi slikami. Zanje je značilno več agresivnega, destruktivnega in nasilnega vedenja v primerjavi z vedenjskimi motnjami, kjer so v osnovi prisotne motnje emocionalne regulacije, vendar brez prisotnosti brezčutnih/neobčutljivih potez. Te poteze se v anglosaksonski literaturi povezujejo s konceptom psihopatije pri odraslih, kar je eden od razlogov razširjenega pesimizma glede možnosti za vzgojno, svetovalno/terapevtsko delo s to relativno majhno, a zelo kompleksno skupino otrok in mladostnikov. V prispevku so po orisu normativnega razvoja empatije in opredelitvi brezčutnih/neobčutljivih potez izpostavljeni nekateri elementi obetajočih intervencij, ki so se pokazale kot uspešne pri delu s skupino otrok in mladostnikov s takšnimi potezami pri spodbujanju empatije in prosocialnosti.

Ključne besede:

empatija, brezčutne/neobčutljive poteze, vedenjske motnje, terapija.

Interventions with Children with Callous-Unemotional Traits

Abstract:

In the Fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013), a descriptive features specifier to the diagnosis of conduct disorder has been added for those youth who in addition to conduct disorder diagnosis also present with limited prosocial emotions, such as limited empathy and guilt (callous-unemotional traits). A number of research of etiology, developmental pathways and interventions in this group of disorders has consistently shown that in children with callous-unemotional traits, the disorder and behavioral expression is more stable, intervention-resistant, more intensive and complex behavioral presentation. They also present with more aggressive, destructive and violent behavior, compared to youth with conduct disorder where one of the main concerns are problems with emotion regulation, but no callous-unemotional traits. These traits are in literature commonly linked with a concept of psychopathy in adults, which is one of the reasons for wide-spread pessimism regarding possibilities for educational, counselling and therapeutic work with this – relatively small but extremely complex group of youth. After describing normative development of empathy and defining callous-unemotional traits, some elements of the promising interventions are highlighted, that have been shown as successful in working towards empathy and prosocial development with group of children and adolescents exhibiting these traits.

Keywords:

empathy, callous-unemotional traits, conduct disorders, therapy.

Empatija

Empatijo razumemo kot večdimenzionalni konstrukt, ki sestoji iz kognitivne in čustvene komponente. V osnovi gre za čustveni odziv, ki je odvisen od razvoja kognitivnega občutka za pozicijo drugega (M.L. Hoffman, 1982), saj je kognitivna empatija, torej zmožnost učinkovitega razumevanja stresne situacije in prepoznavanja čustvenega stanja ter prevzemanje perspektive drugega, nujni element prosocialnega vedenja (Volbrecht, Lemery-Chalfant, Aksan, Zahn-Waxler, & Goldsmith, 2007). Med avtorji obstajajo razlike v tem, kateri komponenti dajejo večji pomen, čustveni ali kognitivni, vendar je jasno, da gre za kombinacijo ter medsebojno prepletenost obeh. Predpogoj za empatično odzivanje je torej prepoznavanje in razumevanje doživljanja drugega. Afektivna ali čustvena komponenta empatije pri posamezniku predpostavlja doživljanje čustvenega odziva na izraženo čustvo s strani drugega (Duan & Hill, 1996). Empatija je tako ena od osnov večine prosocialnih vedenj in pri nekaterih otrocih z vedenjskimi motnjami lahko najdemo na tem področju velike težave.

Pri otrocih lahko že v prvih 72 urah po rojstvu opazujemo t. i. reflektivni ali reaktivni jok in stisko, ko otrok zajoka, kadar zasliši jok drugega otroka, manj intenzivno pa na primer pri sintetičnem zvoku joka ali drugih zvočnih dražljajih (Martin & Clark, 1982). To kaže, da pri tem odzivu ne gre le za enostavno reakcijo na neprijeten dražljaj, ampak ga lahko razumemo kot predhodnika empatičnega odziva. Ker dojenčki še ne diferencirajo sebe od drugih in obenem ne morejo učinkovito uravnavati čustev, so ti odzivi najpogosteje burni in je otrok povsem preplavljen, govorimo o t. i. globalni empatiji. Nekako v drugem letu starosti, ko tečejo procesi zorenja diferenciacije jaz-drugi, prevzemanja perspektive in uravnavanja čustev, prične zoreti tudi zmožnost prevzemanja tako kognitivne, kot čustvene empatije in s tem skrbi za druge (Knafo, Zahn-Waxler, Van Hulle, Robinson, & Rhee, 2008). To otroku omogoča, da v razvoju prehaja iz egocentrične empatije na vse višje in kompleksnejše stopnje doživljanja in izražanja empatičnosti. V tretjem letu je večina otrok zmožnih izražati vrsto empatičnih vedenj, vključno z izkazovanjem verbalnih in obraznih izrazov skrbi za drugega in interesa za stres drugega (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman, 1992). Tu ima tako kognitivni razvoj, kot vse večja čustvena diferenciranost izjemen pomen. Empatija kot psihološki proces se v nadaljnjem razvoju otroka ter naprej mladostnika razvija v vse kompleksnejšo večščino. Ta omogoča ustrezno odzivanje in prosocialnost v interakcijah s soljudmi.

Na razvoj empatije imajo vpliv tako biološki, kot socialni dejavniki. Raziskave dvojčkov kažejo, da je pri empatiji mogoče celo od 50 do 70 % variabilnosti pripisati genetskim vplivom (Rushton, Fulker, Neale, Nias, & Eysenck, 1986; Zahn-Waxler, Schiro, Robinson, Emde, & Schmitz, 2001). Vpliv genetike je močnejši pri čustveni kot pri kognitivni empatiji oziroma prevzemanju

perspektive drugega (Davis, Luce, & Kraus, 1994), kar lahko razumemo v kontekstu temperamenta. Ne moremo zanemariti tudi učinkov učenja in socializacije, na kar zelo nazorno kažejo raziskave razlik med spoloma, tako v empatiji, kot v čustveni izraznosti in skrbi za drugega. Na splošno se kaže, da dekleta izkazujejo višjo raven empatičnega, prosocialnega odzivanja kot fantje (M. L. Hoffman, 1977). Pri tem ne gre toliko za to, da bi dekleta imela boljše kapacitete za zaznavanje čustvene in kognitivne perspektive drugega, temveč lahko razlike pripišemo predvsem empatični odzivnosti. Ta je v veliki meri pogojena z vzgojo oziroma socializacijo, saj raziskave kažejo, da so dekleta v večji meri vzgajana, da izražajo skrb in prosocialno vedenje kot fantje (Parke & Slaby, 1983). Otroci, ki imajo slabše razvito empatičnost, v večji meri izkazujejo socialno manj prilagojeno in manj ustrezno vedenje, bolj so tudi nagnjeni k agresivnemu in antisocialnemu vedenju. Posebno to velja za tiste otroke, pri katerih govorimo o prisotnosti brezčutnih/neobčutljivih potez (BN poteze), katerih glavni označevalec je pomanjkljiva oziroma omejena (afektivna) empatija, pomanjkljivo oziroma omejeno doživljanje krivde in plitvo čustvovanje. Nizka stopnja čustvene empatičnosti je pomembno povezana s pogostejšimi nasilnimi kaznivimi dejanji (Farrington & Jolliffe, 2004).

Brezčutne/neobčutljive poteze

Brezčutne/neobčutljive poteze so bile zadnjih dvajset let deležne veliko pozornosti raziskovalcev in zdravnikov. Sprva se je raziskovanje pojavilo predvsem v želji jasnejše opredelitve slike, ki jo pri odraslih imenujemo psihopatija, da bi bolje razumeli razvoj hudih in vztrajnih oblik antisocialnega vedenja. Sledil je razvoj diagnostičnih instrumentov, etiološke študije in raziskave učinkovitosti terapevtskih možnosti. Danes je jasno, da so BN poteze značilne za skupino otrok in mladostnikov, pri katerih obstaja zelo visoko tveganje za resno in nasilno antisocialno vedenje, ki pogosto vztraja tudi v odraslosti (Viding & McCrory, 2012). Te poteze so povezane tudi s povečanim tveganjem za psihopatijo v odraslosti (P. J. Frick & Viding, 2009).

Pri aplikaciji koncepta psihopatije na populacijo otrok in mladostnikov so in še vedno obstajajo kontroverznosti, saj pojem psihopatije implicira na stabilne, biološko determinirane osebnostne značilnosti, ki so veljale za bolj ali manj nedostopne za terapevtske intervencije (Cleckley, 1951; Hart & Hare, 1997). Paul Frick iz Univerze New Orleans, eden od pomembnejših raziskovalcev na tem področju, je v devetdesetih s sodelavci predlagal jasno opredelitev koncepta BN potez kot specifično konstalacijo afektivnih (npr. pomanjkanje krivde) in interpersonalnih (npr. nezmožnost doživljanja empatije) osebnostnih značilnosti (P. J. Frick & Petricler, 2009; Wootton, Frick, Shelton, & Silverthorn, 1997).

BN poteze so posebno pomembne v prognostičnem smislu, saj kažejo na pomembno večje tveganje za hude oblike antisocialnih vedenj pri mladostnikih (P. J. Frick, Cornell, Bodin, et al., 2003; Kruh, Frick, & Clements, 2005). Ker se pri BN potezah kaže močno dedna komponenta, lahko govorimo o genetski ranljivosti za brezčuten/neobčutljiv temperament (E. Viding, P. J. Frick, & R. Plomin, 2007).

Bistvene značilnosti otrok in mladostnikov z BN potezami se vežejo na čustveno procesiranje, saj imajo ti otroci in mladostniki hude težave pri prepoznavanju in procesiranju čustvenih izrazov oziroma znakov trpljenja/stiske, kot sta čustvi strahu in žalosti (Jones, Laurens, Herba, Barker, & Viding, 2009; Marsh & Blair, 2008; Sebastian et al., 2014a). Blair, kot eden vodilnih svetovnih strokovnjakov na področju psihopatije, je kot del možne razlage teh primanjkljajev deficitov oblikoval idejo mehanizma inhibicije nasilnosti (R. J. Blair, 1995). Kot ključno navaja aktivacijo tega mehanizma v avtonomnem sistemu, ki posledično zaustavi oziroma zavre agresivno vedenje. Neustrezno delovanje mehanizma je Blair pripisoval abnormnostim v delovanju limbičnega sistema, specifično amigdale, kar so kasnejše, moderne raziskave jasno potrdile (Blair, 2003; Blair, 2007).

Najbolj so raziskane povezave BN potez z vedenjskimi motnjami, posebno tistimi z začetkom v zgodnjem, otroškem obdobju. Te so veliko intenzivnejše in vztrajnejše v raznovrstnosti problematičnih vedenj. Zanje je značilna predvsem instrumentalna, proaktivna agresivnost, ki pogosto vztraja v odraslost in se v adolescenci neredko razvijejo v resno delinkventnost (P. Frick & Moffitt, 2010), ta pa lahko vodi v razvoj antisocialne/disocialne osebnostne motnje v odraslosti. Prisotnost teh potez je klinično pomembna tudi, če se pojavljajo brez spremljajočega antisocialnega vedenja (Viding & McCrory, 2012). Manjši delež otrok in mladostnikov ob BN potezah ne izkazuje hujših, trajnejših oblik agresivnega in delinkventnega vedenja, je pa ta populacija prav tako klinično pomembna, saj BN poteze same po sebi predstavljajo pomembno osnovo za disfunkcije v medosebnih odnosih.

Že leta 1972 so raziskovalci ugotovili, da 6 % kršiteljev zakona stori 50 % vseh zaznanih kaznivih dejanj (Wolfgang, Fiolio, & Selljn, 1972), Farrington in Welsh pa sta leta 2007 na podlagi podatkov iz množice virov poročala, da 8 % kršiteljev stori polovico vseh kaznivih dejanj (Welsh & Farrington, 2007). Predvsem med storilci nasilnih kaznivih dejanj je veliko mladostnikov z BN potezami (Kahn, Byrd, & Pardini, 2013), čeprav nedvoumni podatki o prevalenci BN potez v splošni ali delinkventni populaciji v razvojnem obdobju še ni veliko (Essau, Sasagawa, & Frick, 2006). Raziskave, ki so ugotavljale poteze psihopatije pri adolescentih, v skladu s konceptualizacijo Ček liste psihopatije za mladostnike PCL-YV (Forth, Kosson, & R., 2003; Kosson et al., 2013), so ugotovile, da med tistimi adolescenti, ki na PCL-YV dosežejo ali presežejo 30 točk, lahko

govorimo o 3,5 % takih, ki izkazujejo poteze psihopatije v splošni populaciji. Ta odstotek doseže 12 % med tistimi na pogojni kazni in prek 28 % med tistimi, ki so v zaporu ali kako drugače vključeni v institucionalno oskrbo v pravosodnem sistemu (Dolan, 2004; Forth, 1995; Salekin & Lynam, 2010).

Pri BN potezah se kažejo povezave s specifičnimi skupinami motenj v razvojnem obdobju, predvsem z vedenjskimi motnjami, manj s hiperkinetično motnjo, izsledki v zvezi z opozicionalno-kljubovalno motnjo pa so manj jasni. Te poteze redkeje srečamo pri otrocih in mladostnikih z nižjimi intelektualnimi zmožnostmi in pri motnjah avtističnega spektra ter med tistimi, pri katerih se kaže anksiozna motnja (Hawes, Dadds, Brennan, Rhodes, & Cauchi, 2013; Kimonis, Ogg, & Fefer, 2014). Pri otrocih in mladostnikih z BN potezami lahko pogosteje srečamo predvsem vedenjske motnje z zgodnjim začetkom (pred 10. letom), ki so v primerjavi s tistimi z začetkom v adolescenci bistveno bolj odporne, stabilne in kompleksne (P. Frick & Moffitt, 2010). Razlikujemo impulzivni tip in tip, za katerega so značilne visoke BN poteze in prav za to skupino je značilno, da so pomembno manj čustveni, manj empatični in s tem pomembno manj prosocialno odzivni na druge. So impulzivnejši in imajo več simptomov hiperkinetične motnje, pri njih pa redkeje srečamo intelektualne deficite, ki so na verbalnem področju značilnejši za tiste z začetkom motnje v adolescenci (Moffitt, 1993).

Otroci in mladostniki z BN potezami so pomembno manj odzivni na vzgojne tehnike, kot je »Time out« in spremembe v vzgojnih praksah, ki jih starši (ali pomembni drugi) uvedejo (Hawes et al., 2013) – za njih starši pogosto povedo »da nič ne deluje in karkoli storijo, nima nobenega učinka«. Raziskave kažejo, da je tudi etiologija v osnovi nastanka vedenjskih problemov manj povezana z vzgojnimi praksami (Hawes, Dadds, Frost, & Hasking, 2011; Waller, Gardner, & Hyde, 2013).

DSM-5 (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013) razlikuje podtip vedenjske motnje glede na to, ali gre za motnjo z omejenimi prosocialnimi čustvi ter BN poteze operacionalno opredeljuje kot (otrok mora izkazovati dve ali več značilnosti vsaj 12 mesecev v več odnosih in okoljih):

- Pomanjkanje obžalovanja ali občutkov krivde: se ne počuti slabo ali ne občuti krivde, ko stori kaj narobe (izključeno je obžalovanje, ko je zasačen ali ko grozi kaznovanje). Posameznik izkazuje splošno pomanjkanje skrbi glede negativnih posledic svojih dejanj.
- Brežutnost – pomanjkanje empatičnosti: neobziren do drugih in neskrben glede čustev drugih. Drugi ga opišejo kot hladnega in neskrbnega. Bolj ga skrbijo posledice njegovih dejanj za njega samega, kot pa za druge, tudi v situacijah, ko drugi utrpijo precejšnjo škodo/trpljenje.

- Brezbrižnost glede obveznosti/zavez: ne kaže skrbi zaradi težav oziroma neuspehov v šoli, na delu ali drugih pomembnih aktivnostih. V aktivnosti ne vlaga potrebnega napora, tudi če so pričakovanja povsem jasna, običajno za slabe rezultate in neuspehe krivi druge.
- Plitvo ali pomanjkljivo čustvovanje: ne izraža občutkov, čustev in jih ne kaže drugim, razen na plitev, neiskren način, površinsko (npr. dejanja so v nasprotju z izraženim čustvenim stanjem; čustva lahko hitro preklaplja, ugaša in prižiga) ali, ko čustvene izraze uporabi za »dobiček« (za manipulacijo ali ustrahovanje drugih).

V poljudni literaturi se kaže velika zmeda v pojmovanju psihopatije in BN potez in njihovo napačno povezovanje z motnjami avtističnega spektra, saj gre v osnovi za zelo drugačne mehanizme na področju deficita empatije. Pri BN potezah posamezniki kažejo pomembne deficite pri čustveni komponenti empatije. To pomeni, da lahko zelo dobro vedo, kaj nekdo doživlja, vendar je to nekaj povsem drugega, če poleg tega ni čustvene komponente – da ne rezonirajo s tistim, ki je na primer v stiski. Pri motnjah avtističnega spektra ali bolj specifično pri Aspergerjevem sindromu gre, poenostavljeno gledano, za obrnjeno sliko – na čustvenem polu empatije doživljajo in rezonirajo z drugim, a (kognitivno) ne vedo, kaj s tem početi, kako se odzvati, kako se s tem sploh soočiti (Rogers, Viding, Blair, Frith, & Happé, 2006; Viding, 2013; Viding, Frick, & Plomin, 2007).

Etiologija brezčutnih/neobčutljivih potez

Dejavniki tveganja v razvojnem obdobju, povezani s širšo kategorijo antisocialnega vedenja v odraslosti, ki so pogosto med seboj v pomembni korelaciji, vključujejo:

- individualne značilnosti: temperamentno pogojena nekontroliranost, impulzivnost, agresivnost in hiperaktivnost, brezčutne/neobčutljive poteze, ob tem pa nizke intelektualne sposobnosti ter šibke šolske dosežke;
- značilnosti družine: antisocialni starš(i), šibak in neustrezen nadzor nad otrokom, zloraba in nasilje med staršema (Schaffer, Clark, & Jeglic, 2009);
- širši, societalni dejavniki: antisocialna vrstniška skupina, visoka pogostost delinkventnosti v šoli in soseščini.

Zaščitni dejavniki, ki zmanjšujejo verjetnost za kasnejše antisocialno vedenje, so predvsem:

- temperamentne značilnosti, kot so sramežljivost in inhibiranost, dobra intelektualna opremljenost, tesni in kvalitetni odnosi z vsaj enim (prosocialnim!) odraslim, uspešnost v šoli in inženkurikularnih dejavnostih in prosocialni vrstniki.

Etiologija BN še ni povsem jasna. V nekaterih vidikih se otroci in mladostniki z BN potezami pomembno razlikujejo od tistih brez BN potez. V nadaljevanju navajamo nekatere ključne ugotovitve študij.

Študije dvojčkov so pokazale pomemben vpliv dednosti, ob tem se vpliv dejavnikov okolja, kot so socialno-ekonomski status, kvaliteta šolanja ali kvaliteta vzgoje v etiologiji, ni pokazal kot pomemben. Velikost variabilnosti, pripisana dednostim, se v študijah giblje okoli 40 %. Pri otrocih, pri katerih je prisotna vedenjska motnja v kombinaciji z BN potezami, je vpliv dednosti na BN poteze v longitudinalnih študijah dosegel celo prek 70 % (H. Larsson, Andershed, & Lichtenstein, 2006; Taylor, Loney, Bobadilla, Iacono, & McGue, 2003).

Vpliv vzgojnih praks in zunanjih vplivov pri nastanku BN potez se kaže kot manj pomemben, ima pa vlogo pri tem, v katero smer se bodo poteze razvijale, torej, kolikšna bo verjetnost, da se bo razvilo antisocialno vedenje (Henrik Larsson, Viding, & Plomin, 2008). Raziskave tudi kažejo, da je moč vpliva okoljskih dejavnikov, torej tudi vzgoje, večja pri otrocih z vedenjskimi motnjami in manj izraženimi BN potezami (E. Viding et al., 2007; Viding, Jones, Frick, Moffitt, & Plomin, 2008).

Otroci in mladostniki z BN potezami kažejo manjšo emocionalno reaktivnost in nižje ravni fiziološkega vzbujenja v stresnih pogojih ter splošno večjo občutljivost na nagrade ob skoraj odsotni občutljivosti na kazni, kar ima pomembne implikacije za delo z njimi (P. J. Frick & Dickens, 2006). Tudi enostavnejše tehnike, kot je time-out, so pri tej populaciji manj učinkovite, zaradi neobčutljivosti pa pogosto naletimo na šibke (če sploh) vedenjske spremembe ob uporabi strategij kaznovanja – najsibo to odvzem bonitet, time-out ali katerakoli druga kaznovalna strategija. Prav zato se priporočajo predvsem na pohvali in spodbudi temelječi vzgojni principi (Hawes et al., 2013).

Raziskave kažejo na nekatere nevrobiološke korelate, ki so v osnovi težav z emocionalnim procesiranjem in odzivanjem. Predvsem se kaže kot disfunkcija amigdale, v osnovi težav z impulzivnostjo oziroma vedenjsko komponento pa posebnosti v delovanju ventromedialnega dela prefrontalnega korteksa in njune povezave (R. James R. Blair, 2013). Blair (R. James R. Blair, 2013) v

prispevku o nevrobiologiji teh potez v razvojnem obdobju poudarja predvsem vlogo perinatalnih dejavnikov – genetskih dejavnikov, ki vplivajo na nevrološke mehanizme. Pomembna je predvsem zmanjšana odzivnost amigdale kot nekakšnega centra našega čustvenega delovanja z izjemno pomembno vlogo pri emocionalnem učenju; igra ključno vlogo tudi pri dožemanju in izražanju pogojenega strahu. Kot pomembna možganska regija pri doživljanju strahu se je izkazal tudi ventromedialni prefrontalni korteks, ki pomaga inhibirati pogojeni strah po treningu ugašanja, med katerim je pogojeni dražljaj večkrat zaporedoma prikazan brez nepogojenega. Kombinacija disfunkcije na obeh področjih in njuna povezava nam lahko vsaj deloma pojasni funkcioniranje otrok in mladostnikov z BN potezami.

Raziskave Marka Daddsa in njegove skupine iz avstralske Univerze New South Wales (Dadds et al., 2013; Sebastian et al., 2014; Viding et al., 2012) so izjemno zanimive za poznavanje etiologije in implikacij za terapevtsko delo z otroki z BN potezami. Ugotovili so, da otroci z visoko izraženimi BN potezami izkazujejo pomembno manj očesnega kontakta s starši v primerjavi z otroki z nizkimi BN potezami. Vsi otroci v študiji so imeli diagnozo vedenjska motnja. Le določena podskupina, ki je dobila visoko oceno BN potez, pa je izkazovala pomanjkljiv očesni kontakt s starši (Dadds et al., 2012). Težave v tej biološko pogojeni tendenci, da se otrok usmerja in sledi čustvenim dražljajem, ki so jih že dolgo povezovali s konceptom psihopatije, se kažejo že zelo zgodaj v življenju kot težave pri vzpostavljanju očesnega kontakta, tako med vsakodnevno, neusmerjeno, kot tudi čustveno nasičeno interakcijo s pomembnimi drugimi – figurami navezave. Težave pri vzpostavljanju očesnega kontakta imajo ti otroci kasneje tudi v interakcijah z drugimi osebami. Ugotovitve lahko povežemo z že omenjeno Blairovo konceptualizacijo mehanizma inhibicije nasilnosti, saj nezmožnost opažanja znakov stiske pri drugem otežuje empatični odziv in onemogoča, da bi ti znaki inhibirali agresivno vedenje. Gledano širše, to onemogoča, da bi se znaki stiske pri drugemu ponotranjili kot averzivni dražljaji in na ta način spodbujali razvoj moralne vesti (J. M. D. Blair, Mitchell, & Blair, 2005). Težave v vzpostavljanju očesnega stika nam lahko vsaj v enem delu pojasnijo, zakaj so otroci z visoko izraženimi BN potezami manj odzivni na kvaliteto starševstva oziroma vzgojnih praks (Hawes & Dadds, 2005; Oxford, Cavell, & Hughes, 2003; Viding et al., 2007) in ne uspejo razviti normalne ravni čustvene empatije (Marsh & Blair, 2008; Sebastian et al., 2014).

Na splošno velja, da značilnosti, povezane z BN potezami prek razvojnega obdobja otroštva, mladostništva in zgodnje odraslosti, ostajajo relativno stabilne. Študije (Lynam, Caspi, Moffitt, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2007) na 1500 fantih v starosti od 7 do 17 let so pokazale, da lahko BN poteze zanesljivo ocenimo pri otrocih in so stabilne prek različnih starostnih obdobj ter napovedujejo delinkventnost v prihodnosti. Longitudinalna študija (Glenn, Raine, Venables,

& Mednick, 2009), ki je trajala 25 let, je pokazala, da otroci z visokimi ocenami na meri psihopatije, ki so bili testirani pri starosti 3 let in ponovno ob 28. letu, izkazujejo veliko stabilnost temperamenta. So manj inhibirani, manj prestrašeni, imajo večjo potrebo po iskanji stimulacije in bolj izraženo sociabilnost ter nižjo frekvenco srčnega utripa. V več študijah stabilnosti teh potez se je izkazalo, da značilnosti antisocialnega in impulzivnega življenjskega stila s starostjo upadajo, medtem ko afektivne in interpersonalne karakteristike (na primer pomanjkanje obžalovanja) v veliki meri ostanejo konstantne celo življenje (Frick, Kimonis, Dandreaux, & Farrell, 2003; Patterson, 1993). Otroci z BN potezami izkazujejo intenzivnejše, agresivnejše in stabilnejše antisocialno vedenje, kot tisti z vedenjsko motnjo, a brez BN potez (Frick & Morris, 2004), obenem pa lastno agresivnost dojemajo kot nekaj, kar jih nagrajuje (Pardini, Lochman, & Frick, 2003). Longitudinalne študije kažejo, da s pomočjo BN potez lahko relativno zanesljivo razločimo tiste posameznike, ki bodo razvili hudo in vztrajno obliko VM od drugih (Frick, Cornell, Barry, Bodin, & Dane, 2003; Pardini & Loeber, 2008).

Možnosti za svetovalno in terapevtsko delo

Delo (vzgojno, svetovalno ali terapevtsko) s populacijo otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami za praktika vedno predstavlja velik izziv. Že v ocenjevalni ali diagnostični fazi je treba veliko pozornosti nameniti zbiranju relevantnih informacij iz več virov o funkcioniranju otroka v več okoljih ter ob tem graditi delovni odnos, ki je sprva zaradi dejstva, da so ti otroci in mladostniki najpogosteje v terapijo pripeljani in ne prihajajo po svoji volji, lahko zahtevna naloga. Terapevtsko delo je zahtevno tako zaradi karakteristik motnje, kot tudi pogosto disfunkcionalnega okolja, iz katerega izhaja otrok, pa tudi pritiskov okolice po čimprejšnji omilitvi simptomov motnje. Pri delu s populacijo tistih otrok, ki izkazuje BN poteze, so vse te naloge še kompleksnejše, ne le zaradi vztrajnosti motnje in odpornosti proti spremembam, temveč tudi zaradi težav, ki jih same BN poteze predstavljajo pri vzpostavljanju in vzdrževanju delovnega ali terapevtskega odnosa. Skupina otrok z izraženimi BN potezami izkazuje precejšnjo neobčutljivost na pogojevanje, zato se soočamo s šibkimi vedenjskimi spremembami ob uporabi klasičnih strategij pogojevanja, ki so ena od bistvenih komponent vzgojnega in prek staršev izvajanega terapevtskega dela pri vedenjskih motnjah.

Zaradi povezovanja BN potez s psihopatijo pri odraslih se lahko pri strokovnjaku nehote pojavi stigmatiziranje in terapevtski pesimizem, ključno za preprečevanje tega je predvsem zelo dobro poznavanje slike, etiologije in terapevtskih možnosti pri delu s to populacijo. Kljub temu lahko identificiramo nekatere objektivne dejavnike, ki pogosto ovirajo učinkovito delo s to populacijo, od nizke motivacije za spremembo, neupoštevanja zahtev in pravil, pomanjkanja empatije, obžalovanja in krivde, visoke impulzivnosti, brezbriznosti ter pomanjkanja vpogleda v svoja

razpoloženja in čustva, izogibanja odgovornosti in pomanjkanja pripravljenosti za vstop v odnos in še bi lahko naštevali. Raziskave zadnjih let nam vendarle dajejo bolj optimistično perspektivo.

Ključna smernica pri učinkoviti obravnavi otrok in mladostnikov z BN potezami je zgodnje odkrivanje in intervencije, preden se razvije kompleksna vedenjska motnja (Muñoz & Frick, 2012). Klasične intervencije, ki so se pokazale kot učinkovite in so podprte z dokazi pri delu z otroki in mladostniki z vedenjskimi motnjami, kot so treningi vzgojne učinkovitosti za starše, kognitivno-vedenjska terapija in njene izpeljanke ter multisistemska terapija (pri mladostnikih, ki izkazujejo delinkventno vedenje), so pri tej populaciji učinkovite z določenimi modifikacijami. Slabo načrtovana obravnava brez dobrega poznavanja motnje lahko naredi celo več slabega kot dobrega (Frick, 2001), avtorji pa poudarjajo predvsem kontraindiciranost uporabe kaznovanja pri otrocih z BN potezami, saj to pogosto vodi v eskalacijo jeze, maščevanja in reaktivne agresivnosti (Dadds & Salmon, 2003). Literatura navaja predvsem nujnost tega, da v terapevtski ali vzgojni program vnašamo komponente pozitivne ojačitve – pohval, nagrad ob ustreznem vedenju in že majhnih napredkih (Zisser & Eyberg, 2010).

Izjemno pomembno je delo na prepoznavanju čustev pri drugih in sebi, posebno stiske in strahu, delo z družino tudi v smislu obravnavanja patologije družine in njenih ostalih članov ter delo s starši pri njihovi vzgojni učinkovitosti (Hawes, et al., 2011), ob zavedanju, da kazni pri teh otrocih ne delujejo in je potrebno poudarek dati pohvalam.

Otroku pomagamo pri razvijanju empatije oziroma vesti, pomembno je delo na veččinah identifikacije in izražanja čustev (Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes, & Brennan, 2012), razvijanju veččin poslušanja, da bi otrok sploh lahko ugotovil čustva drugih, predvsem pa delo na učenju obvladovanja jeze. Za vse intervencije velja, da so v otroštvu učinkovitejše kot v adolescenci in odraslosti, a morajo biti multimodalne. Ob tem je potrebna zelo dobra usklajenost ter sodelovanje med strokovnjaki in starši. Cilj mora vedno biti vedenjska sprememba, ne le sodelovanje v programu.

Raziskave učinkovitosti terapevtskih pristopov pri obravnavi otrok z BN potezami v zadnjih desetih letih kažejo, da sama prisotnost BN potez ni nujno napovednik neuspešnega izida obravnave simptomov vedenjske motnje, čeprav so velikosti učinkov terapije navadno manjši (Kolko et al., 2009; Kolko & Pardini, 2010), vpliv terapije na spremembe izraženosti samih BN potez pa je manjši, kot bi ga želeli. Ključno vodilo pri vzgojni ali terapevtski obravnavi vedenjske problematike otrok z BN potezami je individualiziran in celosten pristop, prilagojen karakteristikam otroka, družine in okolij, v katerih otrok funkcionira (Kimonis et al., 2014).

Zaključek

Otrok ali mladostnik z brezčutnimi/neobčutljivimi potezami za vzgojitelje, svetovalce ali terapevte predstavlja poseben izziv, ki lahko vzbudi občutke neučinkovitosti, nekompetentnosti, tudi reakcije zavračanja obravnave takšnega otroka, če nismo z naravo BN potez in možnostmi za obravnavo dovolj dobro seznanjeni. Poznavanje etiologije, pojavnih slik, razvojnih poti, nadgrajeno z izurjenostjo v generičnih pristopih in z dokazi podprtih intervencijah dela z vedenjskimi motnjami in specifično s posamezniki, ki kažejo BN poteze, je nujno in edino strokovno. Eno od pomembnih vprašanj pri delu s populacijo otrok in mladostnikov, ki izkazujejo BN poteze, je, kakšna so lahko pričakovanja in cilji. Vsekakor mora biti osnovni cilj vedenjska sprememba, vedno pa je potrebno graditi večine in predvsem občutek za čustva drugih ljudi. Strokovnjak naj si (posebno še, če vemo, kakšna je etiologija BN potez) ne zastavi za cilj, da bo pri otroku te poteze povsem spremenil. Predvsem mora biti praktik neprestano v stiku z dognanji relevantnih raziskav in smernicami za obravnavo te populacije, saj le to omogoča, da lahko sledi tistim intervencijam, ki imajo zadostno potrditev z dokazi, da jih lahko etično in strokovno uporabljamo.

Viri

- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Blair, J. M. D., Mitchell, D. R., & Blair, K. (2005). *The psychopath : emotion and the brain*. Oxford: Blackwell.
- Blair, R. J. (1995). A cognitive developmental approach to mortality: investigating the psychopath. *Cognition*, 57(1), 1-29.
- Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 5-7.
- Blair, R. J. R. (2007). The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(9), 387-392.
- Blair, R. J. R. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. [Review]. *Nat Rev Neurosci*, 14(11), 786-799.
- Cleckley, H. (1951). The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality. *Southern Medical Journal*, 44(5), 464.
- Dadds, M. R., Allen, J. L., McGregor, K., Woolgar, M., Viding, E., & Scott, S. (2013). Callous-unemotional traits in children and mechanisms of impaired eye contact during expressions of love: a treatment target? *J Child Psychol Psychiatry*.
- Dadds, M. R., Allen, J. L., Oliver, B. R., Faulkner, N., Legge, K., Moul, C., Scott, S. (2012). Love, eye contact and the developmental origins of empathy v. psychopathy. *Br J Psychiatry*, 200(3), 191-196.
- Dadds, M. R., & Salmon, K. (2003). Punishment insensitivity and parenting: Temperament and learning as interacting risks for antisocial behavior. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 6, 69-86.
- Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Res*, 199(3), 201-207.
- Davis, M. H., Luce, C., & Kraus, S. J. (1994). The heritability of characteristics associated with dispositional empathy. *J Pers*, 62(3), 369-391.
- Dolan, M. (2004). Psychopathic personality in young people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 466-473.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.

- Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Callous-Unemotional Traits in a Community Sample of Adolescents. *Assessment, 13*(4), 454-469.
- Farrington, D. P., & Jolliffe, D. (2004). Personality and crime. In N. J. Smelser & P. B. Balters (Eds.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 11260-11264). Amsterdam: Elsevier Publications.
- Forth, A. E. (1995). *Psychopathy and Young Offenders: Prevalence, family background, and violence. Unpublished report*. Carleton University, Ottawa, Ontario
- Forth, A. E., Kosson, D., & R., H. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*. New York: Multi-Health Systems.
- Frick, P., & Moffitt, T. (2010). A proposal to the DSM-V childhood disorders and the ADHD and disruptive behavior disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of conduct disorder based on the presence of callous-unemotional traits. *Washington, DC: American Psychiatric Association*, 1-36.
- Frick, P. J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 597-608.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. [Research Support, U S Gov't, P H S]. *J Abnorm Child Psychol, 31*(4), 457-470.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Bodin, S. D., Dane, H. E., Barry, C. T., & Loney, B. R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Dev Psychol, 39*(2), 246-260.
- Frick, P. J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. [Review]. *Current Psychiatry Reports, 8*(1), 59-72.
- Frick, P. J., Kimonis, E. R., Dandreaux, D. M., & Farell, J. M. (2003). The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behav Sci Law, 21*(6), 713-736.
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. [Research Support, U S Gov't, P H S Review]. *J Clin Child Adolesc Psychol, 33*(1), 54-68.
- Frick, P. J., & Pettilerc, A. (2009). The use of callous-unemotional traits to define important subtypes of antisocial and violent youth. In S. Hodgins, E. Viding & A. Plodowski (Eds.), *Persistent violent offenders: Neuroscience and rehabilitation* (pp. 65-84). Loondon: Oxford University Press.
- Frick, P. J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. [Review]. *Dev Psychopathol, 21*(4), 1111-1131.
- Glenn, A. L., Raine, A., Venables, V. H., & Mednick, S. (2009). Early temperamental and psychophysiological precursors of adult psychopathic personality. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(1), 46-60.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. Stoff, J. Breiling, & J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22-35). New York, NY: Wiley & Sons.
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *J Consult Clin Psychol, 73*(4), 737-741.
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Brennan, J., Rhodes, T., & Cauchi, A. (2013). Revisiting the treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Aust N Z J Psychiatry, 47*(7), 646-653.
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Frost, A. D., & Hasking, P. A. (2011). Do childhood callous-unemotional traits drive change in parenting practices?. *J Clin Child Adolesc Psychol, 40*(4), 507-518.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychol Bull, 84*(4), 712-722.
- Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg (Ed.), *Development of prosocial behavior*. New York: Academic Press.
- Jones, A. P., Laurens, K. R., Herba, C. M., Barker, G. J., & Viding, E. (2009). Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. [Research Support, Non-U S Gov't Twin Study]. *Am J Psychiatry, 166*(1), 95-102.
- Kahn, R. E., Byrd, A. L., & Pardini, D. A. (2013). Callous-unemotional traits robustly predict future criminal offending in young men. *Law and Human Behavior, 37*(2), 87-97.
- Kimonis, E. R., Ogg, J., & Fefer, S. (2014). The Relevance of Callous-Unemotional Traits to Working With Youth With Conduct Problems. *NASP Communiqué (CQ), 42*(5).
- Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J. L., & Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion, 8*(6), 737-752.
- Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O., Pardini, D. A., Holden, E. A., & Hart, J. (2009). Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: A clinical trial with 3-year follow-

- up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 591–609.
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous–unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 713–725.
- Kosson, D. S., Neumann, C. S., Forth, A. E., Salekin, R. T., Hare, R. D., Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2013). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV) in adolescent females. *Psychol Assess*, 25(1), 71–83.
- Kruh, I. P., Frick, P. J., & Clements, C. B. (2005). Predictors of violence patterns committed by juvenile offenders convicted as adults. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 69–96.
- Larsson, H., Andershed, H., & Lichtenstein, P. (2006). A genetic factor explains most of the variation in the psychopathic personality. *J Abnorm Psychol*, 115(2), 221–230.
- Larsson, H., Viding, E., & Plomin, R. (2008). Callous–Unemotional Traits and Antisocial Behavior: Genetic, Environmental, and Early Parenting Characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2), 197–211.
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 155–165.
- Marsh, A. A., & Blair, R. J. R. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(3), 454–465.
- Martin, G. B., & Clark, R. D. (1982). Distress crying in neonates: Species and peer specificity. *Developmental Psychology*, 18, 3–9.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev*, 100(4), 674–701.
- Muñoz, L. C., & Frick, P. J. (2012). Callous-Unemotional Traits and Their Implication for Understanding and Treating Aggressive and Violent Youths. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 794–813.
- Oxford, M., Cavell, T. A., & Hughes, J. N. (2003). Callous/unemotional traits moderate the relation between ineffective parenting and child externalizing problems: a partial replication and extension. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32(4), 577–585.
- Pardini, D. A., Lochman, J. E., & Frick, P. J. (2003). Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(3), 364–371.
- Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Interpersonal Callousness Trajectories Across Adolescence: Early Social Influences and Adult Outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2), 173–196.
- Parke, R. D., & Slaby, R. G. (1983). The development of aggression. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 547–641). New York: Wiley.
- Patterson, G. R. (1993). Orderly change in a stable world: the antisocial trait as a chimera. [Research Support, U S Gov't, P H S Review]. *J Consult Clin Psychol*, 61(6), 911–919.
- Rogers, J., Viding, E., James Blair, R., Frith, U., & Happé, F. (2006). Autism spectrum disorder and psychopathy: shared cognitive underpinnings or double hit? *Psychol Med*, 36(12), 1789–1798.
- Rushton, J. P., Fulker, D. W., Neale, M. C., Nias, D. K., & Eysenck, H. J. (1986). Altruism and aggression: the heritability of individual differences. *J Pers Soc Psychol*, 50(6), 1192–1198.
- Salekin, R. T., & Lynam, D. R. (2010). *Handbook of child and adolescent psychopathy*. New York: Guilford Press.
- Schaffer, M., Clark, S., & Jeglic, E. L. (2009). The Role of Empathy and Parenting Style in the Development of Antisocial Behaviors. *Crime & Delinquency*, 55(4), 586–599.
- Sebastian, C. L., McCrory, E. J., Dadds, M. R., Cecil, C. A. M., Lockwood, P. L., Hyde, Z. H., . . . Viding, E. (2014). Neural responses to fearful eyes in children with conduct problems and varying levels of callous–unemotional traits. *Psychol Med*, 44(01), 99–109.
- Taylor, J., Loney, B. R., Bobadilla, L., Iacono, W. G., & McGue, M. (2003). Genetic and environmental influences on psychopathy trait dimensions in a community sample of male twins. *J Abnorm Child Psychol*, 31(6), 633–645.
- Viding, E. (2013). Callous–Unemotional Traits in Children: Researchers Identify Link to Severe and Violent Antisocial Behavior. *Observer*, 26(8).
- Viding, E., Frick, P. J., & Plomin, R. (2007). Aetiology of the relationship between callous–unemotional traits and conduct problems in childhood. *Br J Psychiatry Suppl*, 49, s33–38.

- Viding, E., Frick, P. J., & Plomin, R. (2007). Aetiology of the relationship between callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *The British Journal of Psychiatry*, 190(49), s33-s38.
- Viding, E., Jones, A. P., Frick, P. J., Moffitt, T. E., & Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Dev Sci*, 11(1), 17-22.
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2012). Why should we care about measuring callous-unemotional traits in children? *British Journal of Psychiatry*, 200, 177-178.
- Viding, E., Sebastian, C. L., Dadds, M. R., Lockwood, P. L., Cecil, C. A., De Brito, S. A., & McCrory, E. J. (2012). Amygdala response to preattentive masked fear in children with conduct problems: the role of callous-unemotional traits.. *Am J Psychiatry*, 169(10), 1109-1116.
- Volbrecht, M. M., Lemery-Chalfant, K., Aksan, N., Zahn-Waxler, C., & Goldsmith, H. H. (2007). Examining the Familial Link Between Positive Affect and Empathy Development in the Second Year. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(2), 105-130.
- Waller, R., Gardner, F., & Hyde, L. W. (2013). What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. [Review]. *Clin Psychol Rev*, 33(4), 593-608.
- Welsh, B. C., & Farrington, D. P. (2007). Save children from a life of crime. *Criminology and Public Policy*, 6, 871-880.
- Wolfgang, M. E., Figlio, R. M., & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a Birth Cohort*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wootton, J. M., Frick, P. J., Shelton, K. K., & Silverthorn, P. (1997). Ineffective parenting and childhood conduct problems: the moderating role of callous-unemotional traits. *J Consult Clin Psychol*, 65(2), 301-308.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136.
- Zahn-Waxler, C., Schiro, K., Robinson, J. L., Emde, R. N., & Schmitz, S. (2001). Empathy and prosocial patterns in young MZ and DZ twins: Development and genetic and environmental influences. In R. N. Emde & J. K. Hewitt (Eds.), *Infancy to early childhood: Genetic and environmental influences on developmental change* (pp. 141-162). New York: Oxford University Press.
- Zisser, A., & Eyberg, S. M. (2010). Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2 ed., pp. 179-193). New York: Guilford Press.

Peter Janjušević, univ. dipl. psiholog, specialist klinične psihologije

Področja delovanja: klinično psihološka diagnostika emocionalnih, vedenjskih in učnih motenj ter motenj v duševnem razvoju pri šolskih otrocih in mladostnikih, svetovanje in psihoterapija z otroci in mladostniki z emocionalnimi, vedenjskimi in učnimi motnjami, svetovalno in terapevtsko delo s starši in svojci, svetovanje vzgojiteljem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri vključevanju in pomoči otrokom in mladostnikom z emocionalnimi, vedenjskimi in učnimi motnjami, izobraževalno delo (predavanja za starše, seminarji in delavnice za strokovne delavce).

Trening asertivnosti za mladostnike

Povzetek

Asertivnost je sposobnost pokazati in izražati pozitivne in negativne občutke na neposreden, odkrit način, sposobnost postaviti se za svoje pravice in pri tem spoštovati pravice drugih, sposobnost prevzemanja odgovornosti za svoja dejanja, ne da bi obsojali ali zvrčali krivdo na druge ljudi in sposobnost najti kompromis, ko pride do konflikta (Holland in Ward, 1990). Trening asertivnosti pa je praktičen proces učenja veščin za samozavestno ravnanje in učinkovito komunikacijo v medosebnih odnosih (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004). Tovrstni trening se je pri mladostnikih izkazal za učinkovit način izboljšanja socialnih veščin pri anksioznih in umaknjenih otrocih (v: Spence, 2003), ki so še posebej ranljivi za razvoj različne psihopatologije. Mladostnike, ki imajo težave psihosocialnega prilagajanja, smo vključili tudi v skupinski trening asertivnosti na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše. Ugotovili smo, da je trening pripomogel k bolj asertivnemu vedenju mladostnikov samih, k večji samozavesti, boljšemu mnenju o sebi, bolj uspešni komunikaciji z drugimi in boljšemu prepoznavanju lastnih čustev.

Ključne besede:

asertivnost, trening asertivnosti, socialne veščine, mladostniki

Assertiveness Training for Adolescents

Abstract

Assertiveness is ability to express positive and negative feelings in direct, open way, ability to stand for your rights but respect rights of others, take responsibility for your actions without blaming other people and ability to make a compromises in conflict situations (Holland and Ward, 1990). The assertiveness training is practical process of learning different skills for self-confidential behavior and efficient communication in interpersonal relationships (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004). Assertiveness training represents effective way of improving social skills of anxious and withdrawn children (in: Spence, 2003), who are specially vulnerable for onset of different psychopathology. In Counselling Center for Children, Adolescents and Parents we have included adolescents with problems of psychosocial adjustment in group assertiveness training. Our findings suggest

that this kind of training helps adolescents to behave more assertive, they improve their self-esteem, better communicate with other people and are better in identifying their emotions.

Keywords:

Assertivness, training, social skills, adolescents

Asertivnost

Beseda »asertivnost« je v slovenskem prostoru dokaj tuja in neznana. Asertivnost izvira iz anglosaksonskega jezikovnega območja in ima tri korene (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004):

- »be assertive« (biti asertiven) pomeni izražati pozitivno zaupanje, gotovost in samozavest;
- assertion (tudi assertiveness) pomeni vztrajanje pri določeni stvari, izjavi, trditvi;
- tretji koren besede »assert« pomeni zahtevati nekaj, uveljaviti se, zagovarjati.

Avtorici S. Holland in C. Ward (1990) definirata asertivnost kot sposobnost pokazati in izražati pozitivne in negativne občutke na neposreden, odkrit način, sposobnost postaviti se za svoje pravice in pri tem spoštovati pravice drugih, sposobnost prevzemanja odgovornosti za svoja dejanja, ne da bi obsojali ali zvrčali krivdo na druge ljudi in sposobnost najti kompromis, ko pride do konflikta.

Asertivna komunikacija zajema tudi neverbalno vedenje. Bistveni sta ustrezna drža in očesni kontakt (Hribar, 2001).

Asertivnost je del človekove splošne socialne kompetence. Dejavniki, ki vplivajo na razvoj socialne kompetence, so kompleksni in zajemajo otroka in skrbnike oz. starše ter družinsko okolje. Študije kažejo (v: Erdlen in Rickrode, 2007), da na socialno kompetenco zanesljivo vplivajo otrokov temperament, vključujoč reaktivnost (npr. iritabilnost), pozornost (npr. sposobnost, da zaključi nalogo) in regulacija čustev (npr. sposobnost kontrole čustev) in navezanost na starše. Otroci z visoko reaktivnostjo in ne-varnimi vzorci navezanosti imajo na splošno šibkejšo socialne veščine.

Socialne veščine vključujejo verbalne in neverbalne odzive, ki vplivajo na percepcijo in odzive drugih ljudi v socialni interakciji (Spence, 2003). Pomembno je, da je

oseba sposobna socialni situaciji prilagoditi neverbalne odgovore, kot so očesni kontakt, izraz obraza, geste, upoštevanje osebnega prostora, gestikulacija, prav tako pa sem sodijo tudi jakost in ton glasu, hitrost in jasnost govora ter poudarki (Spence, 2003). Poleg omenjenih veščin sodijo med osnovne še vztrajanje na manipulativna vprašanja; znati zavrniti zahtevo brez občutkov krivde; koristiti dodatne informacije, mirno in dostojno sprejeti upravičeno kritiko (Hribar, 2001). Na drugi strani pa sem sodijo tudi sprejemanje svojih pozitivnih in negativnih lastnosti, sposobnost dajati in sprejemati pohvale ter ne poniževati drugih oseb (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004).

Deficit socialnih veščin je skupna značilnost različnih razvojnih motenj in diagnostičnih kategorij (duševnih motenj) (v: Erdlen in Rickrode, 2007). Socialne veščine so eden od vidikov adaptacije. Težave v odnosih z vrstniki imajo npr. otroci z motnjo pozornosti in hiperaktivno motnjo, bolj očitne znake socialne disfunkcije pa kažejo otroci z opozicionalno motnjo in vedenjsko motnjo.

Študije pri mladih kažejo, da tisti s šibkimi socialnimi kompetencami in manj kvalitetnimi odnosi z vrstniki dosegajo slabše učne dosežke, zlorabo drog in alkohola, delikventno in agresivno vedenje, prenehanje šolanja in težave v duševnem zdravju (v: Erdlen in Rickrode, 2007).

Asertivne veščine se lahko merijo z vprašalniki, samoopazovanjem, opazovanjem vedenja med kliničnim intervjujem, v realnih življenjskih situacijah z evalvacijo socialnih interakcij in z opazovanjem pri »igranju vlog« (Duckworth, 2008).

Trening asertivnosti

Trening asertivnosti je praktičen proces učenja veščin za samozavestno ravnanje in učinkovito komunikacijo v medosebnih odnosih (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004). Primeren je za moške in ženske.

Trening asertivnosti izhaja iz kognitivno vedenjskih teorij; omogoča možnost treninga reagiranja, predvsem pa obliko socialnega učenja, ki temelji na interpretaciji udeležencev, učenju novih spretnosti in veščin ter na konkretnem preizkušanju v realnih življenjskih situacijah (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004).

Asertivni trening se lahko izvaja individualno znotraj kognitivno-vedenjske terapije, najpogosteje pa poteka v skupini. Praktični potek asertivnega treninga zajema naslednje vsebine (Holland in Ward, 1990; Lindenfeld, 1986; Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004):

- Definicija asertivnosti (asertivno in neasertivno vedenje in različni razlogi neasertivnosti);

- Primerjava agresivnega, pasivnega in posredno agresivnega vedenja z asertivnim vedenjem.
- Pravice in odgovornosti (npr.: pravica izraziti svoje občutke, mnenje, vprašati, pravica do zasebnosti, zavrniti prošnjo...).
- Asertivna govorica telesa, ki nam pomaga pri sporočanju in razumevanju sporočil drugih ljudi. Med nebesedno komunikacijo spadajo geste, mimika obraza in drža telesa.
- Ravnanje s prošnjami, izražanje zavrnitev, vztrajanje in pogajanje.
- Sprejemanje in izražanje kritike (ob kritiki se lahko pojavijo negativni občutki, podajanje kritike na konstruktiven način prispeva k temu, da jo sogovornik lažje sprejme).
- Izražanje čustev in občutkov.
- Pozitivna samopodoba, krepitev samospoštovanja ter dajanje in sprejemanje komplimentov. Samospoštovanje pomeni, da sebe sprejemamo s pozitivnimi in negativnimi lastnostmi in imamo o sebi pozitivno mnenje. Z zavedanjem svojih pozitivnih lastnosti osebe lažje sprejemajo in dajejo komplimente na asertiven način, kar prispeva k boljšim medosebnim odnosom.
- Evalvacija in načrtovanje sprememb. Ob koncu programa se pregledajo doseženi cilji in načrtuje nadaljnje spremembe. Če program poteka v skupini, se zaključí z evalvacijo skupnega dela in naučenih izkušenj.

Trening asertivnosti je v splošnem namenjen vsem, ki imajo šibke socialne veščine, nizko samopodobo in manj ustrezne vzorce vedenja. To so pasivno, agresivno in pasivno-agresivno vedenje (Lindenfield, 1986; Erdlen in Rickrode, 2007; Duckworth, 2008). Ljudje, ki v problemskih situacijah reagirajo popustljivo, neodločno in ne prevzemajo odgovornosti za svoja dejanja, se vedejo pasivno. Pasivni ljudje se v interakciji z drugimi lahko počutijo anksiozno, depresivno, drugim ljudem prepuščajo, da se odločajo namesto njih, jim dajejo prednost, obenem pa se lahko počutijo zlorabljene. Imajo nizko samopodobo in občutke manjvrednosti. Tudi drugim ni prijetno v družbi pasivnih ljudi, saj doživljajo negativna čustva, zmanjša se spoštovanje do njih, zato ne želijo več preživljati časa v njihovi družbi (Duckworth, 2008). Manj ustrezno je tudi agresivno vedenje. Tovrstno vedenje kaže nespoštovanje drugega, njegovih pravic in potreb, prelaganje odgovornosti za dejanja na druge in izkoriščanje drugih. Kljub trenutnemu občutku moči, oseba, ki se agresivno vede, občuti tudi negotovost in strah. V dolgoročnem smislu pogosta izbira agresivnega vedenja vodi človeka v osamljenost, saj se ga ljudje izogibajo. Tretja vrsta manj ustreznega vedenja je pasivno-agresivno. To vedenje zajema manipulativnost, zbujanje krivde in

namigovanje namesto direktnega nagovora. Človek s tem odraža nespoštovanje do sebe in drugih ljudi. Tudi pogosta izbira tovrstnega vedenja vodi v osamljenost, saj se ljudje ob takem človeku počutijo izkoriščene in ponižane (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004).

Trajanje asertivnega treninga v literaturi opredeljujejo časovno različno. Lindenfield (1986) priporoča 8 tedenskih srečanj po dve uri. Program treninga asertivnosti S. Holland in C. Ward (2007) zajema 10 srečanj po dve uri. Možno je tudi, da trening poteka v bloku tri do pet dni ali v obliki nekajdnevnega tabora (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar, 2004). Vsi avtorji pa omenjajo, da je izvajanje potrebno prilagoditi posamezni skupini.

Uporabne tehnike pri treningu asertivnosti za mladostnike

Mladostniki se učijo posameznih veščin z opazovanjem, predstavljanjem (imaginacijo) in prakticiranjem veščin, npr. z igranjem vlog v skupini in s prakticiranjem »domačih nalog« v različnih situacijah (Hribar, 2001).

Osnovne tehnike dela v skupini predstavljajo psihoedukacija, diskusija in modeliranje (Spence, 2003). Člani skupine dobijo informacije in pojasnila, kakšno vedenje se pričakuje in zakaj so določena vedenja pomembna v socialnem kontekstu. O tem se lahko tudi pogovarjajo in si izmenjajo izkušnje. Tako skupina pozitivno podkrepi posamezne veščine in nudi pogoje za postopno izpostavljanje in posledično spremembo vedenja.

Prav tako sta pomembni tehniki vaja praktičnih veščin in igra vlog. Mladostniki naj bi praktično izvajali novo pridobljene veščine čim pogosteje, tako med srečanji samimi kot tudi doma, v šoli in v drugih situacijah, saj jih je potrebno utrjevati. Prav tako je med samimi srečanji pomembna igra vlog in natančno napisan scenarij, da lahko mladostniki konkretno preizkušajo novo znanje. Trening socialnih veščin je še bolj učinkovit, če so vključeni za mladostnike pomembni drugi, ki jim pomagajo, da vadijo novo pridobljene veščine tudi zunaj programa - npr. doma (starši), v šoli (učitelji, sošolci). Ljudje, ki spodbujajo mladostnike pri usvajanju socialnih veščin, so pomembni tudi za pozitivno podkrepljevanje in povratno informacijo. Povratna informacija naj bi bila podana na konstruktiven način, npr. kot posnetek igre vlog in potem objektivno preverjanje, kaj je mladostnik že usvojil in česa še ne. Prav tako pomembno vpliva pohvala, usmerjena v trud in uspešno spremembo vedenja in komunikacije. Pri treningu socialnih veščin in asertivnosti je pogosto vključeno učenje reševanja medosebnih problemov. Učijo se korakov reševanja problemov v obliki vaj, interakcijskih iger in iger vlog, ki morajo biti podobne realnim problemom mladostnikov (Spence, 2003).

Potek treninga za mladostnike na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše

Trening asertivnosti za mladostnike je program, ki se je izvajal na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše leta 2011 in 2012. S programom smo se vključili tudi v preventivni projekt s področja zasvojenosti Mestne občine Ljubljana.

Program sva vodili klinična psihologinja in psihologinja. Izvedli smo ga v treh skupinah mladostnikov. V vsako skupino smo zajeli do deset mladostnikov obeh spolov, posameznega srečanja se je povprečno udeležilo sedem članov. Vsi mladostniki so bili klienti Svetovalnega centra, v skupino vključeni na predlog strokovnih delavcev, pri katerih se je problematika psihosocialnega prilagajanja pojavila že v osnovni šoli in se je nadaljevala po vstopu v srednjo šolo. Mladostniki, ki imajo težave v navezovanju stikov z drugimi, težko komunicirajo, imajo šibke socialne spretnosti, nizko samopodobo in občutke manjvrednosti, so v večji meri ranljivi za zlorabo raznih psihoaktivnih substanc in alkohola (v: Erdlen in Rickrode, 2007) z namenom zmanjšanja tesnobe in lažjega premagovanja socialnih ovir. V širšem smislu so tudi bolj ogroženi za razvoj različne psihopatologije, npr. depresije (Segrin, 2000; v: Spence, 2003), vedenjske motnje (Gaffney in McFall, 1981; v: Spence, 2003) socialne fobije (Spence, Donovan in Brechman-Toussaint, 1999; v: Spence, 2003) in shizofrenije z zgodnjim začetkom (Schulz in Koller, 1989; v: Spence, 2003).

Glavni namen oblikovanja skupine in izvedbo treninga asertivnosti je bil zajeti mladostnike, ki so dolgoročno ogroženi za razvoj omenjene psihopatologije zaradi šibkejših socialnih spretnosti, slabših načinov reševanja problemov in nizke samopodobe.

S programom smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri tovrstni trening pripomore k izboljšanju asertivnih veščin in samopodobe pri mladostnikih. V študijah smo namreč zasledili, da se je trening socialnih veščin in asertivnosti izkazal kot učinkovit pri različni problematiki otrok in mladostnikov. Npr. Schneider (1992) poroča o največjem pozitivnem učinku treninga pri socialno umaknjenih otrocih, nekoliko manjšem pa pri agresivnih otrocih. Kavale in sodelavci (1997, v: Spence, 2003) poročajo o najvišjem pozitivnem učinku treninga pri anksioznih otrocih, malo manjšem pozitivnem učinku pa pri agresivnih otrocih.

Trening asertivnosti je zajemal osem tedenskih srečanj po dve šolski uri. Vsako srečanje je bilo namenjeno določeni temi, kateri smo prilagodili tudi izbor vedenjskih in kognitivnih tehnik. Izvajali smo delo v manjših skupinah in parih, psihoedukacijo, igro vlog, reševanje problemskih situacij, reševanje in analizo vprašalnikov za oceno lastnega doživljanja in vedenja, izdelovanje plakatov, brainstorming, interakcijske igre v namen sproščanja in zapomnitve imen, pantomimo

itd. Na koncu vsakega srečanja so mladostniki dobili domačo nalogo; npr. da o nečem razmišljajo ali opazujejo pri drugih ali pri sebi.

Na srečanjih smo obravnavali naslednje teme: samozavest in samozavestno vedenje, identifikacija različnih oblik vedenja in ocenitev problemskih situacij, čustva in vplivi čustev na vedenje, različne oblike besednega in nebesednega komuniciranja, reševanje problemov in različne veščine komunikacije, kot so vztrajanje, zavračanje prošelj, dajanje komplimentov, sprejemanje in dajanje kritike itd.

Prvo srečanje je bilo namenjeno predstavitvi programa in spoznavanju članov skupine. To je potekalo v obliki interakcijskih iger, ki so bile namenjene premagovanju anksioznosti in olajšanju komunikacije med člani, spoznavanju članov med seboj in vzpostavljanju kohezije skupine. Določili smo pravila skupine, od katerih so še posebej pomembna pravila zaupnosti, da se spoštujemo med seboj, sodelujemo in se poslušamo.

V drugem srečanju so člani skupine že pridobili nekaj zaupanja, bolj anksiozne člane pa sva voditeljci spodbujali. Del srečanja je bil namenjen temi samozavest. Mladostniki so reševali vprašalnik o samozavesti, ki jim je dal vpogled v doživljanje in vrednotenje sebe. Mladostniki so si postavili cilje, kje bi želeli doseči več samozavesti in asertivnega vedenja (npr. v odnosu do staršev, sorojencev, učiteljev, med prijatelji ...).

Na tretji delavnici smo govorili o besedni in nebesedni komunikaciji, saj usklajenost obeh vidikov sporočanja daje jasnost sporočil. Delo je potekalo v dvojicah. Za domačo nalogo so mladostniki opazovali komunikacijo drugih ljudi (drža, očesni kontakt, ton in jakost glasu).

Na četrti delavnici so mladostniki spoznavali različne tipe vedenja, in sicer: asertivno, pasivno, agresivno, pasivno-agresivno. V problemskih situacijah, podobnih, kot jih mladostniki doživljajo v realnem življenju, so prepoznavali različne tipe vedenja in odzive nanje.

Na peti delavnici so se mladostniki s pomočjo tehnike »brain storming« spomnili vseh čustev, ki jih poznajo in opredelili vpliv čustev na telo in vedenje. Pogovarjali smo se tudi o tem, kako prepoznati čustva v različnih problemskih situacijah in se z njimi soočiti (npr. neuspeh v šoli, konflikti s starši itd.).

Na naslednji delavnici so spoznavali in prakticirali veščine vztrajanja, postavljanja zahtev in zavrnitev prošelj. Komunikacijskih veščin so se učili z metodo igre vlog, delom v dvojicah in ugotavljali ustrezne načine sporočanja v lastnih problemskih situacijah.

Na sedmem srečanju so člani skupine izmenjali mnenja o svojih pozitivnih in negativnih lastnostih in vrednotili lastne dosežke. Posebno pozornost smo namenili pozitivnemu vrednotenju, dajanju in sprejemanju komplimentov in pohval sebi. Dotaknili smo se načinov, kako se pridružiti skupini in kako se postaviti zase. Situaciji smo tudi zaigrali, saj igra vlog na sedmem srečanju ni bila več ogrožajoča za mladostnike, ker je zaupanje med člani naraslo.

Na zaključnem osmem srečanju smo nadaljevali z utrjevanjem asertivnega vedenja, in sicer z odklanjanjem prošenj in zahtev in izražanjem ter sprejemanjem kritike. Mladostniki so sami predlagali problemske situacije. Ovrednotili so dosežene cilje in drug drugemu napisali pozitivna sporočila.

Na zadnjem srečanju so izpolnili evalvacijski vprašalnik. Vsak je dobil vprašalnik z različnimi postavkami, ki so jih ocenili z oceno od 1 do 5, pri čemer je višja ocena pomenila večje zadovoljstvo. Postavke so se nanašale na zadovoljstvo s temami programa, vajami in vodenjem skupine. Podali so tudi povratno informacijo o tem, koliko je program pomagal do večje kritičnosti do nasilnega vedenja, k samozavestnejšemu vedenju, boljšemu prepoznavanju čustev, izražanju občutkov, lažji komunikaciji s starši in vrstniki. Rezultati kažejo, da so mladostniki zadovoljni z obravnavanimi temami, igrami vlog, problemskimi situacijami, izkustvenimi vajami in z vodenjem skupine. Delavnice so v večji meri pripomogle k bolj asertivnemu vedenju mladostnikov samih, k večji samozavesti, boljšemu mnenju o sebi, bolj uspešni komunikaciji z drugimi in boljšemu prepoznavanju lastnih čustev. V skupini so se dobro počutili in so izražali interes za nadaljevanje stikov z ostalimi člani tudi po koncu skupine.

Tudi izvajalki sva program ocenili kot uspešen, saj so mladostniki pridobili na samozavesti, spoznali in utrdili asertivne veščine, med seboj so se povezali, izmenjavali mnenja in se proti koncu treninga v vse večji meri razkrivali, saj so govorili tudi o lastnih čustveno obremenjujočih situacijah. Voditeljici sva opazili, da se je pri anksioznih mladostnikih zmanjšala tesnoba, saj so se skozi trening bolj aktivno vključevali v skupinske aktivnosti. Izražali so večji interes za druge člane in se z njimi povezovali, saj so z njihove strani dobili podporo, spodbudo in pozitivne podkrepitev. Izboljšala se je samopodoba na področju medosebnih odnosov (npr. manj konfliktov s starši), navajali pa so tudi uspešnejše reševanje problemov in bolj asertivno vedenje tudi v vsakdanjem življenju.

Menimo, da je trening asertivnosti pozitivno prispeval k preventivi na področju psihosocialnega prilagajanja. Predstavljal je pomemben doprinos k timski obravnavi v Svetovalnem centru in je tudi za voditeljici predstavljal drugo dimenzijo – dimenzijo skupinskega terapevtskega dela z mladostniki.

Literatura

- Duckworth, M. P. (2008). Assertiveness skills and the management of related factors. v: O' Donohue, W. T., Fisher, E.J., (ur). *Cognitive Behavior Therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Erdlen, R. J. Jr. in Rickrode M.R. (2007). Social skills groups with youth: A cognitive-behavioral perspective. V: Christner, R.W., Stewart, J.L. i Freeman, A. (ur.), *Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy with Children and Adolescents*. London : Routledge.
- Holland, S. in Ward C. (1990). *Asertivness: A practical approach*. Great Britain : Winslow.
- Hribar, N. (2001). Skupinsko delo z mladostniki. *Psihološka obzorja*, 10 (1).
- Lindenfield, G. (1986). *Assert Yourself*. London: Thorsons.
- Petrovič Erlah, P. in Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost: Zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo*. Nazarje: Argos.
- Schneider, B.H. (1992). Didactic methods for enhancing children's peer relations: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 12, 363-382.
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (2), 84-96.

Nada Hribar, univ. dipl. psihologinja, specialistka klinične psihologije, vedenjsko-kognitivna terapevtka

Področja delovanja: klinično psihološka diagnostika čustvenih, vedenjskih in učnih težav ter motenj v duševnem razvoju pri šolskih otrocih in mladostnikih, svetovanje in psihoterapija pri otrocih in mladostniki s čustvenimi, vedenjskimi in učnimi težavami, vodenje skupin mladostnikov z učnimi težavami in skupin za razvoj in spodbujanje veččin komunikacije, svetovalno in terapevtsko delo s starši in svojci, družinska sistemska terapija, svetovanje vzgojiteljem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri delu z otroki in mladostniki s čustvenimi, vedenjskimi in učnimi težavami, izobraževalno delo (predavanja za starše, seminarji in delavnice za strokovne delavce).

Jana Jarm, univ.dipl. psihologinja

Področja delovanja: diagnostična, svetovalna in psihoterapevtska obravnava učnih, čustvenih in vedenjskih težav otrok in mladostnikov, svetovanje staršem, vodenje skupin mladostnikov za razvoj in spodbujanje veččin komunikacije, svetovanje učiteljem in svetovalnim delavcem pri delu z otroki in mladostniki z učnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami.

Hiperkinetična motnja pri mladostniku

Povzetek

Hiperkinetična motnja je ena od najpogostejših psihiatričnih motenj v otroštvu. Ko otroci s to motnjo odraščajo in dosežejo adolescenco, je med njimi še vedno dve tretjini tistih, ki imajo simptome. Dodatno breme za mlade s hiperkinetično motnjo so razvojne naloge in zahteve adolescence same po sebi. Pogosto imajo težave s samokontrolo in samousmerjanjem lastnega vedenja, vpadajo v osebni prostor drugih ljudi, kar privede do vedenjskih, učnih težav in težav v medosebnih odnosih. Njihove nevropsihološke funkcije se zdijo nezrele in/ali pomanjkljive. Funkcionalno oškodovanost lahko kažejo na številnih področjih delovanja in ga poskušajo nekako kompenzirati. Pogosto precenijo svoje zmožnosti in nimajo uvida v svoje lastne težave. To je v glavnem tudi razlog, zakaj ne poiščejo pomoči. Potrebujemo celostno, individualizirano, dolgotrajno zdravljenje in podporo, ki vključuje člane družine in pomembne druge, da bi učinkovito obvladali simptome in oškodovanosti.

Ključne besede:

Hiperkinetična motnja, adolescenca, oškodovanost, zdravljenje

Adolescent with Hyperkinetic Disorder

Abstract

Hyperkinetic disorder is one of the most common psychiatric disorder in childhood. As children with this disorder grow up and reach the adolescence, at least two thirds of them still have symptoms. Developmental tasks and demands in adolescence on its own are an additional burden for youngsters with Hyperkinetic disorder. They often have difficulties with self-control and self-direction of their behavior, intruding upon other people's personal space and leading to behavioral, learning and interpersonal relationship difficulties. Their neuropsychological functions seem to be immature and/or deficient. They may show functional impairment on multiple domains of functioning and they try

somehow to compensate it. They often overestimate their own competences and have no insight about their own problems. This is mostly the reason why they do not look for help. They need comprehensive, individually tailored and long-term treatment and support which involves family members and important others, to cope effectively with the symptoms and impairment.

Keywords:

Hyperkinetic Disorder, Adolescence, Impairment, Treatment

1. Uvod

Hiperkinetična motnja (HKM) je opredeljena kot nevrobiološka razvojna motnja, kar pomeni, da se simptomi praviloma pojavijo v otroštvu in pogosto vztrajajo v odraslost. Vzroki zanjo so kompleksni in ne docela znani, pa vendar je kar pri treh četrtinah otrok prisotna genetska obremenjenost. Najverjetneje gre za prepletanje genetskih in okoljskih dejavnikov, ki modificirajo razvoj možganov in povzročijo spremembe v strukturi in delovanju možganov. Strukturne in funkcijske preiskave možganov kažejo na prizadetost oz. premajhno aktivnost nekaterih predelov možganov, predvsem frontalnega korteksa in njegovih povezav s striatumom in malimi možgani (Shaw, 2012). Gre za ključni del kompleksnega inhibitornega sistema, ki povezuje, uravnava in prioritizira druge kognitivne funkcije. Prizadete so t.i. izvršilne funkcije, brez katerih s težavo izvedemo neko dejavnost, čeprav vemo, kako jo je treba izvesti. Težave z inhibicijo niso stvar izbire ali motivacije, ampak tega, kaj se (ali se ne) dogaja v prizadetih možganih.

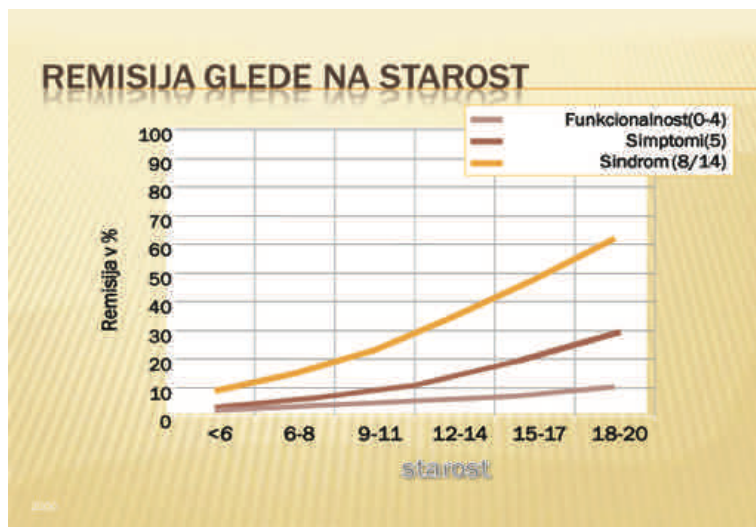
Vse te spremembe se zrcalijo skozi otrokovo vedenje kot persistentna in pervazivna motnja pozornosti (odkrenljivi, pozabljivi, neorganizirani) hiperaktivnost (nemirni, v nesmotrnem gibanju) in impulzivnost (ravnanje brez zavor in pomislekov).

2 Motnja pri vseh ne izzveni

Pogostost motnje je ob drugih epidemioloških dejavnikih odvisna od občutljivosti diagnostičnih meril, zato se podatki med ZDA (DSM) in Evropo (MKB) precej razlikujejo. Prevalenca HKM v otroštvu je 3 do 5 % (7–8 % ADHD), med prizadetimi je skoraj štirikrat več fantov kot deklic. Meta-analize kažejo, da vsaj 50 do 60 % otrok z ADHD izpolnjuje kriterije za motnjo v adolescenci, pri 15 do 66 % pa se motnja nadaljuje v odraslost. Prevalenca v odraslosti je 2,5 do 4.4 % (Kooij, 2010). Ti podatki so pridobljeni v raziskavah, ki so kot diagnostični sistem

uporabile starejšo, strožjo klasifikacijo (DSM IV-TR). Znanih je nekaj dejavnikov tveganja, zaradi katerih je verjetnost vztrajanja motnje v obdobje mladostništva in odraslosti večja. Pozitivna družinska anamneza (genetska obremenjenost), psihiatrična komorbidnost in psihosocialna tveganja (ADHD ali nekatere druge duševne motnje v družini, nizek socialno ekonomski status, nizek IQ, močno izražena hiperaktivnost/impulzivnost ali agresivnost ipd.) (Cheung, 2015). Za motnjo značilnih biomarkerjev pri HKM za enkrat ne poznamo.

Biederman poudarja, da je zmanjšanje števila obolelih s starostjo odvisno od definicije remisije. Če kot kriterij uporabimo samo število simptomov (merjenih npr. z ocenjevalnimi lestvicami), se motnje v odraslosti »znebi« dve tretjini obolelih (graf 1); če je kriterij podprazno število simptomov (med 1-5), ima simptome še vedno ena tretjina (Biederman, 2000). Izključno »zanašanje« na prisotnost ali odsotnost simptomov, ki so pri tej motnji v svojih pojavnih oblikah spremenljivi, nas lahko zmotno pripelje do zaključka, da so njihove vsakodnevne težave v celoti izzvenele, ali pa jih vsaj uspešno kompenzirajo. V kolikor pa ocenimo njihovo funkcionalno oškodovanost v vsakdanjem življenju ali jo poskušajo oceniti sami (npr. vprašanja povezana s samopodobo, kvaliteto življenja), pa remisijo doseže samo desetina odraslih z ADHD (Biederman, 2000). Zdi se, kot da lažje prerastejo kriterije za motnjo, kot pa vse mogoče funkcionalne težave, ki jih še vedno spremljajo.



Graf 1: Remisija glede na starost (Biederman, 2000)

3 Različni obrazi HKM

HKM je v vseh starostnih obdobjih izrazito kompleksna in heterogena. Gre za soigro intrinzičnih značilnosti motnje in njenega spreminjanja skozi čas, prisotnosti sočasnih motenj; značilnosti posameznika, razvojnega obdobja, odnosov s pomembnimi drugimi in podpore širšega okolja, kamor štejemo tudi možnosti zdravljenja (Kooij, 2010). Nekatere bomo na tem mestu posebej izpostavili:

- a) **Spremenljivost simptomov glede na kontekst in zahteve situacije** - ob pretiranih/ togih zahtevah, pritiskih (»bodi tiho, sedi pri miru«), premalo spodbudah, nejasnih mejah, nestrukturiranem okolju, monotonih opravilih, slabem telesnem in čustvenem stanju.
- b) **Spreminjanje jedrnih simptomov v obdobju odrasčanja:**
 - *Hiperaktivnost* v adolescenci ni več v ospredju in se vsaj »na zunaj zmanjša«, izkusijo jo kot notranji nemir, napetost, izogibajo se situacijam, kjer je potrebno sedeti na miru; (nad)kompenzirajo z intenzivnim ukvarjanjem s športi, dejavnostmi z veliko spremembami, samomedikacijo s psihoaktivnimi snovmi, računalniškimi igricami ipd.
 - *Impulzivnost* se med adolescenco prehodno še poveča, v odraslosti pa nekoliko zmanjša, najbolj jih ovira v medosebnih odnosih; (nad)kompenzirajo z iskanjem vznemirjenja, eksperimentiranjem z drogami, hitro vožnjo, tvegano spolnostjo, prenajedanjem ipd.
 - *Pomankljiva pozornost* ostaja nespremenjena tudi v odraslosti in jih v sestansko ovira; najbolj pri učenju, dejavnostih, ki zahtevajo daljši kognitivni »napor«, opravljanju poklica (Kooij, 2010).
- c) **Komorbidnost** – sočasna prisotnost drugih duševnih ali telesnih motenj ob HKM je pravilo in ne izjema (Kooij, 2010); prisotne so pri dveh od treh mladostnikov, kar lahko bistveno in dolgoročno poslabša potek in izid osnovne motnje. Prav zato je ključna zgodnja prepoznavna. Nekatere od teh motenj so bile prisotne še pred začetkom, druge (predvsem duševne motnje) so se razvile posledično, kot zaplet HKM.

Med najpogostejše pridružene motnje v adolescenci sodijo vedenjske, anksiozne in depresivne motnje, specifične učne težave, bipolarna motnja, zloraba /odvisnost od psihoaktivnih snovi ali računalniških igric ter patološko prenajedanje. Posebej velja omeniti t. i. sindrom čustvene disregulacije (na novo opisana diagnoza v DSM–V), ki se kaže kot pogosta, dnevna nihanja v razpoloženju, nizka frustracijska toleranca in pogosti izbruhi jeze. Od nevroloških so to predvsem motnje koordinacije, tiki in epilepsija, med somatskimi pa predvsem motnje spanja in enureza (Kooij, 2010; Wilens, 2005).

- d) **Vpliv spola** ni docela jasen; razmerje med spoloma v otroštvu je štiri proti ena, v odraslosti se razmerje praktično izenači. Med dekleti je pogosteje spregledana, vedenje je manj moteče; v ospredju je pogosto pomankljiva pozornost (t.i. ADD – Attention Deficit Disorder), več je sočasnih internalizirajočih motenj (ansioznost, depresivnost). Pri fantih je pogosteje izražena hiperaktivnost/ impulzivnost, več je sočasnih eksternaliziranih motenj (opozicionalno, kljubovalno in agresivno vedenje)(Wilens, 2005).
- e) **Adolescenca** sama po sebi predstavlja nevrobiološko ranljivo obdobje zaradi izrazito nesorazmernega razvoja posameznih predelov možganov. Ti dozorevajo v smeri od spodaj navzgor in od zatilja proti čelu. Na eni strani je relativno razvit t. i. limbični del (čustva, motivacija), na drugi strani pa še nezorel čelni prefrontalni del (presoja, predvidevanje, načrtovanje, odločanje, kontrola impulzov), ki dozori najkasneje, v zgodnji odraslosti (Casey, 2008). Ker ni zadostne inhibicije, so bolj impulzivni, nepredvidljivi, težje obvladujejo čustva. Potrebujemo več vznemirjenja, tveganja, dogajanja, da najdejo ustrezno motivacijo.

Po drugi strani pa adolescenca kot razvojno obdobje zahteva več samokontrole in boljše izvršilne funkcije. V vsakodnevem življenju je potrebno več samostojnosti, odgovornosti, načrtovanja in organiziranja časa. Ker so učne in delovne obremenitve večje, potrebujejo daljšo zbranost, naučiti se morajo obvladovati čustva in odložiti ugodje. Ne nazadnje morajo sprejeti pomembne odločitve, ki bodo vplivale na njihovo prihodnost.

4 Različne posledice

HKM ne samo da vpliva na mladostnikov način soočanja s situacijami in nalogami, ampak generira slabši nadzor nad samimi sabo in njegovim odraščanjem; nad svojim vedenjem, čustvi, odločitvami (Klassen, 2004). Težave, ki izhajajo iz osnovne in/ali pridruženih motenj, se na poti v odraslost kopičijo (tabela 1) in bistveno otežijo proces odraščanja. Povezovanje simptomov s prizadetostjo je ključno za diagnozo HKM. Pomembno je poudariti, da teža oziroma izraženost simptomov pogosto slabo korelira s funkcionalno oškodovanostjo; presoja slednje nam več pove, kaj mladostnik v smislu celostne pomoči najbolj potrebuje, ker:

- **Imajo slabo samopodobo** (glede na svoje sposobnosti dosegaajo manj, zaradi pogostih kritik imajo občutke manjvrednosti, nesposobnosti, občutke krivde ...).
- **Odnosi v družini so pogosto konfliktni**. Čeprav vzgoja ni vzrok za nastanek motnje, lahko nerazumevanje motnje s strani staršev, nestrpnost, trdota in

ADHD SKOZI ŽIVLJENJSKA OBDOBJA

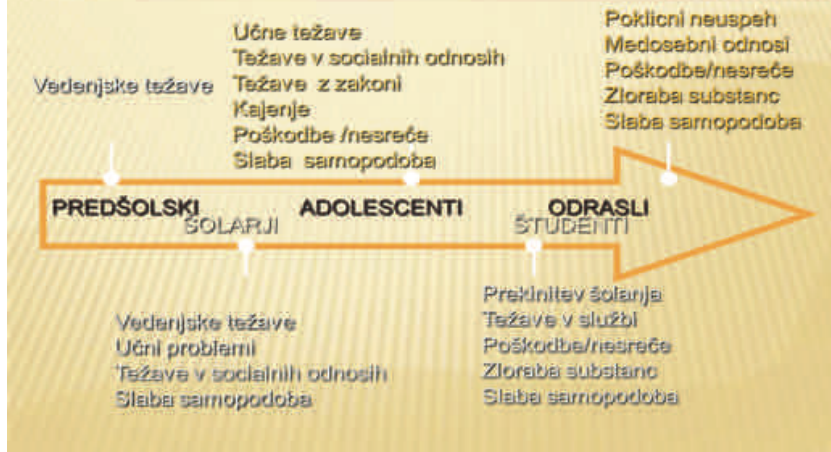


Tabela 1: HKM skozi življenjska obdobja

togost na eni ali nepredvidljivost in nestrukturiranost družinskega okolja na drugi strani, odnose bistveno poslabšajo.

- **Nimajo veliko prijateljev** -70 % jih nima recipročnega prijateljstva ali so ta zelo kratkotrajna. Vrstniki jih bistveno bolj odklanjajo (80 % nad 1 standardno deviacijo, 60 % nad 2, preiskovanci stari med šest in šestnajst let) (Klassen, 2004; Hoza,2005).
- **V šoli so učno manj uspešni**, kljub normalni ali nadpovprečni inteligentnosti. Delujejo nemotivirano za učenje, kaotično, neorganizirano, zamujajo, pozabljajo, prelagajo obveznosti. Pogosto ponavljajo razred, menjavajo šole ali opuščajo šolanje (Klassen, 2004).
- **Več tveganega vedenja**, posledično so udeleženi v trikrat več prometnih nesrečah, pri njih je 2,5 krat več zlorabe drog, neželenih nosečnosti in spolno prenosljivih bolezni, 3-5krat več delikvence, posebno nasilja.

5. Merila in čas, potreben za diagnostiko

Pri diagnostiki uporabljamo enega od diagnostičnih sistemov - Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB-10), ki govori o hiperkinetični motnji (WHO, 1992) ali ameriško klasifikacijo (DSM-V), ki govori o motnji pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo (angl. ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (American Psychiatric Association, 2013). Oba diagnostična sistema se po opisu in številu simptomov ne razlikujeta; lahko jih razdelimo v dve (DSMV), oziroma tri skupine (MKB-10) (tabela 1), vendar so diagnostični kriteriji za postavitve diagnoze HKM bistveno strožji. Za diagnozo je potrebno:

- Ugotoviti prisotnost simptomov iz vseh treh skupin (vsaj šest simptomov pomanjkljive pozornosti, tri simptome hiperaktivnosti, en simptom impulzivnosti).
- Ti simptomi morajo biti prisotni vsaj šest mesecev in izraženi do take mere, da razvijejo maladaptacijsko vedenje, ki ni v skladu s pričakovanim razvojem.
- Pervaziven potek vsaj v dveh okoljih, dva različna vira informacij.
- Pomembna je funkcionalna oškodovanost na šolskem, socialnem in poklicnem področju.
- Začetek motnje mora biti pred sedmim letom starosti (WHO, 1992).

POMANJKLIIVA POZORNOST	HIPERAKTIVNOST	IMPULZIVNOST
<ul style="list-style-type: none"> • Ne posveča pozornosti podrobnostim • Teško ohrani pozornost • Ne posluša, kadar se ga neposredno nagovori • Ne izpelje nalog • Težave pri organiziranju nalog in dejavnosti • Izogiba se nalogam, ki zahtevajo daljši miselni napor • Pogosto izgubi stvari, ki so potrebne za naloge ali dejavnosti • Hitro mu pozornost odvrnejo zunanji dražljaji • Pozabljiv pri vsakodnevnih dejavnostih 	<ul style="list-style-type: none"> • Je nemiren in/ali se zvija • Ne more sedeti pri miru, ko se to pričakuje • Preveč teče in/ali pleza • Teško se tiho igra • Stalno je v gibanju • Preveč govori 	<ul style="list-style-type: none"> • Odgovori brez premisleka • Teško čaka, da pride na vrsto • Pogosto moti ali se vmešava

Tabela 2 : Skupine simptomov HKM (ICD- 10)

V DSM –V je nekaj pomembnih razlik, ki omogočajo lažje prepoznavanje motnje pri mladostnikih in odraslih; v ta namen je dodan tudi praktični opis klinične slike za določeno starostno obdobje. Za diagnozo ADHD zadostuje šest simptomov pomanjkljive pozornosti **ali** skupno šest simptomov hiperaktivnosti/impulzivnosti. Nad starostjo 17 let za diagnozo zadostuje pet simptomov iz prve **ali** (v DSM-združene) druge in tretje skupine. Simptomi se morajo pojaviti pred 12. letom starosti. Pomembna je tudi opredelitev t.i. delne remisije, ki pomeni zmanjšanja števila simptomov ob še prisotni funkcionalni oškodovanosti, saj opozarja na to, da manj simptomov ne pomeni nujno pričakovanega okrevanja (American Psychiatric Association, 2013).

Vsi otroci, ki izpolnjujejo kriterije za HKM, hkrati izpolnjujejo tudi kriterije za ADHD; obratno velja, da le otroci s težko obliko ADHD (opredeljeno s številom simptomov) izpolnjujejo kriterije za HKM.

Za diagnostiko je potreben širok nabor anamnestičnih podatkov (psihiatrična anamneza in hetero-anamneza, razvojna in družinska anamneza, forenzična anamneza, podatki o komorbidnih psihiatričnih, somatskih in nevroloških motnjah), klinični pregled (zdravnik, psiholog, defektolog, po potrebi drugi specialisti), morebitne dodatne klinične preiskave. Neobhodni so klinično psihološki testi, v pomoč so tudi ocenjevalne lestvice simptomov in pedagoška poročila.

Diagnostika HKM je proces in ne enkratno srečanje s pacientom, zanj si je potrebno vzeti bistveno več časa, da vključimo vse relevantne podatke. Povezovanje simptomov s prizadetostjo je namreč ključno za diagnozo HKM. Zato je potrebno otroke/mladostnike večkrat pregledati.

6. Nujnost celostnega zdravljenja

Mladostniki s HKM, še posebej tisti v obdobju pozne adolescence, pogosto nimajo uvida v svoje težave in ne čutijo potrebe po strokovni pomoči. Želijo biti natančno taki kot njihovi vrstniki, brez diagnoz in zdravil. Tudi strokovnjaki lahko njihove simptome nemalokrat spregledamo, ker ocenimo, da motnje sploh ni ali da je izzvenela. Lahko gre tudi za to, da simptome pripišemo in zato zdravimo komorbidno psihiatrično motnjo, npr. odvisnost od drog, ne “vidimo” pa HKM v ozadju (Wilens, 2000). Zaradi navedenega in še nekaterih drugih razlogov se jih zdravi manj, kot bi bilo potrebno (Chacko, 2010).

Zdravljenje hiperkinetične motnje zahteva celostni in multimodalni pristop, prilagojen posamezniku, vseskozi evaluiran in optimiziran (NICE, 2008). Drugače kot pri otrocih s HKM, pri katerih terapevtske intervence “tečejo” pretežno preko staršev, pedagogov in pomembnih drugih, je mladostnik zaradi

svojih kompleksnih potreb in komorbidnosti postopoma vedno bolj v samem središču individualne terapije (NICE, 2008).

Prav tako mu pomaga, če se vključi in vztraja v manjši skupini (na primer kot član podporne skupine mladostnikov ali skupine za učenje socialnih veščin), v kolikor to zmore in ni preveč "moteč" za druge. Skupina za starše (psihoedukacijska, samopomočna ipd.) prav tako pomembno pripomore k izboljšanju in pomembno zmanjšuje slabo počutje obojih.

Osnovno zdravljenje sloni na svetovanju, psihoterapiji in edukaciji in je terapija izbora za blago do zmerno obliko ADHD, za težko obliko ADHD pa so potrebna tudi zdravila (NICE, 2008):

• Nefarmakološko zdravljenje

- a.) **Psihoedukacija mladostnikov in njihovih družin** predstavlja prvi in osnovni korak pri zdravljenju. Pogovor o simptomih in posledicah, dednosti, nevrobiologiji, kaj lahko naredijo sami, o možnostih zdravljenja in prognozi mu pomaga razumeti in sprejeti pa tudi okrepiti njegovo aktivno sodelovanje v zdravljenju (Murphy, 2010). Občasno ga je koristno povprašati, kako razume motnjo in njen vpliv na njegovo življenje in po potrebi dodatno informirati.
- b.) **Psihološki ukrepi** (kognitivno vedenjska terapija, družinska terapija) so potrebni v različnih obdobjih in/ali fazah razvoja mladostnika. *Jasno je treba opredeliti cilje, ki morajo biti prilagojeni njegovim potrebam in vedenja, ki bi jih želeli spremeniti.* Strategije, ki izhajajo iz vedenjsko-kognitivnega modela, so usmerjene tako v jedrne simptome HKM (neobvladovanje časa, nepozornost, neorganiziranost..), kot v pridružene težave (vključevanje med vrstnike, jeza, tesnoba, spanje, hranjenje, droge..)(Young,2014). Smiselno je izbrati in delati na določenih simptomih (največ enega ali dva naenkrat), predvsem pa zagotoviti, da mladostnik uspe spremembe prenesti in obdržati v vsakodnevem življenju.

Vedenjske intervencije so bolj kot na osnovne simptome usmerjene na vse s HKM povezanimi vedenjskimi težavami. Z učenjem funkcionalnih veščin in strategij spoprijemanja (trening asertivnosti, socialnih veščin, reševanja problemov, samoorganiziranosti, obvladovanja jeze, obvladovanja časa ..) lahko uspešno nadomestijo primanjkljaje (Chacko, 2014).

Meta analize nekaterih specifičnih psiholoških terapij, kot je t.i. kognitivni trening (krepitev deficitov npr. delovni spomin, pozornost) in neurofeedback (z vizualizacijo možganske aktivnosti učenje kontrole

impulzov, pozornosti), kažejo na relativno majhen pozitiven učinek, če so pri oceni uspešnosti upoštevali pozitivni bias mladostniku »bližnjih« ocenjevalcev (starši, terapevt)(Sonuga-Barke, 2013).

- **c.) Psihosocialni ukrepi** so potrebni v smislu podpornega svetovanja, prilagoditev v šoli, uporabe tehničnih pripomočkov, pomoči pri izbiri poklica, pa tudi “kriznih timov“, če je to potrebno(Young, 2014). Po pravilu so ti ukrepi, ko gre za otroke za slovenskem prostoru, sorazmerno dobro utečeni, bistveno manj pa, ko gre za mladostnike.

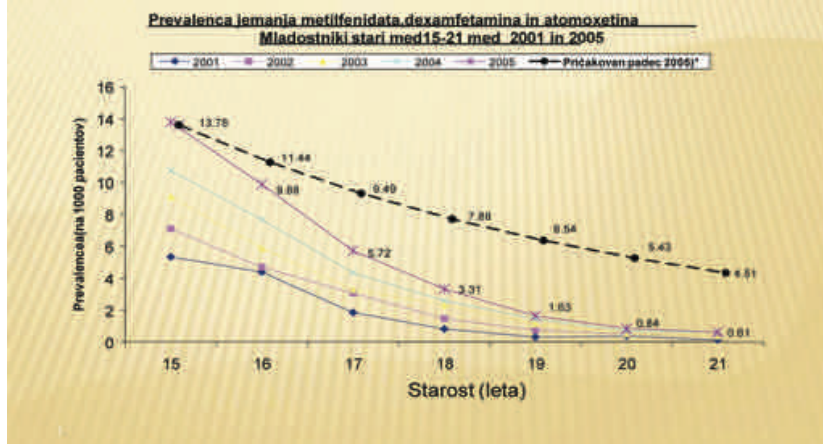
- **Zdravljenje z zdravili**

Zdravljenje z zdravili je indicirano za tiste otroke in mladostnike s težjo obliko ADHD ali tiste z zmerno obliko te motnje, pri katerih vsi ostali ukrepi niso bili uspešni. Ker težja oblika ADHD ustreza kriterijem za hiperkinetično motnjo, pomeni, da je zdravilo potrebno predpisati vsem mladostnikom s to diagnozo. V slovenskem prostoru sta na voljo dve vrsti zdravil: psihostimulans metilfenidat (Ritalin, Concerta) in atomoksetin (Strattera), ki sta po učinkovitosti primerljiva. Slednje je še posebej indicirano za paciente z nekaterimi komorbidnimi motnjami (zlorabopsihoaktivnih snovi; anksiozno motnjo, tiki in Tourettovim sindromom). Zdravljenje mora trajati toliko časa, dokler je to za mladostnika klinično koristno, pogosto ga bo potreboval še v odraslosti. Učinkovitost in prenosljivost zdravil za HKM pri mladostnikih je podobna kot pri otrocih s to motnjo. Ocena učinkovitosti zdravil je otežkočena zaradi:

- manj izstopajočih simptomov,
- prepletanja s simptomi komorbidnih motenj,
- poročanja staršev in učiteljev so manj zanesljiva in šibko korelirajo z opisi mladostnika,
- slabšega sodelovanja/odporov mladostnika v zdravljenju (Chacko, 2014).

Slednje velja za največjo oviro pri zdravljenju mladostnikov s HKM. Chacko (2010) v meta-analizi raziskav, povezanih z adherenco do zdravil (večinoma je šlo za psihostimulanse), ugotavlja, da zdravila po navodilih (ustrezni odmerki, rednost, časovno obdobje) jemlje samo ena tretjina mladostnikov. Od preostalih jih petina neha že po enem mesecu jemanja, povprečno pa nehajo po štirih mesecih jemanja. Ena od pogosto citiranih longitudinalnih raziskav kaže na to, da je opuščanje zdravil bistveno večje, kot bi to pričakovali glede na s starostjo pričakovan upad simptomov (McCarthy, 2009), (graf 2), in da tisti, ki so začeli jemati zdravilo pri 15. letih, z njim praktično vsi nehajo, ko so stari 21 let.

ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI



Graf 2 : Prevalenca jemanja zdravil za HKM v obdobju od 15.do 21. leta

Zato je pomembno prepoznati, kaj je tisto, kar mladostniku pomaga, da se obdrži v zdravljenju. Študije kažejo na možne dejavnike, zaradi katerih mladostniki ali njihovi starši ne vidijo več potrebe po zdravljenju (Chacko, 2010):

- menijo, da so težave »prerasli«, ali pa jih pripisujejo nečemu drugemu,
- razvili so bolj ali manj uspešne kompenzatorne strategije,
- pustili so šolo, izbrali manj zahtevna dela,
- se precenjujejo glede lastne samostojnosti, življenjskih veščin in kompetenc,
- želijo več avtonomije, terapijo odklanjajo zaradi opozicionalnosti ali strahu pred stigmatom,
- ne želijo, da so starši ob njih pri zdravljenju; da jih oni pripeljejo in govorijo za/namesto njih, kot je to potekalo v obdobju otroštva,
- preprosto nimajo kam, ker obstoječe oblike pomoči ni ali pa so neustrezne (Chacko, 2010; Young, 2012)

Potrebujejo torej pomoč, ki se sprti in stalno odziva na njihove stiske in potrebe, kot mladostnika, ki si prizadeva odrasti, in kot mladostnika s HKM. Pomagamo jim poiskati in ohraniti tisto, v čemer so uspešni. Poskušamo najti način, kako z

mladostnikom vzpostaviti in ohraniti **sodelovalni odnos**, v katerem lahko zaupa, se počuti varnega in spodbujenega, da aktivno rešuje svoje težave. Naučijo se v pozitivno usmerjati svojo dinamičnost, energijo in ustvarjalnost.

7. Zaključek

V slovenskem prostoru, tudi strokovnem, je relativno dolgo veljalo prepričanje, da je hiperkinetična motnja težava, ki se pojavi v otroštvu in jo vsi otroci z odraščanjem prerastejo. Da »izzveni« nekje v adolescenci in je odrasli enostavno nimajo. Verjetno je to eden od razlogov, zakaj smo v primerjavi z razvitim svetom pri nas šele pred kratkim pričeli vzpostavljati mrežo strokovnjakov na področju zdravljenja odraslih s hiperkinetično motnjo oziroma ADHDjem. Na področju otroške in mladostniške psihiatrije in psihologije je zdravljenje dolgoletna ustaljena praksa, v pripravi so tudi smernice za zdravljenje otrok in mladostnikov s HKM. Vedno več je osveščenih staršev, vzgojiteljev in pedagogov.

Pri nas, prav tako kot v tujini, opažamo, da mladostniki v zdravljenju redko vztrajajo dovolj dolgo. Nehajo prav takrat, ko so na razvojno občutljivih prehodih v večjo samostojnost in neodvisnost od staršev, nadaljevanje šolanja in odločanjem za poklic. Zahtevajo drugačno odzivnost stroke.

Nekateri miti o motnji se zdijo preseženi. Dobro poznavanje življenja mladostnikov s to motnjo, skupaj z upoštevanjem novih dognanj, je tudi v bodoče dober odgovor na mite in stereotipe vseh vrst.

Literatura:

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington : American Psychiatric Publishing. S. 59–65.

Biederman J et al. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5):816-8.

Casey B. J. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1124 (3): 111–126.

Chacko A et al. (2010). Improving medication adherence in chronic pediatric health conditions: a focus on ADHD in youth *Current pharmaceutical design*16(22):2416-23

Chacko A et al. (2014). Improving Outcomes for Youth with ADHD: A Conceptual Framework for Combined Neurocognitive and Skill-Based Treatment Approaches. : *Clinical child & family psychology review*, vol:12, 519-524.

Cheung CHM et al. (2015). Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. *J of Psychiatric research*. article in press. Dostopno dne 10. 12. 2014 na: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956\(15\)00022-9/ab](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956(15)00022-9/ab)

Hoza B et al. (2005). Peer-assessed outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Adoles Psychol*, 34:74-86.

- Klassen AF et al. (2004). The impact of ADHD on QoL domains in children *Pediatrics*, 114: 541-547.
- Kooij S et al. (2010). Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): comorbidity, differential diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry*, 10: 67. McCarthy S et al. (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults *BJPsych*, 194: 273-277.
- Murphy K et al. (2010). Coaching for ADHD. *J Atten Disord* 13(5):546-52.
- NICE Clinical Guidelines 72. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2008. Dostopno dne 12.12. 2014 na <http://www.nice.org.uk/guidance/cg72>
- Sonuga-Barke E et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*; 170 (3): 275-289
- Shaw, P. et al. (2012). Development of Cortical Surface Area and Gyrfication in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 72 (3): 191.
- The ICD -10 . (1992). Classification of Mental and Behavioural Disorders.: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva : WHO
- Wilens TE et al. (2000). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Am J of Psychiatry* 157(5):816-8.
- Young, S et al. (2012). Cognitive behavioral Therapy for ADHD Adolescents and Adults: A Psychologica Guide in Practice. Second Edition. Chichester : John Wiley & Sons.

Bojan Belec, dr. med., specialist pedopsihiatrije

Področja delovanja: diagnostična obravnava, zdravljenje, rehabilitacija ter preprečevanje akutnih in kroničnih psihiatričnih motenj in obolenj otrok in mladostnikov, obravnava otrok in mladostnikov z motnjo v duševnem razvoju, individualna in skupinska psihoterapevtska obravnava otrok in mladostnikov, psihoterapevtsko delo s starši in svojci, svetovanje družini, pedagogom in drugim v otrokovem/mladostnikovem socialnem okolju pri rizičnih in posebej ogroženih otrocih, mladostnikih, skupinsko delo pri obravnavi psihosocialnih motenj, raziskovalno delo, izobraževalno delo (seminarji, predavanja).

Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti

Povzetek

Otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti so vključeni v inkluzivno šolo ter prinašajo veliko izzivov na področje poučevanja. Z metodo odziva na obravnavo, uporabo intervenc dobre poučevalne prakse, z upoštevanjem prilagoditev ter modifikacijo prepričanj razvijamo šibke in kompenzatorne spretnosti ter spodbujamo razvoj potencialov in kompetenc, ki vplivajo na zmanjševanje neželenega vedenja, razvoj ustreznih socialnih in komunikacijskih veščin, pozitivno samopodobo ter posledično doseganje višjih izobraževalnih dosežkov.

Ključne besede:

otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti, inkluzivna šola, pomoč pri razvijanju šolskih spretnosti, uporaba intervenc dobre poučevalne prakse

Assisting children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Abstract

Children suffering from attention deficit hyperactivity disorder attend inclusive schools and pose a big challenge to teaching. By applying the method of treatment response, by using interventions of good teaching practice, by taking adjustments of inclusive school into account, as well as by adjusting convictions, we support development of the weak and compensatory skills and we encourage the development of potentials and competences. This help reduce undesired behavior and develop appropriate social and communication skills as well as positive self-esteem thus achieving better learning results.

Keywords:

children with attention deficit hyperactivity disorder, inclusive school, assistance in developing learning skills, use of interventions of good teaching practice

Predstavitev populacije

Otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti so velika in raznolika skupina. Težave, ki jih imajo, so lahko blažje ali težje oblike ter se z otrokovim razvojem spreminjajo. Motnja pozornosti in aktivnosti je obremenjujoča predvsem v obdobju šolanja, zlasti zaradi pravil, načina dela in organizacije v šoli. Otrok ne zmore sedeti dolgo pri miru, se obrača na stolu, hodi po razredu, ne sledi navodilom, pozablja na pripomočke, jih pogosto izgublja, pozablja domače naloge, se dolgočasi ter moti druge, je impulziven, reagira hitro, brez premisleka, težko razpozna ter upošteva svoje potrebe ter potrebe drugih, zato prihaja pogosteje v konflikte z okolico. Lahko pa je odmaknjen, odsoten, zelo počasen ter nikomur v napoto. Lahko se zateka v svoj svet ter ne sliši navodil in razlage učne snovi.

Motnjo pozornosti in aktivnosti diagnosticira zdravnik – otroški psihiater v interdisciplinarnem timu s psihologom/kliničnim psihologom in defektologom/specialnim pedagogom, socialnim pedagogom in ostalimi strokovnjaki po potrebi. Motnjo pozornosti in aktivnosti diagnosticiramo na podlagi diagnostičnih kriterijev. Uporabljamo klasifikacijo Ameriškega psihiatričnega združenja DSM 5th, klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije ICD-10, Connersovo ocenjevalno lestvico za učitelje (CTRS-R, 1998), funkcionalno oceno vedenja, različne vprašalnike, preizkuse, kvalitativno opazovanje otroka, njegovih izdelkov, kontrolnih nalog, zvezkov ipd. Pomembne informacije o otrokovem razvoju, vedenju, vzgoji in funkcioniranju nam posredujejo starši, vzgojitelji in učitelji.

3–5 % otrok z motnjo aktivnosti in pozornosti potrebuje kompleksnejšo obravnavo ter svetovanje. Svetujemo udeležbo na treningih za razvijanje posameznih spretnosti ter obiskovanje obravnave, ki se odvijajo v specializiranih institucijah. Svetujemo kombinirane oblike obravnave pri različnih strokovnjakih, ki posegajo na različna učno-vzgojna področja ter krepijo kompetence otrok ter staršev. Individualna pomoč naj bo usmerjena v razvijanje in krepitev naslednjih funkcij: slušna, vidna pozornost ter pomnjenje, vidno-motorična koordinacija, pridobivanje organizacijskih veščin, razvijanje eksekutivnih funkcij, kognitivnih in metakognitivnih spretnosti ter ustreznih učnih strategij in navad. Program naj bo usmerjen v razvoj otrokovih spretnosti, izkušenj, znanj in interesov ter razvoj razumevanja narave motenj pozornosti in aktivnosti ter v oblikovanje pričakovanih in zahtev okolja (Pulec, 2002). Nekateri otroci potrebujejo še posamezne treninge za razvijanje pozornosti, spretnosti samospoznavanja, samonadzora, reševanja problemov,

socialnih spretnosti, komunikacije (Pajič, 2006). Pomembno je, da poleg vseh obravnjav ter treningov otroka vključujemo v vsakdanje obveznosti in življenje.

Pri izrazitejših težavah svetujemo usmeritev v program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo. »Diagnoza sama po sebi še ni zadostno merilo, da ima otrok posebne vzgojno-izobraževalne potrebe in da zato posledično potrebuje usmeritev. Za usmeritev je potrebna ugotovitev, da bolezen, zdravljenje ali morebitne posledice obojega pomembno vplivajo na otrokovo funkcioniranje v vzgojno-izobraževalnem procesu, na njegovo uspešnost in učinkovitost« (Kriteriji za usmerjanje dolgotrajno bolnih otrok). Otroci z izrazitejšo motnjo pozornosti in aktivnosti pogosto potrebujejo še medikacijo.

Pri eni tretjini otrok težave izzvenijo do pubertete, pri drugi tretjini se kažejo znaki motnje še v odraslosti (povečan nemir, dinamično življenje v službi in partnerstvu ...). Pri eni tretjini pa postanejo težave intenzivnejše ter se tudi v odraslosti kažejo kot konflikti z okoljem ter kot pojavljanje družbeno manj sprejemljivih oblik vedenja.

Motnja pozornosti in aktivnosti je lahko povezana še z drugimi motnjami, ki pomembno obremenjujejo področje razvoja šolskih veščin: disleksijo, disgrafijo, dispraksijo. Komorbidnost pri osebah z motnjo pozornosti in aktivnosti je 20 % z anksioznimi motnjami ali motnjami razpoloženja. 25 % otrok pa ima še učne težave (Power, Karuti, Habouhe 2001). Pri mnogih otrocih se poleg osnovne motnje pozornosti in aktivnosti pojavljajo še težave na socialnem, čustvenem in vedenjskem področju.

V nadaljevanju bomo predstavili intervence specialno pedagoške prakse, ki spodbujajo razvoj šolskih veščin pri otrocih z motnjami pozornosti in aktivnosti. Uporabo svetujemo učiteljem, specialnim pedagogom in staršem, pri spodbujanju razvoja otroka.

Pomoč pri branju

- Za usmeritev pozornosti uporablja pri branju sivo kartico z okvirčkom, ki odkrije tisto besedo, ki jo bere. Okvirček je rdeče obrobjen ter dodatno usmerja pozornost.
- Branje s prstom usmerja pozornost, posebej, če je na prstu rdeča pika.
- Drsenje s prstom po podlagi spodbuja razvoj vidno-motorične koordinacije, vidnega sledenja ter spodbuja kinestetični preferenčni kanal.
- Barvne oznake zlogov ali problematičnih črk omogočajo boljše vizualno zapomnitev, diferenciacijo in asociacijo.

- Grafične oznake na začetku besedila uporabljamo pri orientacijskih težavah ali na začetku procesa opismenjevanja, ko še ni utrjena smer branja.
- Z multisenzornim načinom utrjuje obliko črk ter razvija taktilne spretnosti (uporablja telo, glino, plastelin, žico, karton, črke piše v koruzni zdrob, mivko, na gladke površine s prstnimi barvami, z brivsko peno, kremo ipd.).
- Ustrezna dolžina in zahtevnost besedila vplivata na lažje sledenje ter ohranjanje obsega pozornosti. Predolga besedila, z arhaičnimi izrazi, zmanjšujejo motivacijo in obseg pozornosti.
- Slikovno gradivo, ki je natisnjeno na drugi strani kot besedilo, služi kot napoved teme, zvišuje motivacijo ter je namenjeno lažjemu razumevanju prebranega. Slikovno gradivo, ki je natisnjeno na isti strani kot besedilo, odvrne pozornost ter popelje otroka v domišljjski svet.

Pomoč pri pisanju

- Pri vajah pisanja otrok usmerja pozornost na en element pisanja hkrati (npr. zapis končnega ločila z rdečo barvo). Z namenom avtomatizacije spretnosti naredi otrok veliko vaj z barvanjem končnih ločil sprva na natisnjenih, kasneje na lastnih besedilih.
- Narekujejo manjše enote ter preverjamo sledenje nareku. Z mirnim, jasnim glasom enoto po potrebi ponovimo.
- Spodbujamo uporabo pisal, ki razvijajo tritočkovni prijem.
- Spodbujamo uporabo grafičnih in barvnih oznak, ki označujejo smer pisanja, vrstico pisanja ter ohranjajo ravno navpično linijo.
- Omejen prostor v okvirčku povečamo ali povečamo razmik med vrsticami, da otrok razvije spretnosti načrtovanja in organizacije.
- Otroka učimo načrtovanja pisanja v omejen prostor.
- Pisanje na računalnik uporablja v primeru težje oblike disgrafije ali dispraksije. Pri nekaterih šolskih predmetih snov zapisuje ter s tem ohranja spretnosti tritočkovnega prijema ter vidno-motorične koordinacije.
- Manjkajočo učno snov dopolni in prepíše, saj s prepisovanjem utrjuje učno snov.
- Obsežnejšo manjkajočo snov fotokopiramo.

Pomoč pri računanju

- Otrok s preferenčnim vidnim, zaznavnim kanalom uporablja sistematične barvne oznake mestnih vrednosti, ki spodbujajo vidno asociacijo in olajšajo priklic.
- Uporablja različne tabele in preglednice za lažje podpisovanje ter pridobivanje orientacijskih in organizacijskih veščin.
- Uporablja različne multisenzorne pripomočke, modele, ki pritegnejo pozornost, omogočajo boljšo predstavljivost, olajšajo zapomnitev in priklic podatkov, dejstev.
- Izvaja trening reševanja besedilnih nalog. Število stopenj prilagodimo.
- Z modeliranjem ga učimo, da si nudi samoinstrukcije (razvoj notranjega govora).
- Naloge oblikujemo po stopnjah, da se otrok uči sistematičnega reševanja.
- Spodbujamo izvajanje mešanih vaj glasnega in tihega računanja z uporabo vseh štirih računskih operacij).
- Naloge stopnjujemo ter učimo reševati po korakih. Spodbujamo načrtovanje, preverjanje in zaključevanje reševanja posamezne naloge.

Pomoč pri učenju (nasveti za starše, specialne pedagoge in učitelje)

- Vprašamo otroka, kaj mu pomaga pri učenju.
- Sedimo ob njem, ko je to potrebno.
- Uči se v prostoru, kjer so starši v bližini, če jih potrebuje.
- Občasno preverjamo otrokovo učenje, pregledujemo naloge in usmerjamo pozornost.
- Navajamo na urejen delovni prostor pred začetkom učenja.
- Pri beleženju domačih nalog spremljamo, ali je naloga opravljena. Starši nalogo pregledajo ter odključajo v beležki, da je naloga rešena. Kasneje otroka učimo, da sam reši nalogo ter jo v beležki odključa.
- Navajamo na pripravo šolskih potrebščin pri učenju (ošiljen svinčnik, zvezek ...).

- Navajamo na samostojnost ter načrtovanje in beleženje časa učenja.
- Uvedemo kartonček za evidenco učenja, ki motivira in obvezuje.
- Pomagamo pri načrtovanju urnika učenja ter razporeditvi popoldanskih aktivnosti.
- Učimo načrtovanja učenja posameznega predmeta.
- Učimo razdeliti snov na smiselne, zaključene enote.
- Dogovorimo se za količino in obseg odmorov.
- Spodbujamo življenje v šolsko snov ter predstavljanje.
- Spodbujamo aktivno, eksperimentalno učenje, pri katerem je otrok dejaven ter zadovolji njegove potrebe.
- Spodbujamo multisenzorno učenje (vid, sluh, izkušnja).
- S stalnostjo časa in prostora vzpostavimo dobre učne navade.
- Zagotavljamo mir. Otroku lahko uporabljamo večje slušalke ali zvočno kuliso, če mu to pomaga vzpostavljati ustrezen obseg ter selekcijo pozornosti.
- Zmanjšamo vpliv vidnih, slušnih motečih dražljajev. Ko se otrok uči, ne gledamo TV, glasno razpravljamo ali poslušamo glasbe.
- Na pisalni mizi ima pripomočke, ki jih potrebuje za en predmet naenkrat. Ostali pripomočki so na polici ali pod mizo.
- Uporablja škatle, predalnice, v katerih ima označene, organizirane šolske potrebščine.
- Za ovitke zvezkov uporablja enako barvo za posamezen predmet.
- Na delovni mizi ima list s strategijami, algoritmi reševanja nalog, odgovarjanja (Najprej premislim, potem odgovorim. Jereb, 2011).
- Na delovni mizi ima opomnike, ki ga opominjajo na sklenjene dogovore, domače naloge, način dela (Jereb, prav tam).
- Po končanem učenju pospravi pripomočke na dogovorjeno mesto v sobi.
- Po končanem učenju pripravi šolsko torbo za naslednji dan ter jo pripravi k vhodu.

- Otroka navajamo, da sam ovrednoti svoje napore in dosežke in da doživlja ugodje.
- Nagrade, privilegije po dobro opravljeni nalogi izvajamo po dogovoru ter so vnaprej znani. Za posebne dogovore in zahtevnejša vedenja vnašamo bonus točke. *Primer: točkujemo ustrezno pripravljeno delovno površino, pripravljene pripomočke, čas do začetka učenja (Power., Karuti, Habouhe, 2001).*

V nadaljevanju bomo predstavili aktivnosti, ki jih uporabljamo v specialno pedagoški obravnavi. Razvoj ali kompenzacija opisanih spretnosti podpira razvoj kognitivnih, socialnih, emocionalnih in senzomotoričnih spretnosti (Černe, Guček T., 2014).

Aktivnosti za razvijanje vidne pozornosti in pomnjenja

- Uporaba slik z več podrobnostmi (»Na sliki poišči, obkroži, poveži«).
- Iskanje razlik/podobnosti med podobnima slikama, simboli, podobnimi besedami.
- Iskanje sprememb na drugem ali v prostoru.
- Iskanje določene besede v množici besed.
- Uganjevanje manjkajočih predmetov na mizi.
- Uporaba pravljic, ki spodbujajo vizualizacijo.
- Vidno kopiranje oblik, simbolov, likov, geometrijskih teles. Otrok preriše obliko.
- Vidno pomnjenje oblik, simbolov, likov, geometrijskih teles, slik. Otrok pogleda obliko, si jo zapomni in nariše po spominu.
- Vidno zaključevanje oblik, simbolov, likov, geometrijskih teles. Otrok zaključi obliko, ki ni dokončana tako, da bo enaka obliki, ki je natisnjena.
- Vizualni ritem vzorcev in oblik. Otrok uporablja konkretne materiale ali risanje.
- Potovanje po labirintih s svinčnikom ali s prstom. Prej načrtuje pot izvedbe.
- Povezovanje točk v sliko. Otrok povezuje točke v zaporedju števil.

Aktivnosti za razvijanje vidno-motorične koordinacije

- Trening razvijanja vidno-motorične koordinacije, sledenja: »ogledalo« (istočasno zrcaljenje gibov za drugim); ponovitev sklopa gibov za drugim.
- Oblikovanje velike mandale iz različnih materialov v razredu. Barvanje mandal.
- Različne gibalne igre (igre z žogo, z loparji itd.).

Aktivnosti za razvijanje slušne pozornosti in pomnjenja

- Risanje po nareku spodbuja spretnosti poslušanja, pomnjenja ter utrjevanja pojmov.
- »Pisanje« nareka s postavljanjem kock (Vsaka beseda je ena kocka. Lahko so npr. samostalniki rdeče kocke, pridevniki modre ...).
- »Pisanje« nareka s črtami (Lahko diferenciramo dolge in kratke besede z dolgimi in kratkimi črtami.).
- Igre z ropotljami, ropotajočimi predmeti razvijajo in vzdržujejo slušno pozornost.
- Igre ploskanja razvijajo prilagajanje skupini, spodbujajo ritem, fokusirano pozornost.
- Razločevanje zvokov, šumov in glasov ter opredelitev jakosti vpliva na slušno diskriminacijo ter razširja obseg slušne pozornosti.
- Poslušanje določenega zvoka ter izvedba dogovora vpliva na diskriminativno slušno pozornost, upoštevanje pravil ter samokontrolo.
- Razločevanje podobnih glasov ali besed vpliva na spretnosti opismenjevanja.
- Risanje ob glasbi. Otrok posluša klasično glasbo ter prosto riše; otrok prosto riše ob glasnih zvokih; otrok prosto riše ob tihih zvokih ter razvija selektivno pozornost (povzeto po metodi C. Goldfus).

Senzomotorične in sprostitvene aktivnosti

- Sproščanje roke pred pisanjem z različnimi finomotoričnimi gibi.
- Izvajanje gibalnih vaj (žoganje z baloni, vrečkami) spodbuja razvoj vidno-motorične koordinacije, vidnega sledenja, utrujejo ritem.

- Skupinsko, individualno izdelovanje kreativnih oblik iz različnih, naravnih materialov.
- Dihalne vaje vplivajo na umirjanje in sproščanje.
- Vodene vizualizacije vplivajo na umirjanje in sproščanje.
- Poslušanje pomirjajoče glasbe na slušalkah.
- Razvijanje taktilne občutljivosti z dotikanjem različnih predmetov, materialov, miže.
- Risanje, pisanje, računanje s prstnimi barvami, kremo, brivsko peno.
- Risanje, pisanje, računanje po koruznem zdrobu, mivki ...
- Risanje, pisanje, računanje po napihnjem balonu.
- Oblikovanje sneženih kep iz papirja spodbuja razvijanje finomotoričnih spretnosti.
- Uporaba Brain Gym® aktivnosti (PACE vaje za optimalno pripravo možganov na učenje) ter ostale vaje za centralno, fokusno in lateralno dimenzijo.
- Uporaba Original Play® aktivnosti za razvoj socialne pripadnosti, reševanje konfliktov, izboljševanje samopodobe, spodbujanje čustvene fleksibilnosti, prilagodljivosti na spremembe, zmanjševanje anksioznosti, stresa in obrambnega vedenja, spodbujanje razvoja gibalnih spretnosti, fine in grobe motorike, ravnotežja, fleksibilnosti odziva. Aktivnosti vplivajo na imunski, kardiovaskularni in endokrini sistem ter na plastičnost možganov.
- Globinska masaža stopal pred spanjem z roko ali masažnim ježkom pomirja in sprosti.
- Igre ravnotežja ter igre pridobivanja različnih gibalnih in senzomotoričnih izkušenj iz pedagogike Marije Montessori. *Primeri: otrok prenaša skodelico z vodo po prostoru, prenaša knjigo ali blazino na glavi, prenaša zvonček ter hodi v krogu, prenaša zastavici v rokah ter hodi v krogu, hodi po robnikih, različnih robovih, vzpetinah, klancih, po gozdu, neravnem terenu, v različnem vremenu, se kotali po hribu.*

Aktivnosti za kontrolo impulzivnosti

- Pri korakanju po taktu, ploskanju z rokami uporablja kombinirana gibanja za spodbujanje samokontrole in vidno-motorične koordinacije.
- S prilagajanjem individualnega ritma skupini ter obratno razvija komunikacijske in socialne spretnosti.
- Z izvajanjem različnih gibov rok in nog pri korakanju kontrolira impulzivnost s spodbujanjem vidno-motorične koordinacije.
- S prostim gibanjem ob glasbi ter ustavljanjem ob znaku razširja obseg pozornosti in spodbuja samokontrolo.
- Z uporabo križnih gibanj sočasno aktivira vse možganske predele.

Uporaba proprioceptivnih in senzornih pripomočkov

Proprioceptivni in senzorni pripomočki spodbujajo senzorno integracijo ter integrirajo celoten živčni sistem. Veliki terapevtski pripomočki spodbujajo celotno telo, vsa čutila, še posebej pa vestibularni, proprioceptivni in taktilni sistem. Neintegracija senzornega sistema vpliva na pojav hipersenzibilnosti in hiposenzibilnosti, kar se kaže v hiperaktivnem ali pa v odkrenljivem vedenju (povzeto po Viola, 2007). Svetujemo pogosto uporabo naslednjih pripomočkov in materialov (Černe, Guček T., 2014):

- velikih terapevtskih žog za sedenje in sproščanje;
- terapevtskih blazin za sedenje (okrogle ali konusne oblike; s čepki ali gladke, lahko so napolnjene s semeni);
- mehkih predmetov za stiskanje, masažo dlani in pomirjanje: žogice s čepki ali brez čepkov, drugi mehki predmeti;
- terapevtskih žogic različni trdot za stiskanje;
- balonov, napoljenih s semeni ali moko;
- vrečk, napoljenih s semeni, rižem za sproščanje, razvijanje vidno-motorične koordinacije;
- vrečk presenečenja, kjer so skriti različni predmeti, ki jih otrok razpozna s tipom,
- gugalnika, ki pomirja, in sedalne vreče, ki sproščajo;

- žvečilnih gumijev, ki delujejo organizirajoče in pomagajo otroku, da pravočasno dokonča naloge (Viola, 2007);
- kemičnih svinčnikov, ki jih otrok sestavlja in razstavlja;
- spalne vreče, v kateri se otrok po učenju sprosti;
- odej ali rjuh, v katere se tesno zavije ter nudijo občutek globinskega pritiska;
- gugalne mreže, gugalnice, gugalne klopi, kjer pridobiva ugodne vestibularne izkušnje;
- skrivnega koticčka (npr. niša v omari, ki ima zaveso), kamor se otrok odmakne od različnih dražljajev, se sprosti ter je v stiku s samim seboj.

Zaključek

Šolsko in domače okolje z upoštevanjem posebnih vzgojno-izobraževalnih potreb otroka z motnjami pozornosti in aktivnosti, spodbujanjem razvoja močnih področij, omogočanjem realnega sprejemanja primanjkljajev ter razvijanjem kompenzatornih mehanizmov pomembno vplivata na izoblikovanje osebnosti, nadaljnje šolanje ter prihodnje življenje.

Viri

- Černe, T., Guček T. P. (2014). Pomoč otrokom z motnjami pozornosti in aktivnosti: nasveti za starše in učitelje. Interno gradivo za starše otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti.
- Jereb J. (2011). Učno okolje kot dejavnik pomoči učencem z učnimi težavami. V: Pulec L. S., Velikonja, M. „ur. Učenci z učnimi težavami izbrane teme, 68-80 Ljubljana : Pedagoška fakulteta.
- Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami, uporaba od 1. 5. 2014, VI. dolgotrajno bolni otroci. Pridobljeno 7. 8. 2014 s www.zavod.zrss.si
- Pajič, R., L. (2006). Nemimi otroci – hiperkinetična motnja – prepoznavanje in možnosti pomoči. V: Andolšek L., ur. Mozaik našega delovanja. Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 198-213. Power, J. T., Karuti, J. L., Habouhe, D. F. (2001). Homework success for children with ADHD. 183. New York : Guilford Press.
- Pulec L., S. (2002). Otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo v razredu – pedagoška praksa in izzivi. V: Kavkler M., ur. Razvijanje potencialov otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami, prva slovenska konferenca o specifičnih učnih težavah z mednarodno udeležbo, Kranjska gora, 26., 27. in 28. september 2002. Trzin : Different; Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše : Društvo Bravo. S. 97-107.
- Viola, G. S., (2007). Senzorna integracija – smernice za ocenjevanje in intervencije za učitelje in druge strokovne delavce. V: Kavkler M., Košak- Babuder M., ur. Skriti primanjkljaji – skriti zakladi, Ljubljana: Društvo Bravo. S. 113-149.

Tanja Černe, prof. defektologije

Ukvarja se s preventivo, diagnostiko, korekcijo in svetovanjem otrokom in mladostnikom z učnimi težavami, njihovim staršem, svetovalnim delavcem in učiteljem. Vodi skupino za otroke (učenje učenja), starše (pomoč otrokom z učnimi težavami) in učitelje ter svetovalne delavce (strokovno spremljanje in svetovanje). Vodi delavnice za otroke, mladostnike ter njihove starše, za pridobivanje učnih veščin ter korekcijo specifičnih učnih težav. Je članica komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami. Je avtorica več strokovnih prispevkov in predavateljica na različnih izobraževanjih za učitelje in starše ter strokovnih posvetih.

Pomanjkljiva pozornost kot povod za iskanje pomoči v Svetovalnem centru

Povzetek

Pomanjkljiva pozornost, ki se pri osnovnošolcih lahko kaže na veliko različnih načinov, ima, ne glede na njene osnovne vzroke, pomemben neugoden vpliv na najrazličnejša področja vsakodnevnega delovanja, ne le v šoli, ampak tudi pri medosebnih odnosih z vrstniki in vedenju doma. Otroci s pomanjkljivo pozornostjo so glede na svoje dejanske sposobnosti pogosto učno manj uspešni, vzgojno zahtevnejši, manj spretni pri vzpostavljanju in vzdrževanju medosebnih vrstniških odnosov. Pogosto pa se jim pridružujejo težave tudi na drugih področjih (prekomerna aktivnost ali pasivnost, nizka samopodoba, čustvene stiske ipd.). Tudi zaradi tega je pomanjkanje pozornosti pri otrocih ena od najpogostejših pritožb za iskanje pomoči v naši ustanovi.

V prispevku so predstavljene nekatere značilnosti otrok, ki so pričeli z obravnavo v Svetovalnem centru zaradi težav s pozornostjo in nemirnostjo, ter opisani nekateri od možnih načinov pomoči.

Ključne besede:

pomanjkljiva pozornost, učne težave, diagnostična ocena, svetovanje, pomoč, hiperkinetična motnja, ADHD

Attention problems as a reason for seeking help in the Counselling Centre

Abstract

Attention problems in primary school pupils can manifest on various levels. Regardless of its underlying causes attention deficits have significant unfavorable impact on children's functioning in a wide range of daily activities - not only in school, but also in interpersonal peer relationships and behavior at home.

Children with poor attention demonstrate lower achievement levels compared to their actual abilities. They also have problems initiating and maintaining interpersonal peer relationships. In domestic environment, the functioning of these children often presents challenges in terms of parenting and upbringing standards. Additionally, attention problems are often associated with difficulties in other areas - excessive activity or passivity, low self-esteem, emotional distress.

Attention problems in children are one of the most common reasons for seeking assistance in our institution. This paper presents some characteristics of children who started treatment in the Counselling center due to attention and overactivity problems and presents some of the possible ways of help.

Keywords:

attention problems, learning difficulties, diagnostic evaluation, counselling, attention deficit hyperactivity disorder

Uvod

Iz podatkov, zbranih za leto 2012 na Svetovalnem centru, je razvidno, da je izmed vseh otrok, vključenih v raziskavo, kar 42,3 % ob prvem obisku navedlo, da prihajajo v obravnavo zaradi težav s pozornostjo in nemirnostjo (262 otrok od 619). S to pritožbo prihajajo v vseh starostnih skupinah, največ pa jih je v starosti med 11-14 let (40 % izmed vseh s to pritožbo jih je v tej starosti; glede na vse iz te starostne skupine, pa to znaša 16 % vseh otrok) ter v starosti med 7-10 let (36,6 % vseh s to pritožbo je starih med 7-10 let oziroma izmed vseh, ki prihajajo v tej starosti, je to 15,5 % vseh). (Slodnjak, 2014)

Več je dečkov kot deklic (80 % izmed vseh s to pritožbo je fantov), večina teh živi v ustreznih socialno ekonomskih razmerah (50 % dobre) in pretežno v oboje starševskih družinah.

Rezultati se dokaj ujemajo z ugotovitvami tujih raziskovalcev, ki ugotavljajo, da so vedenja, ki nakazujejo motnje pomanjkljive pozornosti (s spremljajočo hiperaktivnostjo) eden najpogostejših razlogov za napotitev učencev v postopek poglobljenega diagnostičnega ocenjevanja (Barkley, 1998). Podobni pa so tudi rezultati naše raziskave izpred dvajsetih let (Makarovič s sod., 1994).

Pozornost

Pozornost se (kljub temu, da še vedno nimamo povsem enotne definicije) največkrat opredeljuje kot zavestno (namerno) usmerjanje psihične in psihomotorične aktivnosti k določeni vsebini, k določenemu viru (Pulec Lah, Rotvejn Pajič, 2011). Je osnovna kognitivna sposobnost, prisotna pri večini aktivnostih, (ki niso avtomatizirane), in sicer: mišljenje, spomin, govor, reševanje nalog. Povezana je z zdravstvenim stanjem, fiziološko aktivacijo, zrelostjo oziroma razvojno stopnjo, zmožnostjo inhibicije ostalih informacij, motivacijo, počutjem, doživljanjem, čustvenim stanjem (Barkley, 2013). Ker pozornost ureja pretok informacij in procesira znotraj drugih kognitivnih področij (jezik, percepcija, spomin), lahko olajša, pobuja ali pa zavira druge kognitivne procese (Cohen, Malloy, 2006).

V procesu učenja, sledenja zahtevam pouka in tudi izkazovanju znanja imajo pomembno vlogo predvsem naslednji vidiki pozornosti (Sinclair in Taylor, 2008, povzeto po Rotvejn Pajič, Pulec, 2011):

- usmerjenost pozornosti (selektivna pozornost) - zmožnost, da v množici dražljajev prepoznamo ključnega in se nanj osredotočimo, pri tem pa „eliminiramo“ druge nepomembne dejavnike, npr. *učenec se osredotoča na učitelja, njegovo razlago, pri tem pa zmore spregledati in preslišati, da sošolec na njegovi desni brska po torbi, se hihita ipd.*;
- distribuiranost pozornosti (obseg pozornosti) - zmožnost, da smo pozorni na več kot eno informacijo, ali več aspektov iste informacije, npr. *da se učenec lahko osredotoča hkrati na poslušanje in zapisovanje, ali da zmore usmerjati pozornost na več korakov znotraj iste naloge*;
- vzdrževanje pozornosti - zmožnost vzdrževanja ustreznega nivoja pozornosti v določenem časovnem intervalu, npr. *ohraniti kvaliteto zbranosti vso šolsko uro ali vsaj do zaključka naloge*;
- supervizijska kontrola pozornosti - kontrolne supervizijske strategije so del izvršilnih funkcij in omogočajo učinkovito rabo pozornosti, npr. samoopazovanja, nadziranja lastnega izvajanja, zmožnost premeščanja pozornosti.

Pomanjkljiva pozornost

Pomanjkljiva pozornost se lahko kaže na najrazličnejše načine. Starši in učitelji najpogosteje navajajo, da se otrok težko skoncentrira, da ne dokonča začete aktivnosti, da ga vse hitro zmoti, da pogosto pozablja, izgublja in išče svoje potrebščine, je površen, slabo pozoren na navodila, presliši oz. spregleda ključne podatke, pri reševanju je nenatančen, njegova učinkovitost niha.

Iz spodnjih opisov je razvidno nekaj najpogostejših težav iz naše prakse:

P1, deklica A., 1. razred: Starša povesta, da je deklica še nezrela v primerjavi z vrstnicami, učne aktivnosti je ne zanimajo, v začetku učenja še pokaže interes, nato odneha, zamenja aktivnost, bega od ene stvari do druge, najraje bi se še samo igrala. Ko starša predlagata, da bi pogledali zvezke, se začne upirati in pritoževati;

P2, deček B., 4. razred: Mama pove, da se učiteljica pritožuje, da je deček pri pouku nemogoč, moteč, nemiren, pogosto ji vpada v besedo, komentira vedenje drugih otrok, še zlasti, kadar se pričakuje samostojno in tiho delo. Sicer je priljubljen in tudi zabaven;

P3, deklica C., 4 leta: Oče pove, da so jih v SC napotili iz vrtca, ker je hiperaktivna, ves čas v gibanju, se ne zmore ustaliti, zaigra se le za nekaj minut, pogosto bega od ene aktivnosti k drugi, je vzkipljiva;

P4, deklica D., 6. razred: V SC pridejo po priporočilu šole, ker je pri pouku zasanjana, miselno odsotna, apatična, nemotivirana, učni uspeh se slabša. Težave so izrazite zadnjih nekaj mesecev, pred tem jih niso opazili.

Te pritožbe oziroma opisi težav pri prvem obisku so si na videz zelo podobni, vsem je skupno to, da imajo otroci težave s pozornostjo, pa tudi na učnih in drugih področjih. Pomanjkljiva pozornost namreč neugodno vpliva na funkcioniranje otroka, kljub sicer ustreznim kognitivnim sposobnostim (intelektualne kapacitete, zaznavanje, spomin, logično sklepanje, branje ipd.)

Vzroki pomanjkljive pozornosti

Vzroki pomanjkljive pozornosti so lahko zelo različni. Med najpogostejšimi so:

- **Motnja pozornosti (v okviru Hiperkinetične motnje oziroma Motnje pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo – ADHD, kar je podrobneje že opredeljeno v prispevku Tanje Černe.**

V večina učencev ima v šoli izkušnje z občasnim pomanjkanjem pozornosti, sanjarjenjem med poukom, miselno odsotnostjo, vendar to še nima pomembnega negativnega učinka na učenje. Pomanjkljiva pozornost postane motnja, ko učenec ni več zmožen vzdrževanja kvalitetne pozornosti in ga pogosto zmotijo zunanji dražljaji, ki v tistem trenutku niso pomembni in jih otroci, ki nimajo motnje pozornosti, lahko ignorirajo (Millichap, 2010). Od vseh otrok, ki so prišli v našo ustanovo s pritožbo težave s pozornostjo in nemir, je dobilo diagnozo ADHD 193 otrok, torej, kar 73,6 % od vseh s to pritožbo (glede na vse otroke, vključene v raziskavo, ta delež znaša 31 %).

- **Zdravstveno stanje otroka**

Pomanjkljiva pozornost je pogosto začetni ali spremljevalni simptom zdravstvene težave. Opis štiriletne deklice C. iz zgornjega primera 3 zelo spominja na hiperkinetično motnjo, a se je po podrobnejših zdravniških preiskavah pokazalo, da so v ozadju težav motnje v delovanju ščitnice. Po zdravljenju osnovne bolezni so težave s pozornostjo in hiperaktivno vedenje v veliki meri izzvenele. Med zdravstvenimi vzroki za pomanjkljivo pozornost pa so pogosto lahko še: nevrološke posebnosti (poškodbe glave, epilepsija, tumor), selektivna naglušnost, zastrupitev (npr. s svincem) in drugi (Barkley, 2013).

- **Učne težave**

Pomanjkljiva pozornost pogosto znižuje učno učinkovitost in uspešnost ter povzroča učne težave. Poudariti pa je potrebno, da ta vpliv velja tudi v drugo smer, torej, da pomanjkljiva pozornost nastopi kot posledica splošnih ali specifičnih učnih težav. To se pogosto pojavlja zlasti pri tistih učencih, ki zaradi nižjih intelektualnih sposobnosti ali posameznih primanjkljajev na področju učenja težje sledijo zahtevam pouka in posledično težko vztrajajo pri nalogah, postanejo nemirni, »moteči«, odkrenljivi in ne sledijo pouku. Pomemben kriterij razlikovanja, kdaj so v ozadju učnih težav in vedenja, podobnega ADHD, nižje intelektualne sposobnosti ali specifične učne težave in ne ADHD, je, da pri teh učencih v predšolskem obdobju praviloma ni bilo posebnih znakov prekomerne aktivnosti, težave s pozornostjo pa so se pojavile kasneje, s stopnjevanjem učnih zahtev, a ne v vseh učnih situacijah, ampak predvsem ob določenih nalogah, ki so za učenca težke. Pri teh učencih praviloma ni izrazito impulzivnega vedenja. Vzkipljivost in morebitni izbruhi jeze se pri njih ne pojavljajo v sklopu ADHD, ampak zaradi slabšega razumevanja zahtev in bolj kot posledica frustracije, ko učenec vidi, da ne zmore dosegati ciljev ali ko se primerja z vrstniki (Pulec Lah, Rotvejn Pajič, 2011).

Pri zgornjem opisu P1, deklice A., se je v kasnejšem diagnostičnem procesu pokazalo, da so bile težave s pozornostjo povezane z deklčinimi skromnimi intelektualnimi zmogljivostmi, zaradi česar deklica preprosto ni zmoгла slediti zahtevam učnega procesa in se je težko prilagajala tudi pravilom glede vedenja. Po tem, ko je bila deklica premeščena v zanjo ustrežnejši izobraževalni program z nižanim izobrazbenim standardom, je sicer še imela blažje težave z vzdrževanjem pozornosti, vendar je pouku in drugim učnim zahtevam sledila brez večjih težav. Ker je zmoгла, je postala tudi bolj zadovoljna, sproščena, izkazala se je lahko tudi na drugih področjih.

Pri opisu 2, dečka B., se je izkazalo, da pri njem ne gre za motnje pozornosti, ampak se bile v ozadju njegovih težav že delno kompenzirane specifične učne težave - disleksija. Bister deček je brez večjih težav sledil pouku. V situacijah mirnega učnega dela, ki je zahtevalo spretnosti branja in pisanja, pa se je, v stiski in hkrati želji, da bi svoje težave prikri, odzval z motečim, nemirnim vedenjem in dajal vtis, da ima težave s pozornostjo.

V naši raziskavi smo kar pri polovici otrok, ki so prišli v SC zaradi težav s pozornostjo in nemirnostjo, prepoznali tudi splošne učne težave. Pri večini otrok s to težavo so intelektualne sposobnosti sicer normalno razporejene. Skoraj polovica (44 %) ima povprečne, skoraj tretjina nadpovprečne (24,8 %), 11 % pa podpovprečne intelektualne sposobnosti.

- **Druge motnje v razvojnem obdobju**

Veliko motenj v razvojnem obdobju se lahko odraža na manj specifičen način in pogosto ravno s pomanjkljivo pozornostjo, nihanjem učinkovitosti, »zasanjanostjo« in tudi drugimi znaki, podobnimi ključnim znakom ADHD. To je značilno predvsem za motnje razpoloženja (anksiozne motnje, depresivnost, bipolarna afektivna motnja z začetkom v otroštvu), vedenjske težave in opozicionalno kljubovalno vedenje ter pervazivne razvojne motnje (npr. Aspergerjev sindrom).

Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da so čustvene težave prisotne pri 26 % otrok, ki so pričeli z obravnavo zaradi težav s pozornostjo in nemirnostjo.

- **Druge neugodne okoliščine v življenju otroka**

Z nemirnostjo, nezmožnostjo osredotočanja, beganjem od ene aktivnosti k drugi in podobnim vedenjem se lahko otroci odzovejo tudi na najrazličnejše stiske in neugodne okoliščine. Zato ne smemo spregledati, da so v ozadju vedenja, podobnega motnjam pozornosti in hiperaktivnosti, lahko tudi drugi neugodni vzroki, kot npr. zanemarjanje, zloraba in nasilje nad otrokom (fizično, psihično, spolno, emocionalno), ter stresni, neugodni dejavniki v družini (nerazumevanje med staršema, ločitev, socialno ekonomska stiska družine, bolezen v družini, nenadne spremembe ipd.). Pri opisu deklice D. iz primera 4, ki spominja na motnje pozornosti brez hiperaktivnosti (ADD), se je kasneje pokazalo, da težave s pozornostjo pobujajo predvsem dekličine čustvene stiske, vezane na spremembe v družinski situaciji.

Premagovanje pomanjkljive pozornosti v SCOMS

Ocenjevanje

Ker je v ozadju na videz podobnih težav s pozornostjo lahko vrsta zelo različnih osnovnih vzrokov, je naša osnovna naloga pri srečevanju s takšnimi pritožbami, **kvalitetna diagnostična ocena**, ki najpogosteje poteka v **timu strokovnjakov**:

- **PSIHOLOG** oceni naravo težav s pozornostjo (v koliki meri so te še del normalnih razvojnih odstopanj, njihov možni vzrok, spremljajoče težave). Pri svojem delu uporablja različne psihodiagnostične preizkušnje, s katerimi (neposredno ali posredno) pridobi informacije o otrokovem vsakodnevem funkcioniranju doma, v šoli oz. vrtcu. Pri tem uporablja različna psihodiagnostična sredstva in pripomočke, s katerimi oceni otrokov razvoj, razvojne posebnosti oz. odstopanja, njegove intelektualne sposobnosti, kognitivne primanjkljaje (zlasti na področju pozornosti, pomnjenja, izvršilnih funkcij), druge psihološke značilnosti, doživljanje in težave na področju čustvovanja, vedenja, medosebnih odnosov in učenja. Otrokovo funkcioniranje ocenjuje tudi glede na posebnosti družinske situacije in psihosocialnega okolja ter oceni ustreznost njegovega šolskega dela, vzgojnih postopkov z otrokom in pomoči, ki je otroku nudena v šoli.
- **SPECIALNI PEDAGOG** ocenjuje celotno otrokovo šolsko funkcioniranje, temeljne šolske spretnosti na področju branja, pisanja, računanja ter prisotnost splošnih in specifičnih učnih težav - primanjkljajev na posameznih področjih učenja ter med njimi opravi diferencialno diagnostično oceno. Ugotavlja hitrost, organiziranost, zbranost, natančnost v simulirani šolski situaciji. Oceni tudi otrokove učne in kompenzatorne strategije.
- **PEDOPSIHIATER** prepoznava in ocenjuje prisotnost duševnih motenj, oceni celovito psihosomatsko stanje otroka (pri čemer se po potrebi poveže tudi z otrokovim pediatrom, ali pa otroka napoti na dodatne specialistične preiskave) ter posebnosti družinske situacije, ki so povezane z otrokovim funkcioniranjem.

Dodatno se pri ocenjevanju težav s pozornostjo po potrebi lahko vključijo še:

- **LOGOPED** oceni pomanjkljivo pozornost v povezavi z otrokovim govorno jezikovnim razvojem ter morebitnimi odstopanji v govorno jezikovnem sporazumevanju.
- **PEDAGOG** ocenjuje pomanjkljivo pozornost v povezavi z učnimi spretnostmi in strategijami učenja.
- **SOCIALNI DELAVEC** se pri ocenjevanju pomanjkljive pozornosti vključi, kadar predhodne ocene kažejo tudi na kompleksnejšo družinsko situacijo, zato oceni otrokove družinske in širše psihosocialne okoliščine ter posebnosti.

Začetno oceno običajno poda psiholog. Glede na svoje ugotovitve pa otroka usmeri še k drugim strokovnjakom. Takšno ocenjevanje je procesno (potrebni je več srečanj), postopno (veliko se dela na odnosu, pridobitvi otroka, ne le »merjenju« posameznih značilnosti in odstopanj), vključuje več oseb (iz otrokove okolice: starši, učitelji, svetovalna služba). Pri tem se ne osredotočamo le na težave in primanjkljaje, ampak skušamo pri vsakem otroku odkriti tudi njegova močna področja. Velikokrat so namreč ravno ta tista, s pomočjo katerih se lahko potek obrne v ugodno smer. Po zaključeni oceni se v timu postavi diagnoza oziroma osnovna ocena otrokovih težav, ki služi kot temelj za načrtovanje pomoči.

Iz rezultatov analize zbranih podatkov na Centru je razvidno, da je po podrobnejši diagnostični oceni manj kot 30 % otrok s pritožbo težave s pozornostjo in nemir ostalo brez diagnoze. Pri eni tretjini teh otrok torej nismo prepoznali večjih težav ali motenj. Pri njih je v večini šlo le za blažje, prehodne težave s pozornostjo, ali pa so bile te povezane s prilagajanjem na določene spremembe v otrokovem življenju (npr. prehod na višji nivo izobraževanja). Kljub temu pa so ti otroci imeli težave v vsakodnevnem psihosocialnem funkcioniranju (zmerna prizadetost psihosocialnega funkcioniranja v 40,5 %, blažja pri 38,2 % - predvsem na področju vedenja v šoli, odnosov z vrstniki in s starši, dobro psihosocialno funkcioniranje pa le pri 15,6 % teh otrok). (Slodnjak, 2014)

Kot smo že omenili, pa je bila pri malo več kot 70 % otrok z začetno pritožbo težave s pozornostjo in nemirnost potrjena diagnoza ADHD oz. hiperkinetična motnja.

Pomoč

Za učinkovito pomoč pri premagovanju pomanjkljive pozornosti je potrebno sodelovanje otroka, staršev kot šole/vrtcev in strokovnjakov. V medsebojnem povezovanju in timskem sodelovanju se pomoč usmerja tako v otroka, kot v njegovo šolsko in domačo situacijo. Le redko zadostuje krajša oblika intervence

(iz naših podatkov je razvidno, da je pri manj kot 5 % otrok zadostovala krajša intervencija, kot je na primer samo povratna informacija staršem o naravi otrokovih težav, razumevanju vzrokov za njegovo vedenje, seznanitev z možnimi oblikami pomoči). Večinoma so otroci in starši deležni kompleksnejše, dlje časa trajajoče timske obravnave, ki je usmerjena tako v otroka, kot v njegovo vsakodnevno okolje v šoli oz. vrtcu in doma.

Pomoč, usmerjena v otroka

Pomoč otroku lahko vključuje razvijanje določenih spretnosti in strategij za premagovanje šibkosti, težav in primanjkljajev s pomočjo:

- vaj za izboljšanje pozornosti, fine in grobe motorike;
- učenja učenja, samoorganizacije, spoprijemanja z reševanjem nalog in drugih problemskih situacij;
- strategij za boljše obvladovanje impulzivnosti, jeze, strahu;
- spodbujanja socialnih spretnosti;
- izpostavljanja otrokovih močnih področij, krepitev zdrave samopodobe;
- korekcije specifičnih primanjkljajev;
- treninga pozornosti.

Ob kompleksnejših težavah se lahko pomaga tudi z zdravlili.

To pomoč izvajajo različni strokovnjaki, najpogosteje psihologi, specialni pedagogi in socialni delavki, večinoma poteka individualno, lahko pa tudi v obliki terapevtskih skupin (terapevtske skupine za otroke s pomanjkljivo pozornostjo, likovna terapija, skupina za razvijanje socialnih spretnosti itd.)

Strategije pomoči pogosto izhajajo iz **kognitivno vedenjskih pristopov** (poudarek je na sposobnostih samoopazovanja in samopoznavanja, spretnostih samonadzora, razvijanju spretnosti spoprijemanja, pristopa k problemom, razvijanju socialnih spretnosti, obvladovanja jeze in podobno). Pristopi so tudi iz drugih terapevtskih in podpornih smeri, kot je **integrativna terapija, gibalna terapija, senzorna integracija, pedagoška kineziologija**.

Izvajanje pomoči večinoma poteka individualno, lahko pa tudi v obliki terapevtskih skupin. Iz raziskave je razvidno, da je bila večini otrok s pritožbo nemir in težave s pozornostjo nudena individualna pomoč, v skupinske terapevtske oblike pomoči (skupina za razvijanje socialnih veščin, skupina za

razvijanje učnih strategij, skupina za premagovanje pomanjkljive pozornosti) pa je bilo vključenih le približno 3 % teh otrok. To je zelo majhen delež, vendar razumljiv, glede na to, da so skupine, zaradi zagotavljanja kvalitete dela, majhne (do 8 otrok), kontinuirane, enkrat tedenska srečanja trajajo več mesecev, v enem šolskem letu se lahko omogoči do največ 2 izvedbi.

Izmed vseh otrok s pritožbo težave s pozornostjo in nemirnost je medikamentozno terapijo (ob redni individualni obravnavi) prejelo 24,8 % otrok, 43,9 jih je bilo vključenih v korekcijo specifičnih primanjkljajev.

Trening pozornosti

V letu 2014 smo, kot dopolnilo individualne terapevtske in svetovalne obravnave, pričeli tudi z izvajanjem treninga pozornosti. Poteka s programom za trening kognitivnih funkcij, Cogniplus (Schuhfried, 2011), ki temelji na znanstvenih raziskavah in je povezan z mednarodno uveljavljenim sistemom psihološkega ocenjevanja (VTS - Vienna Test System), kar omogoča tudi povezavo med diagnostiko, terapijo in evalvacijo.

Program treninga se oblikuje individualno, glede na otrokove težave, ocenjene kognitivne funkcije, starost ter možnosti obiskovanja. Z njim se trenira različne vidike pozornosti (budnost, osredotočanje, selektivna pozornost vzdrževanje pozornosti, deljena pozornosti), delovnega spomina in drugih izvršilnih funkcij. Otroci, vključeni v program, se treninga udeležujejo 2-3 krat tedensko, po 45 minut, 2 meseca (8-10 srečanj). Poudariti je potrebno, da se trening ne izvaja samostojno, ampak je le del širšega, integriranega pristopa, ki vključuje tudi individualno delo z otrokom, svetovanje staršem, sodelovanje s šolo. Velik poudarek ob treningu se daje tudi pomenu družinske situacije – npr., da se v času treninga (zeleno je seveda tudi kasneje) zmanjša čas pred računalnikom doma, da se otroku omogoča ključne pogoje za boljšo pozornost od osnovnih fizioloških potreb (dovolj spanja, pitje vode, fizičnih aktivnosti, zdrava prehrana, sprostitve) do omogočanja optimalnega okolja (red, pravila, predvidljivost, zmanjšanje motečih dražljajev doma) ter zagotavljanja varnosti in čustvene sprejetosti, kar dodatno dobro vpliva na medosebne odnose doma in tudi na kvaliteto pozornosti. Pri tem je zelo pomembno tudi igranje družabnih iger, ki ne le, da krepijo medosebne odnose, ampak otroka urijo v temeljnih spretnostih, ki so povezane z učinkovitejšo pozornostjo (samonadzor, zmanjševanje hitrega odločanja, ocenjevanje situacije, predvidevanje, načrtovanje, izvedba do cilja, soočanje z ovirami in neuspehi ipd.).

Pomoč, usmerjena v družino

Pomoč družini otroka s pomanjkljivo pozornostjo je usmerjena v svetovanje staršem, kako razumeti težave s pozornostjo, njihov vzrok, vpliv na otrokovo funkcioniranje (poučitev o naravi motnje). Priporočajo se jim aktivnosti za urjenje pozornosti doma s pomočjo sistematičnih vaj, igre, vsakodnevnih aktivnosti, svetujejo se jim različne strategije za lažje premagovanje težav in spoprijemanje z vzgojnimi izzivi takega otroka. Družini se nudijo tudi različne oblike terapij, kot so družinska terapija, vedenjsko kognitivna terapija. Iz naše raziskave je razvidno, da je bila večina družin s pritožbo nemirnost in težave s pozornostjo, deležna svetovanja (84,4 %), pri približno eni tretjini vseh (34,4 %) je potekala psihoterapija prek staršev.

V zadnjih letih izvajamo tudi mesečna srečanja za starše otrok s hiperkinetično motnjo, ki so pri nas tudi v individualni obravnavi. Srečanja obiskujejo tudi starši otrok s pomanjkljivo pozornostjo, ki nimajo diagnoze motenj pozornosti. Skupino vodijo psihologinja, pedopsihiater in specialni pedagog. Namen skupine je predvsem vzpostaviti medsebojni »suport« staršev, ki se srečujejo s podobnimi težavami svojih otrok ter jim nuditi pomoč pri reševanju težav, ki izhajajo iz hiperkinetične motnje.

V letu 2012 je bilo v skupino za starše vključenih 5,7 % staršev otrok s pritožbo nemir in težave s pozornostjo.

Odzivi staršev, vključenih v skupino, so zelo pozitivni. Iz evalvacije spomladi 2014 (Rotvejn Pajič, 2014) je razvidno, da so starši s srečanji pridobili predvsem praktične strategije za shajanje z otrokom, veliko pa jim je pomenila medsebojna izmenjava izkušenj z drugimi starši ter razbremenitev svojih stisk glede vzgojne nemoči.

Starša 6 letne deklince sta povedala: »Na skupini nama je bilo posebej dragocena izkušnja, da nisva edina starša, ki se srečujeta z izzivi hiperaktivnega otroka. S strani staršev, ki se srečujejo s podobnimi težavami, si lahko drugače sprejet in razumljen kot od drugih ljudi. Vsekakor so bila koristna tudi strokovna znanja. Predvsem zaradi načina kratkih strokovnih predstavitev in z možnostjo pogovora, postavljanja vprašanj, razjasnjevanja dilem.«

Gospa G. je ob evalvaciji svoje mnenje podala približno takole: »Skupina mi včasih, v najtežjih trenutkih, pomaga »preživeti«. Ker sem samohranilka, mi veliko pomeni, da smem na skupini sproščeno spregovoriti o svojih vzgojnih dilemah, stiskah, tudi občasnem obupu ob mojem hiperaktivcu. Na skupini dobim novo moč in tudi občutek, da niti nisem tako slaba mama kot mi večkrat sporoča šola in se občasno zazdim tudi sama sebi.«

Pri 3,48 % otrok s pritožbo nemir in težave s pozornostjo je bila vključena tudi **pomoč s socialnim delom** (svetovanje socialne delavke, partnerska terapija, pomoč staršem pri urejanju pravic za otroka in zase, reševanju eksistencialnih okoliščin). Ta pomoč je izrednega pomena, še zlasti pri nemočnih, socialno šibkejših družinah, enostarševskih družinah ter družinah z izrazitejšimi konflikti oziroma kompleksnejšimi situacijami. Približno enakem deležu (3,4 % teh otrok) je bila omogočena tudi **pomoč prostovoljca oziroma prostovoljke**, ki se je ob redni superviziji strokovnjakov enkrat tedensko družil/a z otrokom, po potrebi nudil/a tudi pomoč na področju učenja, organizacije, vključevanja med vrstnike ipd.

Pomoč, usmerjena v šolo

Ker se težave s pomanjkljivo pozornostjo najbolj odražajo prav v otrokovi šolski situaciji, se pri večini otrok povežemo s šolo – prek telefonskih pogovorov, timskih sestankov, pisnih poročil in mnenj ter Priporočil za pomoč otroku v šoli.

Velik poudarek je na svetovanju učiteljem in šolski svetovalni službi (ozaveščanje in seznanitev učiteljev z naravo težav, otrokovimi potrebami, svetovanje za spoprijemanje s PP in drugimi težavami, izvajanje prilagoditev, modifikacijo vedenja, spodbujanje zelenega vedenja).

V medsebojnem sodelovanju skupaj s šolo iščemo načine za otrokovo čimbolj optimalno funkcioniranje v šolskem okolju, kar pripomore k temu, da je otrok kljub pomanjkljivi pozornosti učno uspešen v skladu s svojimi dejanskimi zmoglostmi.

Pogosto priporočamo:

- **prilagojeno izvajanje vzgojno izobraževalnega procesa** - individualizirane in diferencirane metode in oblike poučevanja, preverjanja ter ocenjevanja znanja;
- **primerno ureditev učnega okolja** - ureditev učilnice, kotiček za umik, razni pripomočki, organizacija v razredu itd.;
- **specifične strategije pomoči in podpore** - učenje učnih, organizacijskih, metakognitivnih strategij, premagovanje in korekcija specifičnih primanjkljajev, vaje za izboljšanje pozornosti¹.

1 (Te oblike pomoči so v zborniku podrobneje predstavljene v prispevku Tanje Černe, Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti.)

Iz raziskave je razvidno, da je več kot polovica otrok, ki so pričeli obravnavo pri nas s pritožbo težave s pozornostjo in nemirnost, prejela pisna priporočila s prilagoditvami, strokovno mnenje pa je bilo podano pri 28 % teh otrok.

Ob tem že vrsto let izvajamo tudi **izobraževanja za učitelje in druge pedagoške delavce**. Vsako leto v januarju in februarju izvajamo program Poti pomoči otroku s hiperkinetično motnjo v šoli, ki se ga udeleži v povprečju 30–40 strokovnih delavcev (šolski svetovalni delavci, učitelji, vzgojitelji, izvajalci dodatne strokovne pomoči). V zadnjih letih je opaziti vse večjo osveščenost strokovnih delavcev o tej tematiki, zato program presega same osnove motenj in se posveča najnovejšim strokovnim temam s tega področja, s poudarkom na nevropsiholoških znanjih ter predvsem možnostih praktičnih strategij za pomoč v otrokovem šolskem oz. vrtčevskem okolju.

Aktivno se vključujemo tudi v izobraževanja drugih izvajalcev (npr. na Pedagoški fakulteti, v okviru Združenja za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Pedopsihiatrične sekcije.....), ter izdajamo tudi publikacije na to temo (A. Mikuš Kos in Marja Stojin: Nemiren otrok, L. Rotvejn Pajič: Hiperaktiven, nemiren ali samo živahen otrok).

Zaključek

Pomanjkljiva pozornost in nemir, ki sta v veliki meri povod za iskanje pomoči v naši ustanovi, lahko zelo neugodno vplivata na otrokovo vsakodnevno funkcioniranje v šoli, doma, med vrstniki. Pravilno prepoznavanje in ocenjevanje težav s pozornostjo in nemirnostjo je temelj kvalitetne strokovne pomoči, ki pri nas večinoma poteka v timu in je usmerjena v vsa ključna področja otrokovega delovanja doma in v šoli. Pri tem je velik poudarek na medsebojnem sodelovanju staršev, šole in strokovnjakov, preprečevanju stopnjevanja težav, razvijanju strategij za lažje shajanje z njimi ter razvijanju otrokovih močnih področij.

Literatura

American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. 1. izdaja. Washington, DC : American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and

Treatment. New York : The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nature, Course, Outcomes and Comorbidity. Courses for Mental Health Professionals, revised 2013. Pridobljeno s spletne strani 4. 11. 2014 [https://www.](https://www.continuingcourses.net/active/courses/course==3.php)

[continuingcourses.net/active/courses/course==3.php](https://www.continuingcourses.net/active/courses/course==3.php)

Carr, A. (2004). Attention and overactivity problems. V: The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. S. 366-400. New York : Routledge.

Cohen R.A., Malloy P.F.,

- Jenkins, M., Paul R.H. (2006). Disorders of Attention v Clonical Neuropsychology, Snyder P.J., Washington, D. C. : America Pasychology Association.
- Coghill, D. (2014). Acknowledging complexity and heterogeneity in causality – implications of recent insights into neuropsychology of childhood disorders for clinical practice. Journal of Child Psychology and Psychiatry. vol. 55, št. 7, str. 737–740. London : Association for Child and Adolescent Mental Health.
- Colman A.M. (2001) Dictionary of Psychology. Oxford : University press
- Dongen-Boomsma Martine van et al. (2014). Working memory training in young children with ADHD: a randomized placebo-controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry. vol. 55, št. 8, str. 886–896. London : Association for Child and Adolescent Mental Health
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The NICE Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. Leicester. London : The British Psychological Society in The Royal College of Psychiatrists.
- Healy J. M. (2004). Your Child's Growing Mind: Brain Development and Learning from Birth to Adolescence, 3rd Edition. New York :Doubleday/Broadway Books.
- Makarovič, K., Kos-Mikuš, A., Vodopivec, M. in Žižmond, A. (1994). Epidemiologija na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Evalvacija modela sistematičnega registriranja podatkov o psihiatričnih in psihosocialnih motnjah pri otrocih in mladostnikih v ambulantni obravnavi. Raziskovalna naloga. Ljubljana : Svetovalni center.
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10 (1995). Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Millichap, J.G. (2010): Symptoms and Signs of ADHD. V: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook, A Physician's Guide to ADHD. New York : Springer.
- Pulec Lah, S., Rotvejn Pajič, L. (2011). Spodbujanje učne uspešnosti učencev z učnimi težavami zaradi motnje pozornosti in hiperaktivnosti. V: Učenci z učnimi težavami. Pomoč in podpora. Ljubljana : Pedagoška fakulteta.
- Rotvejn Pajič, L., Pulec Lah, S. (2011) Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje motenj pozornosti in hiperaktivnosti. V: Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje. Ljubljana : Pedagoška fakulteta.
- Rotvejn Pajič, L. (2011). Hiperaktiven, nemiren, ali samo živahen otrok? Ljubljana : Svetovalni center.
- Rotvejn Pajič L. (2014). Skupina za starše otrok z ADHD, evalvacija srečanj 2013/2014. Interno gradivo Svetovalnega centra.
- Schuhfried (2011). Vienna Test System, Psychological assessment, Cogniplus, Training cognitive functions. Vienna : Schuhfried.
- Taylor, Sinclair in Eric Taylor. (2008). The Neuropsychology of Attention Development. Child Neuropsychology. London : Wiley-Blackwell.
- Strong, J., Flanagan, M. O. (2011). Motnja pozornosti in hiperaktivnost za telebane. Ljubljana : Pasadena.
- Slodnjak, V. s sod. (2014). Ambulantni list. Interno gradivo Svetovalnega centra.
- Tucha, O. et al. (2011). Training of attention functions in children with attention deficit hyperactivity disorder. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, sept. 2011. Pridobljeno 4. 11. 2014 s spletne strani www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158847/.

Leonida Rotvejn Pajič, specialistka klinične psihologije, magistra psiholoških znanosti in kognitivno vedenjska terapevtka.

Področja delovanja: Dela z otroki, pri katerih se kažejo odstopanja v njihovem razvoju, pri učenju, čustvovanju, vedenju in medosebnih odnosih, ter z njihovimi starši. S posebnim zanimanjem se posveča proučevanju hiperkinetične motnje, njenemu vplivu na otroka in celotno družino ter razvijanju strategij za lažje premagovanje težav, ki iz te motnje izhajajo. Ob individualnem diagnostičnem, svetovalnem in terapevtskem delu izvaja tudi skupinske terapevtske delavnice za otroke in starše, sodeluje pri strokovnih izobraževanjih, je avtorica več strokovnih člankov in brošure za starše hiperaktivnih otrok.

Porast učnih težav – pomembnost zgodnjega ukrepanja

Povzetek:

Kot izhaja iz številnih znanstvenih ugotovitev, sta pri pomoči otrokom z učnimi težavami bistvenega pomena dobra diagnostika in učinkovit program pomoči. Podrobneje sta predstavljeni AFS metoda, kjer je poudarek na zaznavnih področjih in pozornosti, in AVWF metoda, ki temelji na pomembnosti uravnovešenosti avtonomnega živčnega sistema. Metodi sta si podobni v tem, da se ne osredotočita zgolj na šolske veščine, kot sta branje in pisanje, temveč na otrokovo širše funkcioniranje. Pri tem je potrebno upoštevati tudi otrokovo družinsko in šolsko okolje, kjer se mora otrok počutiti varnega in kompetentnega, da je lahko uspešen.

Ključne besede:

specifične učne težave, disleksija, AFS metoda, AVWF metoda, low-level funkcije, avtonomni živčni sistem, senzorna integracija, zgodnja obravnava.

Increase in the number of learning difficulties – the importance of early intervention

Abstract

A good diagnosis and an effective support program are essential in the training with children with learning disabilities and many scientific discoveries supply us guidelines for it. The AFS method where the perception and attention are emphasized and the AVWF method, which is based on the importance of a balanced autonomic nervous system, are introduced more in detail. Both methods have in common that they don't focus only on academic skills like reading and writing, but also on the wider child's performance. The child's domestic and

educational environment where the child has to feel safe and competent must also be considered.

Keywords:

specific learning disabilities, dyslexia, AFS method, AVWF method, low-level functions, autonomic nervous system, sensory integration, early treatment.

Številni učenci imajo pri šolskem delu težave in jim predstavlja šola posledično veliko breme, kakor tudi njihovim staršem. Ko se pogovarjam s starši bodočih prvošolcev ob začetku novega šolskega leta, izražajo svoje strahove in skrbi, še preden njihov otrok sploh prične s šolskim delom. Prepričana sem, da se vsak predšolski otrok z veliko radovednostjo uči o svetu, ki ga obdaja, in vstopa tudi v šolo z velikimi pričakovanji. Učil se bo brati, pisati in računati ter izvedel še veliko več o svetu, ki ga tako zanima. Pričakuje, da bo kos vsem nalogam in da bo kaj kmalu lahko razveselil svoje starše s prvimi vrsticami, ki jih bo prebral in prvimi pisemci, ki jim jih bo lahko napisal. Potem se pa mnogim malim radovednežem zgodi, da svojih pričakovanj in, kar je zanje še huje, pričakovanj staršev in učiteljev ne morejo izpolniti. Otrok želi najti razloge za neuspeh in jih prej ali slej išče pri sebi. Dostikrat so tudi njegovi starši v stiski in začnejo sebe in njega obtoževati. In otrokov pogum ob vstopu v šolo, ki ga spremlja ponavljajoče se vprašanje, ali se že kaj veseli šole in na katerega običajno odgovori pritrdilno, počti kot balon, s katerim se je v predšolski dobi tako rad igral. Centri za učno pomoč otrokom z več ali manj znanstveno utemeljenimi metodami rastejo kot gobe po dežju, in to v dobi, ko so znanstvene panoge, ki se ukvarjajo z razvojem in delovanjem človekovih možganov, naredile zgodovinsko velik korak. Veliko koristnega je bilo odkritega, hkrati se tudi pojavlja vse več vprašanj in dilem.

V 19. stoletju so v prid vsem osebam z disleksijo odkrili to posebno funkcioniranje posameznikov, katerim je bila, in ponekod še vedno je, pot izobrazbe zaprta zaradi težko premagljivih težav z branjem in pisanjem, ki sta bistveni za usvajanje novih znanj. Vsa ta spoznanja nam pomagajo, da pravočasno odkrijemo te učence in jim ustrezno pomagamo.

Bolje je zgodaj podpreti otroka, na čim bolj neopazen način, brez poudarjanja, da ima učne težave, kot da se težave stopnjujejo do te mere, da otrok ne zmore več zadostiti šolskim zahtevam brez stalne pomoči in prilagoditev. To naj namreč ne bi bil cilj vzgoje in izobraževanja. Vsak otrok bi moral dobiti priložnost, da razvije svoje potencialne in samostojnost ter tako pridobi zaupanje vase in v svoje sposobnosti.

Zelo pomembno je, da najprej ločimo specifične učne težave od splošnih učnih težav. O specifičnih učnih težavah govorimo takrat, kadar le-te niso pogojene z nižjimi intelektualnimi sposobnostmi, z motnjami vida ali sluha, z emocionalnimi težavami, z obremenjujočo družinsko situacijo ali z razvojnim zaostankom. Če ima otrok splošne učne težave, pomaga več vaje in dopolnilni pouk, pri razvojnem zaostanku moramo otroku dati tudi čas. Vendar je teh otrok, kjer čas naredi svoje, zelo malo. Pri otroku lahko veliko zamudimo, če opažamo težave že na začetku šolanja in staršem svetujemo, naj še malo počakajo.

Specifične učne težave se lahko pojavijo na več področjih. Poznamo disleksijo, diskalkulijo, dispraksijo, disgrafijo, nekateri avtorji navajajo še druge. Vsem je skupno to, da naj bi bil izvor organske narave. Najpogosteje se zagotovo pojavijo težave na področju branja in pisanja, zato je tudi narejenih največ raziskav na področju disleksije. V svojem prispevku sem namenila nekoliko več pozornosti disleksiji, vendar je nevroorgansko ozadje pri vseh vrstah specifičnih učnih težav po eni strani podobno, po drugi strani pa znanstveniki še vedno niso povsem enotni glede razlogov teh težav. Najbolj verjeten naj bi bil genetičen razlog.

Zagotovo je bilo doslej odkritih nekaj zanesljivih znakov za prepoznavanje disleksije in smernic pri pomoči učencem, vendar so še vedno razhajanja glede diagnostičnih postopkov in kriterijev in posledično tudi pri iskanju učinkovite poti pomoči. Vprašanje, ki si ga danes postavljamo pedagogi in drugi strokovnjaki, ki delajo na področju šolstva, je, zakaj število otrok z diagnosticirano disleksijo narašča. Ali jih več odkrijemo in jih je v populaciji dejansko več, kakor so nam odkrile dosedanje raziskave? Ali se gen, ki naj bi bil po trditvah mnogih znanstvenikov odgovoren za disleksijo, po nekem ključu deduje dominantneje kot nekoč? Ali je naš način življenja s sodobno tehnologijo, prehrano in vzgojo odgovoren za to, da normalno inteligentni otroci dostikrat ne zmorejo zadostiti zahtevam našega šolskega sistema? Ali morda šolski sistem ne zadosti potrebam današnjega učenca?

Ne glede na razlog učnih težav je pomembno, da na podlagi znanstvenih ugotovitev oblikujemo učinkovit program pomoči posameznemu učencu.

»Oče« disleksije, Pringle Morgan (1896), je definiral disleksijo kot specifični primanjkljaj v razvoju branja in pravopisa, ki ni posledica neprimernega šolanja, motnje v duševnem razvoju ali čutnih težav.

Nemška zakonodaja na primer prizna otroku diagnozo disleksije in s tem povezane prilagoditve, če otrok dosega na standardiziranih testih branja in pisanja vsaj za 1,5 standardne deviacije nižje rezultate, kakor na testu inteligentnosti.

Kopp-Duller (1997), avtorica AFS metode (**A**ufmerksamkeitstraining – trening pozornosti, **F**unktionstraining – trening zaznavnih funkcij, **S**ymptomtraining –

korekcijsko delo na simptomih), definira disleksijo na naslednji način: »Oseba z disleksijo, ob povprečni ali nadpovprečni inteligentnosti, zaznava svojo okolico na drugačen način, zato njena pozornost popusti, ko naleti na simbole, kot so črke in številke. Zaradi tega nastanejo težave pri učenju branja, pisanja in računanja« (str. 25). Avtorica zagovarja tudi stališče, da gre pri disleksiji za poseben pojav, ki je primerljiv z levoročnostjo, ki ni motnja ali bolezen, temveč posebnost, ki se pojavi pri manjšini prebivalstva in tako omogoča njegovo raznolikost in s tem preživetje. To stališče je nastalo iz dejstva, da so nekatere osebe z izrazito disleksijo dostikrat zelo nadarjene na nekem drugem področju, zlasti na konstrukcijskem in drugih področjih, kjer je kreativnost pomembna. Če izhajamo iz teh dejstev, najdemo razlog za disleksijo zagotovo v genetiki, ki povzroči drugačno funkcioniranje živčnega sistema in se odraža v zaznavnih težavah, težavah s sledenjem in fiksacijo oči, težavah pri fonološkem zavedanju in v zakasnelem govornem razvoju. V kolikšni meri se ti vzroki med seboj prepletajo in vplivajo eden na drugega, je težko reči. Pri posamezni osebi z disleksijo lahko zasledimo le posamezen dejavnik, pri nekaterih več različnih. Ugotovljeno je, da je zakasnel govorni razvoj v tesni povezavi s kasnejšimi težavami pri opismenjevanju. Otroci prekoračijo pri starosti od 18 do 24 mesecev 50-besedno mejo in začnejo uporabljati 2-besedne stavke. Približno 13–20 % otrok zaostaja v tem razvoju. Približno polovica teh otrok dohiti svoje vrstnike v govornem razvoju do 4. leta starosti, pri ostalih se razvije govorno-jezikovna motnja. Približno pri polovici teh otrok ugotavljajo kasneje disleksične težave. Zanimivo bi bilo podrobneje raziskati, ali so to izključno otroci s tako imenovano slušno disleksijo. Na podlagi novejših raziskav naj bi ugotovili, da je imelo 60–70 % otrok z disleksijo v predšolski dobi težave na govorno-jezikovnem področju. Le pri 5–10 % naj bi šlo za motnje vidnega procesiranja (Korff, 2014). Iz tega izhaja še vedno uveljavljena hipoteza, da naj bi bilo fonološko zavedanje najzanesljivejši napovedovalec uspešnosti kasnejšega opismenjevanja. Vendar v praksi opažam, da je med otroki, ki imajo težave pri usvajanju branja in pisanja, tudi veliko takšnih, kjer ni bilo opaznih nikakršnih posebnosti v govornem razvoju. Pri teh otrocih pogosto ugotavljam, da imajo primanjkljaje bolj na vidnem področju. V teh primerih gre torej za tako imenovani vidni tip disleksije. V specialno pedagoški diagnostiki zato vedno preverimo vsa zaznavna področja, ki so zajeta tudi v diagnostiki po AFS metodi Avstrijske zveze za disleksijo. V grobem jih delimo na vidno, slušno in prostorsko zaznavanje. Pri vidnem in slušnem zaznavanju preverjamo razlikovanje, pomnjenje in zaporedje, prostorsko zaznavanje pa obsega prostorsko in časovno orientacijo ter telesno shemo. Individualna pomoč po AFS metodi naj bi potem vsebovala poleg treninga pozornosti in korekcijskega dela tudi trening šibkejših zaznavnih področij (Kopp-Duller, 2005).

Ulrich Conrady (2011), avtor avdiovizualne metode pomoči (Audiovisuelle Wahrnehmungsförderung - AVWF), je temelje za razvoj kompleksnejših funkcij razvrstil hierarhično in zasnoval diagnostiko še bolj bazično pri tako imenovanih

low-level funkcijah (»funkcijah nižje ravni«). V Nemčiji je Ptok (2000) prvič omenil low-level funkcije in je v svojih študijah prikazal hierarhično zgradbo jezika od low-level stopnje prek fonetične, fonološke, leksikalno-semantične in morfološko-sintaktične do pravopisne ravni. Razvoj vsake stopnje je odvisen od razvoja predhodne.

Pri diagnostiki po avdiovizualni metodi preverimo torej najprej low-level funkcije, ki obsegajo vidni prag, slušni prag, usmerjeno poslušanje, razlikovanje višin tonov, vidno-motorično koordinacijo, slušno-motorično koordinacijo, hitrost odločanja na podlagi slušnih dražljajev, prepoznavanje slušnih vzorcev in razlikovanje dolžin tonov. V kolikor se ugotovijo deficiti na tem nivoju, je priporočeno, da se terapija prične na tej ravni. Diagnostika se nadaljuje na področju telesne sheme, potem šele preverjamo pozornost, zaznavne funkcije in kompleksnejše funkcije, kot sta branje in pisanje.

Za low-level funkcije naš organizem ne sme porabiti preveč energije, zato da je ostane zadosti za tako imenovane high-level funkcije (»funkcije višje ravni«, kot so npr. učenje in socialni kontakti). Low-level funkcije so v tesni povezavi s parasimpatičnim delom avtonomnega živčnega sistema. Glavni živec parasimpatičnega živčevja je deseti možganski živec, vagusni živec. Med drugim je njegova naloga tudi ta, da uravnava napetost stremenske mišice v srednjem ušesu. Če je le-ta zadosti napeta, lahko dobro filtrira nizkofrekvenčne zvoke okolice, ki so neprijetni in moteči v primerjavi z visokofrekvenčnim človeškim glasom. Nezadostna filtracija nizkofrekvenčnih zvokov privede do preplavljanja telesa z akustičnimi dražljaji, ki povzročajo nemir v osebi. Hkrati je s tem tudi oslABLJENO razumevanje govora (Conrady, 2011). Pomembnost vloge vagusnega živca je pojasnil Stephen Porges (1995 in 2001) z illinojske univerze v svoji polivagalni teoriji. Porges izhaja iz delitve vagusnega živca v ventralni in dorzalni vagus. Slednji naj bi bil evolucijsko najstarejši del in je odgovoren za imobilizacijo ob življenjski ogroženosti. Sledil naj bi mu simpatični del, ki je človeku omogočal odločanje med bojem in begom ob nevarnosti in je hkrati poskrbel za povišano metabolično dejavnost. Najnovejši del naj bi bil ventralni vagus, ki se aktivira, kadar se človek počuti varnega in tako omogoča socialno interakcijo, umirjenost in počitek. Če je pri osebi pretežno aktiviran dorzalni vagus, kar je lahko pogojeno z dolgotrajnimi stresi, je ta oseba v zelo pasivnem stanju. Pojavijo se lahko motnje pozornosti, sindrom burn-outa, hipoaktivnost ali celo depresija. Pretežna aktivacija simpatičnega dela pa povzroči notranji nemir, ki ga oseba izraža tudi navzven v obliki motenj pozornosti s hiperaktivnostjo ali agresivnega vedenja. Idealno je, če večino časa prevladuje aktivacija ventralnega vagusa, ki nam omogoča, da uporabljamo višje funkcije, ker telo v tem primeru ne porabi preveč energije za low-level funkcije, ki v takšnem stanju delujejo optimalno. Iz tega lahko hitro sklepamo, kako pomemben je občutek varnosti, da smo sploh zmogni tako kompleksnih funkcij, kot je učenje. Postavi se vprašanje, zakaj se pri

nekaterih osebah pojavi tako neravnovesje v avtonomnem živčnem sistemu in kako se lahko zopet vzpostavi ravnovesje. Conrady v svoji avdiovizualni terapiji uporablja terapijo z modularno glasbo, ki naj bi aktivirala vagusni živec in na ta način zopet vzpostavila ravnovesje v avtonomnem živčnem sistemu. Avtor dalje ugotavlja, da izpostavljanje preštevilnim dražljajem v otrokovih zgodnjih letih predstavlja za njegov živčni sistem stres in tako ne zaznava svojega okolja kot dovolj varnega. Zato svetuje, da bi se uporaba, zlasti vizualnih medijev, čim bolj omejevala vsaj v zgodnjem otroštvu, ko se otrokovi možgani še intenzivno razvijajo. Ravno tako mora tudi šolski prostor predstavljati varen kraj. To pomeni med drugim, da ima otrok občutek, da bo zmozel uspešno opraviti od njega zahtevane naloge.

Conrady postavlja na drugo mesto, za low-level funkcijami, telesno shemo kot temeljni predpogoj za ustrezno funkcioniranje na šolskem področju. Pomen senzomotoričnega razvoja je poudarila že Ayres (1979), ki je razvila senzorno integracijo. Senzorne in motorične izkušnje morajo biti avtomatizirane, da lahko otrok usmeri pozornost drugam in so tako predpogoj za učenje višjih funkcij (Junge, 2012). Otroštvo je danes postalo zelo pasivno in tako imajo predšolski otroci veliko manj priložnosti za motorične izkušnje kot nekoč. Zelo pomembni so sprehodi po gozdu, kjer je veliko priložnosti za senzomotorične izkušnje, plezanje, kotaljenje in bosa hoja po travi, prijemanje različnih materialov itd. Izogibati se moramo poplavam močnih vidnih in slušnih dražljajev, predvsem elektronskih medijev in določenih igrac, da otrok lahko razvija svoja čutila.

Dejstvo je, da sta zelo dobra diagnostika in ugotavljanje razlogov za učne težave bistveni, da lahko oblikujemo učinkovit program pomoči. Nima vsak učenec, ki ima težave pri branju in pisanju, disleksijo. Vedno znova se moramo zavedati vseh dejavnikov, ki vplivajo na otrokovo funkcioniranje na splošno, in seveda še posebej pri učnem delu. Psihološki, biološki in socialni dejavniki tvorijo trikotnik dejavnikov, ki recipročno vplivajo eden na drugega. Vsak otrok je, najprej čisto organsko gledano, drugače »opremljen«. Potem je odvisno, kako okolje sprejema njegovo individualnost in tudi kakšne možnosti mu nudi. Najpomembnejši okoljski dejavnik je zagotovo otrokovo družinsko okolje, ki vključuje med drugim pričakovanja staršev in njihov odnos do otrokovega šolskega dela. Ali podpirajo otrokovo samostojnost že od malega ali so mnenja, da brez njihove stalne pomoči ne bo otrok dovolj dober? Kakšna so njihova pričakovanja do otroka? Dostikrat tudi šolsko delo v preveliki meri zahteva poseganje staršev v otrokovo učno delo ali starši posegajo z namenom, da bi bil končni izdelek »popolnejši« v očeh odraslih, vendar na takšen način ne spodbujamo otrokove samostojnosti in s tem povezane samozavesti pri šolskem delu. Na otrokovo funkcioniranje v šoli vpliva vsekakor tudi učitelj s svojo osebnostjo in odnosom do posameznega učenca, v določeni meri pa tudi učbeniki in učni načrti. Ko ugotavljamo razloge otrokovih učnih težav, moramo torej pogledati zelo široko, da mu lahko ustrezno

pomagamo. V vsakem primeru mu bomo v veliko pomoč že, če pokažemo razumevanje za njegove težave, mu postavljamo dosegljive zahteve, ga pohvalimo tudi za najmanjši napredek in mu pokažemo, da smo na njegovi strani in mu želimo dobro. Saj se številne znanstvene ugotovitve vrnejo na preprosto dejstvo, da če se posameznik počuti varnega, kar pomeni, da ima občutek vrednosti in kompetentnosti, potem bo lahko v največji meri izkoristil svoje možgane.

Dostikrat lahko opažamo določene primanjkljaje že v predšolski dobi in je pomembno, da otroku čim prej pomagamo, da razvije funkcije, ki so potrebne za kasnejše šolsko delo. Ta pomoč mora biti integrirana v vsakdanjik, neopazno, da ne dajemo otroku občutka, da je z njim nekaj narobe. Pogosto ima ta halo efekt pri učencih z učnimi težavami negativen učinek. Učenec, ki bo enkrat prepričan, da ne zna dobro brati, bo lahko hitro obupal in zaradi tega ne bo napredoval. O učinkih čim zgodnejše pomoči poroča tudi Susan Hall (2009) na podlagi raziskav Nacionalnih zdravstvenih institutov v ZDA (National Institutes of Health), v katerih so ugotovili, da se doseže največ uspeha ob pomoči v predšolski dobi in prvem razredu osnovne šole. Učne težave so vztrajale pri 75 % učencev, pri katerih so počakali s pomočjo do 9. leta starosti ali dlje.

Na podlagi vseh ugotovitev menim, da nas v Sloveniji čakajo še pomembne naloge na področju učencev s posebnimi potrebami. Treba bi bilo oblikovati učinkovit inštrumentarij, s katerim bi odkrivali rizične otroke že v predšolski dobi s pomočjo sistematskih specialno pedagoških pregledov otrok pred vstopom v šolo. Prepričana sem, da bi na takšen način marsikateremu otroku prihranili razočaranje in posledično upad motivacije kasneje v šoli.

Viri

- Ayres, A. J. (1979). *Sensory Integration And The Child*. San Francisco : Western Psychological Services.
- Conrady, U. (2011). *Audiovisuelle Wahrnehmungsförderung*. Pridobljeno s http://www.fachtagung.com/resources/2011/Ulrich_Conrady-17.EOEDL-Fachtagung.pdf, 5. 7. 2014
- Hall, S. (2009). *Is It a Reading Disorder or Developmental Lag?* Pridobljeno s http://www.greatschools.net/LD/identifying/reading-disorder-or-developmental-lag_gs?content=743&page=all, 5. 7. 2014
- Junge, U. (2012). *Das Wahrnehmungshaus*. Dunaj : Samozaložba.
- Kopp-Duller, A. (1997). *Der legasthene Mensch*. Celovec : KLL-Verlag.
- Kopp-Duller, A. (2005). *Legasthenie-Training nach der AFS-Methode*. Celovec : KLL-Verlag.
- Korff, K. (2014). *Legasthenie*. Neobjavljeno delo.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology* 32(1995), 301–318.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 42(2001), 123–146.
- Pringle Morgan, W. (1896). A Case Of Conginetal Word Blindness. *British Medical Journal*, 2(1871), 1378.
- Prot, M. (2000). Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen und Legasthenie. *Hessisches Ärzteblatt* 2(2000), 52-54.

Diana Vali, profesorica defektologije

Področja delovanja: odkrivanje razvojnih in učnih težav otrok in mladostnikov, korekcija specifičnih učnih težav z napotki za učno in korekcijsko delo doma, svetovanje učiteljem in svetovalnim delavcem glede izvajanja in prilagajanja učnega procesa učencem s posebnimi potrebami, svetovanje v zvezi z učenjem (organizacija učenja, učne strategije), napotki za učenje tujega jezika učencem z disleksijo, predavanja za strokovne delavce vrtcev in šol.

Fonološko zavedanje, razumevanje in skladijska zmožnost pri otrocih s specifičnimi jezikovnimi motnjami

Povzetek

Specifične jezikovne motnje (SJM) so težave brez znanega vzroka. Za SJM so značilni različni profili jezikovnih težav in stopenj težavnosti. Cilj naše raziskave je bil ugotoviti: kako je razvito fonološko zavedanje, razumevanje povedi in skladijska zmožnost združevanja povedi pri šolskih otrocih s SJM; kako vpliva razvojni dejavnik na te sposobnosti ter ali bi lahko bolj usmerjeno terapevtsko delovali. V raziskavo smo vključili dve skupini otrok s SJM: mlajšo, od 8,5–9,5 leta; in starejšo, od 13,5–14,5 leta. Uporabili smo tri preizkuse, ki so bili prirejeni in že uporabljeni v Sloveniji: preizkus fonološkega zavedanja št. 2 iz preizkusa SNAP; naloge razumevanja povedi petega podtesta Token testa; naloge združevanja povedi prvega podtesta TOLD. Na področjih fonološkega zavedanja in združevanja povedi smo ugotovili statistično pomembno boljši rezultat v skupini starejših otrok, na področju razumevanja povedi razlike ni bilo. Pri posameznih nalogah so bile največje težave pri: nalogah fonološkega zavedanja št. 7, 8, 9 in 10; nalogah razumevanja povedi št. 11, 16 in 19; nalogah združevanja povedi št. 11, 12 in 13. Lahko sklepamo, da bi bilo pri logopedski obravnavi otrok s SJM dobro izvajati zahtevnejše vaje fonološkega zavedanja s poudarkom na izločanju glasov iz sredinskih soglasniških sklopov v nebesedah. Ravno tako bi bilo dobro izboljševati skladijsko zmožnost pri združevanju povedi.

Ključne besede:

fonološko zavedanje; razumevanje povedi; specifična jezikovna motnja, združevanje povedi.

Phonological awareness, comprehension, and sentence combining in school-age children with specific language impairments

Abstract

Specific language impairment (SLI) consists of various aspects of language difficulties of different degrees that typically occur without evident reason. The aim of the study was to measure the level of development in phonological awareness, comprehension, and sentence combining in school-age children with SLI, in order to understand the effect of development on these abilities, allowing us to refine our therapeutic strategies. The study included two groups of children with SLI: the younger group aged 8.5 – 9.5 years and the older aged from 13.5 – 14.5 years. We used three tests, all of which have been adapted and previously used in Slovenia, the SNAP examination's phonological awareness test number 2, tasks from the fifth part of the Token test, and tasks from the first subtest of sentence combining in the TOLD examination. We found a statistically significant improvement in the areas of phonological awareness and sentence combining in older children, whereas no improvement was found in the area of sentence comprehension. The greatest difficulties were found in particular tasks, for instance, tasks number 7, 8, 9, and 10 in phonological awareness tests, for sentence understanding tasks number 11, 16, and 19, and in the sentence combining test tasks number 11, 12, and 13. We can conclude that it might be of particular benefit to exercise more complex tasks in phonological awareness with a special emphasis on elimination of phonemes from medial consonant clusters in nonsense words. It would also be of particular benefit to improve syntactic ability in sentence combining.

Keywords:

phonological awareness; sentence combining; sentence understanding; specific language impairment.

1. Uvod

Specifične jezikovne motnje (SJM) so težave z jezikom, ki jih ni povzročil znani nevrolški, senzorni, intelektualni ali čustveni primanjkljaj (ASHA, 2001).

Otroci s SJM imajo pomemben in dolgotrajen primanjkljaj v jezikovnih sposobnostih, ki negativno vpliva na njihovo socialno vključenost in akademsko napredovanje. Razvojni liniji jezikovnega znanja otrok s SJM v primerjavi z jezikovnim znanjem otrok tipičnega razvoja se ne srečata, kar pomeni, da ti otroci v šolskem obdobju ne dohitijo svojih vrstnikov brez jezikovnih težav (Leonard, 2014).

Pri otrocih s SJM jezikovni razvoj kasni, težave imajo na področju izražanja in razumevanja jezika. Z odrasčanjem motnja ne izgine in posledično tudi napake ostajajo oziroma vztrajajo nekje do adolescence. Kažejo se v nenavadni ekspresiji, fonološko nepopolnih besedah, nepravilnem besednem redu v stavku itd. Tudi razumevanje ostaja nekoliko slabše. Vzroki so različni in težko določljivi. Včasih so jih pripisovali slabši slovnični kapaciteti, danes jih pripisujejo težavam na področju procesiranja informacij (delovnemu spominu, fonološkemu in slušnemu procesiranju), ki vplivajo na učenje jezika (Helenius in sod., 2009 v Vidovič, 2013).

Fonološko zavedanje je kompleksen fenomen, ki vključuje sposobnost otrok, da mislijo o zlogovnih, znotraj zlogovnih in glasovnih enotah govora. Najvišji nivo temelji na otrokovem razumevanju, da so besede sestavljene iz posameznih glasov, in vključuje sposobnost otroka, da izpušča, dodaja in nadomešča glasove, ki sestavljajo besedo. Na fonološko zavedanje vplivajo kognitivne sposobnosti, kratkoročno besedno pomnjenje in jezikovno razumevanje. (Ramus in sod. 2003 ter Reid 2009 v Blaži in sod. 2011).

Otroci s SJM dosegajo pri razumevanju enostavnih navodil enake rezultate kot njihovi vrstniki, medtem ko kažejo šibkejšo razumevanje pri sestavljenih, daljših navodilih. (Montgomery in Evans, 2009).

Otroci s SJM imajo največ težav na področju oblikoslovja/morfologije in skladnje (Webster in Shevell, 2004). Morfoloških zakonitosti se učijo na posameznih primerih, težko pa naučena morfološka pravila generalizirajo (Joanisse in Seidenberg, 1998 v Vidovič, 2013). Značilen je primanjkljaj z ujemanjem tistih stavčnih delov v povedi kot tudi prirednih in podrednih odnosov, ki so potrebni za interpretacijo in produkcijo povedi. Oblikovanje določenih nedvoumnih slovničnih relacij med besedami in besednimi zvezami je za nekatere otroke velik problem, ki se najbolj izraža pri pripovedovalnih sposobnostih, še bolj pa pri pisnem jeziku (prosti spis, esej) (Grobler, 2006).

Logopedi v Sloveniji nimamo na voljo standardiziranih diagnostičnih testov pri šolskih otrocih, razen preizkus SNAP, prirejene in preizkušane naloge TOKEN testa in prirejene in preizkušane naloge združevanja povedi TOLD testa. Pri obravnavi zbiramo informacije o posameznem otroku tudi s pomočjo neformalnega kliničnega ocenjevanja, otrokovega pripovedovanja ter z materiali za interno uporabo.

Zaradi tega smo se pri kliničnem ocenjevanju otrok osredotočili samo na zgoraj navedene prirejene in že preizkušane preizkuse, ker nam le-ti zagotavljajo kvantitativno merjenje otrokovih zmožnosti.

2. Problem in cilj raziskave s hipotezami

2.1. Cilj raziskovanja

Želeli smo odgovoriti na dve vprašanji. Prvo, kako je razvito fonološko zavedanje, razumevanje povedi in skladijska zmožnost združevanja povedi pri šolskih otrocih s SJM? Drugo, kako vpliva starostni dejavnik na te sposobnosti ter ali bi lahko bolj usmerjeno terapevtsko delovali?

2.2. Hipoteze

H1: Obstajajo statistično pomembne razlike v fonološkem zavedanju pri otrocih s SJM odvisno od njihove starosti.

H2: Obstajajo statistično pomembne razlike v razumevanju povedi pri otrocih s SJM odvisno od njihove starosti.

H3: Obstajajo statistično pomembne razlike v skladijski zmožnosti združevanja povedi pri otrocih s SJM odvisno od njihove starosti.

3. METODE DELA

3. 1 Opis vzorca

Vzorec za raziskavo so sestavljali otroci s SJM, ki so bili od januarja 2011 do junija 2014 v logopedskem diagnostičnem postopku v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše (SCOMS) v Ljubljani.

V SCOMS prihajajo predvsem šolski otroci z učnimi težavami. Najprej jih obravnava psiholog. Če pri uporabi standardiziranih testov pri otroku ugotovi

pomembno nižje besedne intelektualne sposobnosti od nebesednih intelektualnih sposobnosti, pošlje otroka na logopedsko diagnostično obravnavo. Veliko otrok pa pride v SCOMS na preverjanje ustreznosti predhodno izdane odločbe o usmeritvi (med 8,5 in 9,5 letom ter 13,5 in 14,5 letom). Nihče od otrok v vzorcu ni bil vključen v logopedsko terapijo.

Vključevalni kriteriji za raziskavo so bili: kronološka starost od 8,5 do 9,5 in od 13,5 do 14,5 leta; diagnoza SJM, vključenost v osnovno šolo.

Kriterije za vključevanje v študijo je izpolnjevalo 66 otrok, ki so bili glede na kronološko starost razdeljeni v dve skupini: v mlajšo skupino 35 otrok, starih od 8,5 do 9,5 leta, in v starejšo skupino 31 otrok, starih od 13,5 do 14,5 leta.

3.2 Testni inštrumentarij

V raziskavi smo uporabili tri preizkuse, ki so bili prirejeni in bili že uporabljeni v Sloveniji:

- preizkus fonološkega zavedanja št. 2 iz preizkusa SNAP (Profil ocene posebnih potreb, Weedon in sod., Center za psihodiagnostična sredstva, 2009);
- prirejene in preizkušene naloge razumevanja povedi petega podtesta Token testa (De Renzi in Vignolo, 1962; Kavkler, 1997, Košak Babuder, 2004; Grobler, 2005; Kruh, 2009)
- prirejene in preizkušene naloge združevanja povedi prvega podtesta TOLD-a (Test of Language Development Intermediate, Sentence Combining) (Grobler 2005).

3.2.1. Preizkus fonološkega zavedanja št. 2

Preizkus je sestavljen iz 10 zahtevnejših nebesed fonološkega zavedanja. Otroku vsako nebesedo preberemo počasi in naravno ter ga prosimo, da določen glas iz nebesede izpusti. Izločanje glasov iz nebesed je zahtevnejše od izločanja iz besed, ker nebesede niso del mentalnega leksikona in otrokom niso vsebinsko poznane. Naloga je označena kot pravilna, če je beseda izgovorjena povsem enako kot prvotna beseda, le da je glas izpuščen. Maksimalni dosežek na preizkusu je 10 pravih odgovorov oziroma točk.

3.2.2. Razumevanje povedi – peti podtest Token testa

Token test sta sestavila De Renzi in Vignolo (1962) z namenom odkrivanja težav v govornem razumevanju bolnikov z afazijo. Avtorja sta iskala tehnike in naloge, s katerimi bi odkrila blage motnje pri bolnikih s senzorno afazijo. Tako sta sestavila Token test, ki se je pokazal kot dober testni inštrument. Strokovnjaki ga uporabljajo pri raziskavah jezikovnih sposobnosti otrok kot mero uspešnosti razumevanja odnosov med besedami, ker je ravno peti podtest zaradi zahtevnejših skladijskih nalog zanimiv za odkrivanje težav z jezikovno obdelavo pri otrocih s SJM (Bishop, 1999). V povedih je veliko veznikov, predlogov in prilastkov, s katerimi so izraženi prostorski in časovni odnosi, odnosi izločanja, istočasnosti in nasprotja.

2.3. Preizkus skladijske zmožnosti – prvi podtest TOLD-a

TOLD je razvojni jezikovni test, standardiziran v angleškem govornem področju. Test zajema merjenje procesa razumevanja in izražanja ter jezikovno obdelavo. S prvim podtestom TOLD-a, imenovanim Združevanje povedi se ugotavlja jezikovna obdelava združevanja povedi (ki so lahko enostavne ali večstavne) v eno složeno poved. Groblerjeva (2005) je za raziskovalne namene prevedla in slovenskemu jeziku prilagodila naloge prvega podtesta. Na osnovi analize je določila 13 nalog, za katere je ugotovila, da v veliki meri predstavljajo skladijsko zahtevnost in jih uporabila v doktorski disertaciji. Mi smo uporabili njeno verzijo.

Spremenljivke

Spremenljivke smo določili s pomočjo testnega inštrumentarija in so razdeljene glede na področje, ki ga pokrivajo:

- kriterijska: prisotnost SJM;
- neodvisna spremenljivka: kronološka starost;
- odvisne spremenljivke:
- skupni dosežek na preizkusu fonološkega zavedanja (FZ) (maksimalno število točk je 10),
- posamezni dosežek otroka pri vsaki nalogi na preizkusu FZ,
- skupni dosežek pri razumevanju povedi (RP) na petem podtestu RP (maksimalno število točk je 21),
- posamezni dosežek otroka pri vsaki nalogi na petem podtestu RP,
- skupni dosežek pri združevanju povedi (ZP) na prvem podtestu ZP (maksimalno število točk je 13),
- posamezni dosežek otroka pri vsaki nalogi na prvem podtestu ZP.

3.4. Metode statistične obdelave podatkov

Podatke smo obdelali s pomočjo statističnega računalniškega programa IBM SPSS (verzija 21) in uporabili metode:

- opisna statistika za osnovne kazalnike vzorca (aritmetična sredina, standardni odklon, minimalna vrednost, maksimalna vrednost);
- Kolmogorov – Smirnov test za testiranje normalnosti porazdelitve;
- normalizacija vrednosti spremenljivk – glede na to, da podatki v vseh spremenljivkah niso normalno porazdeljeni, smo najprej vse podatke normalizirali, pri čemer smo uporabili Box-Cox transformacijo;
- analiza variance (ANOVA, F test) za izračun statistično pomembnih razlik med odvisnimi spremenljivkami (fonološko zavedanje, razumevanje povedi, združevanje povedi) in neodvisno spremenljivko (starost);
- Hi kvadrat test za primerjavo uspešnosti pri reševanju posameznih nalog vsakega testa med skupinama otrok različne starosti. Naše hipoteze lahko sprejmemo, če so p vrednosti manjše od 0,05, kar pomeni, da obstajajo statistično pomembne razlike med primerjanima skupinama.

Rezultate smo prikazali v tabelah in grafično.

4. Rezultati

4.1 Opisna statistika

Test normalnosti porazdelitve je pokazal (porazdelitev je normalna, kadar je p vrednost koeficienta $> 0,05$), da nimajo vse spremenljivke značilnosti normalne porazdelitve. Spremenljivke v starejši skupini otrok pri preizkusu fonološkega zavedanja in razumevanja povedi nimajo normalne porazdelitve.

Spremenljivke	Aritmetična sredina		Standardna deviacija		Razpon			
					Minimum		Maksimum	
	Mlajši N=35	Starejši N=31	Mlajši N=35	Starejši N=31	Mlajši N=35	Starejši N=31	Mlajši N=35	Starejši N=31
Fonološko zavedanje	4,31	6,74	2,139	1,437	0	4	9	10
Razumevanje povedi	15,06	16,42	3,226	2,187	7	13	21	21
Združevanje povedi	6,23	7,65	2,184	2,678	1	2	11	13

Tabela 1: Osnovni statistični pokazatelji spremenljivk za obe skupini otrok

4.2. Primerjava razlik med skupinama otrok

Povprečne vrednosti smo primerjali z ANOVO s F-testom zato, ker ima največjo statistično moč za naše majhne vzorce.

Spremenljivke	F vrednost	P
Fonološko zavedanje	28,512	0,000*
Razumevanje povedi	3,925	0,052
Združevanje povedi	5,596	0,021*

Tabela 2: Vrednosti F – testa in statistične pomembnosti

df – stopnje svobode; df = 64;

F = Fisherjev t-test

*statistično pomembno pri $p < 0,05$

Obstaja statistično pomembna razlika med skupinama različno starih otrok s SJM za spremenljivki fonološko zavedanje in združevanje povedi (tabela 2).

4.2.1. Fonološko zavedanje

Naloga	Skupina	Dosežek skupine	χ^2	P	Razmerje verjetnosti	P	Kendall tau	P
FZ 1	Mlajši	0,943	1,827	0,177	2,593	0,107		-
	Starejši	1,000						
FZ 2	Mlajši	0,857	4,792	0,029	6,705	0,010*	0,269	0,016*
	Starejši	1,000						
FZ 3	Mlajši	0,857	4,792	0,029	6,705	0,010*	0,269	0,016*
	Starejši	1,000						
FZ 4	Mlajši	0,629	14,339	0,000*	-	-		-
	Starejši	1,000						
FZ 5	Mlajši	0,457	20,293	0,000*	-	-		-
	Starejši	0,968						
FZ 6	Mlajši	0,286	15,705	0,000*	-	-		-
	Starejši	0,774						
FZ 7	Mlajši	0,086	13,139	0,000*	-	-		-
	Starejši	0,484						
FZ 8	Mlajši	0,171	1,323	0,250	-	-		-
	Starejši	0,290						
FZ 9	Mlajši	0,000	4,807	0,028	6,338	0,012*	0,270	0,032*
	Starejši	0,129						
FZ 10	Mlajši	0,029	1,343	0,246	1,385	0,239	-	-
	Starejši	0,097						

Tabela 3: Primerjava uspešnosti pri reševanju posameznih nalog fonološkega zavedanja med mlajšo in starejšo skupino otrok

* = mera statistično pomembne razlike za $p < 0,05$

FZ1 – 10 = naloge fonološkega zavedanja

Ugotovili smo, da za spremenljivko fonološko zavedanje obstaja statistično pomembna razlika med različno starima skupinama otrok s SJM.

Skupina starejših otrok s SJM je dosegala boljše rezultate. Razlika je statistično pomembna za naloge FZ 2–7 ter FZ 9 (tabela 3).

Največ težav so za mlajšo skupino predstavljale naloge FZ 9, FZ 10, FZ 7, za starejšo skupino pa naloge FZ 10, FZ 9, FZ 8.

V primerjavi z normo preizkusa (Interpretacijski graf, preizkus SNAP) je 80 % otrok s SJM iz mlajše skupine imelo »zelo slabo razvito« fonološko zavedanje (dosežek 6 točk in nižje). Preiskovanci v primerjavi z vrstniki (razen enega) niso dosegli standardnih rezultatov norm otrok, ki nimajo SJM. Če primerjamo rezultate otrok s SJM iz starejše skupine z normami SNAP-a ugotovljamo, da tudi starejši otroci s SJM močno zaostajajo za vrstniki brez jezikovnih težav, in dosegajo rezultat pod 25 %, kar pomeni da je fonološko zavedanje otrok s SJM v starosti od 13,5 do 14,5 let »zelo slabo razvito«.

4.2.2. Razumevanje povedi

Naloga	Skupina	Dosežek skupine	χ^2	p	Razmerje verjetnosti	p	Kendall tau	p
RP 1	Mlajši	1,000	-	-	-	-	-	-
	Starejši	1,000						
RP 2	Mlajši	1,000	-	-	-	-	-	-
	Starejši	1,000						
RP 3	Mlajši	0,914	2,784	0,095	3,932	0,047*	0,205	0,049*
	Starejši	1,000						
RP 4	Mlajši	1,000	-	-	-	-	-	-
	Starejši	1,000						
RP 5	Mlajši	0,971	0,899	0,343	1,282	0,257	-	-
	Starejši	1,000						
RP 6	Mlajši	0,371	0,851	0,356	-	-	-	-
	Starejši	0,484						
RP 7	Mlajši	0,571	0,117	0,732	-	-	-	-
	Starejši	0,613						
RP 8	Mlajši	0,514	3,621	0,057	3,683	0,099	0,234	0,049*
	Starejši	0,742						
RP 9	Mlajši	0,343	0,030	0,862	-	-	-	-
	Starejši	0,323						

Naloga	Skupina	Dosežek skupine	χ^2	P	Razmerje verjetnosti	P	Kendall tau	P
RP 10	Mlajši	0,829	5,846	0,016	8,142	0,004*	0,298	0,007*
	Starejši	1,000						
RP 11	Mlajši	0,143	0,043	0,835	0,043	0,835	-	-
	Starejši	0,161						
RP 12	Mlajši	0,829	5,846	0,016	8,142	0,004*	0,298	0,007*
	Starejši	1,000						
RP 13	Mlajši	0,857	4,792	0,029	6,705	0,010*	0,269	0,016*
	Starejši	1,000						
RP 14	Mlajši	0,857	4,792	0,029	6,705	0,010*	0,269	0,016*
	Starejši	1,000						
RP 15	Mlajši	0,886	3,771	0,052	5,303	0,021*	0,239	0,034*
	Starejši	1,000						
RP 16	Mlajši	0,229	0,470	0,493	-	-	-	-
	Starejši	0,161						
RP 17	Mlajši	0,914	2,784	0,095	3,932	0,047*	0,205	0,047*
	Starejši	1,000						
RP 18	Mlajši	0,914	0,825	0,364	0,868	0,351	-	-
	Starejši	0,968						
RP 19	Mlajši	0,143	2,433	0,119	2,668	0,102	-	-
	Starejši	0,032						
RP 20	Mlajši	0,943	1,827	0,177	2,593	0,107	-	-
	Starejši	1,000						
RP 21	Mlajši	0,800	2,562	0,109	2,717	0,099	-	-
	Starejši	0,935						

Tabela 4: Uspešnost pri reševanju nalog razumevanja povedi

(RP1 - 21 = razumevanje povedi na nalogah Token testa)

* = mera statistično pomembne razlike za $p < 0,05$

Obe skupini otrok sta imeli največ težav pri razumevanju nalog RP 19, RP 11 in RP 16. Za spremenljivko razumevanje povedi na nalogah Token testa ne obstaja statistično pomembna razlika med skupinama različno starih otrok s SJM. Starejši otroci s SJM so bili uspešnejši pri reševanju nalog v primerjavi z mlajšimi. Razlika je statistično pomembna za naloge RP 3, RP 8, RP 10, RP 12–15, ter RP 17 (tabela 4).

4.2.3. Združevanje povedi

Naloga	Skupina	Dosežek skupine	χ^2	p	Razmerje verjetnosti	p	Kendall tau	P
ZP 1	Mlajši	1,000	-	-	-	-	-	-
	Starejši	1,000						
ZP 2	Mlajši	0,771	3,442	0,064	3,684	0,055	-	-
	Starejši	0,935						
ZP 3	Mlajši	0,914	0,106	0,745	0,106	0,744	-	-
	Starejši	0,935						
ZP 4	Mlajši	0,971	0,899	0,343	1,282	0,257	-	-
	Starejši	1,000						
ZP 5	Mlajši	0,686	1,253	0,263	-	-	-	-
	Starejši	0,806						
ZP 6	Mlajši	0,143	0,760	0,383	-	-	-	-
	Starejši	0,226						
ZP 7	Mlajši	0,086	7,124	0,008*	-	-	-	-
	Starejši	0,355						
ZP 8	Mlajši	0,229	4,719	0,030*	-	-	-	-
	Starejši	0,484						
ZP 9	Mlajši	0,943	0,235	0,628	0,240	0,624	-	-
	Starejši	0,968						
ZP 10	Mlajši	0,371	3,838	0,050*	-	-	-	-
	Starejši	0,613						

Naloga	Skupina	Dosežek skupine	χ^2	p	Razmerje verjetnosti	p	Kendall tau	P
ZP 11	Mlajši	0,029	2,370	0,124	2,490	0,115	-	-
	Starejši	0,129						
ZP 12	Mlajši	0,000	-	-	-	-	-	-
	Starejši	0,000						
ZP 13	Mlajši	0,057	3,971	0,046	4,126	0,042*	0,245	0,047*
	Starejši	0,226						

Tabela 5. Primerjava uspešnosti pri reševanju posameznih nalog združevanja povedi med mlajšo in starejšo skupino otrok s SJM (ZP1 - 13 = naloge združevanja povedi)

* = mera signifikantnosti razlike za $p < 0,05$

Starejši otroci s SJM so uspešnejši glede na mlajše. Razlike so statistično pomembne za naloge ZP 7, ZP 8, ZP 10 in ZP 13. Obe skupini otrok s SJM sta imeli največ težav pri združevanju povedi ZP 12, ZP 11 in ZP 13. Ugotovili smo, da za spremenljivko združevanje povedi obstaja statistično pomembna razlika med skupinama različno starih otrok s SJM (tabela 5).

5. Razprava

Rezultati so pokazali, da lahko dve hipotezi potrdimo. Na področju fonološkega zavedanja in skladenjske zmožnosti pri združevanju povedi smo pri tveganju $< 5\%$ dobili statistično pomembne razlike med mlajšo in starejšo skupino otrok s SJM, kar pomeni, da starostni dejavnik pozitivno vpliva na dosežke pri reševanju nalog na teh področjih.

Kljub pozitivnem vplivu starosti na področju fonološkega zavedanja in skladenjske zmožnosti pri združevanju povedi pa imajo otroci s SJM te sposobnosti v primerjavi z vrstniki brez težav še vedno slabše razvite.

V primerjavi z normo SNAP preizkusa ima 80 % otrok s SJM iz mlajše skupine »zelo slabo razvito« fonološko zavedanje (dosežek 6 točk in nižje) Preiskovanci v primerjavi z vrstniki (razen enega) niso dosegli standardnih rezultatov norm otrok, ki nimajo SJM. Če primerjamo rezultate otrok s SJM iz starejše skupine z normami SNAP-a ugotavljamo, da tudi starejši otroci s SJM močno zaostajajo za vrstniki brez jezikovnih težav, in dosegajo rezultat pod 25 %, kar pomeni da je fonološko zavedanje otrok s SJM v starosti od 13,5 do 14,5 let »zelo slabo razvito«.

Skupini mlajših in starejših otrok s SJM so predstavljale težave izločitve glasov, ki so bile v sredinskem položaju nebesed (izpust /m/ iz *bukmal*, izpust /d/ iz *memdes*). V teh dveh primerih je bilo potrebno razčleniti sredinski soglasniški sklop med dvema samoglasnikoma v nebesedi, izbrati in izločiti določen soglasnik. Soglasniški sklop *md* iz nebesede *memdes* se v slovenskem jeziku ne pojavlja in je tudi zato bila ta naloga težka.

Skupina mlajših je imela težave tudi pri izločitvi glasu /r/ iz nebesede *preban*. Pogosto so to nebesedo povezovali z besedo *prebran* in so kot odgovor navedli *pebran*.

Skupina starejših je imela tudi težave pri izločitvi glasu /l/ iz nebesede *bleš*. Izločitev laterala iz začetnega soglasniškega sklopa z biblabialnim zapornikom v nebesedi, oz. težava v soglasniškem sklopu obstruent+sonorant.

Na področju razumevanja povedi na nalogah Token testa pri tveganju < 5 % nismo dobili statistično pomembne razlike med mlajšo in starejšo skupino otrok. Težave pri razumevanju skladenjskih odnosov v povedih se z odraščanjem niso zmanjšale, kar pomeni, da vsi otroci potrebujejo usmerjeno terapijo.

Whitaker in Noll (1972) navajata relativno majhne spremembe v uspešnosti na Token testu po sedmem letu starosti na vzorcu 252 otrok v starosti od 5 do 12 let brez jezikovnih težav. Tudi Grobler (2005) navaja podobne rezultate za skupino otrok s SJM. Krstić in sod. (2011) so s Token testom preverjali razumevanje povedi pri otrocih z ekspresivnimi razvojnimi jezikovnimi motnjami v starosti od petega do desetega leta in pri otrocih iste starosti tipičnega razvoja. Pri otrocih z ekspresivnimi razvojnimi jezikovnimi motnjami so ugotovili pomembno slabše razumevanje povedi.

Naloge združevanja povedi dobro odkrivajo otroke s SJM tudi v starosti od 13,5 do 14,5 leta, saj se je pokazalo, da pri nekaterih skladenjsko zahtevnejših nalogah niso dosegli za svojo starost ustrezne jezikovne kompetence. Naloge vsebujejo različne stopnje usvojenega jezikovnega znanja. Pri otrocih se do desetega leta še razvija skladnja, ki je potrebna za reševanje nalog združevanja povedi, zato je bila skupina starejših otrok pri reševanju nalog boljša od mlajše. Ker so to otroci s SJM, je tudi skupina starejših imela težave pri združevanju povedi. Tudi Balija in sod. (2012) pri oblikovanju povedi ugotavljajo nesorazmerje med skupino otrok s SJM v primerjavi z vrstniki.

6. Zaključek

Glede na naše ugotovitve, bi bilo pri logopedski obravnavi otrok s SJM dobro izvajati zahtevnejše vaje fonološkega zavedanja s poudarkom na izločanju glasov iz sredinskih in začetnih soglasniških sklopov v nebesedah, še posebej v zvezah obstruent + sonorant. Ravno tako bi bilo dobro izboljševati skladenjsko zmožnost z nalogami združevanja povedi (prilastka in osebka, več časovnih prislovov, dveh pridevnikov).

S tem bi vplivali na izboljšanje fonološkega zavedanja in enega dela skladenjske zmožnosti, ter posledično omilili težave pri branju pisanju in učenju. V Svetovalnem centru načrtujemo ustanovitev skupine za pomoč otrokom s SJM, kjer bi usmerjeno terapevtsko delovali na področju fonološkega zavedanja, na področju razumevanja povedi ter rabe skladenjskih pravil.

7. Viri

- American Speech – Language – Hearing Association.* (2001). SLI – What we know and why it matters; Dosegljivo na <http://www.asha.org/Publications/leader/2001/010626/sli.htm> (pridobljeno 23. 10. 2014).
- Balija, M., Kuvač Kraljević J., Hržica, G. (2012). *Razumijevanje i proizvodnja odnosnih rečenica kod djece s posebnim jezičnim teškoćama školske dobi.* XXVI. međunarodni znanstveni skup Jezik kao informacija. Zagreb : Hrvatsko društvo za primijenjenu lingvistiku.
- Blaži, D., Buzdum, I., Kozarić-Ciković, M. (2011). Povezanost uspešnosti vještine čitanja s nekim aspektima fonološkog razvoja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 47, br. 2.
- Bishop, D. V. M. (1999). *Uncommon Understanding. Development and Disorders of Language Comprehension in Children.* Hove: *Psychology Press.*
- De Renzi, F., Vignolo, L. A. (1962). The Token Test: a Sensitive Test to Detect Receptive Disturbances in *Aphasics.* *Brain*, 665–678.
- Grobler, M. (2005). *Posebne jezične teškoće u slovenske djece osnovnoškolske dobi.* (Doktorska disertacija). Zagreb : Rehabilitacijsko–edukacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu,
- Grobler, M. (2006). *Specifična jezikovna motnja.* Mozaik našega delovanja. Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 277.
- Hammill, D D., Newcomer, P. L. (1982). *Test of Language Development Intermediate.* Austin; TX:PRO-ED.
- Krstić, N, Vidović, P, Vuković, M. (2011) Razumevanje složenih iskaza kod djece sa razvojnim jezičkim poremećajem. Beograd. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, Vol. 10, br.4.
- Leonard, L B. (2014). Specific Language Impairment Across Languages. *Child Development Perspective*, 8,1.
- Montgomery, J. W., Evans, L. J. (2009). Complex Sentence Comprehension and Working Memory in Children With Specific Language Impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 52.
- Vidović, J. (2013). Specifične jezikovne motnje. *Komunikacija. Bilten društva logopedov*, 4.
- Webster, R.I., Shevell, M.I. (2004). Topical review: Neurobiology of specific language impairment. *J Child Neurol*, 19.
- Weedon, C., Reid, G., Kovačić, D., Grobler, M., Košak Babuder, M., Lipeč-Stopar, M., Magajna, L., Ozbič, M., Pulec Lah, S. (2009). *Profil ocene posebnih potreb SNAP.* Priručnik za uporabo. Ljubljana : Center za psihodiagnostična sredstva.
- Whitaker H A, Noll J D. Some Linguistic Parameters of the Token Test. Oxford : Pergamon Press. *Neuropsychologia*; 1972: 10.

Herta Filiplić-Stojanović, prof. defektologije, specialistka klinične logopedije

Področja delovanja: obravnava govorno-jezikovnih težav in motenj pri predšolskih in osnovnošolskih otrocih, obravnava težav pri branju in pisanju pri otrocih s specifičnim zaostankom na področju govora in jezika, obravnava jecljanja pri predšolskih otrocih, usmerjanje otrok s posebnimi potrebami.

Fonološko zavedanje, branje in pisanje otrok s specifično jezikovno motnjo v 3. in 4. razredu osnovne šole

Povzetek

Specifična jezikovna motnja (SJM) se nanaša na otroke, katerih jezikovne veščine so disproportionalno slabše glede na njihovo starost in nebesedne sposobnosti zaradi neznanih vzrokov in to v kateremkoli delu (enem ali več) jezikovnega razvoja. Otroci z govorno-jezikovnimi težavami so zelo rizični za pojav težav pri branju in pravopisu. Njihov omejen receptivni besednjak jim posledično povzroča negotovost v razumevanju besed, ki jih preberejo. Pri šolskih otrocih s specifično jezikovno motnjo se pojavljajo tudi težave v obliki slabšega fonološkega zavedanja pri opismenjevanju ter se odražajo pri usvajanju branja in pisanja. Želeli smo ugotoviti, kakšne rezultate dosegajo otroci s specifično jezikovno motnjo v 3. in 4. razredu osnovne šole pri preizkusu fonološkega zavedanja in jih primerjati z normami preizkusa. V retrospektivni transverzalni študiji smo raziskali fonološko zavedanje 35 otrok s specifično jezikovno motnjo. Za ugotavljanje fonološkega zavedanja smo uporabili 2. preizkus fonološkega zavedanja iz diagnostičnega preizkusa SNAP, ki dosežek posameznika kategorizira kot: »zelo slabo razvito«, »nekaj pomanjkljivosti«, »ni očitnih težav«. Preiskovanci v primerjavi z vrstniki (razen enega) ne dosegajo standardnih rezultatov norm otrok, ki nimajo specifične jezikovne motnje, in sicer 80 % preiskovancev je imelo »zelo slabo razvito« fonološko zavedanje. V tej dobi kronološka starost ne vpliva na fonološko zavedanje – učenci obeh razredov so enako slabi na področju fonološkega zavedanja. Fonološko zavedanje je metajezikovna sposobnost in ji velja posvečati pozornost v smislu rabe in širjenja fonološkega treninga. S tem bi razvili strategije pomoči učencem s to motnjo v smislu izboljšanja branja in pisanja, bodisi pospešili avtomatizacijo bodisi omilili težave na področju branja in pisanja.

Ključne besede:

specifična jezikovna motnja, razvoj, fonološko zavedanje, opismenjevanje

Phonological Awareness, Reading and Writing of Children with Specific Language Impairment in Third and Fourth Grade of Primary School

Abstract

Specific language impairment involves children, whose linguistic ability is, due to unknown reasons, poorer than that of their nonverbally matched peers. Children with specific language impairment are at greater risk of having difficulties with reading and grammar, while their narrow receptive vocabulary leads to poorer comprehension skills. Similarly, school-age children with specific language impairment often have difficulties with literacy in learning how to read and write, which predominantly occur due to a deficit in their phonological awareness. The aim of this study is to compare and contrast the results of children with specific language impairment in their third and fourth grade with the criterion results in phonological awareness tasks. 35 children with specific language impairment were examined longitudinally, whereby only the second phonological awareness test from the SNAP diagnostic examination was used, categorizing the individual's ability as 'poorly developed', 'some weaknesses', and 'no obvious impairments'. In comparison with their peers, children with specific language impairment do not meet the criterion levels; specifically, 80% of examined children's phonological awareness is classified as 'poorly developed'. At this point, chronological age does not determine the development of phonological awareness, as children in both grades performed similarly poorly. Because phonological awareness is a metalinguistic skill, more attention should be given to the expansion and use of its practice. This would in turn aid the development of support for pupils with specific language impairment either through an increase in automation or through alleviation of difficulties in literacy.

Keywords:

specific language impairment, development, phonological awareness, literacy

Uvod

Pogosto mislimo, da bo imel otrok dober šolski uspeh, če je njegov intelektualni in telesni razvoj normalen. Toda pri določeni skupini otrok so prisotne učne težave kljub normalnemu intelektualnemu in telesnemu razvoju. Včasih iščemo vzrok v nezrelosti otroka za šolo. Mogoče bi se morali vprašati, ali je vzrok za učne težave pri otroku specifična jezikovna motnja. Termin specifična jezikovna motnja (angl. Specific language impairment) se nanaša na otroke, katerih jezikovne veščine so disproporcionalno slabše glede na njihovo starost in nebesedne sposobnosti zaradi neznanih vzrokov in to v kateremkoli delu (enem ali več) jezikovnega razvoja (Blaži in Banek, 1998). Gre za motnjo, ki je prisotna v usvajanju jezikovnega sistema in to predvsem slovničnih struktur kot tudi fonoloških, semantičnih in pragmatičnih aspektov jezika (Evans, 1996).

Motnja se lahko izraža v različnih oblikah, od blažje do težje. Blage oblike specifične jezikovne motnje okolje pogosto niti ne zazna, saj se kaže v omejenem besednjaku, prisotnosti manjših slovničnih napak, včasih v slabšem razumevanju govora. Pogosto se zgodi, da se pri otroku odkrije specifična jezikovna motnja šele, ko se pojavijo učne težave in težave pri branju in pisanju. Tako prej neodkrite težave postanejo vzrok slabšemu učnemu uspehu. Otroci s specifično jezikovno motnjo imajo podpovprečno razvite jezikovne sposobnosti ob normalnem intelektualnem in senzoričnem funkcioniranju. Profil njihovih jezikovnih težav je dinamičen in se skozi čas spreminja (Lum in Conti-Ramsden, 2012). »Populacija učencev s specifično jezikovno motnjo je izjemno heterogena. Primanjkljaji se lahko kažejo pri posameznih učencih v različnih oblikah glede na prizadeto raven jezika (glasoslovje, oblikoslovje in pomenoslovje, skladnja), v odnosu na komunikacijski vidik jezika: v izražanju ali razumevanju jezika ter v različnih stopnjah težavnosti: od lažjih prek zmernih, težjih do težkih. Heterogenost skupine otrok s specifično jezikovno motnjo še dodatno povečuje dejavnik starosti, ki vpliva na raznolikost oblike kot tudi stopnje težavnosti motnje. Zaradi tega je pomembno, da smo pri ocenjevanju oziroma odkrivanju učencev s specifično jezikovno motnjo ali specifičnimi jezikovnimi primanjkljaji pozorni na več komponent jezika« (Grobler, 2006, str. 177). Nekateri avtorji pripisujejo jezikovnim sposobnostim pri zgodnjem učenju branja še večji pomen kot splošnemu intelektualnemu razvoju oziroma sposobnostim (Stanovich idr., 1984, v Golubovič, 1998).

Otroci z govorno-jezikovnimi težavami so zelo rizični za pojav težav pri branju in pravopisu. Njihov omejen receptivni besednjak jim posledično povzroča negotovost v razumevanju besed, ki jih preberejo (Share, 1995, v Golubovič, 1998). Otrok z jezikovnim primanjkljajem počasneje razume pomen besede ali pa ga hitro pozabi, še posebej pa ima težave z abstraktnimi besedami. Pri branju pogosto spremeni pomen napisanim besedam, prebere jih popačeno po

vidni podobnosti in ne opazi prebranega nesmisla (Žerdin, 2003). Zver (2011) poudarja, da se pri branju pojavljajo predvsem glasovne napake. Za prepoznavo in imenovanje črke otrok potrebuje več časa, saj jih identificira postopoma, eno za drugo. »O stopnji razumevanja zapisanega besedila nam marsikaj pove že način glasnega branja« (Žerdin, 2003, str. 45). Če otrok bere monotono, brez potrebnih besednih poudarkov, napačno naglašuje zloge ter ne upošteva stavčnega poudarka in intonacije, ki jo narekujejo osnovna ločila, po vsej verjetnosti ne ve, kaj bere. Sicer morda le ni dovolj pozoren in je z mislimi kje drugje ter bere mehanično, a bolj verjetno je, da vsebini prebranega ne sledi zaradi težav pri razumevanju. Eliss in Young (1990, v Golubović, 1998) navajata, da se sposobnost pisanja začne kot lingvistični proces, zaključi pa kot zaznavno-motorični. Če pri otroku ni razvita ustrežna jezikovna struktura, se to odraža tudi pri njegovem pisanju (Golubović, 1998). Pisno sporočanje otroka z jezikovnimi primanjkljaji je neurejeno, misli so nepopolno izražene. Tako je lahko celotno besedilo le skupina odvisnih stavkov brez ločil (Žerdin, 2003). »Otroci z jezikovnimi problemi imajo specifične težave z morfologijo in pri njih se težave s sintakso samo nadaljujejo« (Grobler, 2002, str. 130). Opazimo zlasti naslednje težave, ki so pri pisnem jeziku še izrazitejše kot pri ustnem: znotraj povedi manjkajo prazno-pomenske besedne vrste (vezniki, števniki, prislovi in predlogi); pogosto imajo težave s pomožnimi glagoli; kažejo se težave z zaporedjem besed v stavku in z zaporedjem stavkov v povedi; manj pogoste so podredne in nadredne povedi. Otrok z jezikovno motnjo namreč nima občutka za miselno celoto. Pri pisanju samostojnega spisa lahko prepoznamo jezikovno motnjo zlasti po tem, da ima spis velikokrat le eno samo veliko začetnico in eno samo piko, vmes pa so nanizane misli, ki se brez ločil prelivajo druga v drugo ali pa si sledijo kot sami odvisni stavki. Medtem lahko posamezne besede zapiše povsem pravilno (Žerdin, 2003). Avtorica opisuje tudi napake pri nareku, ki kažejo na motnjo v jezikovnem razvoju. Tovrstne napake so: opuščanje ločil na koncu povedi oziroma postavljanje pik tam, kjer jih ni, cepljenje besed na dva dela ali pa združevanje dveh besed v eno ter zmaličen zapis manj znanih besed. Omenjene napake dela otrok zato, ker ne sledi vsebini narekovanega besedila oziroma ga ne razume.

Pri otrocih s specifično jezikovno motnjo so fonološki in artikulacijski problemi prisotni bolj v predšolskem kot v šolskem obdobju. Najbolj pogosti in značilni fonološki problemi so naslednji: nedoslednost izgovora posameznih glasov (predvsem sičnikov in šumnikov), nedoslednost izgovora posameznih besed, težave pri izgovoru dolgih ali glasovno zahtevnih besed ter zabrisana izreka glasov v besedi ali besed v stavku (Grobler, 2002). Zaradi težav fonološkega zavedanja imajo otroci posledično težave pri usvajanju branja in pisanja.

Fletcher in sodelavci (2007) opisujejo fonološko zavedanje kot metakognitivno razumevanje, da imajo besede, ki jih beremo ali poslušamo, notranjo strukturo. Fonološko (glasovno) zavedanje se nanaša na zmožnost primerjave, analize in raz-

likovanja izrečenih besed na podlagi njihove glasovne strukture. To preverjamo s testi štetja zlogov ali glasov v besedi, iskanju ne-prave besede na podlagi začetnega, srednjega, ali zadnjega fonema in pa s testiranjem rim. Obstajajo tudi kompleksnejše naloge, ki vključujejo kognitivne sposobnosti in spomin. Številne raziskave kažejo, da predšolsko fonološko zavedanje že napoveduje kasnejše sposobnosti opismenjevanja, tudi ko so kognitivne sposobnosti pod nadzorom (Wagner, Torgesen in Rashotte, 1994). Tako sklepamo, da fonološko zavedanje zagotavlja potrebno osnovo za razvoj dekodiranja znakov in njihovega pripisovanja h glasovom.

Catts idr. (2002, v Bishop in Snowling, 2004) so v epidemiološki raziskavi, v katero je bilo vključeno 328 otrok z jezikovnimi primanjkljaji v predšolskem obdobju, primerjali njihove rezultate na področju branja v drugem in četrtem razredu in s tem skušali ugotoviti povezavo med jezikom ter težavami pri opismenjevanju. Pomembna ugotovitev v tej raziskavi je, da sta pri otrocih z jezikovnimi primanjkljaji prizadeta tako bralno razumevanje kot tudi pravilnost pri branju, kar pomeni, da je specifična jezikovna motnja povezana tako s težavami pisnega jezika kot tudi s spretnostmi dekodiranja. Nathan, Stackhouse, Goulandris in Snowling (2004) so testirali hipotezo kritične starosti v longitudinalni študiji z vzorcem 47 otrok s težavami v artikulaciji od 4.06 do 6.07 let. Otroke so razdelili v dve podskupini, eno z otroki, ki imajo samo artikulacijske težave, in drugo z otroki s specifičnimi jezikovnimi primanjkljaji. Po dveh letih je prva skupina imela tako dobre rezultate pri fonološkem zavedanju in pravopisu kot kontrolna skupina, medtem ko so otroci s specifičnimi jezikovnimi težavami imeli slabše fonološko zavedanje in slabše bralne ter pravopisne veščine.

Sposobnost fonološkega zavedanja je močno povezana z učenjem branja. Raziskave (Williams, 1980; Bradley in Bryant, 1983; Olofsson in Lundberg, 1985; Hurford, 1990), ki so temeljile na urjenju predšolskih otrok v sposobnostih fonološkega zavedanja, so pokazale, da so se učenci, ki so bili deležni tega treninga, ob vstopu v šolo hitreje naučili brati kot ostali (Pečjak, 1991, v Švigelj, 2011). Tudi Rutar (2006, v Ažman, 2011) poudarja, da so otroci, ki so uspešnejši pri prepoznavanju zlogov, rim, glasov, zaradi boljšega razumevanja delov besed, spretnejši pri učenju branja. Neustrezne sposobnosti fonološke obdelave vplivajo na usvajanje veččin razstavljanja besed na zloge in glasove ter sestavljanja besed iz glasov in zlogov. »S spodbujanjem razvoja otrokovih fonoloških veščin vplivamo na izboljšanje procesa branja« (Skamlič, 2014, str. 41).

Razmerje med fonološkim zavedanjem in učenjem branja je dvosmeren proces: fonološko zavedanje je predpogoj za učenje branja in učenje branja omogoča nadaljnji napredek fonološkega zavedanja (Duranović, Salihović, Ibrahimagić in Tinjić, 2011). Po mnenju Reida (2007, v Kruh, 2009) je v okviru fonološkega zavedanja pomembno zlasti razlikovanje podobnih glasov, pomnjenje teh glasov in prepoznavanje glasov v besedah.

Zakaj je torej fonološko zavedanje tako pomembno pri učenju branja? Wong (1996) razloži, da je ključnega pomena, da je otrok spreten pri dekodiranju posamezne besede in poveže pravičen glas z določeno črko. Če ima težave s tem, si ne more ustvariti ustreznega pomena besed. Tudi kadar napačno dekodira le nekatere besede znotraj povedi, to onemogoča pravilno razumevanje. »Če otrok ne razlikuje natančno posameznih glasov, to popači njegovo razumevanje besed in zabriše pomen besed« (Žerdin, 2003, str. 40). Otroci z jezikovnimi težavami nimajo natančne predstaviteljivosti o fonološki strukturi besede. Največ preglastic jim povzročajo glasovi, ki imajo nizko slušno diskriminacijsko vrednost oziroma so si slušno zelo podobni (npr. D-T, P-B, Š-Ž, S-Z). Tako se težave kažejo pri artikulaciji teh glasov v različnih glasovnih zvezah, še bolj pa pri zapisu črk za te glasove, kar zahteva še bolj natančen priklic (Grobler, 2002).

Tudi pri učenju pisanja se kaže vpliv fonološkega zavedanja. Pri abecednem zapisu je namreč najpomembnejše, da se otrok zaveda glasov v besedi. Spoznati mora, da je beseda sestavljena iz segmentov – fonemov. Gre za glasove določenega jezika, ki so pomensko razlikovalni, saj drugačen vrstni red posameznih segmentov ter različni fonemi spremenijo pomen besede. Otroci morajo razlikovati foneme kot različne, preden pričnejo z učenjem branja in pisanja (Gabron, 1997, v Ažman, 2011).

Učenje branja je torej tesno povezano z zgodnjimi jezikovnimi sposobnostmi, posebno s fonološkim zavedanjem. Te povezave so najbolj očitne pri otrocih, katerim je zgodaj diagnosticirana disleksija. Upočasnjen razvoj ustnih jezikovnih veščin (fonološko pomanjkanje in slabši besednjak) pri otrocih z disleksijo ter pogostost bralnih težav pri otrocih s specifično jezikovno motnjo je ustvarilo zdaj splošno sprejeto teorijo, ki trdi, da disleksija in specifična jezikovna motnja predstavljata različni manifestaciji enake temeljne motnje. Tj. hipoteza intenzivnosti (katera trdi, da obstaja linija kontinuitete med disleksijo in specifično jezikovno motnjo (SJM), tako da imajo otroci z disleksijo in tisti s SJM kvalitativno podobne motnje, ki se razlikujejo predvsem po stopnji intenzivnosti (Snowling, Bishop & Stothard, 2000). Williams in Elbert (2003) navajata, da se pri šolskih otrocih s specifično jezikovno motnjo pojavljajo tudi težave v obliki slabšega fonološkega zavedanja pri opismenjevanju ter se odražajo pri usvajanju branja in pisanja. Fonološko zavedanje predstavlja enega izmed nivojev jezikovnega zavedanja, spada pa tudi med procese fonološke predelave informacij, saj vključuje uporabo fonološke informacije pri predelavi ustnega in pisnega jezika (Wagner, 1986, v Magajna, 1994).

Raziskava

Večina otrok brez težav na jezikovnem področju je v 3. ali 4. razredu že opismenjena oziroma se proces opismenjevanja zaključuje. Pri otrocih s SJM se razvoj glasov govora, predbralnih in bralnih veščin ter čas opismenjevanja močno podaljša. Fonološko zavedanje je predpogoj usvajanja branja in pisanja in je kot tako področje, ki se lahko s fonološkimi treningi izboljša.

Zato smo želeli ugotoviti, kakšne rezultate dosegajo otroci s specifično jezikovno motnjo v 3. in 4. razredu osnovne šole pri preizkusu fonološkega zavedanja in jih primerjati z normami preizkusa oziroma z rezultati otrok brez SJM.

Metode dela

Vzorec

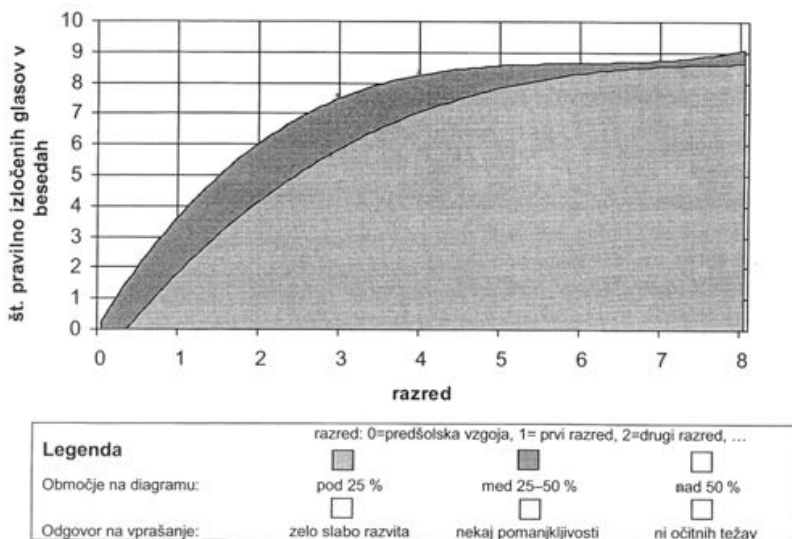
Vzorec za raziskavo so sestavljali otroci, ki so bili od januarja 2011 do junija 2014 obravnavani v Svetovalnem centru zaradi specifične jezikovne motnje. Vključevalni kriteriji za raziskavo so bili: vključenost v 3. ali 4. razred osnovne šole, vključenost v šolo na ožjem ali širšem območju Ljubljane, IQ v mejah povprečja (neverbalni IQ je 85 ali več), odsotnost senzomotornih, čustvenih in psihičnih motenj ter sociokulturne prikrajšanosti. Kriterije za vključevanje v študijo je izpolnjevalo 35 otrok. Vse raziskovance je pregledal isti strokovnjak in je pri vseh uporabil isti inštrumentarij.

Testni inštrumentarij

Za ugotavljanje fonološkega zavedanja smo uporabili 2. preizkus fonološkega zavedanja iz diagnostičnega preizkusa SNAP (Special Needs Assessment Profile, Weedon in Reid, 2003). Preizkus sestavlja 10 vprašanj. Otroku povemo nebesedo in ga prosimo, da določen glas iz nebesede izpusti. Naloga je označena kot pravilna, če je beseda izgovorjena povsem enako kot prvotna beseda, le da je glas izpuščen. Maksimalni dosežek na preizkusu je 10 pravih odgovorov oziroma točk. Dosežek se vrednoti s pomočjo interpretacijskega grafikona (slika 1), v katerem se določi mesto na grafikonu, kjer se nahaja dosežek posameznika v eni od treh možnih kategorij: »zelo slabo razvito«, »nekaj pomanjkljivosti«, »ni očitnih težav«.

Statistična obdelava

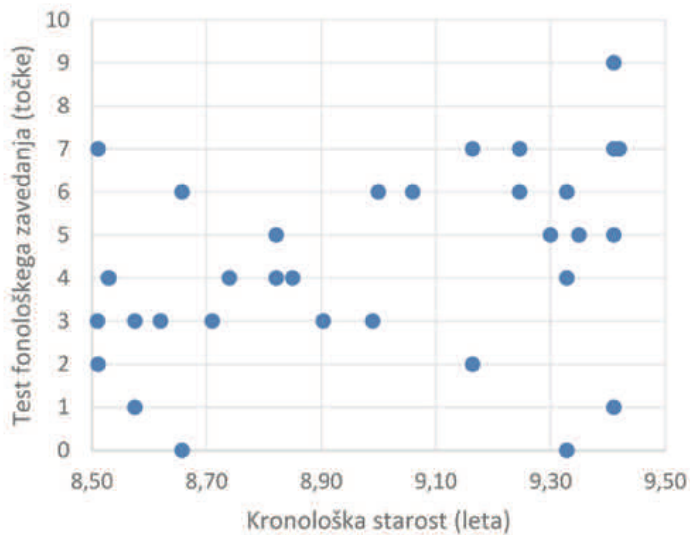
Uporabili smo računalniški program IBM SPSS ver. 21. S pomočjo bivariantne korelacije na statistični ravni 0,01 smo določili medsebojno povezanost med neodvisno spremenljivko »starost« in odvisno spremenljivko »število točk« na preizkusu fonološkega zavedanja. Dodatno smo grafično prikazali medsebojni odnos med spremenljivkama ter delež preiskovancev po kategorijah dosežka.



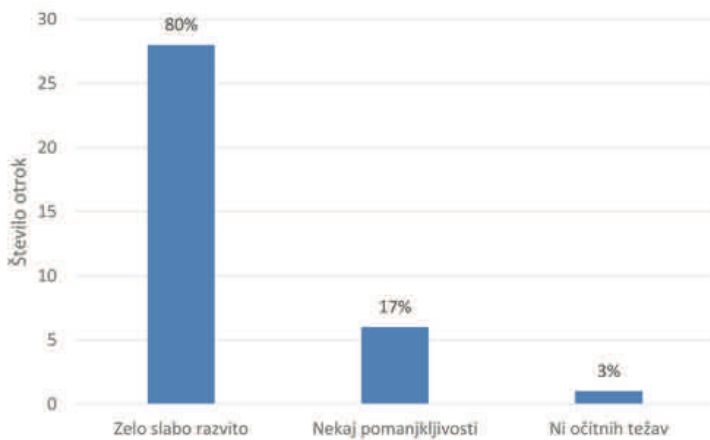
Slika 1: Interpretacijski graf za diagnostični preizkus fonološkega zavedanja (prevzeto iz SNAP priročnika)

Rezultati

V primerjavi z normo preizkusa (slika 1), je 80 % preiskovancev imelo »zelo slabo razvito« fonološko zavedanje (slika 3). Preiskovanci v primerjavi z vrstniki (razen enega) ne dosegajo standardnih rezultatov norm otrok, ki nimajo specifične jezikovne motnje. Pearsonov koeficient korelacije= 0,346, $p=0,042$ kaže, da ne obstaja statistično pomembna korelacija med 3. in 4. razredom in dosežkom na preizkusu fonološkega zavedanja v skupini otrok s specifično jezikovno motnjo (slika 2). V tej dobi kronološka starost ne vpliva na fonološko zavedanje – obe skupini sta enako slabi na področju fonološkega zavedanja.



Slika 2: Dosežek števila pravilno izločenih glasov v besedah pri preizkusu fonološkega zavedanja



Slika 3: Doseženi rezultati pri testu fonološkega zavedanja v odstotkih

Diskusija in zaključek

Ugotovili smo, da je fonološko zavedanje učencev 3. in 4. razredov s specifično jezikovno motnjo zelo slabo razvito in v primerjavi z vrstniki ne dosegajo norm za svojo starost. Glede na to, da ima v našem vzorcu 80 % otrok s specifično jezikovno motnjo zelo slabo razvito fonološko zavedanje, lahko predvidevamo, da ima večina otrok s specifično jezikovno motnjo težave pri branju in pisanju. Fonološko zavedanje je metajezikovna sposobnost in ji velja posvečati pozornost v smislu rabe in širjenja fonološkega treninga. S tem bi razvili strategije pomoči učencem s to motnjo v smislu izboljšanja branja in pisanja, bodisi pospešili avtomatizacijo bodisi omilili težave na področju branja in pisanja.

Do sedaj smo v Svetovalnem centru opravljali diagnostično ter svetovalno delo pri otrocih s SJM. Ob ugotovljenih težavah na področju branja in pisanja se je staršem nudila podpora, svetovanje ter konkretni napotki glede primernih strategij in vaj za omilitev težav z rednim spremljanjem ter evalviranjem napredka. V soglasju s starši smo se povezali tudi s šolo in vzpostavili pomembno sodelovanje z učitelji, ki lahko z ustreznim prilagajanjem ter razumevanjem otroka bistveno pripomorejo k lažjemu spopadanju s težavami. Rezultat raziskave nam je zagotovo lahko dobro izhodišče za terapevtsko delo na področju fonološkega zavedanja, branja in pisanja otrok s SJM. V naši ustanovi načrtujemo intenzivno in kontinuirano izvajanje treningov fonološkega zavedanja, v katerega bi bili vključeni otroci s SJM.

Viri:

- Ažman, S. (2011). *Fonološko zavedanje in branje pred otrokovim vstopom v šolo ter v prvem in drugem razredu* (Diplomsko delo, Pedagoška fakulteta). Pridobljeno s http://pefprints.pef.uni-lj.si/576/1/A%C5%BDMAN_DIPLOMA.pdf, 26. 7. 2014.
- Bishop, D. V. M. in Snowling, M. J. (2004). Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858-886.
- Blaži, D. in Banek, Lj. (1998). Posebne jezične teškoče—uzrok školskom neuspehu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 34(1), 183-184.
- Catts, H. W., Fey, M.E., Tomblin, J.B. in Zhang, X. (2002). A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45, 1142-1145.
- Duranović, M., Salihović, N., Ibrahimagić in A., Tinjić, E. (2011). Phonological Skills among Children with Reading Disabilities. *The Journal of Special Education and Rehabilitation*, 12, No.1 - 2. S. 86 – 99.
- Evans, J. L. (1996). SLI subgroups: Interaction between discourse constrains and morphosyntactic deficits. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 655-657.
- Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S. in Barnes, M. A. (2007). Learning Disabilities: From Identification to Intervention. New York : *The Guilford Press*.
- Golubović, S. M. (1998). *Klinička logopedija II*. Beograd : Univerzitet u Beogradu.
- Grobler, M. (2002). *Otroci s specifično govorno-jezikovno motnjo*. V: N. Končnik Gotšič in M. Kavkler (ur.). Specifične učne težave otrok in mladostnikov:prepoznavanje, razumevanje, pomoč. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 121-134.
- Grobler, M. (2005). *Posebne jezične teškoče u slovenske djece osnovnoškolske dobi*. (Doktorska disertacija). Zagreb : Rehabilitacijsko—edukacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

- Grobler, M. (2006). *Specifična jezikovna motnja*. V: Mozaik našega delovanja. Zbornik prispevkov ob 50-letnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 277.
- Kruh, J. (2009). *Zgodnje odkrivanje disleksije* (Magistrska naloga). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Lum, J. A. G., Conti-Ramsden, G., Page, D. in Ullman, M. T. (2012). Working, declarative and procedural memory in specific language impairment. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 48, Issue 9, 1138-1139.
- Magajna, L. (1994). *Razvoj bralnih strategij-vloga kognitivnega in fonološkega razvoja ter fonološke strukture jezika* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Snowling, M. J. in Defty, N. (1998). Developmental and variation in developmental dyslexia. V: C. Hulme in M. Joshi (ur.). *Cognitive and linguistic bases of reading, writing and spelling* (str. 201-207). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Snowling, M. J. (2000). *Dyslexia* (2 nd ed.). Oxford, England: Blackwell.
- Snowling, M., Bishop, D. V. M. in Stothard, S. E. (2000). 'Is Preschool Language Impairment a Risk Factor for Dyslexia in Adolescence?' *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 587-600.
- Skamlič, N. (2014). Uvod v disleksijo. *Komunikacija*, 6, 40-45.
- Švigelj, M. (2011). *Ocenjevanje predbralnih sposobnosti* (Diplomsko delo, Pedagoška fakulteta). Pridobljeno s http://pefprints.pef.uni-lj.si/443/1/DIPLOMSKO_DELO.pdf, 26. 7. 2014.
- Weedon, C. in Reid, G. (2003). *Special needs assessment profile »SNAP«*. Prevod in priredba dela. Profil ocene posebnih potreb: priročnik za uporabo.
- Avtorice slovenskega prevoda in priredbe preizkusov Grobler, M. et. al.. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva, 2009.
- Williams, L. in Elbert, M. (2003). *A Prospective Longitudinal Study of Phonological Development in Late Talkers. Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34, 138-139.
- Wong, B. Y. L. (1996). *The ABCs of Learning Disabilities*. San Diego, CA: Academic Press.
- Zver, P. (2011). *Ugotavljanje otrokovega funkcioniranja in njegovih sposobnosti na področju predakademiških veščin* (Diplomsko delo, Pedagoška fakulteta). Pridobljeno s http://pefprints.pef.uni-lj.si/35/1/Diplomska_naloga.pdf, 26. 7. 2014.
- Žerdin, T. (2003). *Motnje v razvoju jezika, branja in pisanja: kako jih odkrivamo in odpravljamo*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše in Društvo Bravo.

Herta Filiplić-Stojanović, prof. defektologije, specialistka klinične logopedije

Področja delovanja: obravnava govorno-jezikovnih težav in motenj pri predšolskih in osnovnošolskih otrocih, obravnava težav pri branju in pisanju pri otrocih s specifičnim zaostankom na področju govora in jezika, obravnava jecljanja pri predšolskih otrocih, usmerjanje otrok s posebnimi potrebami.

Barbara Bogdanić Petek, prof. defektologije

Področja delovanja: zgodnje odkrivanje, diagnostika ter korekcija razvojnih in učnih težav pri otrocih, svetovanje otrokom in mladostnikom na področju premagovanja razvojnih, učnih in specifičnih učnih težav in ovir, svetovanje staršem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri delu z otroki s posebnimi potrebami, svetovanje staršem in učiteljem pri vključevanju otrok s posebnimi potrebami v osnovno in srednjo šolo.

Prilagoditve v šoli za otroke z motnjo pozornosti in aktivnosti

Povzetek

Prispevek obravnava skupino otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti, ki potrebujejo preventivne primarne ukrepe - podporo okolja s prilagoditvami v vključujoči šoli. Prilagoditve so razložene in osvetljene z vidika klinične prakse ter inkluzivne usmerjenosti, s predlogi, kako naj jih učitelj uporabi. Ob razlagi, zakaj so primerne, je predstavljena izgradnja podpornih mehanizmov ter kompetenc. Otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti so umeščeni v skupino šolskih otrok, bralci pa so nagovorjeni k razumevanju njihovih posebnih potreb in podporni naravnosti, torej večjemu razumevanju in izvajanju prilagoditev, ki naj ne obremenjujejo, temveč bogatijo slovenski šolski prostor.

Ključne besede:

otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti, prilagoditve v šoli (pri pouku)

Adjustments in schools for children with attention deficit disorder

Abstract

The article deals with a group of children, suffering from attention deficit disorder, where primary preventive measures need to be taken. This group is in need of support of its environment and consequently of adjustments in the inclusive school. We will explain the adjustments in the light of clinical practice and experiences gathered at the inclusive school, attempting to advise a teacher how to use them. We will assess their usability and encourage the enhancement of support mechanisms and competences. Children, suffering from attention deficit disorder will participate in a group of primary school children. We will attempt to encourage the reader to understand their special needs and their need for support – and consequently the need to implement adjustments, which should not burden but rather enrich Slovenian education.

Keywords:

child with attention deficit disorder; adjustments (during classes) in schools

Uvod

V Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana izobražujemo ter strokovno spodbujamo učitelje pri uporabi prilagoditev ter celostni pomoči otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti ter jo timsko izvajamo. Opažamo, da otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti predstavljajo za učitelje velik izziv tako na vzgojnem, kot na učnem področju. Učitelju svetujemo, da ob pomoči staršev, specialnega pedagoga in specialne inštitucije ugotovi ter razume, kakšno obliko in vrsto motnje pozornosti in aktivnosti ima določen otrok ter posledično, kakšne prilagoditve potrebuje. Prilagoditve naj prilagaja na kontinuumu od minimalnih do zelo izrazitih, kar je odvisno od posebnih vzgojno izobraževalnih potreb. S strokovno skupino prilagoditve evalvira, spreminja ter prilagaja glede na otrokov napredek in razvoj. Pouk oblikuje strukturirano in dinamično, kar pripomore k boljšemu učenju vseh otrok. Pri poučevanju otroka z motnjo pozornosti in aktivnosti naj bo potrpežljiv ter občutljiv za njegove potrebe. Delo in aktivnosti naj organizira tako, da so vsi učenci aktivno udeleženi in nudi priložnost za doseganje individualnega uspeha pri doseganju visokih standardov. K boljši

interakciji z otrokom z motnjami pozornosti in aktivnosti prispevajo: jasnost in natančnost predstavitve nalog, struktura, stopnjevanost nalog, sekvence, skrbna namestitvev otroka glede na ostale posameznike v razredu, minimaliziranje distraktorjev, preproste transparentne rutine, pravila, ki jih otrok razumeva in upošteva (Pulec, 2002).

Vzgoja in izobraževanje otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti

Vzgoja in izobraževanje oseb s posebnimi potrebami, kamor sodijo otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti, temeljita na ciljnih in načelih, določenih v zakonih za posamezno področje vzgoje in izobraževanja (po Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami). Načela in cilji, ki utemeljijo prilagoditve pri pouku, so:

- enake možnosti s hkratnim upoštevanjem različnosti otrok,
- ohranjanje ravnotežja med različnimi vidiki otrokovega telesnega in duševnega razvoja,
- zagotovitev ustreznih pogojev, ki omogočajo optimalen razvoj posameznega otroka,
- celovitost in kompleksnost vzgoje in izobraževanja, individualiziran pristop.

Glede na to, da se ob motnji pozornosti in aktivnosti pogosto sočasno pojavljajo še učne težave, nas zanima, katera načela po Konceptu dela z učenci z učnimi težavami vplivajo na načrtovanje, organizacijo pouka, udeleženos otroka, spodbujanje optimalnega razvoja ter kateri pomembni dejavniki zajemajo otrokovo šolsko in domače okolje (načela povzeta po Magajna 2008):

- načelo odkrivanja in spodbujanja močnih področij,
- načelo udeleženos učenca, spodbujanja notranje motivacije in samodoločenosti,
- načelo postavljanja optimalnih izzivov,
- načelo odgovornosti in načrtovanja,
- načelo celostnega pristopa,
- načelo interdisciplinarnosti,
- načelo partnerskega sodelovanja s starši,
- načelo odkrivanja in spodbujanja močnih področij,

- načelo akcije in samozagovornišva,
- načelo postavljanja optimalnih izzivov.

Z upoštevanjem ciljev in načel zagotovimo otrokom s posebnimi potrebami ter vsem ostalim udeležencem vzgojno-izobraževalnega procesa optimalen razvoj. Učitelj je zakonsko odgovoren za izobraževalni napredek in socialno vključevanje vseh otrok (Kavkler 2007). Evropska komisija predlaga, naj učitelji poučevanje bolj prilagajajo vsakemu učencu, s čimer se bistveno poveča zanimanje in sodelovanje vseh učencev pri pouku. Pomembno je, da pri učnih dosežkih napredujejo vsi učenci, tudi učenci z učnimi težavami, kar se kaže v višje doseženih kompetencah (European Commission, 2008).

Pedagoške intervencije temeljijo na spremembi okoliščin v razredu, z namenom zmanjševanja neželenega vedenja, in interakciji, ki spodbuja, da se otrok vključuje v zelene aktivnosti. Upoštevajo načelo najmanj restriktivnega okolja, kar pomeni, da je potrebno otroku zagotoviti takšno okolje, ki je čim bolj podobno okolju, v katerem bi se šolal, če bi ne imel nobenih posebnih potreb (Pulec, 2002). Otrok je večino časa prisoten v razredu ob doslednem upoštevanju individualizacije in diferenciacije, timskega sodelovanja, modifikacije zahtev in dejavnikov v okolju. Lahko pa ima občasno podporno individualno/skupinsko pomoč, ki ne pomeni usmeritve, ter le ob intenzivnejših motnjah dodatno strokovno pomoč.

Prilagoditve pri organizaciji prostora, šolske ure

Pri organizaciji prostora ter šolske ure je pomembno, da učitelj prilagodi šolsko okolje tako, da se bo v njem otrok čim več naučil ter se počutil sprejetega in varnega (prek jasnih pravil z vnaprej določenimi posledicami in njihovim doslednim izvajanjem). Z dobro organiziranim zunanjim okoljem in manj motečimi dražljaji vzpostavlja otrok notranjo strukturo, pridobiva organizacijske spretnosti, razširja obseg pozornosti ter povečuje samokontrolo.

- Otrok sedi tam, kjer je manj motečih dražljajev (stran od vrat, oken, radiatorjev, zvočnikov, ker odvrtačo pozornost).
- Sedi ob mirnih posameznikih, s katerimi ni v konfliktih.
- Po potrebi sedi sam ali ima omejen prostor, ločen s črto ali kartonsko pregrado.
- Če sedi spredaj ob učitelju, potem učitelj usmerja njegovo pozornost ter ga vodi.

- Nekateri otroci z motnjo pozornosti in aktivnosti radi sedijo zadaj, ker imajo pregled nad razrednim dogajanjem. V primeru, da sedijo spredaj, se ves čas obračajo nazaj. Učitelj preizkusi in premisli, katera je najboljša pozicija za konkretnega otroka.
- Sedi ob strani, da lahko iztegne noge in roke – vpliv razteznihi aktivnosti na aktivacijo proprioceptorjev ter lažje sledenje pouku (Viola, 2007).
- Uporablja sedeže, pri katerih je glavni del gibljiv, ker poveča mišični tonus, ki je potreben za ohranjanje pravilne drže pri sedenju (Viola, prav tam).
- Uporablja klinasto, napihljivo sedalno blazino ali blazino napolnjeno z zrnjem.
- Učitelj dovoli, da sedi na spodvitih nogah, če lažje usmerja svojo pozornost.
- Med reševanjem nalog naj ima otrok možnost, da pri mizi stoji.
- Miza in stol naj bosta ustrezno visoka (stopali plosko na tleh, kolena pod kotom 90°).
- Učitelj dovoli, da stiska terapevtsko žogico, ker mu lahko usmerja pozornost.
- Prostori za sporočila so v zadnjem delu učilnice, da dodatno ne odvrnejo pozornosti.
- Spodbuja uporabo lista s strategijami, algoritmi reševanja nalog, odgovarjanja (najprej premislim, potem odgovorim), nalepljenega na mizi (Jereb, 2011).
- Spodbuja uporabo opomnikov na klopi, ki ga opominjajo na sklenjene dogovore, domače naloge, način dela (Jereb, prav tam).
- Pripravi dnevni urnik s fotografijami pripomočkov za posamezen predmet. Dnevni urnik obesi na tablo med odmorom ter v začetku šolske ure, potem ga spreminja glede na predmet, ki je na urniku (Viola, 2007).
- Spodbuja druge otroke, da pomagajo otroku z motnjo pozornosti in aktivnosti pri pripravi šolskih potrebščin na klop, dokler sam ne osvoji organizacijskih veščin.
- Učitelj, dežurni učenec ali otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti redno briše tablo, da otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti lažje sledi trenutni snovi.
- Ob spremembi dejavnosti učitelj uporablja zvočne (zvonček, glasba, tlesk, plosk) (Viola, prav tam) ali vidne znake (napis, kretnja, znak uho-poslušajte, oko-poglejte) ali pokliče otroka po imenu.

- Otrok naj ima možnost umika v miren kotiček, kjer rešuje/dokonča nalogo, se sprosti. V mirnem kotičku so slušalke z glasbo, gugalnik, žogice za stiskanje, blazina ipd.
- S predvidljivo in strukturirano šolsko uro, poukom in sistematično urejeno učilnico vpliva na notranjo organizacijo, načrtovanje, vnaša predvidljivost, kontrolo in red.
- Nadzira razred v manj strukturiranih situacijah (odmor, izlet), ki so za otroka z motnjo pozornosti in aktivnosti posebno rizične.
- Zagotovi krajše odmore med nalogami, ki jih otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti potrebuje ter pomenijo varovalni dejavnik za uspešno izpeljan pouk.

Prilagoditve pri uporabi materialov

Pri uporabi materialov je pomembno, da je učitelj kreativen. S specialnim pedagogom oblikujeta materiale in pripomočke, ki usmerjajo ter ohranjajo pozornost.

- Z uporabo multisenzornih materialov stimulira več čutil naenkrat ter aktivira različne zaznavne kanale učencev. Spremembe in novosti pritegnejo pozornost.
- Ob izrazitem zmanjšanem obsegu pozornosti uporablja enolične in enostavne materiale, ki so individualizirani in diferencirani.
- Z uporabo ponazoril omogoča lažjo predstavljenost, razumevanje, priklic podatkov ipd.
- Otroka spodbuja k izdelavi pripomočkov (vpliv motivacije/aktivnosti na zapomnitev).
- Pri oblikovanju delovnih listov in materialov upošteva uporabo kratkih, enoznačnih navodil, jasne strukture, večjih okvirčkov, dodatnega prostora za pomožne zapise, manj slikovnega materiala, zaporedje korakov, barvne in grafične opore).
- Spremlja otrokov zapis domače naloge v posebno beležko ter se pod zapis podpiše.
- Z uporabo kartončkov z individualnimi navodili ali napismi za ves razred usmerja in ohranja budnost pozornosti.

Prilagoditve pri podajanju učne snovi

Pri podajanju snovi je pomembno, da je učitelj prilagodljiv, učljiv, dinamičen ter hkrati miren, dosleden in organiziran. Učitelj naj razume, da je otrokovo vedenje pogosto posledica razvojne težave, motnje, ter na situacijo pogleda z distance ali, če je možno, s humorjem.

- Med dajanjem navodil ohranja nevtralen ton glasu, drugače otroci informacijo ignorirajo ali reagirajo preveč burno, impulzivno ali opozicionalno.
- Pri podajanju navodil se postavi vedno na isto mesto v prostoru (prostorsko sidro), kar vpliva na učinkovitejše usmerjanje pozornosti ter omogoča predvidljivost.
- Opazuje in beleži, katere situacije so najbolj rizične, ko učenec težko vzdrži in mu koncentracija popušča ter s svetovalno službo naredi načrt pomoči.
- Naloge razdeli na manjše enote, da jih otrok lahko dokonča. Pri otroku z motnjo pozornosti in aktivnosti je pomembna pridobitev izkušnje načrtovanja, izvedbe in evalvacije naloge. Dokončevanje nalog je pomemben cilj, s pomočjo katerega razvija samoorganizacijo in samonadzor.
- Otroku z motnjo pozornosti in aktivnosti pomaga pri določanju kratkoročnih ciljev, (Pajič, 2006) ki so mu dosegljivi in ob katerih ohrani motivacijo.
- S preverjanjem razumevanja in sledenja navodilom usmerja sledenje pouku. Spodbuja, da navodilo ponovijo otroci sami.
- Učitelj po potrebi ponovi navodilo z mirnim glasom.
- Uporablja barve oznake, simbole, spreminja način podajanja snovi, da zagotavlja budnost pozornosti ter ohranja obseg in kvaliteto pozornosti.
- S podajanjem snovi na multisenzoren način zadovolji vse preferenčne kanale vseh učencev, kar vpliva na lažje sledenje, razumevanje snovi, zapomnitev in višje dosežke.
- Uporablja delovne liste, kartončke, kjer so naloge strukturirane ter vodene po korakih.
- Učitelj ter specialni pedagog poenostavita napisana navodila in neumetnostna besedila.
- Opazuje, ali otrok deli pozornost na zapis vsebine ter na upoštevanje navodil.

- Usmerja otrokovo pozornost (s pogledom, dotikom, sporočilom, kartico ali besedo).
- Uporablja dogovorjene znake za prekinitvev otrokovega motečega vedenja.
- Naloge razvrsti po težavnosti; otrok odkljuje, kar je že naredil (razvija samokontrolo).
- Upošteva upade pozornosti ter spreminja način podajanja učne snovi z vmesnimi kratkimi odmori. Lahko so gibalne narave ali pa gre za spremembo dejavnosti/aktivnosti, ki vpliva na spremembo miselne aktivnosti.
- Upošteva krajše učne enote (20–30 min). Te prilagoditve zlasti učitelji na predmetni stopnji redkeje uporabljajo (Žunko, 2009).
- S skupinskim in sodelovalnim učenjem vnaša dinamiko. Otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti razvija socialne in komunikacijske spretnosti, ki so po navadi šibko razvite.
- Otroku predstavi kratkoročne cilje, diferencira obseg, zahtevnost, nudi izbirnost nalog.
- Z uporabo tehničnih pripomočkov in sodobne tehnologije dviguje motivacijo in usmerja ter razširja obseg pozornosti.
- Spodbuja otroka, da se uči ob modelu (učitelj ali primeren učenec).
- Vpeljuje sodelovalne, v procese in rešitve usmerjene metode, prilagojene učencu (razprave, miselni vzorci, razjasnjevanje vrednot, simulacije, scenariji, modeli, igranje vlog, igre, ankete, študije primerov, ekskurzije, projekti, ki jih vodijo otroci, reševanje problemov (Klemenc, 2010).
- Vpeljuje projektno učno delo; izkustveno učenje: učenje zunaj učilnice, v naravi, na prostem, v pokrajini (Klemenc, prav tam).

Prilagoditve pri preverjanju in ocenjevanju znanja

Pri preverjanju in ocenjevanju znanja je pomembno, da učitelj s pomočjo prilagoditev ocenjuje znanje, ne pa motnje pozornosti in aktivnosti ter da otroku nudi občutek zaupanja v sposobnosti in razvoj. Otroku in starejšem razloži upoštrevane prilagoditve ali jih zapiše v beležko ali na kontrolno nalogo.

- Z napovedanim in dogovorjenim ocenjevanjem znanja olajša in osmisli domače učenje ter vpliva na izgradnjo pozitivne samopodobe.
- Pri časovnih prilagoditvah upošteva značilnost motnje pozornosti in aktivnosti, razmisli, ali je smiselno pisanje kontrolne naloge v enem ali

več delih, isti ali naslednji dan, ali je smiselno upoštevati podaljšan čas, če je že nastopil upad pozornosti.

- Omogoči pisanje separiranih nalog, ki omogočijo dokončanje naloge in občutek uspeha. Omogoča lažje usmerjanje pozornosti ter sledenje nalogam po korakih.
- Pri otrocih, ki so bolj pozorni v jutranjih urah, organizira preverjanje in ocenjevanje znanja prav takrat.
- Ob ustnem preverjanju/ocenjevanju znanja nudi individualno pozornost s podvprašanji ter ob težavah s spominskim priklicem podaljša čas med vprašanjem in odgovorom.
- Z uporabo spodbude in pohvale pri ustnem in pisnem preverjanju in ocenjevanju znanja zmanjša otrokovo stisko.
- Preverjanje in ocenjevanje znanja izvaja v individualni situaciji ali manjši skupini izven razreda, npr. pri dopolnilnem pouku ali pri dodatni strokovni pomoči po potrebi, če je otrok zelo nemiren, če potrebuje stalno usmerjanje pozornosti ter glasno branje navodil ter če je v testni situaciji izrazito anksiozen.
- Uporablja enostavna navodila in vprašanja, ker otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti sestavljenim težko sledi.
- Preverja razumevanje navodil, nudi dodatno razlago navodila, ker se otrok z motnjo pozornosti in aktivnosti sicer v navodilu izgubi ali sledi le delu navodila.
- S poudarjenimi ključnimi besedami v navodilih ali z uporabo povečanega tiska v navodilu omogoča lažje usmerjanje pozornosti.
- S prilagoditvami oblike (rumenkasto pastelne podlage, prilagojena tipologija in velikost črk, povečanimi razmiki pri kontrolnih nalogah, posebno, če ima otrok še disleksijo), omogoča lažje ter bolj učinkovito branje ter usmerjanje pozornosti.
- Z neformalnim, dinamičnim preverjanjem in ocenjevanjem znanja (prek izdelkov, risb, gibanja, iger vlog ...) pripomore k realnejši oceni otrokovega znanja, ker otrok izkazuje znanje prek svojih močnih področij.

Dajanje povratnih informacij/sporočil (Černe, 2014)

Dajanje realnih povratnih informacij otroku je zelo pomembno za napredek na učnem in čustveno-socialnem področju. »Upoštevati je potrebno, da ti učenci zaradi neprestanih negativnih izkušenj in negativnih povratnih informacij (zavračanje vrstnikov je pogosto) potrebujejo tudi veliko spodbud, pohval in predvsem čustveno sprejemanje in aktivno poslušanje« (Magajna et al., 2008).

Povratna informacija/poročilo nudi otroku, staršu informacijo o sedanjem funkcioniranju (znanju, vedenju ...) in možnem napredku na teh področjih ali mu pokaže pot do cilja. Zakonitosti pri dajanju dobrih povratnih informacij/sporočil so:

- Učitelj spodbudi ter pohvali otroka, ko je zbran, ko dokonča nalogo ... Pozoren je na cilj, do katerega želi pripeljati otroka, zato utrjuje želeno vedenja s tem, da jim daje pozornost (verbalno in neverbalno). Informacije, ki jih posreduje, usmerjajo razvoj.
- Informacije naj bodo konkretne, kratke, specifične, vezane na dejanje, vedenje ... *Primer: Opazila sem, da si hitro pripravila vse potrebščine na klop.*
- Vsebujejo naj besede iz otroškega besednjaka (preverimo razumevanje).
- Povratne informacije o učenju in vedenju naj bodo hitre, kajti le tako otroku nekaj povedo in se iz njih nekaj nauči.
- Usmerjene naj bodo na dejavnost, ne na otroka. *Primer: Odlično. Danes si pri vseh urah poslušal in sodeloval. Napiši obvestilo za starše v beležko.*
- Uporablja jaz sporočila.
- Občasno zapiše sporočilo v beležko ali na konec testa v sendvič tehniki ali izrazi povratno informacijo ustno, na govornih urah. V povratni informaciji/sporočilu v obliki sendvič tehnike pove, kaj je opazil dobrega, opiše možnost za izboljšavo ter na koncu poda splošno pohvalo ali spodbudo za naprej. *Primer: Opazila sem, da si naredil vse za domačo nalogo. Pozabil pa si na matematični učbenik. Predlagam, da, ko si pripravljáš torbo, pregledáš po urniku, katere pripomočke potrebujemo naslednji dan ter jih daš vse v torbo. Vesela sem, ker si v tem tednu tako napredoval pri opravljanju domačih nalog.*

Modifikacija pričakovanj

Poleg prilagoditev šolskega okolja je potrebno za uresničevanje procesa soustvarjanja v šolski praksi ter za ugoden razvoj otroka strokovno usposobiti učitelje za inkluzivno poučevanje otrok z motnjami pozornosti in aktivnosti ter modificirati percepcijo (pričakovanja) šolskega osebja, staršev in otroka (Grah, 2013). Zanima nas, koliko je učitelj pripravljen sodelovati, koliko ga otrok s svojim vedenjem obremenjuje, kako doživlja svojo kompetenco, kako razumeva otrokov nemir in čemu ga pripisuje, kakšna so njegova prepričanja (Pulec, 2002). Z namenom, da učitelji predelajo vprašanja in teme, ki so povezane s poučevanjem otroka z motnjo pozornosti in aktivnosti ali katerihkoli posebnih potreb ter da razvijejo strokovne in osebne kompetence, svetujemo vseživljenjsko dodatno izobraževanje, obiskovanje supervizijske skupine, coachinga ali strokovnega spremljanja in svetovanja.

Zaključek

Upoštevanje prilagoditev širšega šolskega okolja so za otroke z blažjo motnjo pozornosti in aktivnosti ključne, saj z njihovim upoštevanjem pouku ustrezno sledijo, zmanjšajo neželeno vedenje, pridobivajo znanje v skladu s svojimi težavami ter spretnostmi ter ob tem razvijajo kompenzatorne mehanizme, socialne spretnosti ter ustrezno samopodobo. Z izvajanjem prilagoditev pridobijo vsi otroci v razredu, saj s sodelovalnim učenjem razvijajo socialne in komunikacijske spretnosti. Učitelj razvija večjo senzibilnost za različne posebne potrebe, razširi repertoar uspešnih poučevalnih strategij ter se usposobi za individualno spodbujanje in spremljanje vsakega otroka. Z razumevanjem in spodbujanjem procesnega, systemskega, ustvarjalnega in kritičnega mišljenja ter aktivnim in sodelovalnim učenjem vzgaja in izobražuje za trajnostni razvoj, nujno paradigmo sedanjosti in prihodnosti.

Viri:

Černe, T. (2014). Uporaba ustreznih jezikovnih vzorcev pri poučevanju otrok/mladostnikov s posebnimi potrebami, str. 88-92 V: Vizija in izzivi poučevanja prihodnjih generacij, konferenca EDUvision, elektronski vir, 27. in 28. november. Polhov Gradec. Pridobljeno 12.2.2015 z <http://eduvision.si/Content/Docs/Zbornik%20prispevkov%20EDUvision%202014.pdf>

Grah, J. (2013). Soustvarjanje spodbudnega učnega okolja za učence z učnimi težavami, doktorska disertacija. Ljubljana : Pedagoška fakulteta. Pridobljeno 7. 8. 2014 s <http://www.pefprints.pef.uni-lj.i>

Jereb, A. (2011). Učno okolje kot dejavnik pomoči učencem z učnimi težavami. V: Pulec, L. S., Velikonja M., ur. Učenci z učnimi težavami – izbrane teme. Ljubljana : Pedagoška fakulteta. S. 68-80.

Kavkler, M. (2007). Ali je šola dovolj dobra za otroke s posebnimi potrebami? Uresničevanje inkluzije v šolski praksi. Šolsko polje (3/4). S. 73-90.

Magajna, L. et al. (2008). Učne težave v osnovni šoli: koncept dela. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za šolstvo. S. 17-32, 53-56.

- Pajič, R. L. (2004). Premagovanje težav s pozornostjo. V: Kavkler M., Končnik Goršič N., ur. Nekaj v pomoč učiteljem. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 35-45.
- Pajič, R., L.: (2006). Nemirni otroci – hiperkinetična motnja – prepoznavanje in možnosti pomoči. V: Andolšek I. et al., ur. Mozaik našega delovanja. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 198-213.
- Pulec, L., S. (2002). Otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo v razredu – pedagoška praksa in izzivi. V: Kavkler M., ur. Razvijanje potencialov otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami: prva slovenska konferenca o specifičnih učnih težavah z mednarodno udeležbo, Kranjska gora, 26., 27. in 28. september 2002. Trzin : Different; Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše : Društvo Bravo. S. 97-107.
- Viola, S. G. (2007). Senzorna integracija – smernice za ocenjevanje in intervencije za učitelje in druge strokovne delavce. V: Kavkler M., Košak B. M., ur. Skriti primanjkljaji – skriti zakladi. S. 113-149. Ljubljana : Društvo Bravo.
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1). Uradni list RS, št. 58/2011. Pridobljeno 7. 8. 2014 s <http://www.uradni-list.si/1/content?id=104630#/Zakon-o-usmerjanju-otrok-s-posebnimi-potrebami-%28ZUOPP-1%29>
- Žunko, V., S. (2009). Povezanost inkluzivne prakse z učiteljevo vlogo pri delu z učenci z motnjo pozornosti in s hiperaktivnostjo, magistrska naloga. Ljubljana : Pedagoška fakulteta. Pridobljeno 7. 8. 2014 s www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-ISF3RDNP/57e79157.../PDF
- Klemenc, A. et al. (2010). Razmišljamo in delujemo trajnostno: priročnik za vključevanje vsebin trajnostnega razvoja v izobraževanje. Ljubljana : Center RS za poklicno izobraževanje. Pridobljeno 7. 8. 2014 s www.cpi.si/mednarodno-sodelovanje/ess/

Tanja Černe, prof. defektologije

Ukvarja se s preventivo, diagnostiko, korekcijo in svetovanjem otrokom in mladostnikom z učnimi težavami, njihovim staršem, svetovalnim delavcem in učiteljem. Vodi skupino za otroke (učenje učenja), starše (pomoč otrokom z učnimi težavami) in učitelje ter svetovalne delavce (strokovno spremljanje in svetovanje). Vodi delavnice za otroke, mladostnike ter njihove starše, za pridobivanje učnih veščin ter korekcijo specifičnih učnih težav. Je članica komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami. Je avtorica več strokovnih prispevkov in predavateljica na različnih izobraževanjih za učitelje in starše ter strokovnih posvetih.

Emocionalni in prilagoditveni problemi nadarjenih otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami

Povzetek

Prispevek posebej opozarja na nekatere emocionalne in prilagoditvene značilnosti oziroma probleme posebne skupine nadarjenih otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami. Imenujemo jih tudi otroci z dvojno izjemnostjo, saj so lahko nadarjeni na posameznih področjih, vendar jih specifične učne težave pomembno ovirajo pri pridobivanju šolskih veščin in znanja, znižujejo njihovo učno uspešnost ter zavirajo izobraževalne ambicije in motivacijo. Dvojno izjemni so v procesu odkrivanja njihove nadarjenosti in prepoznavanja specifičnih učnih težav pogosto spregledani zaradi interakcije posameznikove nadarjenosti, emocionalnih značilnosti, kognitivnih šibkosti, motivacijske naravnosti ter doživljanja socialne situacije. Strokovnjaki zato predlagajo nove pristope pri diagnostičnem ocenjevanju inteligentnosti nadarjenih ter upoštevanje celovitosti posameznika, ki vključuje oceno čustvenega doživljanja, samozaupanja in socialnih odnosov. V skupini nadarjenih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja je za njihov optimalen razvoj nujna ustrezna strokovna podpora, ki ob krepitvi razvoja močnih področij podpira tudi njihove emocionalne in socialne potrebe.

Ključne besede:

nadarjeni, specifične učne težave, emocionalni in prilagoditveni problemi, prepoznavanje in strokovna podpora.

Emotional and Adaptive Problems of Gifted Children and Adolescents with Learning Disabilities

Abstract:

In this paper, I would like to emphasize some emotional and adaptive characteristics or problems of a special group of gifted children and adolescents with learning disabilities. They are also called twice exceptional children, as they are talented in specific fields but their overall achievement and motivation in school lacks due to their learning disabilities. Twice exceptional children are usually identified neither as gifted nor as children with learning disabilities. The reason is the interaction between giftedness, emotional characteristics, cognitive weaknesses, motivational orientation, and the overall perception of social situation. This is why experts are suggesting new approaches in identification of gifted children. The identification should take into consideration the holistic approach and individual emotional experience, self-esteem and social perception. For the successful development of twice exceptional children professional guidance is crucial. They need to be supported in both, their strengths and psycho-social needs.

Keywords:

gifted, learning disabilities, emotional and social problems, identification, professional guidance.

Uvod

V zadnjih desetih letih se v ambulantnem svetovalnem delu vedno pogosteje srečujem z opisano skupino otrok oziroma mladostnikov. Strokovno pomoč praviloma poiščejo v obdobju zgodnje adolescence, ko se povešajo storilnostne zahteve v šoli (zadnja triada v osnovni šoli), ter pritiski in pričakovanja odraslih. Temeljna značilnost problemov dvojno izjemnih otrok je njihova kompleksnost in raznolikost. Ko prestopijo prag ambulate, njihov problem traja že nekaj časa ter znižuje njihovo učno uspešnost in socialno kompetentnost. Neuspešni poskusi reševanja problema v šoli in družini krepijo občutke nemoči, vplivajo na nezaupanje in konflikte v medsebojnih odnosih, kar se odraža v stopnjevanju čustvene stiske (testna anksioznost, socialna anksioznost, depresivnost) ali v neustreznih vedenjskih odzivih.

Težave pri prepoznavanju otrok in mladostnikov z dvojno izjemnostjo

Otroci oz. mladostniki z dvojno izjemnostjo so v procesu odkrivanja nadarjenosti in prepoznavanja specifičnih učnih težav pogosto spregledani. Razlogov za to je več – segajo od same opredelitve nadarjenosti, koncepta in postopka odkrivanja nadarjenih, do prepričanj in pričakovanj, ki jih imamo odrasli (pedagoški delavci, strokovnjaki in starši) o nadarjenih in njihovi uspešnosti, do zelo heterogenih in pogosto maskiranih značilnosti te, posebne skupine nadarjenih otrok.

Pri prepoznavanju nadarjenih s specifičnimi kognitivnimi primanjkljaji predstavljajo oviro številna napačna prepričanja strokovnjakov in laikov. Eno izmed najpogostejših je prepričanje, da sta nadarjenost in motnje pri učenju dve različni, nezdružljivi skrajnosti.

Najpogostejše težave strokovnjakov pri odkrivanju in delu z nadarjenimi, ki še posebej veljajo za to, posebno skupino nadarjenih, so (Robinson, Reis, Neihart in Moon, 2002):

- Heterogenost značilnosti v skupini nadarjenih.
- Asinhronost telesnega, socialnega in intelektualnega razvoja.
- Asinhronost intelektualnega razvoja.
- Neupoštevanje posebnih značilnosti nadarjenih.
- Nadarjeni imajo težave s prilagajanjem šolskem kurikulumu in v odnosih z vrstniki.
- Neustrezno diagnosticiranje sekundarnih emocionalnih in vedenjskih težav.

Nadarjenost je zelo kompleksna značilnost, ki se lahko izraža na različne načine in na različnih področjih. Uveljavljen koncept in postopek odkrivanja nadarjenih (Žagar, Artač, Bezič, Nagy in Purgaj, 1999) upošteva sodobno, razširjeno pojmovanje nadarjenosti ter med nadarjene in talentirane uvršča tako tiste z dejanskimi dosežki, kot tudi tiste s potencialnimi zmožnostmi za visoke dosežke. V izobraževalni praksi so učitelji usmerjeni predvsem v učno uspešnost, spregledani so učenci z visokimi intelektualnimi potenciali, ki (še) ne dosegajo visokih učnih rezultatov. Nadarjenost, ki se odraža v otrokovem vedenju in učni aktivnosti, lahko navzven prepoznamo. Značilnosti doživljanja in motivacijska naravnost nadarjenih otrok so manj opazne, a enako pomembne za razvoj njihovih potencialov. Prepoznavanje nekaterih emocionalnih, motivacijskih in socialnih značilnosti nadarjenih otrok (in tudi otrok z dvojno izjemnostjo) bi

lahko prispevalo k zgodnejšem odkrivanju njihove nadarjenosti in ustreznem spodbujanju njihovega razvoja. Postopki odkrivanja nadarjenih v nekaterih evropskih državah vključujejo tudi samoocenjevanje, kar je razvidno iz pregleda evropskih pristopov pri odkrivanju nadarjenih v primerjalni tabeli (Monks in Pfluges, 2005, str. 15, Kriteriji identifikacije v posameznih evropskih državah). Iz tabele niso razvidne podrobnejša vsebina in metode samoocenjevanja.

Med razlogi za spregled skupine nadarjenih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja so tudi težave pri oceni globalne inteligentnosti (Fox in Brody 1983, po Brody in Mills, 1997). Zaradi vpliva specifičnih kognitivnih primanjkljajev lahko pride na testih inteligentnosti do znižanja kvantitativnih rezultatov, zato bo potrebna uporaba novih pristopov v diagnostičnem ocenjevanju (Magajna, 2010).

Ena izmed možnosti je upoštevanje posebnih značilnosti nadarjenih pri celostni oceni nadarjenosti. V Gifted Development Center v ZDA razvijajo postopek QA (Silverman, Qualitative Assessment, 2014), ki je del celostne ocene in vključuje oceno čustvenega doživljanja, samozaupanja ter socialnih odnosov s pomočjo posebnih ocenjevalnih lestvic, prilagojenih otrokovi starosti in z uporabo kliničnega intervjuja. V celostno oceno nadarjenosti je že vključena Lestvica značilnosti nadarjenih (Silverman, 1978, revid. 2012), ki je namenjena staršem in vključuje naslednje posebne lastnosti nadarjenih:

- Dobro reševanje problemov in sposobnosti sklepanja.
- Sposobnost hitrega učenja.
- Obsežen besednjak.
- Odličen spomin.
- Dolgotrajno vztrajnost pozornosti.
- Občutljivost.
- Sočutje do drugih ljudi.
- Perfekcionizem.
- Intenzivnost doživljanja.
- Moralno občutljivost.
- Neobičajno radovednost.
- Vztrajnost ob zainteresiranosti.
- Visok energetski nivo.
- Prednost dajejo družbi starejših.

- Širok razpon interesov.
- Izjemen smisel za humor.
- Zgodnje in/ali navdušeno branje.
- Zaskrbljenost za pravičnost in poštenost.
- Višjo zrelost presojanja.
- Izostreno moč opazovanja.
- Živo, slikovito imaginacijo.
- Visoko stopnjo kreativnosti.
- Pogosto zastavljajo vprašanja avtoritetam.
- Spretni pri rabi števil in računanju.
- Hitri/uspešni pri sestavljanju iger puzzle.

Poseben problem pri prepoznavanju in obravnavi nadarjenih otrok predstavlja neustrezno diagnosticiranje njihovih čustvenih težav. Skupina ameriških strokovnjakov opozarja na pogosto neustrezne ali dvojne diagnoze pri nadarjenih, ki nastanejo zaradi nepoznavanja njihovih posebnih značilnosti (Webb, Amend, Goerss, Beljan, Olenchak, 2005).

V zaključkih (Freeman, 1997) longitudinalne raziskave emocionalnega razvoja v dveh primerljivih skupinah otrok (skupina otrok, ki so bili prepoznani kot nadarjeni in skupina otrok, ki niso bili prepoznani kot nadarjeni) avtorica poudarja, da se skupini razlikujeta predvsem v intelektualnih sposobnostih. Po skrbnem pregledu drugih raziskav in na osnovi dobljenih rezultatov avtorica ne ugotavlja povezanosti med visokimi intelektualnimi sposobnostmi in emocijami. Pri tem omenja, da to velja za nadarjene otroke, ki odraščajo v varnem okolju, kjer prepoznavajo njihove potrebe, kar jim omogoča uravnotežen razvoj njihovih potencialov.

Prepoznavanje nadarjenega otroka oziroma mladostnika s primanjkljaji na posameznih področjih učenja je oteženo tudi zaradi interakcije posameznikovih kognitivnih šibkosti, emocionalnih značilnosti, motivacijske naravnosti ter individualnega doživljanja socialne situacije.

Proces interakcije, ki pri vsakem posamezniku poteka na svojstven način, vpliva na nastanek značilnosti, ki zaradi svoje nasprotujoče si narave begajo otroka oziroma mladostnika, starše in pedagoške delavce (Weinfeld, Barnes-Robinson, Jeweler, Shewitz, 2006):

- Težave pri osnovnih šolskih veščinah zaradi težav pri kognitivnem procesiranju – potreba po učenju kompenzacijskih strategij za obvladovanje primanjkljajev.
- Dobre sposobnosti govornega izražanja in izstopajoče težave pri pisnem izražanju (tudi neustrezna raba jezika).
- Vztrajajoče težave z branjem (počasnejši tempo, težave pri daljših besedah) ob ustreznem razumevanju prebranega besedila.
- Izostrene sposobnosti opazovanja in težave pri pomnjenju.
- Težave na področju pozornosti – vendar lahko dolgo vztrajajo na področjih, ki jih zanimajo.
- Izstopajoče sposobnosti reševanja realnih in praktičnih problemov – ne pa šolskih.
- Izstopajo sposobnosti kritičnega razmišljanja in večine odločanja ter samostojno razvijanje kompenzacijskih strategij.
- Učiteljem pogosto zastavljajo vprašanja in dajejo vtis, da so nespoštljivi.
- Neobičajno močne sposobnosti domišljajske predstavljalivosti z originalnimi in nenavadnimi idejami ter divergentno mišljenje se lahko odraža v dnevnem sanjarjenju.
- V šolski situaciji neradi tvegajo, pogosto to počnejo izven šolskega okolja, ne da bi razmišljali o posledicah.
- Humor uporabljajo, da preusmerijo pozornost z učne neuspešnosti oziroma da se izognejo težavam; norčujejo se iz vrstnikov.
- Dajejo vtis emocionalne nezrelosti zaradi jeznega vedenja, izbruhov joka; lahko so trmasti in nefleksibilni.
- Na svojih šibkih področjih pogosteje zahtevajo podporo učitelja ali povratno informacijo; na močnih področjih so zelo samostojni.
- Na svojih šibkih področjih so zelo občutljivi in kritični do sebe in drugih, tudi do učiteljev.
- Tudi ko se zapletejo v neprimerna, asocialna vedenja, izražajo sočutje do drugih ljudi.
- Ker jih vrstniki pogosto ne sprejemajo, se počutijo izolirane, samotarji so

tudi zaradi šibkih socialnih veščin.

- Svoje sposobnosti vodenja izrazijo v posebnih skupinah, pogosto iz socialnega obrobja.
- Velikega števila interesov zaradi svojih omejitev ne realizirajo.
- Ko se zavzeto usmerijo v določeno interesno področje, druga izključijo.

Mladostnika oziroma otroka zmedejo skrajnosti v njegovem kognitivnem funkcioniranju in razlike v učni uspešnosti, saj si jih sam težko obrazloži. Soočanje z visokimi pričakovanji, povezanimi z nadarjenostjo ter istočasno z nezmožnostjo doseganja visokih rezultatov na pomembnih učnih področjih, povzroča pri dvojno izjemnih otrocih in mladostnikih vsakodnevne frustracije v šoli in pri učenju. Dolgotrajne frustracije in doživljanje neuspešnosti vplivajo na znižanje nivoja izobraževalnih aktivnosti in aspiracij. Svoje sposobnosti dokazujejo tudi na socialno manj sprejemljive načine – postanejo moteči, agresivni, eksplozivni ali izberejo vedenja umikanja, izogibanja (Brody in Mills, 1997).

Posledično razvijejo nizko samopodobo, ki vpliva na dodatno znižanje učnih dosežkov in se z naraščajočo samokritičnostjo razširi in dvom v svoje sposobnosti. Nizka samopodoba in šibko samozaupanje lahko dolgoročno zavirajo kreativni razvoj na posameznikovih močnih področjih. Tveganje za razvoj čustvenih težav (anksioznega in depresivnega tipa) je večje tudi zaradi povečane občutljivosti in intenzivnega čustvenega doživljanja ter perfekcionizma nadarjenih, ki ga pogosto krepijo previsoka pričakovanja staršev.

Zaradi svojih specifičnih interesov in šibkejših socialnih veščin se težje vključijo med vrstnike, pogosto se zaradi svoje drugačnosti ne čutijo sprejete v skupini. Raziskave potrjujejo, da imajo nadarjeni z učnimi primanjkljaji celo več težav pri socialnem vključevanju kot njihovi vrstniki, ki imajo samo primanjkljaje na posameznih področjih učenja (Vespi in Yewchuk, 1992). Pogosteje imajo boljše odnose z odraslimi kot z vrstniki. Doživljanje jeze, frustracij in neustreznosti ob soočanju z učnimi težavami ter težave pri socialnem vključevanju neugodno vplivajo na socialne odnose z vrstniki (Brody in Mills, 1997). Socialna sprejetost med vrstniki pa postane za otroka ob vstopu v adolescenco razvojno in motivacijsko najpomembnejši dejavnik.

Morda je tudi zato med njimi največja skupina nadarjenih s specifičnimi kognitivnimi primanjkljaji, pri katerih se izjemne sposobnosti in primanjkljaji med seboj zakrijejo (Brody in Mills, 1997; Reis in Ruban, 2004). Pri izbiri načinov kompenziranja so nadarjeni zelo kreativni in motivirani za prikrivanje svojih primanjkljajev, a vedno na račun znižane učne uspešnosti, ki običajno ne presega povprečja. Ob znižani samopodobi in motivaciji v tej skupini raziskovalci poročajo tudi o pogostejših blažjih depresivnih stanjih (Baum, 1994).

Manjša je skupina tistih, pri katerih je prepoznana nadarjenost, vendar so spregledani primanjkljaji (običajno imajo izjemne verbalne sposobnosti). Ker na posameznih učnih področjih ne dosegajo pričakovano visokih rezultatov, jim pogosto očitajo nizko učno motivacijo, nezainteresiranost ter lenobo, spregledajo pa, koliko truda in časa je bilo vloženo v učenje ter otrokovo razočaranje ob relativno nizki šolski oceni.

V tretji skupini so tisti, pri katerih so bili zaradi učnih težav prepoznani primanjkljaji, vendar je spregledana nadarjenost in zato niso deležni spodbud na svojih močnih področjih. V tej skupini se posamezniki bolj zavedajo svojih učnih težav in težje sprejemajo svojo učno neuspešnost, kar pogosteje vodi do nizke samopodobe in motečega vedenja v šoli (Baum, 1994).

Pri nadarjenih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja izstopajo **problemi, ki izhajajo iz interakcije med nezmožnostmi in posebnimi lastnostmi nadarjenih** (po Reis, Neu in McGuire, 1995):

- Frustracija ob nezmožnosti obvladovanja šolskih veščin – čustva nezadovoljstva, jeze, trme in opozicionalnost.
- Perfekcionizem, nerealistična pričakovanja glede lastnega izvajanja ali rezultatov.
- Prekomerna občutljivost na neuspeh (vedenja izogibanja, anksioznost).
- Naučena nebogljenost (percepcija samoučinkovitosti).
- Slaba samopodoba in nizko samospoštovanje.
- Šibke veščine poslušanja in koncentracije.
- Težave pri nalogah, ki poudarjajo pomnjenje in zaznavne sposobnosti.
- Splošno pomanjkanje motivacije – še posebej motivacije za dosežke.
- Pomanjkanje organizacijskih veščin, nezmožnost dokončati zadolžitve.
- Pomanjkanje socialnih veščin.
- Moteče vedenje v razredu (agresivnost ali pretirano obrambno vedenje).

Problemi vedno nastanejo zaradi **neustreznega odziva socialnega okolja**, najpogostejši so (Whitemore, 1980):

- Nerealna pričakovanja odraslih (staršev in učiteljev), ki so povezana z neustreznimi cilji in podpirajo nezdrav perfekcionizem.
- Pomanjkanje primernih pedagoških pristopov (obsega načine poučevanja in učne zahteve).

- Socialna klima v razredu (neugodna je izrazita tekmovalnost, ki daje malo možnosti za druženje in sodelovanje ter nespoštovanje individualnih razlik).

Na vpliv neustreznih pričakovanj in pedagoških pristopov opozarjajo tudi novejši raziskovalci (Freeman, 1997). Neustrezna pričakovanja povzročijo pri otroku dodaten stres, znižujejo učinkovitost ter vplivajo na apatičnost in razvoj dolgčasa. Avtorica navaja, da je večina nadarjenih emocionalno stabilnejših od vrstnikov, saj imajo večji nabor strategij soočanja s problemi ter hitreje evalvirajo uspešne načine reševanja problemov. Najpomembnejši vpliv na razvoj in realizacijo intelektualnih potencialov ima po njenem mnenju samopodoba, ki vpliva tudi na kreativnost, sposobnost odložitve zadovoljstva in na socialno odgovornost, kar je pomembno za dolgoročno doseganje visokih dosežkov. Zaradi svoje izjemnosti imajo nadarjenih lahko več težav, zato potrebujejo več pozornosti in posebno emocionalno podporo odraslih (Freeman, 1997, str. 489).

V skupini nadarjenih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja je za njihov optimalen razvoj nujna ustrezna strokovna podpora, ki podpira tudi njihove emocionalne in socialne potrebe. Težišče je usmerjeno v razvoj in spodbujanje močnih področij in ne samo v izboljšanje šibkosti. Pri nadarjenih imajo lahko specialno pedagoški pristopi za korekcijo primanjkljajev neugoden vpliv na samopodobo, motivacijo, stres in depresivnost (Baum, 1994). V skladu s tem avtorica priporoča naslednje smernice obravnave:

- Pozornost usmerimo na razvoj talentov s krepitvijo sposobnosti v ustreznih dodatnih aktivnostih.
- Zagotovimo spodbudno okolje, kjer se otrok počuti sprejet in spoštovan ter v katerem so upoštewane individualne razlike.
- Po poizkusih izboljšanja šolskih veščin je pomembno učenje kompenzacijskih strategij, ki otroku omogočajo ustrezno raven znanja.
- Pomembna je krepitev zavedanja individualnih moči in šibkosti.

Med uporabne **strategije, ki podpirajo emocionalne in socialne potrebe nadarjenih otrok s specifičnimi primanjkljaji**, uvrščamo (King, 2005):

- Upoštevanje celostnega pristopa pri obravnavi posameznika, ki vključuje individualizirane posebne izobraževalne, emocionalne in socialne potrebe.
- Spodbujanje prepoznavanja individualnih posebnih potreb in značilnih odzivov posameznika.
- Spodbujanje razumevanja njihovih šibkosti in njihovih močnih področij; poseben pomen za prihodnost ima zavedanje lastnih močnih in šibkih področij (omejitev).

- Vztrajno spodbujanje uspešnosti z ustrezno podporo staršev in učiteljev; učenje oblikovanja realnih ciljev.
- Učenje strategij spoprijemanja, še posebej v situacijah, ko so frustrirani.
- Spodbujanje individualnega svetovanja in spremljanja otrokovega emocionalnega doživljanja neuspešnosti in frustracij (primerno je tudi skupinsko svetovanje, kjer lahko izmenjajo izkušnje).
- Zagotovitev podpore pri razvijanju socialnih odnosov z vrstniki.
- Ustrezno razumevanje in podpora staršev na močnih in šibkih področjih.
- Podpora pri razvijanju ciljev v prihodnosti in pri načrtovanju kariere.
- Možnost mentorstva odraslega, ki je prav tako nadarjen in ima specifične primanjkljaje na posameznih področjih učenja.

Zaključek

Kognitivne značilnosti ter nekatere značilnosti emocionalnega odzivanja in doživljanja nadarjenih s specifičnimi učnimi težavami predstavljajo v interakciji z neustreznimi odzivi socialnega okolja pomemben dejavnik tveganja za njihov psihosocialni razvoj in duševno zdravje. Ključnega pomena je pravočasno prepoznavanje nadarjenosti in specifičnih učnih težav, ki pogosto neopazno ovirajo njihovo učno napredovanje. Pri prepoznavanju dvojno izjemnih otrok in mladostnikov ne zadostuje identifikacija na osnovi njihove učne (ne)uspešnosti, saj običajno ne izstopajo. V navedenih virih strokovnjaki poudarjajo pomen celostne ocene posameznika, ki vključuje ustrezno psihološko diagnostiko intelektualnih potencialov, specifičnih kognitivnih primanjkljajev ter prepoznavanje in upoštevanje posebnih čustvenih in socialnih odzivov nadarjenih otrok in mladostnikov. Za njihov optimalen razvoj je nujna ustrezna strokovna podpora, ki ne podpira zgolj razvoja in dosežkov na močnih področjih, temveč upošteva tudi njihove emocionalne in socialne potrebe.

Literatura in viri

- Baum, S. M. (1994). Meeting the needs of gifted/learning disabled students: How far have we come? *The Journal of Secondary Gifted Education* 5(3), 6-22.
- Božič, J. (2010). Razumevanje ranljivosti nadarjenih otrok. V: Andolšek, I. (ur.), Hudoklin, M. (ur.). *Izzivi in pasti otroštva in adolescence : sodobni pristopi k varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 22-36.
- Brody, L. E. Mills, C. J. (1997). Gifted Children with Learning Disabilities: A Review of the Issues. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 3, 282-296.
- Freeman, J. (1997). The Emotional Development of the Highly Able. *European Journal of Psychology of Education*, 12 (4), 479-493.
- King, E.W., (2005). Addressing the Social and Emotional needs of Twice Exceptional Students. *Teaching Exceptional Children*, 38(1) 16-20.
- Lovett, B. J., & Lewandowski, L. J. (2006). Gifted students with learning disabilities: Who are they?

Journal of Learning Disabilities, 36, 515-527.

Magajna, L. (2007). Prepoznavanje in razumevanje nadarjenih učencev s specifičnimi učnimi težavami. V Reid, G., Kavkler, M., Viola, S., G., Košak Babuder, M., Magajna, L., *Učenci s specifičnimi učnimi težavami : skriti primanjkljaji – skriti zakladi*. Ljubljana : Društvo Bravo. S. 168-180.

Magajna, L. (2010). Kognitivni in metakognitivni vidiki funkcioniranja nadarjenih učencev s specifičnimi motnjami učenja. V: Andolšek, I. (ur.), Hudoklin, M. (ur.). *Izzivi in pasti otroštva in adolescence : sodobni pristopi k varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 7-21.

McEachern, A. G., & Bornot, J. (2001). Gifted students with learning disabilities: Implications and strategies for school counselors. *Professional School Counseling*, 5, 34-41.

Monks, FJ ,Pflugers R.,(2005): Gifted Education in 21 European Countries: Inventory and Persective, Radboud University Nijmegen. Pridobljeno 21. 8. 2014 s http://www.jarwancenter.com/download/english_books/english_research_studies/gifted_education_21_eu_countries.pdf

Reis, S. M., Neu, T. W., & McGuire, S. M. (1995). *Talents*

in two places: Case studies of high ability students with learning disabilities who have achieved (Research Monograph 95114). Storrs: The National Research Center on the Gifted and Talented, University of Connecticut.

Robinson, N. M., Reis, S. M., Neihart, M., & Moon, S. M. (2002). Social and emotional issues: What have we learned and what should we do now? V M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* (s. 93–102). Waco, TX : Prufrock Press.

Ruban, L. M., Reis, S. M. (2004). Compensation Strategies used by High Ability Students with Learning Disabilities. Students with both Gifts and Learning Disabilities. *Neuropsychology and Cognition* 25, 155-198.

Silverman, L.K. Gifted Development Center. Characteristic of Giftedness Scale: Research and Review of the Literature. Pridobljeno 21. 8. 2014 s <https://www.giftedchildren.dk/content.php?788-Linda-Silverman-Characteristics-of-Giftedness-Scale-Research-and-Review-of-the-Literature>

Silverman, L.K. Gifted Development Center. QA Qualitative Assesment. Pridobljeno 21. 8. 2014 s <http://www.gifteddevelopment.com/about-our-center/our-services/assessment/gdc-qualitative-assessment>

[gifteddevelopment.com/about-our-center/our-services/assessment/gdc-qualitative-assessment](http://www.gifteddevelopment.com/about-our-center/our-services/assessment/gdc-qualitative-assessment)
Vespi, L., Yewchuk, C. (1992). A phenomenological study of the social/emotional characteristic of gifted learning disabled children. *Journal for the Education of the Gifted*, 16(1), 55-72.

Webb, J.T., Amend, E.R., Webb, N.E., Goerss, M.D., Beljan, P., Olenchak, F.R., (2005). *Misdiagnosis and Dual Diagnoses of Gifted Children and Adults, ADHD, Bipolar, OCD, Asperger, Depression and Other Disorders*. Scottsdale, Arizona : Great Potential Press, Inc.

Weinfeld R., Barnes-Robinson L., Jeweler S., Shewitz B.R, (2006). *Smart Kids with Learning Difficulties: Overcoming Obstacles and Realizing Potential* (str. 25-26). Waco, TX : Prufrock Press.

Whitmore, J. R. (1980). *Giftedness, Conflict and Underachievement*. Boston : Allyn and Bacon.

Žagar, Artač, Bežič, Nagy, Purgaj (1999). Odkrivanje in delo z nadarjenimi učenci v devletni osnovni šoli, ZRSŠ. Pridobljeno 21. 8. 2014 s http://www.zrss.si/pdf/210911135740_ssd_nadarjeni20koncepto%C5%A1.pdf

Mag. Jasna Božič, univ. dipl. psihologinja, specialistka psihološkega svetovanja

Področja delovanja: diagnostična in svetovalna obravnava osnovnošolskih otrok in mladostnikov z učnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami, svetovanje staršem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri oblikovanju ustreznih pomoči za premagovanje otrokovih učnih težav in spodbujanju močnih področij, prepoznavanje in obravnava nadarjenih otrok in mladostnikov, s poudarkom na skupini otrok z dvojno izjemnostjo (nadarjeni otroci s specifičnimi primanjkljaji na posameznih področjih učenja), usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, koordinacija krajših oblik izobraževanja v Svetovalnem centru.

Skupina za mladostnike z učnimi težavami in njihove starše po principih kognitivno-vedenjske terapije

Povzetek

Skupinska kognitivno-vedenjska terapija z mladostniki je uveljavljena kot učinkovit način pomoči pri soočanju z različnimi težavami (premagovanju depresivnosti/anksioznosti, obvladovanju jeze ter agresivnosti, pri motnjah hranjenja) in v različnih okoljih ter je lahko v posameznih primerih tudi zamenjava za individualno terapijo. Splošen cilj kognitivno-vedenjske terapije je v identificiranju in restrukturiranju iracionalnih oziroma izkrivljenih prepričanj in shem o sebi, drugih in svetu, ki pri posamezniku povzročajo čustveni stres in neprilagojeno vedenje. Modifikacija poteka skozi različne kognitivne in vedenjske tehnike, s pomočjo katerih posameznik razvije nova, realna in bolj funkcionalna prepričanja in ustreznejše vedenje.

V prispevku je na kratko prikazana teoretična osnova kognitivno-vedenjskega pristopa in predstavljen potek dela s skupino mladostnikov z učnimi težavami in njihovimi starši, ki se po principih kognitivno-vedenjske terapije izvaja na Svetovalnem centru Ljubljana že peto leto. Prek kognitivnih in vedenjskih tehnik so mladostniki v skupini razvijali samokontrolo na področju učenja, motivacijo, prepoznali negativne avtomatske misli, spreminjali prepričanja o sebi, izboljšali učne strategije in povečali zadovoljstvo pri učenju. Pri delu z mladostniki v skupini je bil poseben poudarek namenjen psihoedukaciji, postavljanju dosegljivih ciljev, povezanih z učenjem, modelnemu učenju in pozitivnim podkrepitvam želenega vedenja. Evalvacija pri mladostnikih in starših je potrdila pomembne pozitivne spremembe oziroma premike v smeri zastavljenih ciljev na začetku skupinskega dela.

Ključne besede:

kognitivno-vedenjska terapija, skupinska terapija, mladostniki, primarne in sekundarne karakteristike učnih težav

Group Therapy for Adolescents with Learning Disabilities and Their Parents Based on Cognitive-behaviour Therapy

Summary

Group cognitive-behaviour therapy with young clients is proven to be effective in treating various difficulties (overcoming depression/anxiety, controlling anger and aggression, coping with eating disorders) and in various settings and can in certain cases substitute individual therapy. The overall goal in cognitive-behaviour therapy is to identify and restructure irrational and distorted assumptions and schemas about oneself, others and the world, which are causing in the individual emotional stress and maladaptive behaviour. Modification of these is done through various cognitive and behaviour techniques which enable the individual to develop new, more realistic and more functional assumptions and more appropriate behaviour.

In the paper, the authors present theoretical basis of cognitive-behaviour approach and the course of group therapy for adolescents with learning disabilities and their parents, which is based on principles of cognitive-behaviour therapy and is being implemented in the Counselling Centre Ljubljana for the fifth year now. Using cognitive and behaviour techniques in group therapy enables adolescents to develop self-control and motivation for learning, identify their negative automatic thoughts concerning learning, change assumptions about themselves, improve learning strategies and increase their satisfaction with learning. During group therapy special importance is given to psychoeducation, setting realistic and achievable goals regarding learning, observational learning and to praising and positive reinforcement for the wanted, positive behaviour. Evaluation by adolescents and by parents after taking part in this group therapy confirmed significant positive changes in terms of achieving goals set at the start of the group.

Keywords:

cognitive-behaviour therapy, group therapy, adolescents, primary and secondary characteristics of learning disabilities

Uporaba skupinske kognitivno-vedenjske terapije pri delu z mladostniki

Pri skupinski kognitivno-vedenjski terapiji se za vsakega udeleženca poudarja splošen cilj kognitivno-vedenjske terapije, in sicer: identificirati in restrukturirati iracionalna oziroma izkrivljena prepričanja o sebi, drugih in svetu, ki pri posamezniku povzročajo čustveni stres in neprilagojeno vedenje. Cilj se dosega s pomočjo različnih kognitivnih in vedenjskih tehnik. Skupinska terapija služi kot naravni laboratorij, v katerem člani skupine »testirajo« njihova prepričanja in preizkušajo na novo pridobljene strategije in ravnanje. Skupinska terapija ima številne prednosti za terapevte in kliente, saj vključuje večje število otrok in mladostnikov istočasno, terapevt pa lahko opazuje čustvene in vedenjske reakcije udeležencev ter interakcije z vrstniki. Dodatna prednost skupinske terapije je v podpori in posnemanju sovrstnikov ter občutku pripadnosti skupini. V literaturi najdemo posebna priporočila, ki naj jih terapevti upoštevajo pri intervencah v terapevtski skupini – npr. značilnosti razvojnega obdobja; kognitivne, čustvene in vedenjske kapacitete otrok in mladostnikov v skupini; socialne in sistemske spremembe in upoštevanje kulturnih in medkulturnih razlik, ki vplivajo na vedenje in prepričanja. Literatura navaja, da se za učinkovitost skupinske terapije otrok in mladostnikov upošteva tri dejavnike: značilnosti članov skupine, terapevtovi odgovornosti za vodenje skupine in okoliščine, v katerem se skupina odvija (Christner, Stewart, Freeman, 2007).

Pomembni dejavniki pri oblikovanju skupinske kognitivno-vedenjske terapije za mladostnike (po Christner idr., 2007)

- OCENA – pred vključitvijo v skupino je potrebno s kandidati opraviti individualni intervju z namenom, da postavimo začetno oceno vsakega člana ter določimo primernost za udeležbo v skupinski terapiji.
- CILJI – učinkovitost terapevtske obravnave se poveča, če so določeni specifični cilji, ki morajo biti jasno določeni in merljivi. Za razvoj skupine so zelo pomembni tudi skupno določeni cilji, saj postanejo odgovornost vseh članov.
- STRUKTURA SEANS – postavitev urnika je izjemnega pomena, struktura mora biti jasno postavljena ob koncu prvega ali drugega srečanja. Za učinkovito vodenje skupine mora biti postavljen tudi osnovni etični vodnik za delo v skupini. V skupini velja načelo vzajemnega spoštovanja vsakega člana.

- **VLOGA TERAPEVTOV** – na vodenje skupine vplivajo lastnosti in večine terapevta. Njegova naloga je, da oblikuje vedenje članov skupine in kognitivno-vedenjski pristop. Prav tako mora prepoznati napredek in spremembe, nastale z interakcijami članov skupin, kontrolirati skupinski proces in voditi smer konceptualizacije. Literatura priporoča dva terapevta, kar omogoča večjo objektivnost in boljše oblikovanje procesa znotraj skupine. Učinkovito skupno delo obeh zahteva srečanja pred in po skupini, medsebojno sodelovanje in možnosti supervizije.
- **SKUPINSKA INTERAKCIJA** – literatura navaja, da skupinska terapija kaže napredek po stopnjah. Predvsem na začetku se skupina sooča z odpori, obrambami in molkom. Z razvojem zaupanja in spoštovanja medsebojna podpora narašča. Medsebojna interakcija in dinamika med člani skupine sta bistvo skupinske obravnave, kažeta se na besednem in nebesednem nivoju.
- **STRATEGIJE IN INTERVENCIJE** – mnoge kognitivno-vedenjske strategije, ki se uporabljajo individualno, se v prilagojeni obliki uporabljajo v skupini. Kognitivne tehnike temeljijo na odkrivanju negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj ter njihovi modifikaciji (Beck, 1995). Vedenjske tehnike modificirajo simptome v obliki eksperimentov z namenom, da se spremenijo prepričanja in avtomatske misli ter sheme (Wells, 1997).

Razvojni vidiki dela z mladostniki

Mladostništvo je obdobje duševnega dozorevanja in hkrati obdobje številnih sprememb. Literatura navaja številne razvojne naloge, ki jih mora mladostnik izpolniti in zahtevajo tako telesno kot tudi intelektualno in predvsem čustveno socialno dozorevanje: separacija in individuacija; razvoj lastne identitete (telesne, socialne, spolne, poklicne); razvoj lastnega vrednostnega sistema in postavljanje ciljev za prihodnost. Mladostnikovo spremenjeno doživljanje sebe in sveta, postopno osamosvajanje in njegove čustvene stiske vplivajo tudi na družino, ki ji pripada. Raziskave kažejo na porast konfliktnosti v odnosu s starši, ki jo povezujejo z različnimi razlogi, med drugim tudi z mladostnikovim šolanjem – količine učenja, odnosa do učiteljev, delovnih navad, domačih nalog, ocen (Marjanovič- Umek in Zupančič, 2004).

Literatura navaja, da se že v obdobju adolescence lahko pojavljajo simptomi različnih motenj. V tem obdobju pomembno naraste prevalenca depresije (McCauley, Kendall, Pavlidis, 1995). Poleg tega se zlasti z depresivnostjo sopojavljajo anksiozne motnje (Wells, 1997). Številne raziskave so pokazale, da ima visoka raven tesnobe zelo neugoden vpliv na izvajanje kognitivnih nalog in nalog šolskega tipa (Hribar in Magajna, 2011).

Kognitivno-vedenjska opredelitev učnih težav

Po Aničevi (2002) so faktorji, ki vplivajo na učne težave: biološke značilnosti posameznika; zahteve okolice (šola, družina); način obravnavanja težav s strani okolice; pretekle izkušnje neuspeha; primanjkljaji veščin; utrjene neprimerne reakcije na stres; kognitivne distorzije ter čustvene značilnosti posameznika. Pri oceni posameznika moramo zelo previdno razdelati vsako od navedenih komponent in njen vpliv oziroma pomen (»dopinos« neuspehu). Intervence morajo biti usmerjene na tiste vplive, za katere ocenjujemo, da imajo največji negativni učinek. Kazdin in Anić (1984, v Anić, 2002) predlagata intervence v treh smereh: prilagojen način poučevanja, temeljito razdelani postopki podkrepljevanja učenja (delo na motivaciji) in usvajanje tehnik učenja.

Aničeva in Živčičeva (2001) sta razvili vprašalnik avtomatskih misli študentov, ki ocenjuje tipične avtomatske misli med študijem in v izpitnih situacijah. Na podlagi tega vprašalnika je Živčičeva (2003) kasneje raziskovala vpliv avtomatskih misli in strahu pred spraševanjem z uspehom študentov na določenem izpitu. Živčič in Rački (2006) pa sta ocenjevala razvojne razlike o vlogi avtomatskih misli, učnih navad in izpitne anksioznosti pri pojasnjevanju šolskega uspeha otrok.

Razumevanje primarnih in sekundarnih značilnosti učnih težav pri delu z mladostniki

Wongova (1996) opredeljuje kot primarne značilnosti učnih težav težave v predelovanju informacij (so notranje, biološke). Poseben pomen pa pripisuje sekundarnim značilnostim, ki jih mladostnik z učnimi težavami razvije kot posledico dlje trajajočega učnega neuspeha – pomanjkljiva motivacija za učenje, nizka samopodoba in slabo razvita metakognicija (predvsem samokontrola). Ob tem je pomembno poudariti, da so sekundarne značilnosti posledica primarnih težav in ne njihov povzročitelj. Tako Aničeva (2002) kot tudi ostali praktiki se pogosto srečujemo s prepričanji staršev in šolskih delavcev, ki sekundarne značilnosti neuspešnih učencev dojemajo kot glavni razlog neuspeha (»on bi to lahko izpeljal, če bi hotel oziroma če bi se dovolj potrudil«). Magajna, Kavkler, Čačinovič Vogrinčič, Pečjak, Bregar Golobič (2008) navajajo, da se sekundarne težave, povezane z učnim neuspehom pri posameznikih z identificiranimi učnimi težavami (splošne in specifične), pojavljajo predvsem v obdobju mladostništva.

Pomen razvijanja motivacije in samokontrole pri mladostnikih

Kognitivistična opredelitev učne motivacije poudarja spoznavno in čustveno stanje, ki vodi do zavestne odločitve za učenje in sproži obdobje intelektualnega in fizičnega napora z namenom doseči zastavljene cilje. Pomembni postanejo posameznikovi cilji in pričakovanja. V skladu z vedenjsko teorijo pa so za izvajanje in ponavljanje nekega dejanja pomembne predvsem njegove posledice – podkrepitve dejanj. Slednje so lahko pozitivne (pohvala) ali negativne (izogibanje kazni). Po Skinnerju je za učenje pomembna in učinkovita pozitivna podkrepitev, ki čimprej sledi dejanju (Marentič Požarnik, 2000). Aničeva (2002) poudarja, da so pretekle izkušnje neuspeha tiste, ki povzročajo, da se učenci v šoli ne želijo javljati, razvijajo testno anksioznost ter delujejo nezainteresirano in pasivno. V bistvu se izogibajo neugodju. Zato meni, da je potrebno posebno pozornost namenjati izboljševanju notranje motivacije učencev, ki se gradi tako, da izhajamo iz tega, kar učenec zmore – cilji se določajo tako, da so dosegljivi. Učenje povezujemo z zadovoljstvom, saj s tem mladostnika motivira lasten uspeh. Učenje je potrebno narediti prijetno.

Wongova (1996) poudarja, da mladostniki z učnimi težavami pridobijo največ z učenjem strategij (učenje učenja oziroma kognitivnih in metakognitivnih strategij) in učenjem samokontrole (da mladostniki postanejo aktivni, avtonomni, dajejo pobudo za učenje). Po Aničevi (osebna korespondenca, marec 2012) samokontrola učenja zajema samoopazovanje, samoevalvacijo in samopodkrepitev. Pri samopodkrepitvi je pomembno, da podkrepitve (nagrade) ne prepustimo naključju, temveč jo načrtujemo.

Opis skupine

Program Skupina za mladostnike (in mladostnice; v besedilu se izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, uporabljajo kot nevtralni za ženski in moški spol) z učnimi težavami in njihove starše po kognitivno-vedenjskih principih se na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana izvaja od leta 2011. Program vodiva avtorici, klinična psihologinja in pedagoginja. Od leta 2011 do 2015 se je program na podlagi pridobljenih izkušenj in analiz, supervizijskih usmeritev in izkazanih potreb uporabnikov programa vsebinsko dopolnjeval in metodološko nadgrajeval. Program je bil vključen v preventivni program na področju preprečevanja zasvojenosti Mestne občine Ljubljana.

Letno sva izvedli dva cikla skupine (spomladanski in jesenski). Vsak cikel je zajemal: 12 tedenskih srečanj (135 min), 2 srečanja za starše (90 min, po 3. in 12.

srečanju skupine), vsaj 1 supervizijsko srečanje (z dolgoletno supervizorko mag. Nado Anić¹) in redna intervizijska srečanja voditeljic skupine. V vsak cikel skupine sva vključili do 10 mladostnikov v starosti od 13–17 let z diagnosticiranimi splošnimi in/ali specifičnimi učnimi težavami. Pogosto so mladostniki izkazovali tudi sekundarne težave, povezane s šolskim neuspehom. Mladostnike sva v skupino vključili na podlagi priporočil strokovnih delavcev Svetovalnega centra, ki so imeli mladostnika že v individualni obravnavi; na iniciativo staršev ali na mladostnikovo lastno izraženo pobudo.

Skupina je bila odprta do četrtega srečanja. Vključevanje novih članov v skupino je imelo pozitivne učinke tudi na »stare« člane, saj so se v določenih situacijah aktivirali in na novo priključenim članom demonstrirali različne tehnike in strategije, ki so jih sami že osvojili.

Pred vključitvijo v skupino je vsaj ena izmed terapevtk skupine s kandidatom opravila individualni intervju, katerega glavni namen je bila ocena mladostnika. Ocena je imela tri naloge tako na kognitivnem kot vedenjskem nivoju: definirati, kako mladostnik vidi svoje probleme; kako si organizira učenje, razume gradivo, ponavlja gradivo, v učenje vključuje vse faze in oceniti vedenje v situaciji ocenjevanja. Po Aničevi (2004) lahko na podlagi tega definiramo mladostnikov specifični problem.

Začetna srečanja skupine so bila namenjena predvsem vzpostavitvi kontakta ter razvijanju zaupanja med člani skupine, kar smo pri mladostnikih uspešno dosegali s pomočjo interaktivnih vaj. Terapevtki sva v začetnih dveh srečanjih udeležence seznanili s procesom poteka skupine in načinom dela, jih educirali o njihovih težavah in kognitivnem modelu ter njihovi aktivni vlogi. Skupaj z mladostniki smo definirali probleme, postavili realne cilje (individualni, skupinski; kratkoročni, dolgoročni) ter oblikovali pravila skupine.

Nadaljnja srečanja (od tretjega do enajstega) so bila jasno strukturirana in so vsakič zajemala: oceno razpoloženja članov na začetku (na lestvici od 0–10); pregled učnih ciljev preteklega tedna, morebitne težave ter pregled domače naloge; psihoedukacijo na izbrano temo (glede na potrebe in želje udeležencev); samostojno učenje mladostnikov na konkretni učni snovi; samoevalvacijo znanja; oblikovanje domače naloge in postavitev učnega cilja do naslednjega srečanja; oceno razpoloženja članov na koncu (na lestvici od 0–10).

Zadnje, dvanajsto srečanje, je bilo evalvacijsko s povzemanjem predstavljenih strategij učenja in napotki ob primeru poslabšanja težav.

Končni cilji programa so bili: razviti samokontrolo na področju učenja;

1 Supervizorka: mag. Nada Anić, klinična psihologinja, vedenjsko-kognitivna terapevtka, dolgoletna voditeljica skupin za študente z učnimi težavami po principih vedenjsko-kognitivnih terapij v Zagrebu (Hrvaška).

zvišati notranjo motivacijo za učenje; naučiti se učiti; naučiti se spoprijemati z negativnimi čustvi in stresi, povezanimi z učenjem/šolo; preprečiti ustvarjanje negativne samopodobe; pri starših povečati razumevanje ter zagotoviti podporo zelenemu vedenju.

Napredek pri doseganju ciljev smo opazovali vsi, vključeni v proces (voditeljci, mladostniki, starši), objektivno pa smo ga merili tudi z beleženjem opravljenih šolskih obveznosti ter z vprašalniki (vprašalnik o učnih navadah, vprašalnik o avtomatskih mislih pri učenju, vprašalnik o strahu pred ocenjevanjem znanja in evalvacijski vprašalnik).

V okviru **kognitivnih tehnik** so bile uporabljene naslednje:

- Na vsakem srečanju sva uporabili **tehnike psihoedukacije** na različne teme: učenje (priprave, faze, strategije), kognitivno-vedenjski model, spomin, pozornost, strah in učenje, motivacija itd. Pri tem sva uporabili delovne liste, člani pa so aktivno sodelovali pri izdelavi plakatov in materialov, ki so bili nato na vidnem mestu med vsakim srečanjem.
- Člani skupine so **prepoznavali in beležili negativne avtomatske misli med učenjem** (najpogostejše so bile: »tega je preveč«, »učenje je brez veze«, »to mi nikoli v življenju ne bo prišlo prav«) **in pri preverjanjih in ocenjevanjih znanja** (pogosto vezane na neuspeh: »zagotovo bom dobil ena«, »ničesar se ne bom spomnil«).
- Nemalokrat so **zabeležili tudi izkrivljena prepričanja o svojih zmožnostih** (»sem neumen«, »tega se ne bom nikoli mogel naučiti«), **pretirano pripisovanje neuspeha zunanjim dejavnikom** (»nimam sreče«, »vse je odvisno od učitelja/profesorja«) **ali notranjim dejavnikom** (»jaz sem kriv«). Ob tem sva jih voditeljci spodbujali k iskanju ustreznějšíh misli oziroma prepričanj (**proces kognitivne restrukturacije**).
- Mladostnike sva spodbujali k uporabi **notranjega govora (samoinštrukcij)** kot pomoč pri izboljšanju učnega uspeha, pri zmanjševanju testne anksioznosti in boljšem usmerjanju pozornosti.
- Prav tako so se člani aktivno učili večščin **tehnike reševanja problemov** (konflikti z učitelji, neopravičeni izostanki od pouka, soočanje z zahtevami staršev).
- Uporabljene so bile tudi druge kognitivne tehnike (kot pomoč pri priklicu gradiva smo uporabljali **vizualizacijo**, kot pomoč pri sprostitvenih tehnikah **imaginacijo** in podobno).

Z vidika uporabljenih **vedenjskih tehnik** so mladostniki na vsakem srečanju:

- **Usvajali učne navade, s tem da so se samostojno učili na lastni učni snovi iz literature, ki so jo prinesli s seboj.** Spodbujali sva jih, da uporabljajo novo naučene strategije učenja (učne kartice, miselni vzorci, podčrtovanje, izpisovanje, učenje z glasnim govorom, strategije za usmerjanje pozornosti itd.). S tem so mladostniki redno utrjevali zeleno vedenje. Na vsakem nadaljnjem srečanju je bil čas učenja podaljšan.
- Po učenju je bila posebna pozornost posvečena **pozitivni podkrepitvi**, ki sva jo na začetku dajali voditeljici, v kasnejših srečanjih pa so mladostniki že osvojili tehniko samopodkrepljevanja. Prav tako so podkrepitve dobivali tudi od drugih članov skupine (pohvala – za čas učenja, za naučeno snov, za začetek učenja težavnega predmeta, za uporabljene strategije itd.).
- S **tehniko samoopozovanja** so na vsakem srečanju beležili čas učenja.
- Pri vzpostavljanju učnih navad ter izboljševanju načrtovanja in organizacije učenja je mladostnikom pomagala **tehnika načrtovanja aktivnosti** (uporaba koledarja ter urnikov).
- Pri predstavitvi naučenega smo se posluževali **tehnike postopnega izpostavljanja in tehnik sproščanja**.
- Člani so se drug od drugega po principu **učenja po modelu** učili novih oblik učenja in reševanja problemov.
- Z uporabo **vedenjskih eksperimentov** so spreminjali negativna prepričanja (npr. »sem nesposoben«).

Med člani skupine sva opazali mnoge interakcije – hitro so pridobili na zaupanju ter navezali kontakt. Pogovor je tekel sproščeno, pogosto so izražali podporo drug drugemu (še posebej članom, ki so se spopadali z negativnim doživljanjem učenja), občasno pa tudi kritiko (npr. povezano s količino naučenega znanja, nerealno samooceno znanja, neupoštevanjem pravil itd.).

Na **srečanjih za starše** sva staršem predstavili program, osvetlili problematiko vključenih mladostnikov ter jih seznanili o ustrežnejših načinih odzivanja na mladostnikove težave. Starši so predstavili svoj pogled in izrazili skrb glede mladostnikovih učnih težav in njihovega šolskega funkcioniranja. Sodelovanje staršev pri skupinskem delu z mladostniki je bilo pomembno zaradi njihove lastne razbremenitve (pogovor s strokovnjaki, izmenjava izkušenj in podpora drugih staršev) in zaradi spremljanja sprememb pri učenju mladostnikov v domačem okolju in spodbujanju zelenega vedenja. Obenem sva voditeljici od staršev dobili vpogled, kako družinska dinamika vpliva na učne težave mladostnikov in obratno.

Po vsakem srečanju sva voditeljici skupine imeli **intervizijo**, vsaj enkrat na cikel pa tudi **supervizijo** z Nado Anić.

Evalvacija

Po štiriletnem izvajanju programa lahko zaključimo, da je skupina za mladostnike z učnimi težavami in njihove starše po principih kognitivno-vedenjske terapije dosegla svoje cilje in se pokazala kot učinkovita pomoč pri soočanju z učnimi težavami.

Voditeljci pri udeležencih skupine opažava napredek tako na kognitivnem kot vedenjskem nivoju. Skupina je nudila okolje, v katerem je učenje potekalo v prijetnem vzdušju in je zagotavljalo veliko pozitivnih podkrepitev. To je vplivalo na pozitiven odnos do učenja in na povezovanje učenja z zadovoljstvom (na napredke pri učenju so mladostniki reagirali z občutki ponosa in zadovoljstva). S tem so razvili notranjo motivacijo za učenje in izboljšali samokontrolo na področju učenja. Mladostniki so dobivali podporo pri učenju in uporabljali novo pridobljene strategije učenja. Prav tako so si postavljali realnejše cilje (»naučiti se snov« namesto »dobiti pet«). Opazili sva, da so misli in občutke, povezane s strahom, težje verbalizirali, čeprav so bili znaki anksioznosti prisotni. Udeleženci so hodili na srečanja skupine redno, kar ponovno kaže na visoko motivacijo za reševanje svojih težav.

Mladostniki so največjo vrednost dela videli v novih strategijah učenja, izboljšani pozornosti, podaljšanem času učenja ter večjem samozaupanju. Cenili so sproščeno vzdušje in zabaven način učenja. Zelo pomembno je bilo zanje tudi spoznanje, da niso edini s težavami pri učenju.

Starši so pri mladostnikih opažali celo večje napredke od voditeljic skupine, predvsem v učni motivaciji in samostojnem in aktivnem pristopu k opravljanju šolskih obveznosti (sami so si naredili načrt učenja, učili so se aktivno, se sami dogovarjali za inštrukcije, za ocenjevanje znanja v šoli so se javljali).

Objektivni pokazatelji uspeha so potrdili napredke mladostnikov (izboljšane in popravljene ocene, redno šolsko delo, opravljene šolske obveznosti). Na vprašalnikih se je izkazalo, da se pri mladostnikih med učenjem in v testnih situacijah dejansko pojavljajo negativne avtomatske misli, ki jih ovirajo. Vsi mladostniki so se naučili vsaj delno prepoznati ovirajoče misli, nekateri pa so se z njimi tudi že uspešno soočali in uporabljali primerne strategije pomoči.

Skupinski način dela z mladostniki z učnimi težavami in njihovimi starši po kognitivno-vedenjskem principu je prispeval tudi k timski obravnavi mladostnikov na Svetovalnem centru, saj sva voditeljici analizo napredka in funkcioniranja članov skupine posredovali posameznim nosilcem individualne obravnave, kar je omogočilo še učinkovitejšo podporo v prihodnje.

Literatura:

- Anić, N. (2002). Bihevioralno kognitivni pristup razumijevanju specifičnih teškoća u učenju (STU). V: M. Kavkler (ur.) *Razvijanje potencialov otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami : zbornik prispevkov za konferencoprva slovenska konferenca o specifičnih učnih težavah z mednarodno udeležbo, Kranjska gora, 26., 27. in 28. september*. Trzin : Different d.o.o. , Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše : Društvo Bravo. S. 121-124.
- Anić, N. (2004). Ocena študentov z učnimi težavami. V: N. Anić (ur.). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije. Zbornik I*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. S. 257 – 266.
- Anić, N., Živčić Bečirević I. (2001). Automatic thoughts, school success, efficiency and satisfaction od university students. *Psihološka obzorja, 10 (1), 49-59*.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York : The Guilford Press.
- Beck, J. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems*. New York : The Guilford Press.
- Christner, R. W., Stewart J. L., Freeman, A. (2007). *Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy with Children and Adolescents. Specific Settings and Presenting Problems*. New York : Routledge, Taylor&Francis Group.
- Hribar, N., Magajna, L. (2011). Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje učencev z učnimi težavami zaradi anksioznosti. V: L. Magajna, M. Velikonja (ur.): *Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*. Ljubljana; Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani. S. 212-230.
- Križnik Novšak A. (2007). Vedenjske tehnike. V: N. Anić, P. Janjušević (ur.). *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije*. Ljubljana : Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije. S. 79 – 96.
- Magajna L., Kavkler M. Čacinovič Vogrinčič G., Pečjak S. Bregar Golobič K. (2008). *Koncept dela. Program osnovnošolskega izobraževanja. Učne težave v osnovni šoli*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Marentič Požarnik, B (2000). *Psihologija učenja in pouka*. Ljubljana : Državna založba Slovenije.
- Marjanovič Umek L., Zupančič, M. (ur.). (2004). *Razvojna psihologija*. Ljubljana : Založba Rokus.
- McCaulley, E., Kendall, K., Pavlidis, K. (1995). The Development of Emotional Regulation and Emotional Response. V: I. M. Goodyer (ur.) *The Depressed Child and Adolescent. Development and Clinical Perspectives* Cambridge : Cambridge University Press. S. 53-80.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester : John Wiley&Sons.
- Wong, B. Y. L. (1996). *The ABCs of Learning Disabilities*. San Diego : Academic Press.
- Živčić Bečirević, I. (2003). Uloga automatskih misli i ispitne anksioznosti u uspjehu studenata. *Društvena istraživanja Zagreb, God.12, Br.5(67), 703-720*.
- Živčić Bečirević, I., Rački, Ž. (2006) Uloga automatskih misli, navika učenja i ispitne anksioznosti u objašnjenju školskog uspjeha i zadovoljstva učenika. *Društvena istraživanja Zagreb, God.15, Br.6(86), 987-1004*.
- Žvelc, G. (2004). Skupinska kognitivno vedenjska terapija. V: N. Anić (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije. Zbornik I*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije. S. 141-154.

Nada Hribar, univ. dipl. psihologinja, specialistka klinične psihologije, vedenjsko-kognitivna terapevtka

Področja delovanja: klinično psihološka diagnostika čustvenih, vedenjskih in učnih težav ter motenj v duševnem razvoju pri šolskih otrocih in mladostnikih, svetovanje in psihoterapija pri otrocih in mladostniki s čustvenimi, vedenjskimi in učnimi težavami, vodenje skupin mladostnikov z učnimi težavami in skupin za razvoj in spodbujanje veščin komunikacije, svetovalno in terapevtsko delo s starši in svojci, družinska sistemska terapija, svetovanje vzgojiteljem, učiteljem in svetovalnim delavcem pri delu z otroki in mladostniki s čustvenimi, vedenjskimi in učnimi težavami, izobraževalno delo (predavanja za starše, seminarji in delavnice za strokovne delavce).

Barbara Zemljak, univ.dipl. pedagoginja

Področja delovanja: prepoznavanje učnih težav in načinov učenja pri učencih, dijakih in študentih, svetovanje in nudenje individualne pomoči učencem, dijakom in študentom pri učenju tehnik (strategij) učenja, organizaciji učenja in načrtovanju učenja (svetovanje pri študiju literature, napredovanju učenja, izbiri nadaljnega šolanja), razvijanje učne motivacije pri mladostnikih, razvijanje učnih navad pri otrocih in mladostnikih, sodelovanje z otrokovimi/mladostnikovimi starši in svetovanje v procesu učenja in motiviranja otroka, svetovanje in sodelovanje z učitelji in šolskimi svetovalnimi delavci pri nudenju pomoči otrokom in mladostnikom z učnimi težavami, vodenje skupine za mladostnike z učnimi težavami.

Program pomoči pri težavah z izvršilnimi funkcijami

Povzetek

V prispevku je predstavljen intervencijski program za otroke s težavami na področju izvršilnih funkcij. Program sta zasnovala Dawsonova in Guare in vključuje 11 področij izvršilnega funkcioniranja: inhibicijo odziva, delovno pomnjenje, čustveno kontrolo, ohranjanje pozornosti, začenjanje z aktivnostjo, načrtovanje in postavljanje prioritet, organizacijo, upravljanje s časom, na cilj usmerjeno vztrajanje, prožnost in metakognicijo. Program je oblikovan tako, da ga izvajajo lahko pedagoški delavci na šolah.

Ključne besede:

intervencijski program, težave z izvršilnimi funkcijami

Intervention Program for Executive Function Difficulties

Abstract

This article introduces intervention program for children with executive functions difficulties. Program was developed by Dawson and Guare and includes 11 executive functions: response inhibition, working memory, self-regulation of affect, sustained attention, task initiation, planning, organisation, time management, goal-directed persistence, flexibility and metacognition. Program is designed in such a way so it can be performed by educational workers.

Keywords:

intervention program, executive functions difficulties

Uvod

V prispevku v pričujočem zborniku z naslovom »Težave na področju izvršilnih funkcij pri učencih z bralno-napisovalnimi učnimi težavami – kako lahko pomagamo?« sem predstavila teoretično podlago in rezultate učinkov programa pomoči, ki je namenjen izboljšanju izvršilnih funkcij pri otrocih. V tem prispevku pa podrobneje predstavljam omenjen program pomoči. Program sta okvirno oblikovala Dawson in Guare (2004), za naše razmere in potrebe pa sem ga priredila sama. Temelji na precej široki opredelitvi izvršilnih funkcij, ki vključujejo široko paleto različnih funkcij – elementarnih in kompleksnih, kognitivnih in vedenjskih. Poleg Barkleyjevega pojmovanja izvršilnih funkcij sta za teoretično podlago intervencijskega programa uporabila tudi opredelitev Harta in Jacobsa. Barkley (1997) opredeljuje izvršilne funkcije kot nase usmerjene aktivnosti posameznika, ki jih uporablja za samoregulacijo in predstavljajo samousmerjevalne miselne aktivnosti, ki se pojavljajo med odložitvijo zadovoljitve in služijo modifikaciji dejanskega odziva na določen dogodek ter izboljšanju dolgoročnih posledic, povezanih s tem dogodkom. Hart in Jacobs (1993; v Dawson in Guare, 2004) opredeljujeta izvršilne funkcije kot kognitivne funkcije višjega reda, kot sposobnosti, ki nam pomagajo pri odločanju, katerim aktivnostim ali nalogam bomo posvečali pozornost in katere bomo izvedli.

Ključna načela, ki jih je treba upoštevati pri načrtovanju in izvajanju strategij pomoči pri težavah z izvršilnimi funkcijami, so: razvoj poteka od zunanjega k notranjemu in manj razvite izvršilne funkcije lahko podpiramo s strategijami pomoči na ravni okolja in s strategijami na ravni osebe. Tudi pri poučevanju izvršilnih funkcij je potrebno slediti temu načelu – najprej večino predstavimo, postopno in v daljšem časovnem obdobju zmanjšujemo našo podporo, dokler učenec ne izvaja večine samostojno. Pomoč je potrebno zasnovati s pomočjo prilagoditev okolja in spreminjanjem učenčevih veščin – s poučevanjem in ustreznimi spodbudami.

Program pomoči vsebuje 11 področij izvršilnih funkcij. To so: Inhibicija odziva, Delovno pomnjenje, Čustvena kontrola, Ohranjanje pozornosti, Začenjanje z aktivnostjo, Načrtovanje in postavljanje prioritet, Organizacija, Upravljanje s časom, Na cilj usmerjeno vztrajanje, Prožnost in Metakognicija.

Izvedba programa

Program se izvaja večkrat tedensko (odvisno od izrazitosti težav otroka) in lahko predstavlja dopolnilo uram dodatne strokovne pomoči, ki so jo otroci že deležni ali pa povsem neodvisno od dodatne strokovne pomoči. Izvajajo ga lahko izvajalci dodatne strokovne pomoči na šoli, ki jo otrok obiskuje, ali njegovi učitelji. Pomembno je, da ima izvajalec programa možnost rednih stikov z otrokom, ki so

lahko po potrebi tudi vsakodnevni. V naši evalvacijski študiji so na posameznem srečanju programu pomoči otrokom s težavami na področju izvršilnih funkcij namenili v povprečju 10 do 15 minut, v izvajanje programa so lahko bili vključeni tudi otrokovi učitelji, ki so izvajali prilagoditve oz. tudi nekatere strategije pomoči (odvisno od otrokovih šibkih področij). Zaradi večje razumljivosti v nadaljevanju uporabljam za vse izvajalce programa izraz učitelj.

Po začetni temeljiti oceni otrokovih težav, njegovih močnih in šibkih področij (vključno z vidikom izvršilnih funkcij), se za vsakega otroka pripravi načrt dodatne pomoči, ki obsega tako prilagoditve kot strategije pomoči za največ 3 področja izvršilnih funkcij, na katerih je otrok izkazal največ težav. Izvajalci pomoči o poteku programa pomoči beležijo dnevnik, ki služi kasneje evalvaciji programa. Pomembno je, da se vedno dela samo na enem področju izvršilnega funkcioniranja in ko je cilj na področju dosežen, nadaljujemo z naslednjim področjem. Program zelo prilagajamo individualnim potrebam in zmožnostim otroka.

V nadaljevanju predstavljam posamezna področja izvršilnih funkcij, vključena v program, skupaj z nekaterimi predlogi prilagoditev in aktivnosti.

Inhibicija odzivanja

Vključuje kapaciteto za razmislek pred ukrepanjem, kapaciteto odložitve ali inhibicije odzivanja, ki temelji na sposobnosti evalvacije več dejavnikov. Učenci, ki imajo težave z inhibicijo odzivanja, so impulzivni, rečejo ali naredijo brez premisleka, kar jih pogosto pripelje v težave s starši, učitelji ali vrstniki. S strategijami pomoči učence učitelj uči kontrole nad lastnim odzivanjem – da svoj odziv še pravočasno zadržijo, ustavijo, najprej premislijo oz. upoštevajo različne dejavnike in šele nato reagirajo. Prilagoditve vključujejo povečanje kontrole okolja, povečanje nadzora in iskanje načinov za namige otroku glede kontrole impulzov. Pri poučevanje večšin se učitelj osredotoči na poučevanje ustreznih večšin, ki nadomestijo neinhibirano odzivanje. Primeri takšnega poučevanja so učenje samokontrole – STOP IN RAZMISLI! (Naglieri in Pickering, 2003) ali tehnika samoinstrukcij (Meichenbaum, 1978). Tehniko samoinstrukcij se običajno izvaja po načelu kognitivnega modeliranja.

Delovno pomnjenje

Sposobnost se nanaša na ohranjanje informacij v spominu med reševanjem kompleksnih nalog. Vključuje sposobnost črpanja iz preteklih izkušenj pri uporabi aktualne situacije ali predvidevanja prihodnosti. S strategijami pomoči se učenec nauči načinov, ki mu pomagajo ohranjati informacije v spominu med

reševanjem naloge. Prilagoditve vključujejo metode za skladiščenje (shranjevanje informacij) ali namige, ki so oblikovani tako, da učenec shrani informacije v spomin (ali v kakšno drugo dostopnejšo obliko, kot je npr. koledar ali zvezek) ali dobi namig za priklic informacij na zahtevo ali v določenem času (npr. s pomočjo sistemov strani, alarmov ali ur, vidnih namigov, prikazanih na opaznem mestu ipd.).

Samoregulacija čustev

Predstavlja sposobnost upravljanja čustev, da bi dosegli cilje, dokončali naloge ali kontrolirali in usmerjali vedenje. S strategijami pomoči se učenec uči večje kontrole nad lastnim čustvovanjem. Prilagoditve so v pomoč učencem pri učinkovitejšem obvladovanju lastnih čustev (tako pozitivnih kot negativnih). Vključujejo lahko: predvidevanje težavnih situacij in priprava učenca nanje; poučevanje strategij spoprijemanja; učencu učitelj predstavi postopke, ki jim v ciljnih situacijah lahko sledi, ali pa predlaga stvari, ki si jih lahko reče, da bi si pomagal obvladovati čustva; učitelj strukturira okolje za izogibanje problematičnim situacijam ali intervenira zgodaj; nalogo razdeli na manjše korake, da je tako bolj obvladljiva; če naloga učenca vznemirja, mu učitelj omogoči odmor; odrasli naj služijo kot modeli pri vadbi pozitivnih trditve o sebi; učenca učitelj uči, da razmišljanje o izkušnjah lahko vpliva na to, kaj čuti do izkušenj; pri poučevanju čustvene kontrole uporabi literaturo ali pisanje individualiziranih socialnih zgodb. Specifične strategije, ki se jih učenec lahko nauči, vključujejo trditve o samem sebi za spodbujanje pozitivnih čustvenih odzivov ali učinkovite strategije spoprijemanja, verbalizacijo ciljnega vedenja preden pride učenec v situacijo, v kateri ga lahko prikaže; uporabo vizualizacije ter vključevanje veščine, ki jo učenec vadi, v vsakdanje rutinske aktivnosti.

Ohranjanje pozornosti

Vključuje kapaciteto ohranjanja pozornosti v situaciji ali nalogi navkljub motečim dejavnikom, utrujenosti ali dolgočasju. Učenec se uči vztrajati in ohranjati svojo pozornost daljši čas, kot je to zmogel pred učenjem strategij. Prilagoditve so oblikovane za prilagajanje učenčevim težavam z ohranjanjem pozornosti ali za olajševanje vztrajanja pri daljših nalogah, npr. obeležje časa začetka in konca pri pisnih nalogah; uporaba sistema vzpodbud; razdelitev nalog na manjše enote in krajše odmore med njimi; uporaba štoparice – pri tem učenec poskuša dokončati nalogo znotraj predvidenega časa; uporaba posnetka določenega zvoka za spremljanje samega sebe ter preudarna izbira časa v dnevu.

Začenjanje z aktivnostjo

Predstavlja sposobnost začeti nalogo brez nepotrebne odlašanja znotraj sprejemljivih časovnih okvirjev. S pomočjo strategij pomoči se učenec nauči začeti nalogo oz. aktivnostjo brez odlašanja. Prilagoditve so oblikovane tako, da učencem pomagajo, da se takoj lotijo naloge ali jo začnejo opravljati v predvidenem času. Vključujejo npr. verbalne namige, da učenec začne; vizualne namige, ki učenca spodbujajo k začetku; spremljanje učenca skozi prvi del naloge, da začne in potem nadaljuje sam; beleženje časa ob začetku in koncu naloge; učenec določi, kdaj bo začel z nalogo in potem mu učitelj namigne, ko pride čas za začetek.

Načrtovanje

Predstavlja sposobnost ustvariti »zemljevid« za doseganje cilja ali dokončanje naloge. Vključuje tudi sposobnost sprejemanja odločitev o tem, kaj je pomembno in kaj ne. Učenec se nauči samostojnejšega načrtovanja lastnih aktivnosti. S prilagajanjem okolja se zmanjša nujnost, da se učenci zanašajo na lastne veščine načrtovanja. Prilagoditve lahko vključujejo:

- Uporabo načrta ali urnika, ki mu učenec mora slediti in ga preskrbi učitelj.
- Uporabo rubrike za beleženje rezultatov, ko učenec rešuje naloge.
- Dolgoročne projekte učitelj razdeli na manjše jasno opredeljene enote in doda roke za oddajo za vsako posamezno enoto (mnogo učiteljev vključi to v svoje zahteve pri dolgoročnih projektih).
- Ustvarjanje predlog (npr. učitelj ima vnaprej pripravljeno shemo za oblikovanje načrta, ki jo z učencem skupaj dopolni in služi kot ogrodje za oblikovanje načrta).

Poučevanje veščin: Najboljši način za učenje načrtovanja je, da gre učitelj skupaj z učenci velikokrat skozi celoten proces načrtovanja pri različnih nalogah in pri tem postopoma predaja proces učencem tako, da postavlja vprašanja, ki jih spodbudijo pri razmišljanju, kako načrtovati. V zgodnejših fazah bo z vprašanji moral spodbujati vsak posamezen korak (npr. Kaj moraš najprej storiti? Kaj sledi potem?). Ko učenci postanejo bolj izkušeni, lahko tudi spodbude postanejo bolj splošne (npr. V redu, narediva seznam vseh stvari, ki jih moraš opraviti v tem projektu. Organizirajva te naloge po takšnem vrstnem redu, kot jih moraš opraviti.).

Organizacija

Predstavlja sposobnost urejanja ali nameščanja stvari skladno z določenim sistemom. Učenec se nauči strategij organiziranja in razvrščanja. Ena od temeljnih prilagoditev se predstavlja skozi specifično izvršilno funkcijo: učenci, ki imajo težave z organizacijsko kapaciteto, potrebujejo pri svojem delu organizacijske sheme. Pri tem potrebujejo dve drugi komponenti: učencem je treba namigniti glede uporabe organizacijskih shem in pri tem jih je treba podkrepljevati. Primeri različnih organizacijskih shem, ki se jih učenci lahko naučijo, so sistem za organiziranje šolske torbe, sistem za organiziranje šolskega dela in sistem za organiziranje učenceve mize – doma ali v šoli. Precej staršev in učiteljev ne posveča posebne pozornosti oblikovanju posebnih organizacijskih shem za učence. Če se pri procesu zalomi, je potrebno vzpostaviti zunanji nadzor in tako zagotoviti, da učenec uporablja sheme na vsakodnevni ravni.

Upravljanje s časom

Vključuje kapaciteto za ocenjevanje, določanje in izvrševanje znotraj časovnih omejitev. Učenec s pomočjo učenja strategij razvija načine upoštevanja časovnih omejitev. V poštev pridejo prilagoditve, navedene pri Vzdrževanju pozornosti in Začenjanju z aktivnostjo. Upravljanje s časom predstavlja izvršilno funkcijo višje ravni, ki vključuje številne komponente, kot je sposobnost slediti in oblikovati urnik, načrtovati in organizirati, oceniti, koliko časa učenec potrebuje za dokončanje naloge in spremljati napredek ter zagotoviti, da še vedno sledi urniku. Gre za zahtevno veščino, ker učenci s šibkimi veščinami upravljanja s časom nimajo težav zgolj zaradi šibkih sposobnosti ocenjevanja časa, ki ga potrebujejo za opravljanje nečesa, pač pa jim primanjkuje tudi občutka za časovno nujnost – oziroma za koncept, da mora biti nekaj narejeno hitro in učinkovito. Oboje je potrebno zato, da učenec ne čaka do zadnje minute in da dela učinkovito, ko je enkrat začel z nalogo. Za učence s šibkimi veščinami upravljanja s časom lahko prilagoditve vključujejo urnik, ki mu sledijo in pri vsakem koraku jih učitelj spodbuja; časovne omejitve in opomnike, koliko časa je še ostalo ali pa si učenec pomaga z urami, zvonci ali alarmi. Učenje ocenjevanja časa vključuje pomoč učencu razumeti, kaj naloga vključuje, in realističen občutek, kaj so možni distraktorji, motnje in ovire ter kako lahko vplivajo na urnik in časovne ocene. Pri tem procesu je v pomoč lahko tudi t. i. »coaching«, ki sem ga na kratko že opisala v prvem že omenjenem prispevku v pričujočem zborniku.

Na cilj usmerjeno vztrajanje

Vključuje kapaciteto imeti cilj, mu slediti do njegovega doseganja in ne odnehati zaradi motečih dejavnikov ali drugih interesov. Učenec se nauči strategij, ki mu

pomagajo vztrajati na poti do cilja. Prilagoditve so podobne kot pri Upravljanju s časom. Pri učencih s težavami z na cilj usmerjenim vztrajanjem namesto zanašanja na to, da si bodo zastavili cilj in vztrajali pri njegovem doseganju, odrasli sami zastavijo cilje in jih spodbujajo, da jim sledijo. Da to učinkuje, morajo biti postavljeni takšni cilji, pri katerih so učenci motivirani, da jih dosežejo. Učitelj jih vključi kot polnopravne partnerje. Če imajo težave pri samostojnem postavljanju ciljev, jim da več možnosti na izbiro. Učinkovit način spodbujanja motivacije za napredovanje proti cilju je, da naredi učitelj cilj čim bolj viden za učenca (npr. v obliki plakata, obešenega na steni).

Prožnost

Prožnost je sposobnost revidiranja načrtov, ko posameznik naleti na ovire, nazadovanje, nove informacije ali napake. Nanaša se na prilagodljivost glede na spreminjanje pogojev. Pri učencih, ki so nagnjeni k neprožnosti, prilagoditve v okolju primarno vključujejo zmanjšanje zahtevnosti glede prožnosti. Te lahko vključujejo:

- Zmanjšanje novosti.
- Prilagajanje narave naloge. To lahko učitelj naredi z (1) zmanjšanjem hitrosti, količine ali kompleksnosti predstavljenih informacij; (2) razdelitvijo nalog na manjše dele; (3) prilagajanjem nalog z vprašanji odprtega tipa na naloge bolj zaprtega tipa; (4) nudenjem predlog ali rubrik za lažje sledenje.
- Pomoč učencem pri preoblikovanju situacije. To lahko učitelj naredi z označevanjem problematične situacije za zmanjšanje negotovosti ali ustvarjanjem socialnih zgodb, s pomočjo katerih učenci situacije lažje razumejo in se z njimi spoprijemajo. Socialne zgodbe so oblikovane za posamezno situacijo posameznega učenca in vsebujejo opis problema tako, da ga učenec zlahka prepozna, prav tako pa tudi rešitev ali strategijo spoprijemanja, ki jo lahko uporabi.
- Povečevanje ravnih podpore pri nalogi. To lahko naredi z (1) nudenjem bolj pogostega podkrepljevanja ali »pomirjanja«; (2) nudenjem pomoči/ podpore v obliki metode «korak-za-korakom» pri prebivanju skozi težke probleme; (3) postopnim izpostavljanjem ali vodenim obvladovanjem; (4) tesnimi stiki v prehodnih obdobjih ali (5) namigi učencu za uporabo strategij spoprijemanja.

Ko enkrat učenci zmorejo prepoznati lastno neprožnost, predstavlja naslednji korak učenje strategij spoprijemanja pri upravljanju čustev in situacije. Poučevanje strategij spoprijemanja vključuje učenje po modelu, vajo, povratne informacije in

generalizacijo v resnične okoliščine, z namigi za spodbudo za uporabo strategij, dokler niso ponotranjene.

Metakognicija

Predstavlja sposobnost »stopiti nazaj« in pogledati nase s ptičje perspektive. Vključuje sposobnost opazovati sebe pri reševanju problema. Vključuje tudi večšine samospremljanja in samovrednotenja (npr. spraševanje: Kako mi gre? ali Kako mi je šlo?). Prilagoditve so oblikovane za spodbujanje učencev za uporabo analitičnih veščin za ocenjevanje reševanja naloge. Vključujejo:

- Vpletanje vprašanj v vsakodnevno rutino pri pouku, ki so oblikovana tako, da spodbujajo metakognicijo, npr. Kako si rešil ta problem? Se spomniš še kakšnega drugega načina, na katerega bi lahko to še lahko rešil? Kaj lahko narediš, da si boš zapomnil te podatke?
- Spremljanja napak pri reševanju naloge.
- Dajanje nalog, ki zahtevajo uporabo metakognitivnih veščin.
- Uporabo rubrik s kriteriji, s katerimi se opredeli, kaj vključuje kakovosten izdelek ali rešitev.

Zaključek

Program pomoči ob težavah z izvršilnimi funkcijami je zasnovan široko in pokriva zelo različna področja otrokovega funkcioniranja. Prednosti programa predstavljajo dobra teoretična podlaga, hkrati pa možnost operacionalizacije in tako uporabe v praksi, možnost prilagajanja vsakemu posameznemu otroku in s tem možnost individualizacije pomoči. Ob sodelovanju strokovnih inštitucij (npr. Svetovalnega centra) in šole je možno program kakovostno izvesti, hkrati pa pozitivne izkušnje učinkovitosti kažejo, da je tak način dela smiseln, učinkovit in otrokom koristen. Čeprav program ne vsebuje povsem novih elementov, pa nam daje možnost, da že znane vsebine (npr. različne tehnike in strategije pomoči) organiziramo in osmislimo na nov, drugačen način in tako prispevamo k razvoju učinkovitih pristopov na področju pomoči otrokom s posebnimi potrebami.

Literatura

- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York : The Guilford Press.
- Dawson, P., Guare, R. (2004). *Executive Skills in Children and Adolescents : A Practical Guide to Assessment and Intervention*. New York : The Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1978). *Cognitive-behavior modification*. New York, NY : Plenum Press.
- Naglieri, J. A. in Pickering, E. B. (2003). *Helping Children Learn: Intervention Handouts for Use in School and at Home*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

Mag. Mateja Hudoklin, univ.dipl. psihologinja, specialistka klinične psihologije

Področja delovanja: klinično psihološka diagnostika emocionalnih, vedenjskih in učnih motenj ter motenj v duševnem razvoju pri šolskih otrocih in mladostnikih, svetovanje in psihoterapija z otroki in mladostniki z emocionalnimi, vedenjskimi in učnimi motnjami, svetovanje staršem, učiteljem in svetovalnim delavcem, razvojno-raziskovalno delo na področju kognitivnih procesov, povezanih z učenjem, motivacijo, individualnimi razlikami in učno neuspešnostjo,

Ko je družina ogrožena v svoji temeljni varnosti

Moč donacij in »perspektiva moči« pri preprečevanju revščine in socialne izključenosti - Primeri dobre prakse

Povzetek:

V strokovnem prispevku z gornjim naslovom je predstavljen koncept strokovne pomoči s socialnim delom, v katerega vključujemo donatorje. Skozi prikaze dveh življenjskih zgodb ljudi, ki so zaradi nenadnih življenjskih dogodkov zdrsnili v položaj revščine in socialne izključenosti, je razloženo,

- kako se socialno delo v praksi sooča s pojavi revščine in socialne izključenosti;
- kako zaznava te pojave, učinke in posledice;
- kako na ravni stroke uporablja znanje, spretnosti in metode oz. doktrino socialnega dela;
- kako načrtuje in izvaja ustrezno pomoč, izhajajoč iz potreb uporabnikov in v sodelovanju z njimi;
- kako vidi in uporablja možnosti, ki se v danem času in prostoru odpirajo na novo.

Ob življenjskih zgodbah in konkretno predstavljenih aktivnostih v procesu pomoči s socialnim delom je posebej izpostavljen koncept krepitve moči, ki v sočasnosti z donacijami omogoča premik iz – z vidika doživljanja uporabnikov – brezizhodnega položaja.

Ključne besede:

revščina, socialna izključenost, nenadni krizni dogodki kot ogrožajoč dejavnik življenjskega položaja, koncept krepitve moči, moč donacij.

When the Family is Endangered in its Fundamental Security -

The power of donations and the “perspective of power” in the prevention of poverty and social exclusion - examples of good practice

Abstract:

The paper presents a concept of professional help by social work where donators are included.

By describing two life stories of people who, due to sudden events in their life, slid into poverty and social exclusion, it is presented:

- how social work practically confronts the phenomena of poverty and social exclusion;
- how it becomes aware of these phenomena, their effects and consequences;
- how it, on professional level, applies the knowledge, the skills and the methods, i.e. the doctrine of social work;
- how it plans and executes an appropriate way of help, starting from the needs of the users and in collaboration with them;
- how it sees and makes use of the possibilities that are available at a given time and place.

Along with the life stories and concretely presented activities in the process of helping by social work, special emphasis is given to the concept of strengthening the power, which – simultaneously with donations – enables the users to move out of a situation they consider hopeless.

Keywords:

poverty, social exclusion, sudden crisis events as a factor endangering the life situation, the concept of strengthening the power, power of donations.

V Svetovalnem centru v Ljubljani, kamor prihajajo starši in otroci v prvi vrsti zaradi razvojnih, vzgojnih, čustvenih, učnih in drugih težav, lahko posebno v zadnjem, tranzicijskem obdobju, opazamo, da imajo posamezniki in družine tudi hujše eksistenčne težave. Najbolj dramatično se njihov položaj poslabša ob nenadnih, nepričakovanih življenjskih dogodkih, ki so lahko za družino usodni. Ob takih dogodkih skupaj z uporabniki iščemo poti in vire podpore za postopen izhod iz težav.

Dragocena možnost podpore, ki je v obdobju zadnjih dvanajstih let znova postala aktualna, je donatorstvo. Svetovalni center je od leta 2003 sodeloval z različnimi klubi, fundacijami, posamezniki, ki so bili pripravljeni podpirati otroke in družine, kadar so se le-ti znašli v težkih življenjskih okoliščinah. Eden največjih donatorskih klubov, s katerim smo sodelovali deset let, je bil

- Lions klub Ljubljana Ilirija, ostali pa so bili še:
- Lions klub Ljubljana – prispevali so enkratno večjo donacijo za družino v stiski;
- Leo Klub Rožnik Forum – podpirali so različne kreativne aktivnosti za otroke;
- Fundacija Trstenjak – prav tako so podpirali različne kreativne aktivnosti za otroke;
- Rotary klub Ljubljana – prispevali so enkratno donacijo za družino v stiski;
- Advant d.o.o. – prispevali so donacijo za sedem otrok;
- Mohar Satter investicije – prispevali so tri računalnike;
- študenti farmacije – prispevali so donacijo za družino v stiski;
- delovni kolektiv Gimnazije Jožeta Plečnika – prispevali so donacijo za družino v stiski;
- študenti delovne skupine revije Panika – prav tako donacija za družino v stiski,
- osebe, ki ne želijo biti imenovane, in so prispevale donacije za družine v hudih materialnih stiskah;
- osebe, ki ne želijo biti imenovane, in so z mesečnimi štipendijami od 50 do 100 evrov podpirale srednješolce v času šolanja.

Z Lions klubom Ljubljana Ilirija smo sodelovali najdlje, njegove donacije so bile tudi najobsežnejše. Zato najprej nekaj osnovnih informacij o njem. Klub je bil ustanovljen leta 2000 in je eden mlajših v Sloveniji. Svojo pomoč namenja

otrokom, ki jim za to določene institucije ne morejo pomagati v zadostni meri. Otrokom želi omogočiti, da se izboljšajo njihove možnosti za normalno izobraževanje in delovanje v družbi. Polovico sredstev namenja pomoči prek institucij, polovico pa posameznikom, ki se s prošnjami obračajo neposredno nanj. Denar za donacije v klubu zbirajo s prireditvijo Kresna noč. Tam zbrani denar skušajo čim bolj uspešno deliti skozi vse leto. Vključeni so v Lions Clubs International – največjo nevladno, necerkveno dobrodelno organizacijo na svetu.

Z Lions klubom Ljubljana Ilirija smo intenzivneje sodelovali od leta 2003 do leta 2013. Z njihovo pomočjo je bilo vsako leto obdarovanih od 15 do 25 otrok. Vsi obdarovani otroci so izhajali iz težkih življenjskih okoliščin, saj jim starši niso zmogli zagotoviti potrebnih sredstev; teh prav tako ni bilo mogoče zagotoviti iz drugih virov. Šlo je za družine, ki so živele v materialnem pomanjkanju – vir dohodka je večinoma predstavljal en osebni dohodek za najnižje plačana dela ali pa denarna socialna pomoč in otroški dodatek. Starši kar 15 otrok iz te skupine so bili brezposelni. V težkih življenjskih okoliščinah se niso znašli po lastni krivdi ali zaradi nesposobnosti, ampak pogosto zaradi prepleta zdravstvenih, psihičnih, socialnih dejavnikov ter gospodarskih in družbenih sprememb v zadnjih dvajsetih letih. Med obdarovanimi so bili tudi otroci – sirote, otroci, ki so živeli v rejniških družinah ali stanovanjskih skupnostih, zunaj družin.

Sredstva iz donacij so bila namenjena za šolske potrebščine, nakup računalnikov (srednješolci), za šolsko prehrano, za športne rekvizite ali doplačila za dejavnosti, kot so zimovanje, šola v naravi, plavalni tečaj ..., za dodatno izobraževanje iz tujih jezikov; za zdravstvene pripomočke, kot so očala, dietna prehrana, sredstva za spremstvo dodatni osebi na letovanju ipd.

Kako od skrbi za uporabnika do (samo)aktiviranja njegove notranje moči za reševanje življenjskih problemov

Težki življenjski dogodki ne pridejo napovedano, zato pa lahko toliko bolj usodno zarežejo v življenja posameznikov in družin. Ob njih se tudi strokovni delavci spontano odzovemo z več empatije, zavzetosti in pripravljenosti raziskovati še neodkrite poti za reševanje težav. K temu nas sili dejstvo, da sistemskih pomoči v izrednih okoliščinah ni veliko, ne zadostujejo, ne pridejo pravočasno.

V nadaljevanju predstavljam dva primera dobre prakse, dve zgodbi, ki govorita o tem, kako lahko v socialnem delu povežemo donatorstvo s konceptom perspektive moči (Sallebey). Prva zgodba pripoveduje o družini, ki so jo usodno obremenile posledice nesreče na delovnem mestu. V drugi pa se je družina morala soočiti z materialno stisko, nastalo kot posledica prometne nesreče in bolezni, zaradi katere je bil oče, še sorazmerno mlad, invalidsko upokojen.

V obeh primerih (in tudi v ostalih, ki jih zaradi omejitve prostora ne morem predstaviti) nam je z donacijami in intenzivno osebno podporo uspelo spodbuditi ljudi, da so se iz pozicije nemoči premaknili v pozicijo moči in krizo uspešno premagali. Preden bom predstavila posamezni zgodbi pa še osnovna izhodišča koncepta perspektive moči po Saleebeyu.

Perspektiva moči v praksi socialnega dela

Dr. Denis Sallebey (1992, 2000), avtor koncepta *Perspektiva moči v socialnem delu*, je svojo poklicno pot tudi sam začel kot socialni delavec in je ta koncept delovanja razvil iz prepoznavanja globokih potreb ljudi, da ohranijo lastno moč in vpliv nad odločitvami v svojem življenju.

Osnovna izhodišča njegovega koncepta so:

- Podpreti ljudi v odnosih z drugimi in/ali z družbenimi institucijami za to, da uresničijo svoje cilje, vizije, da sledijo svojemu upanju, svojim težnjam, sanjam ...
- Podpreti jih, da ponovno prevzamejo položaj v svoje roke.
- Spodbujati jih, da ponovno zavzamejo pokončno držo.
- Pomagati jim, da se učijo gledati na situacijo z več zornih kotov.
- Voditi jih, da se učijo novih vedenj, ki prinašajo boljše izide za prihodnost.

Saleebey izhaja iz predpostavke, v katero zaupa in verjame –, da ima vsak človek in tudi družina, skupina, skupnost – brez izjeme – svoje notranje in zunanje vire in kompetence, ki mu lahko pomagajo pri iskanju izhoda iz težav. Ti notranji viri so morda še neprepoznane spretnosti, veščine, talenti, modrost, ki lahko postanejo gradniki sprememb. Prav tako ima vsak človek svoje sanje, vizije, upanja, čeprav se morda opoteka pod težo bolezni, pod pritiskom revščine ali se izgublja v vrtincih usode.

Saleebey poudarja, da so se ljudje zmožni učiti iz svojih borb za boljši jutri in da ob tem lahko razvijajo sposobnosti in poteze, ki jim pomagajo doseči cilj. Zato poudarja, da je naloga socialnih delavcev, da z njimi razvijajo odnos podpore in opogumljanja, v katerem lahko brez strahu spoznavajo svoje možnosti in omejitve. Elementi odnosa, v katerem dodajamo in krepimo moč, so: spoštovanje, empatija, pristnost, zavzetost, skrb, zanimanje, sodelovanje, sposobnost za sprostitve napetosti, zaveznitvo in aktivno angažiranje. V podpornih odnosih, v katerih socialni delavci sledimo konceptu krepitve moči, se lahko opiramo na štiri osnovne principe:

- Verjêmi klientu in verjêmi vanj!
- Izkaži interes za njegov pogled na stvari, pripovedi in zgodbe, iz katerih lahko spoznaš, s kakšnimi težavami se sooča in kakšne sanje ima!
- Usmerjen bodi na njegove vizije, sanje, upanja, opogumljaj ga, da začne razmišljati, kako naprej!
- Skupaj s klientom narêdi razvidno bilanco virov in možnosti ter čim podrobnejši inventar moči.

Temeljna filozofija in izhodišče koncepta dodajanja in krepitev moči sta bila teoretsko ozadje mojih osebnih in strokovnih prizadevanj v opisanih primerih.

Akterjem v zgodbah, ki jih predstavljam, pa v uvodu posvečam citat iz Hugojevega romana *Nesrečniki* (1969):

»V skromnih bojih nastajajo namreč mnoga velika dejanja. V njih so vztrajna in neznana junaštva, ki se čvrsto upirajo usodi./.../ Plemenite in skrivnostne zmage, katerih nobeno oko ne vidi, katerih noben sloves ne poplača, katerih ne pozdravlja nobena fanfara. Nesreča, osamljenost, zapuščenost, revščina so bojna polja in imajo svoje junake, neznane junake, včasih večje od slavnih junakov.«

Prva zgodba ¹

Bili so povprečna družina s tremi otroki (dvanajst, sedem in tri leta). Starši so bili zaposleni, družina povprečno situirana. Potem pa je v očetovi službi prišlo do nesreče, nastala je materialna škoda. Oče, ki je bil na vodilnem delovnem mestu, je moral zaradi objektivne odgovornosti odstopiti. V manjšem kraju si druge službe ni našel, septembra 2006 je izgubil še nadomestilo za brezposelnost. Materin dohodek je znašal 400 evrov.

Ko smo se srečali, so od kriznega dogodka – očetove izgube službe – minila tri leta. Prihranki so pošli. Zaradi neporavnanih obveznosti za plačilo otroških malic, kosil in vrtca je v tem času na šoli nastal dolg, ki je znašal 2000 evrov. Osnovna šola je starše tožila in materi so pričeli mesečno trgati od plače 40 evrov.

Starši so se na izgubo službe, izgubo ugleda v socialnem okolju in na težko materialno situacijo odzvali s hudo depresijo in se tudi zdravili.

Najstarejši sin je na nastalo situacijo reagiral s hudimi psihosocialnimi težavami, ki jih je psihiatrinja opredelila kot anksioznost, PTSD, zadrževanje blata in enkopreza. Dvakrat je bil hospitaliziran na gastroenterološkem oddelku

¹ Zaradi varovanja osebnih podatkov so imena in podrobnosti iz življenja resničnih oseb spremenjena.

Pediatrične klinike v Ljubljani. Deček je imel učne težave, med vrstniki se ni dobro počutil, zavračal je šolsko prehrano, zaradi enkopreze je bil večkrat izpostavljen pripombam vrstnikov, izpostavljen pa je bil tudi zaradi dolga, ki ga je imela družina na šoli, saj je moral pogosto odgovarjati na neprijetna vprašanja, kdaj bodo starši poplačali dolg.

V Svetovalnem centru smo ocenili, da starši razpolagajo z zelo nizko stopnjo življenjske moči in zato potrebujejo pomoč in podporo pri iskanju izhodov iz nastale situacije. Dolg je bil za družino breme, ki ga še nekaj časa ne bi zmogli sami poplačati, hkrati pa je z vsakim dnem naraščal (tekoče mesečne obveznosti) in hromil njihove zmožnosti za iskanje izhoda iz krize.

Strokovna ponudba za pomoč je vsebovala naslednje možnosti:

Spodbuda in priporočilo očetu, naj obišče center za socialno delo in zaprosi za izredno denarno pomoč; zaprosilo občini za odpis dolga; zaprosilo šoli za odlog dolga, dokler se položaj družine ne izboljša, ter zaprosilo donatorjem za poplačilo dolga.

Pokazalo se je, da niti uporabnikovi niti moji poskusi iskanja izhodov v okviru prvih treh možnosti niso obrodili sadov. Oba sva bila neuspešna predvsem zaradi administrativnih ovir pa tudi zaradi pomanjkanja posluha za stisko te družine. Šola je celo zagrozila, da bodo dolg vpisali kot hipoteko na stanovanje, kar je pri starših še dodatno povečalo občutke strahu in nemoči.

Donatorji so prošnjo za pomoč rešili v celoti in družini poleg poplačila dolga nakazali še 500 evrov dodatne pomoči.

Ko je družina naslednjic obiskala Svetovalni center, so bile njihove drže in obrazi vidno spremenjeni. Donatorjem so napisali naslednjo zahvalo:

»Za to pomoč smo bili izredno presenečeni, saj česa tako velikodušnega v današnjem času nismo pričakovali. S to pomočjo smo lažje zadihali in dobili moč, da bomo naprej svoje obveznosti lažje in sproti plačevali, tako da ne bo več prihajalo do takih težkih in neljubih dogodkov.«

Temu dogodku so sledile spremembe.

Oče se je vključil v prekvalifikacijo in dobil službo, starejši sin od poplačila dolga dalje ni imel več nobenih težav z zadrževanjem blata in enkoprezo, mati je postala vidno manj depresivna in bolj osredotočena na potrebe otrok.

Kaj pokaže refleksija tega primera?

Ljudje, ki so do kriznega dogodka sami uspešno reševali svoje probleme, težje zaprosijo za pomoč in se nastalega položaja celo sramujejo. Ob reševanju kriznih

situacij so birokratske poti pogosto vir novih frustracij tako za uporabnike kot za strokovne delavce, ki jim pomagamo, do rešitev pa pogosto sploh ne pride. Donacija te družine ni le razbremenila dolga, vrnila ji je dostojanstvo.

Kakšno je stanje družine danes?

Najstarejši sin je že polnoleten in je priložnostno zaposlen. Mlajši brat je odličnjak v gimnaziji. Najmlajša sestra je prav tako odlična učenka višjega razreda osnovne šole. Oče je trenutno rekonvalescent po uspešno prestali operaciji. Mati je še vedno zaposlena na slabše plačanem delovnem mestu. Družina se dodatno oskrbuje z delom na manjši kmetiji. Po izjavi matere nikoli več niso zaprosili za pomoč, ker vidijo, da ima veliko ljudi še hujše težave.

Druga zgodba

Družina G. je 4-članska. V Svetovalni center je prihajala zaradi vzgojnih težav s starejšim sinom. Zaradi permisivnega vzgojnega stila so se starši pri vzgoji otrok počutili nemočne.

Oče je pred osmimi leti doživel prometno nesrečo, po kateri je bil v 35-tem letu starosti invalidsko upokojen. Namesto osebnega dohodka je začel prejemati skromno invalidsko pokojnino, obremenjeno še s kreditom iz obdobja pred nesrečo. Materin osebni dohodek je bil nizek. Materialne razmere družine so bile skromne, vendar v pogovorih tovrstnih stisk nista izpostavljala. Pred tremi leti pa jim je umrla prababica, ki jih je materialno podpirala. Družina je naenkrat ostala brez dodatnega vira pomoči. Pomagali so si tako, da je mati najemala manjše kredite, zaradi njihovega odplačevanja pa je že tako skromni dohodek zmanjšala še za okoli 200 evrov mesečno. V letu 2009 niso več zmogli odplačevati najemnine in materialnih stroškov. Nastali dolg je v začetku leta 2010 znašal 3900 evrov.

Stanovanjski sklad mesta Ljubljana je vložil tožbo za izterjavo dolga. V nasprotnem primeru je družini grozila izselitev, za katero bi morala po navedbi uporabnice stanovanjskemu skladu plačati še dodatnih 9000 evrov.

Starši so se na nastalo situacijo odzvali z globoko stisko. Oče je po več letih ponovno doživel hujši epileptični napad, mati pa je zaradi občutkov nemoči in krivde odšla od doma in družina tri dni ni vedela, kje se nahaja. Kasneje je povedala, da je tavela okrog in se borila z mislimi na samomor.

V Svetovalni center so prišli starši nenajavljeni, vidno prestrašeni zaradi dopisa stanovanjskega sklada, ki je napovedoval vložitev tožbe za izterjavo dolga ali prisilno izselitev.

Ko sem si poskušala razjasniti situacijo, sem jih vprašala, kako to, da niso prišli takoj, ko so zašli v težave. Oba sta odgovorila, da pošte v zadnjem letu sploh nista odpirala, nabiralniku sta se izogibala. Ocenila sem, da sta oba v hudem stresu in da pri iskanju izhodov iz stiske potrebujeta pomoč. Naredili smo načrt aktivnosti za izhod iz težav.

Spodbudila sem ju, naj stopita v stik s stanovanjskim skladom in centrom za socialno delo. Tudi sama sem se povezala s centrom za socialno delo in podprla njuno prošnjo za pomoč.

Z dopisom sem zaprosila stanovanjski sklad za upoštevanje specifičnosti situacije te družine. Predlagala sem, da uporabnikoma omogočijo obročno odplačevanje dolga ter po možnosti odpis obresti in sodnega postopka.

Za psihološko pomoč družini sem pritegnila sodelavko, klinično psihologinjo. Donatorski klub sem zaprosila za pomoč pri poplačilu dolga.

Center za socialno delo se je odzval zelo angažirano in staršem pomagal pripraviti odgovor na tožbo, v katerem so morali zelo natančno predstaviti svojo situacijo in vse podkrepiti z dokumentacijo. Pomagali pa so jim tudi sestaviti prošnjo za subvencioniranje najemnine v prihodnje. Stanovanjski sklad je uporabnikom odgovoril, da žal nimajo zakonitih možnosti za odpis obresti in stroškov postopka na sodišču, da pa lahko zaprosijo za obročno odplačevanje, ki bo ukinjeno takoj, če ne bodo izpolnjevali vseh določb.

Veliko olajšanje je prinesla informacija, da je Lions klub Ljubljana Ilirija poravnal celotno glavnico dolga v znesku 3900 evrov. Odvetnico stanovanjskega sklada sem zato takoj zaprosila, ali lahko ustavi postopek izterjave, saj je celotna glavnica dolga poplačana še pred prvo obravnavo na sodišču. V telefonskem pogovoru je pojasnila, da je žal že vložila tožbeni zahtevek in da bo v nadaljevanju o vsem odločalo sodišče. To pa je pomenilo, da bo morala družina poravnati ne le glavnico dolga, ampak tudi zamudne obresti, stroške za odvetnico in celoten postopek na sodišču.

S sodelavko sva pričeli s pogovori, sprva tedenskimi, v katerih se je pokazalo, da je stiska družine še veliko večja in globlja, kot sva predvidevali na začetku. Ob pregledu rednih mesečnih dohodkov, izdatkov in dolgov iz posojil na bančnih karticah se je pokazalo, da družini za življenje ostane borih 170 evrov mesečno. Grožnja z izgubo doma pa je bila tako velika, da so starši s skrajnimi napori zbrali moč in se spopadli z nastalo situacijo.

Vendar zapletov še ni bilo konec. Stanovanjski sklad je posredoval specifikacijo preostanka dolga, nastalega izključno zaradi (nepotrebne!) sodnega postopka, v katerega so kot dolg vključili sodno takso, stroške odvetnice in tekoče obresti, kar je po njihovih izračunih sprva znašalo dodatnih 2067 evrov. Na pisno zahtevo,

naj preostali dolg bolj transparentno razčlenijo, so po desetih dneh odgovorili, da dolg družine znaša še 1260 evrov, v kar so šteli sodno takso, stroške odvetnice in zamudne obresti. Dolg za postopek na sodišču, ki je bil praktično nepotreben, je tako na predlog sodnice morala poravnati stranka sama v štiriindvajsetih obrokih. Družina je bila upravičena tudi do brezplačne pravne pomoči, obvestilo o tem pa so prejeli točno en dan po obravnavi na sodišču.

S sodelavko sva pogovore s starši vodili pet let. Poleg donacije, ki je družino že na začetku krize obvarovala pred zlomom, so bili ti pogovori nujna opora za večletno postopno pot iz težav. Zato podajam kratek opis vsebine in poteka.

Dogovorili smo se, da se srečujemo enkrat mesečno. Na srečanjih lahko starši svobodno izpostavljajo za njih najpomembnejše teme, midve pa bova v teh pogovorih sodelovali glede na svoja znanja in izkušnje. Sodelavka se bo bolj vključevala ob »psiholoških« temah, sama pa bom aktivnejša ob drugih izpostavljenih aktualnih vprašanjih.

Teme pogovorov povzeman v naslednje sklope: eksistenčne težave, vzgojna vprašanja, zdravstvene težave, bremena iz osebne zgodovine.

Eksistenčne težave so bile sprva v ospredju naših pogovorov. Oba sta potrebovala pomoč pri poteku pravnih in drugih postopkov, podporo pri učenju bolj transparentnega pregleda nad finančnim stanjem, podporo pri iskanju dodatnih virov pomoči (enkratna denarna pomoč CSD, dobrodelne organizacije ...). Stiska ju je naučila, da sta aktivirala vsak svoja močna področja – oče je prevzel nadzor nad izvedbo plačevanja tekočih obveznosti, pregled nad krediti in plačevanjem položnic, mati pa je bila odgovorna za izvedbo poplačil. Pol leta po izbruhu krize je bila eksistenčna stiska najhujša. Pošle so zaloge hrane, dodatnih finančnih virov ni bilo. Do skrajnosti sta razvila vzorce varčevanja pri hrani (kupovanje v najcenejših trgovinah, pregled nad pocenitvami ...).

Vzgojna vprašanja: Starši so večkrat izpostavljali težave v odnosih s starejšim sinom, ki je s svojim zelo dominantnim vedenjem preizkušal meje in poskušal prevzeti nadzor nad njimi. Pokazalo se je, da je tiho podporo za tako vedenje imel pri babici, ki je sicer družini v marsičem stala ob strani, hkrati pa izražala nezaupanje in dvome v starševsko kompetentnost. Druge teme s področja družinske dinamike in vzgoje so bile: soočenje otrok s težko finančno situacijo (starši so se vsega bali, soočali so se z občutki krivde in sramu), družinska pravila, televizija in računalnik, koalicija med starši, meje v družini, ljubosumnost med sorojencema, vzdrževanje reda, odnos do prehrane, delitev sobe, pretirana težnja k samostojnosti pri starejšem sinu in pretirana težnja k odvisnosti pri mlajšem, transparentnost in poštenost pri denarnih zadevah. Pokazalo se je, da si starši v stiski sposojajo denar tudi iz prihrankov otrok. S sodelavko sva jih spodbudili, da o tem vodijo skrbno evidenco in otrokoma zagotovijo, da bodo po izhodu iz krize ta denar vrnili.

Zdravstvene težave: Pokazalo se je, da sta imela starša v času reševanja krize tudi več zdravstvenih težav: mati dolgotrajnejše težave z ledvicami, vnetjem sinusov, granulomom, vnetjem oči, alergijo. Oče pa je v tem času prav tako imel večje težave z zobmi in je potreboval dolgotrajnejše zdravljenje. Imel je tudi dva težja epileptična napada. Skrb za telesno zdravje je bilo njuno močno področje.

Bremena iz osebne zgodovine: V pogovorih se je pokazalo, da oba uporabnika pri reševanju osebnih in družinskih težav večkrat ovirajo tudi spomini na boleče izkušnje iz mladosti, iz katerih sta razvila osebne vzorce izogibanja, dvoma vase, bega v odvisnost: uporabnica od pomirjeval, uporabnik (še pred prometno nesrečo) od alkohola, oba beg v depresijo.

Viri družine in orientacija v prihodnost: S sodelavko sva se v pogovorih večkrat usmerili k virom, sposobnostim, močnim področjem, ki lahko pomagajo pri iskanju izhodov iz težav. Materino močno področje je bilo delo, aspiracije po napredovanju v izobrazbi, osebna urejenost, natančnost, skrb za druge, oče je zaradi upokojitve prevzemal več obveznosti doma. Skrbel je za vsakodnevno kosilo, kupal je skromno, a dobro, opravil je veliko potrebnih obiskov po uradih, zbiral in urejal dokumentacijo, skrbel za pravočasnost (róke), se več ukvarjal z mlajšim sinom, imel je tudi smisel za humor. Oba otroka sta bila zelo uspešna v šoli, starejši sin je v zadnjem obdobju za svoje potrebe že zaslužil sam, mlajši je z empatijo spremljal napore staršev in se v svojih potrebah tudi zelo omejeval, »rezerva« v situacijah hudega pomanjkanja je bila babica, predvsem s pomočjo pri preskrbi s hrano.

Najina orientacija pri vodenju pogovorov: Sprva sva bili izrazito usmerjeni v razbremenjevanje občutkov krivde in nemoči, kasneje pa v podporo in izražanje zaupanja v to, da bosta zmogla, v iskanje notranjih in zunanjih virov, v načine premagovanja stresnih situacij. S pozitivnim povratnim sporočilom sva nagrajevali vsak njun napredek in odvrčali njun pogled od identifikacije s položajem »žrtve«. V pogovorih sva ju večkrat usmerjali v prihodnost.

Epilog: V petih letih je družina s skrajnimi naporimi uspela poplačati vse odprte dolgove in tekoče stroške. Starejši sin je diplomiral, mlajši se je vpisal v gimnazijo. Oba starša sta se notranje okrepila, pridobila na notranji moči in se ob reševanju te stiske bolj povezala. Mati je v zaključnem pogovoru povedala:

»Popolnoma sva osvojila tak (skromen) način življenja. S tem sva lahko zadovoljna. Pridobila sem na samozavesti, vseeno mi je, kaj si mislijo drugi, z denarjem znam ravnati bolj gospodarno, ne spuščam se več v besedne dvoboje s starejšim sinom. Bolj mirna sem, počutim se sproščeno, imam občutek varnosti.« Oče pa je dodal: *»Tudi sam sem veliko bolj miren, ni več živčnosti in strahu pred pošto.«*

Starši so si v sprva sicer skrhani sorodstveni socialni mreži tudi povrnili ugled. V starševski vlogi so postali skladnejši in bolj kompetentni. Začutili so, da zmorejo z manj strahu in z več notranje moči obvladovati tekoče življenjske probleme.

Refleksija: Socialni delavci smo ljudem ob kriznih dogodkih dolžni pomagati tudi v orientaciji in uporabi zapletenega sistema komunikacije z institucijami ter pri odstranjevanju birokratskih ovir, saj so institucije po naših izkušnjah v svojih postopkih uporabnikom pogosto nerazumljive, ne ravnajo transparentno, delajo napake, kar pri uporabnikih povečuje strah in občutke nemoči.

Podpora donatorskega kluba je v obeh primerih delovala kot aktivator moči uporabnikov za učenje večje kompetentnosti pri obvladovanju življenjskih težav. Donacije so bile neprecenljiva pomoč in so delovale s svojo dejansko in simbolno vrednostjo.

Prav tako pomembna pomoč pa se je hkrati razvila v medsebojnih odnosih zaupanja in podpore, dodajanja in krepitve moči, v katerih so uporabniki lahko znova pridobili (samo)zaupanje in aktivirali svoje zmožnosti, vire, iznajdljivost, modrost za samostojno obvladovanje težav ter bolj kakovostno življenje v prihodnosti.

Dobri izidi v teh in drugih zgodbah so se torej zgodili zaradi sočasnosti poteka donacij in »perspektive moči« v odnosih podpore svetovalnega in socialnega dela.

Literatura:

Saleebey, D. (ur.) (1992). *The strengths perspective in social work practice*. New York : Longman.

Saleebey, D. (2000). Power in the people: strengths and hope. *Advances in Social Work, 1*(2), 127 – 136.

Priporočeno branje:

Bohak, J. (1995). *Moja srečanja z ljudmi*. Celje : Mohorjeva družba.

Čačinovič Vogrinčič, G., in drugi. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo.

De Vries, in S. Bouwkamp R. (1995). *Psibosocialna družinska terapija*. Logatec : Firis.

Dragoš, S., in drugi. (2005). *Krepitev moči*. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo.

Hugo, V. (1969). *Nesrečniki*. Ljubljana : Državna založba Slovenije.

Mesec, B. (2004). Interakcijska teorija socialnega dela s posameznikom (po L. Shulmanu). *Socialno delo, 43*, 5–6.

Stritih, B. (1996). *Etika psibosocialne pomoči; Profesionalna etika pri delu z ljudmi*. Zbornik. Maribor : Univerza v Mariboru, Institut Antona Trstenjaka.

Marta Vodeb Bonač, univ. dipl. soc. delavka, specialistka supervizije, zaposlena v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani; 38 let delovnih izkušenj.

Področja delovanja: socialno delo s starši, otroki, družino, socialno mrežo, reševanje kompleksnih (materialnih, psihosocialnih, odnosnih, zdravstvenih, stanovanjskih ...) težav ljudi; prostovoljno delo, supervizija.

»Potovanje iz popolnega obupa k iskanju novih začetkov«

pomoč mladostniku in mami, žrtvi nasilja

Povzetek

V prispevku je predstavljen proces pomoči materi, ki je iz nasilnega odnosa z možem pobegnila in si začela, skupaj s sinom, ustvarjati nove pogoje za življenje. Osebe z nižjim socialno ekonomskim statusom (SES) se v življenju pogosteje srečajo s telesnimi, psihiatričnimi in psihosocialnimi težavami. Pogosto imajo občutke nemoči in fatalizma. Izkušnja upanja je pomemben prvi korak na poti okrevanja. Pomoč pri uveljavljanju pravic in iskanju materialnih in drugih virov, razbremenjevanje in empatična prisotnost, aktiviranje notranjih virov moči za spreminjanje vzorcev vedenja so bili glavni načini ravnanja v procesu terapije.

Ključne besede:

klienti z nižjim SES, delovni odnos, proces soustvarjanja, faze v terapiji, lestvica počutja.

»Journey from total despair to searching for new beginnings«

Helping an adolescent and his mother, victim of violence

Abstract:

The article presents the process of helping a mother who escaped from a violent husband and started a new life together with her adolescent son. People from low social and economic class often deal with physical, psychiatric and psychosocial difficulties. They often feel hopeless and fatalistic. Experiencing hope is the first important step towards recovery. The main tools in the therapeutic process were:

help in getting their rights asserted and in searching material and other sources, unburdening and emphatic presence, activating inner strength in order to change behavioral patterns.

Keywords:

clients from low social economic class; working relationship; co-creating process; therapy stages; scale of emotional states.

Uvod

Cilj prispevka je predstavitev primera pomoči enostarševski družini – materi, žrtvi nasilja. Pri tem želim izpostaviti:

- potrebnost in pomembnost timskega pristopa v primerih kompleksne problematike posameznika ali/in družine,
- potrebnost in pomembnost strokovne pomoči staršem,
- potrebnost in pomembnost sodelovanja širše strokovne mreže, vseh, ki sodelujejo v nudenju pomoči.

Za predstavitev dela z mamó odraščajočega fanta, ki jo imenujem Alma, sem se odločila zato, ker sem pri nudenju pomoči morala uporabiti vse svoje znanje, veščine in kompetence, kar jih premorem kot socialna delavka in družinska oz. integrativna terapevtka. Prvi stik z njima sem imela, ko sem pripravljala socialno anamnezo za strokovno mnenje Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, to je bilo v času, ko je bil Aldin star 14 let. Mama je name naredila vtis popolnoma nemočne, apatične osebe, ki je vdana v usodo in ne verjame, da bi lahko živela drugače ali rešila svoje številne težave. Imela je veliko nezaupanje v inštitucije, ker je v preteklosti pred nasiljem moža niso ustrezno zaščitile. Njene besede so bile: » Meni ni pomoči, ne bom razlagala podrobnosti, ker mi ne more nihče pomagati.«

Specialistka klinične psihologije, ki se je ukvarjala z Aldinom, me je prosila, naj vseeno poskusim navezati stike s CSD in nudim oporo materi. Mama je to sprejela in dogovorili sva se, da se bova srečevali na 14 dni, ko je imela popoldansko izmeno. Tako sva v štirih letih realizirali 51 obiskov, vmes je bilo 16 izostankov, za katere se je skoraj vedno opravičila. Razlogi so bili bolezen, zamenjava bolne sodelavke, urejanje zadev na različnih uradih, sestanki v šoli, utrujenost.

Zaradi varovanja osebnih podatkov in varnosti so podatki skopi in imena spremenjena.

Življenjska zgodba

Zaradi nevdržnih razmer z možem, ki je bil nasilen, je pobegnila najprej za eno leto v Nemčijo, kjer Aldin ni bil vključen v šolo. Tam si nista mogla urediti pogojev za bivanje, zato sta se vrnila in se s pomočjo policije stalno prijavila v Ljubljani. Živela sta kot podnajemnika v eni sobi, kuhinjo in kopalnico sta imela v souporabi z drugimi stanovalci. Mama je delala v dveh izmenah. Mož, s katerim je bila razvezana, bi se moral zdraviti zaradi duševne bolezni, vdajal se je alkoholu, še vedno ji je grozil po telefonu, da jo bo ubil. Ni bil zaposlen, preživitve ni prispeval, s sinom je imel občasne telefonske kontakte. Mama si ni upala niti na obisk svojih sorodnikov, čeprav sta jih oba pogrešala, kot tudi prijatelje in tamkajšnje okolje. Aldin je pogosto preživel vikende pri očetovih sorodnikih.

Aktivnosti v procesu pomoči

- Analiza življenjske situacije
- Opredelitev problema
- Določitev cilja in načrt pomoči
- Proces soustvarjanja

Analiza življenjske situacije s pomočjo petih stebrov identitete

V teoretičnih opredelitvah integrativne terapije je človekova osebnost določena s petimi pomembnimi področji:

1. Telesna shema

Zdravstveno stanje: ves čas ja tožila zaradi različnih zdravstvenih težav: alergije, težave z zobmi, bolečine v prsih, psihična izčrpanost, nočne more, napadi panike, strahovi ...

Osebne značilnosti: visoke zahteve do sebe – vse lahko (mora) opravi sama, slabo skrbi zase (počitek, rekreacija, dopust ...), obsedena z delom in zaslužkom, čistoča in red doma; nuditi otroku vse najboljše: obleka, računalnik, boljši avto, kuhano, zlikano ... Doživljanje: nikogar nima, nikomur ni pomembna, nihče ji ne more pomagati, samomorilne misli.

2. Socialna mreža

V Ljubljani ni imela razen tete nikogar, a tudi z njo se ni razumela in nista imeli stikov. »Žalovala« je za prejšnjim okoljem, kjer je imela oporo: sestro, bivše sodelavce, socialno delavko, brata bivšega moža z družino. Ni se trudila, da bi vzpostavila nova znanstva – idealizirala je stara prijateljstva.

Odnos s sinom: gibalo njenega odnosa do njega sta bila ljubezen in strah. Po eni strani ga je imela rada, pomenil ji je vse na svetu in mu je bila pripravljena nuditi vse, kar je potreboval in želel, po drugi strani je ves čas razmišljala, da se mu bo kaj hudega zgodilo, da ne bo končal šole, da se bo zapletel v droge, nasilje, da bo takšen kot oče. Imela je občutke krivde, da ni dobra mama.

Žrtev družinskega nasilja: zaradi dolgotrajnega hudega nasilja moža je bila njena samopodoba uničena, ni imela zaupanja v druge ljudi. Še vedno je dobivala grožnje po telefonu, postopek na sodišču še ni bil končan, dobivala je namige, da jo bo ubil, občutek, da se mora skrivati, strah jo je bilo soočenja z njim.

3. Delo in dosežki

Takoj po prihodu v Slovenijo je našla delo v znanem ljubljanskem lokalu pod »nemogočimi pogoji«: brez plačane bolniške in dopusta. Delala je večino vikendov, pogosto je nadomeščala druge, sprejela še dodatno delo (brisanje jedilnega pribora, čiščenje ...). Primer: v enem mesecu je imela le 2 prosta dneva.

Problemi v odnosih s sodelavkami in sodelavci (dinamika odnosov med hierarhično različnimi poklici) so bili stalnica. Imela je srednješolsko izobrazbo, delala je kot pomočnica. Prostega časa ni imela, ko ni bila v službi, je čistila svoje stanovanje in skrbela za gospodinjstvo. Ni se družila ali si kaj privoščila. Nepredstavljivo ji je bilo, da bi šla sama na kavo v lokal, na sprehod ipd.

4. Materialna gotovost

Finančna situacija: kronično pomanjkanje finančnih sredstev: krediti, sposojanje denarja, iskanje dodatnih virov (preživninski sklad: 66 evrov mesečno; enkratna denarna pomoč na CSD; Zavod Emma, donacija Lions kluba). V 2. letniku sin ni dobil štipendije, ker sta za 10 evrov preseгла cenzus, saj so njegov počitniški zaslužek upoštevali pri izračunu.

Stanovanjska situacija: po prihodu v Ljubljano sta živela v sobi s souporabo kuhinje in kopalnice. V hiši je živelo več stanovalcev, pogosto niso imeli dovolj tople vode, lastniki so kontrolirali pranje, tuširanje ipd. Plačevala je 250 evrov + stroške. Na razpisu za stanovanje ni imela pogojev, ker ni imela minimalne dobe (5 let) stalnega bivanja v MOL.

5. Vrednote

Njeno osebno življenjsko filozofijo težko opredelim. Vse življenje in bistvo svojega obstoja je podredila sinu in njegovi uspešnosti. Biti dobra mama, mu zagotoviti vse, kar imajo drugi otroci.

Opredelitev problema

Finančni in stanovanjski problem ter doživljanje brezizhodne situacije, v kateri se je znašla, ker je morala zapustiti svoj dom zaradi osebne varnosti. Groza in nemoč, da svojemu otroku ne more nuditi normalnih pogojev za življenje. Občutek, da se iz tega ne more na noben način izvleči.

Določitev cilja in načrt pomoči

V timu s klinično psihologinjo, pedopsihiatrinjo in specialno pedagoginjo smo opredelili pomoč Aldinu in mami ter predvideli nujnost vključitve še drugih služb v mrežo pomoči: oba centra za socialno delo, osebni zdravnik, psihiater, Zavod Emma, Stanovanjski sklad MOL, preživninski sklad, ZPM, donatorji.

Cilj dela z mamo je bila **osebna in stvarna pomoč pri urejanju osnovnih življenjskih pogojev in opora pri vzgoji**.

Znanje za ravnanje

Zaradi mnogih značilnosti (migracija, nižji socialni sloj, slabi stanovanjski pogoji, enostarševska družina, dalj časa trajajoči nasilni odnosi) je Alma sodila v rizično skupino klientov z nižjim socialno ekonomskim statusom (SES), ki se v življenju pogosteje srečajo s telesnimi, psihiatričnimi in psihosocialnimi težavami (de Vries, 1995, 36, 37).

Raziskave so pokazale, da se osebe z nižjim SES prilagodijo tem močno deprimirajočim okoliščinam in da se navadijo nanje, tako da svoj položaj doživljajo manj deprimirajoče, kot bi pričakovali (de Vries, 1995, 37). Količina problemov, ki jih posameznik ima, in njihova resnost, sta odvisni od vprašanja, koliko je človek prepričan, da lahko vpliva na potek lastnega življenja, na lastno vedenje in na dogodke, ki prihajajo od zunaj. Razlikujemo **navznoter** usmerjene ljudi (občutek imajo, da je lastno ravnanje vzrok za dobro in slabo počutje) in **navzven** usmerjene, ki pripisujejo vzroke za vse, kar se jim pripeti, zunanjemu svetu. Navzven usmerjeni ljudje imajo večji razpon slabega počutja, močneje reagirajo na obremenitve in ustvarjajo več obremenjujočih okoliščin. Prej se vdajo v usodo in dlje časa trpijo zaradi stvari, ki se jim zgodijo, počutijo se bolj nemočne in odvisne. Taka naravnost je značilna za osebe z nižjim SES,

povezana pa s pozicijo in izkušnjami, ki jih imajo. Občutili so namreč, da imajo zelo malo možnosti, da bi se z lastnim naporom povzpeli po družbeni lestvici, da je človek sam sposoben vplivati na zunanji svet. Posledica takega vedenja so občutki nemoči in fatalizem (de Vries, 1995, 39, 40).

Vse to vpliva na način, kako poiščejo pomoč, kaj pričakujejo od pomoči in strokovnjaka, - od njega pričakujejo konkretno pomoč, tudi v obliki spreminjanja drugih; potrebujejo aktiven pristop in nasvete.

Kaj klienti potrebujejo

Ljudje, ki se običajno že dlje časa ukvarjajo s težko rešljivimi problemi (materialnimi, stanovanjskimi, zdravstvenimi), se znajdejo v začaranem krogu, iz katerega se več ne morejo rešiti. Zaradi tega so na koncu svojih moči, ne morejo ničesar dati in morajo nekaj dobiti, da bi lahko nadaljevali. Potrebujejo, da jih drugi sprejmejo takšne, kot so, potrebujejo obuditev upanja.

Te ugotovitve napeljujejo na to, da je za nekatere kliente znatna psihološka korist že to, da bodo začeli s terapevtskim procesom, to pri njih vzbudi upanje (dvigne moralo). Za nekatere kliente je bistveni del njihovega problema to, da se počutijo brezupno, ne verjamejo, da bi bili še kdaj sposobni sebe izmotati iz psihološke stiske. Izkušnja upanja je zato lahko zelo pomemben prvi korak na poti psihološkega okrevanja (Cooper, 2008, str. 64).

Proces soustvarjanja

Terapevtski proces po integrativni terapiji lahko razdelimo v štiri faze: začetna faza, faza akcije, faza integracije in faza nove orientacije.

ZAČETNA FAZA: cilj začetne faze je diagnostično-anamnestičen (Osten, 1995).

Najpomembnejša naloga začetne faze je, da se ustvari spodbudno ozračje – odnos zaupanja in varnosti. Klient in terapevt potrebudeta priložnost, da se spoznata.

V tej fazi procesa pomoči (prvih 15 srečanj) je pomemben del intervencij predstavljala pomoč pri pridobivanju pravic oz. iskanju možnosti pridobitve pomoči iz različnih virov, npr. centra za socialno delo (enkratna denarna pomoč, štipendija, subvencionirana prehrana), zavod za pomoč žrtvam nasilja, preživninski sklad, stanovanjski sklad, sodišče. To vključuje poleg informiranja in seznanjanja s potrebnimi koraki tudi podporo pri pisanju vlog in pisanje priporočil, dopisov in osebne kontakte z drugimi službami in strokovnjaki. To sem imenovala **pomoč pri uveljavljanju pravic in iskanju virov**, pri čemer mi je prišlo prav predvsem poznavanje zakonov in možnosti pomoči v vladnem in nevladnem sektorju ter

znanje socialnega dela. Takih intervenc je bilo vsaj 20. Ob tem početju sva imeli obe priložnost, da se spoznavava, razvijava delovni odnos in osebni stik ter sooblikujeva izvorni delovni projekt pomoči (Ččinovič Vogrinčič in sod., 2005, str. 15).

Zaradi specifičnosti njene problematike – nasilja v družini sem jo napotila v Zavod Emma, kjer se ukvarjajo z žrtvami nasilja in lahko uporabnicam ponudijo več oblik pomoči. Pomembna se mi je zdelo vključitev v skupino, zato sem jo zelo spodbujala, da to možnost sprejme. Žal se njen urnik ni ujemal z urnikom skupine in se ji ni pridružila.

Zaradi hudih nočnih mor in preganjavic je bila napotena k psihiatrinji, ki ji je predpisala zdravila. Nekaj časa jih je redno jemala, ko se je psihiatrinja upokojila, si je zdravila priskrbela le še v času najhujših stisk.

Skoraj na vsakem srečanju sva »pregledali« tri področja:

- **Urejanje življenjskih okoliščin** – spremljanje razmer in dogajanja posameznih vlog, podanih na različne ustanove, iskanje možnosti in dodatnih virov pomoči v nastali situaciji.
- **Vzgojno področje** – odnos mama sin, Aldinovo funkcioniranje, njeni odzivi, njeno videnje situacije v šoli, doma, v vrstniški skupini, spremembe njenih reakcij in vzgojnih ravnanj.
- **Osebno počutje** – fizično in psihično počutje, razpoloženje in odnosi v službi, strahovi in skrbi zaradi okoliščin.

V tem času (leto in pol) so se pokazali določeni napredki, ki pa so jih zasenčili še posebej **obremenjujoči dogodki**:

- zaključek sojenja bivšemu možu: za 9 kaznivih dejanj hudega, fizičnega spolnega in psihičnega nasilja, ki so bila podrobno opisana in so se vrstila 13 let, je sodišče odločilo: obvezno zdravljenje na prostosti. Hudo razočaranje in občutek krivice, ker ni dobil zaporne kazni, jo je dodatno prizadelo;
- na razpisu za stanovanje je pristala na 700. mestu;
- finančne težave: okvara avta, teh. pregled, nepredvideni stroški;
- odpoved stanovanja: v treh mesecih sta se morala izseliti;
- poškodba na delovnem mestu, ni mogla vzeti bolniške, ker »finančno« ne bi preživela;
- pojavile so se bolečine v prsih, težave z zobmi, morala bi opraviti mamografijo.

Dosežki fanta:

- sprejel individualno učno pomoč in dobro sodeloval z učiteljji;
- en vikend je pomagal sosedu in dobro zaslužil;
- zaključil OŠ, razred ga je sprejel, bil priljubljen med vrstniki;
- delal med počitnicami in bil pohvaljen, dobro zaslužil, mami podaril 100 evrov, da si kaj privošči;
- začel je obiskovati poklicno šolo.

Dosežki mame:

- vključila se je na pogovore v Zavod Emma;
- pridobila je preživnino iz sklada 66 evrov mesečno;
- pridobila je plačilo šolske prehrane;
- uspešno je rešila konflikt z razredničarko;
- občasno ji uspe, da je bolj umirjena, lažje spi in jo je manj strah;
- udeležila se je družinskega srečanja z mamo in sestrami, ki so prišle iz 4 držav.

FAZA AKCIJE: Cilj te faze je psihofizična katarza in čustvena diferenciacija (Petzold, 1992b).

Poglavitne značilnosti so ponovitev, raziskovanje, čustvene izkušnje, učenje z izkušnjami. Med to fazo se pojavljajo močnejši pretresi. Odprejo se stare rane, novič se odigravajo stare drame, saj vse doživeto znova oživi in se »predela«.

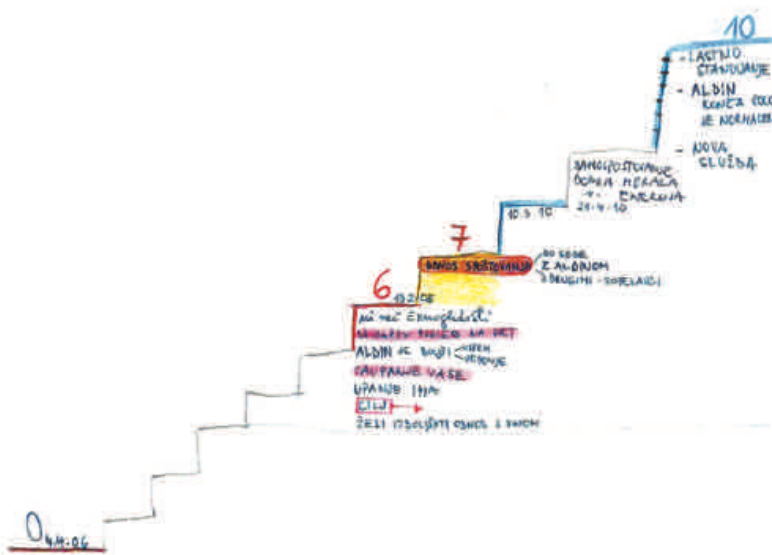
V fazi akcije sva se z Almo vse pogosteje lotevali bolj osebnih težav, odnosa s sinom in njenega funkcioniranja v službi. Sama je na 16. srečanju izpostavila nevzdržnost odnosov s sodelavkami. »Govorijo mi, da sem nora, da sem za Polje, podtikajo mi stvari, ki niso resnične!«

»Kaj pa vi mislite o tem? Kako vidite sebe? Ali se vam zdi, da dobro opravljate svoje delo? Kaj so vaše odlike?«

Spodbujam jo, da **poišče svoje dobre lastnosti**, napišem jih na list: **natančnost, delavnost, sposobnost, vredna zaupanja, točnost, zanesljivost, priljubljenost**. »Kdo vas ceni?« Našteje 24 ljudi – ali jim verjame ali opazijo vse našteje vrline ali se v skladu s tem vedejo in kako? Kako veliko težo daje tistim, maloštevilnim, ki je ne spoštujejo in ji želijo škodovati?

Na 19. srečanju sva naredili evalvacijo njene trenutne situacije v odnosu na prvo srečanje in na cilje, ki jih želi doseči. Ocenila jo je s 6 na lestvici od 1 do 10. Narisala sem stopnice in na šesto napisala dosežke: »ni več črnogledosti, Aldin je boljši v vedenju in učnem uspehu, sama bolj zaupa vase in ima spet upanje«. V naslednjem koraku si želi »izboljšati odnos s sinom«. Za cilj (10) si je zadala vrnitev v mesto prejšnjega bivanja, lastno stanovanje, novo službo in da sin konča šolo in je normalen.

Shemo 10 stopnic sva občasno pregledovali in preverjali, kje se nahaja in kaj si želi doseči v naslednjem koraku. Spodbujala sem jo, da je sama oblikovala cilje in jih pobarvala s svojimi najljubšimi barvami.



Bilo je to potovanje iz popolnega obupa v iskanju lastne vrednosti in novih začetkov.

Pogosto je izpostavljala strahove, da bo sin tako agresiven, kot je njegov oče. Pritožbe v šoli, njena mama, strokovna delavka na Emmi, so ji govorile, da bo tudi on grobo ravnal z njo, jo zlorabljal. Ko je bila obupana zaradi drugih okoliščin, so jo te misli še dodatno potegnile v stanje popolnega obupa in nemoči. Nihanja med optimizmom in popolnim obupom so bila pogosta, prav tako je Aldin nihal med umirjenostjo, ko je bil zelo pozoren in ljubeč do nje, in divjanji besa in kritiziranja. Ti vzorci so bili prepoznavni in zdelo se mi je potrebno, da se mama odloči, v kaj bo verjela. Raziskovali sva, kako lahko reprogramira ta vzorec.

»Komu želi, da bi bil Aldin podoben?« Predlagala sem, da izbere osebo moškega spola, ki ga dobro pozna, ga ceni in spoštuje. Spomni se na bivšega sodelavca Milana. »Ali si želi, da bi bil sin podoben njemu, ko odraste?« »To bi bilo super.« Vse do konca srečanj, sem jo morala vedno znova spomniti na to.

Viri notranje moči

Kljub vsem tegobam je Alma občasno pokazala izjemen **smisel za humor**. V družbi je bila zabavna, vrstniki so Aldinu zavidali, da ima tako mamó. Dobila je komplimente in pohvale, ki jih ni zmogla sprejeti. Kadar ni bila popolnoma potopljena v utrujenost in nemoč, je bila sposobna na **posebej zanimiv način oblikovati in izražati svoje misli in opažanja o ljudeh**. V enem od takšnih trenutkov se je oblikoval moto, ki sva ga večkrat uporabljali. Tak trenutek srečanja ali »**preblisk**«, kot sta ga poimenovala Michael in Enid Balint, je trenutno doživetje medosebnega stika, ki tako pri pomagajočem, kakor pri uporabniku ustvari občutek, da se je zgodilo nekaj osebno pristnega in pomembnega. (Čačinovič Vogrinčič, 2005, str. 73). V najinem primeru je bil to slogan iz reklame: »mašta može svašta«. S tem stavkom sva obujali upanje, kadar je ponovno zapadla v začarani krog težav. Upanje je bilo edino, kar je imela. In ponovno si je **upala** upati in hrepeneti po boljši prihodnosti.

V tem obdobju jo je poklical prijatelj iz mladosti. Vztrajal je toliko časa, da je pristala na srečanje. Previdno in nezaupljivo je stopala v ta odnos. Prvič se mu je zaradi nestrinjanja okolice odpovedala. Njegovi klici so ji pomagali, da je lažje prenašala napore v službi in se bolj zavedala sebe. Lepo ji je bilo, da je zopet čutila naklonjenost nekoga. Kar nekako oživela je. Pojavili pa so se novi strahovi – o odnosu z moškim, partnerstvu, sprejemanju sebe kot ženske, kljub temu pa si je večkrat vzela za vikend prosto in ga preživela z njim.

V tem obdobju (dve leti in pol) so bili **obremenjujoči dogodki**:

- ponoven neuspeh na razpisu za stanovanje,
- hud izbruh jeze v službi,
- incident očeta in sina – mama poda prijavo na policijo,
- presegla je cenzus za štipendijo,
- obdobje hudih sanj in nočnih mor,
- ogromno negativnih ocen – grozi ponavljanje,
- strah pri vožnji z avtom,

- kredit in dolgovi,
- neprijeten dogodek v službi – zagovor pri šefu,
- na tretjem razpisu za stanovanje ji je zmanjkalo 10 točk,
- bolezen – alergija, huda preobremenjenost in psihična izčrpanost.

Opravičilo, ki ga je poslala po gsm se je glasilo: »Ma, vam povem iskreno, duševno sem bolna, vsega imam polno glavo, ne verjamem več v nič ...«

Ekstremna nihanja v razpoloženju, nihanja med uspehom in neuspehom, med preživetjem in uničenjem, možnostmi in željami, so me kot njeno sopotnico večkrat pretresli do te mere, da nisem bila več gotova vase. Potrebovala sem supervizijsko pomoč, da sem lahko zdržala in tudi sama verjela, da ima nadaljevanje – vztrajanje v terapevtskem procesu – smisel. Kljub mnogim uspehom in premikom sem imela občutek, da delava korake nazaj. Notranja dinamika, ki se je kazala skozi sanje in nove strahove, občutki krivde, njeno razmišljanje o psihiatriji, samomoru me je plašilo in mi govorilo, da ji v tem okviru (srečanja na 14 dni, ob njeni nesposobnosti razumeti ljudi in njihove težave v psihološkem smislu (Cooper, 2008, str. 74)) ne morem biti kos.

Na 43. srečanju je prvič spregovorila o nasilju v matični družini. Bila je prvorojenka, oče si je želel sina, rodila so se sama dekleta. Ona in še ena sestra sta jo najslabše »odnesli«. Umikala se je k teti. Kmalu je šla delat in denar dajala staršem. Ima prepričanja, ki jo ovirajo, da bi se rešila težav. Eno od njih je: »na očeta ne sme biti jezna« in drugo, da je »lastnina bivšega moža«. V naslednji seansi pripoveduje, kako je morala opravljati možka dela, nikoli je niso pohvalili – le zahtevali in kritizirali so jo. Najslabše jo je odnesla.

Razbremenjevanje in empatična prisotnost je bilo edino, kar sem ji lahko nudila v takšnih trenutkih. Ko je bila že popolnoma na dnu, se je še dodatno »kaznovala« z občutki krivde in strahovi glede sina. Res je imel neprestano negativne ocene in občasno zelo krut odnos do nje (obtožbe, zahteve, izpade besa), a je imel tudi kopico dobrih lastnosti in uspehov. Želela sem, da se ob svoji osebni krizi ne osredotoča in obremenjuje z njegovimi problemi in izpadi. Ob neki priložnosti sva naredili razpredelnico, ali je njen 18 letnik res tako nemogoč fant. Napisala sem: končal je dva letnika poklicne šole; se ne drogira; nima kartoteke na policiji; niso ga vrgli iz šole; razredničarka ga je pohvalila; kjerkoli dela, ga pohvalijo; ne izostaja od doma; in še reče ji »ko vidiš, da sem jezen, me pusti pri miru.« In seveda sem jo spomnila, da bo podoben Milanu. Veliko intervencij je bilo namenjenih separaciji od njega (zmanjševanju kontrole, neprestanemu klicanju po telefonu, skrbi, da se mu bo kaj zgodilo ...) ter prepuščanju njegovih šolskih in drugih obveznosti njemu. Tudi na šoli sem večkrat posredovala, da naj mame ne

obveščajo in obremenjujejo z njegovimi problemi, naj ga učijo in zahtevajo več samostojnosti in odgovornosti.

Dosežki mame:

- najela je novo stanovanje, kjer ima Aldin svojo sobo,
- kupila mu je računalnik, internet,
- vzame si več prostega časa in ga preživi s prijateljem,
- dala si je popraviti zobe,
- opravila je mamografijo,
- v službi je dobro opravila pomembno TV nalogo,
- dovolila, da ji je prijatelj plačal pot,
- organizirala veliko praznovanje za sinovo polnoletnost,
- dobila ponudbo za službo,
- bila s prijateljico na kavi,
- 3x je šla na sprehod.

Ob dobrih trenutkih in uspehih pa kot rdeča nit ostajajo teme: strah in sram, ko bi se morala postaviti zase, vprašanja lastne vrednosti, kako sprejema pohvale, koliko pozornosti prenese, ko ima rojstni dan ali naredi drugim kaj dobrega.

FAZA INTEGRACIJE: Po akcijski fazi pretresi niso več tako siloviti, ker je pacient doumel smisel starih bolečin, ker je razumel in integriral doslej »odcepljene« in strah vzbujajoče občutke in načine vedenja.

Te faze niswa uspeli dobro izpeljati. Dogodki so se vrstili z bliskovito naglico. Zaključka procesa pomoči niswa mogli načrtovati. Kar zgodilo se je. Alma ni imela veliko izbire. Vedela je, da bo Aldin po zaključnem izpitu odšel nazaj; brez njega ni znala živeti; na razpisu za stanovanje ni uspela, več možnosti za boljše življenje se ji je ponujalo v mestu, kjer sta živela prej.

Pred tem pa si je morala poiskati dodatno delo, da je lahko povrnila dolgove. Zaradi hudih stisk ji je osebna zdravnica predpisala zdravila, posredovala sem ji naslov nove psihiatrinje.

Po dveh izostankih je na naslednjem srečanju opisovala tri situacije, ko se je morala postaviti zase: v službi; na policiji je prijavila grožnje in zahtevala, da podajo kazensko ovadbo; pri Aldinu, ki mu odloži slušalko, če se nesramno pogovarja z njo.

Zgrožena je pripovedovala o sanjah: » videla je, kako sina pokopavajo«. Krepijo njen strah, da se mu bo kaj groznega zgodilo. Želim ji pojasniti simbol smrti, **smrt = konec**, ona ostaja na konkretnem nivoju – »ne želi biti v Slovenskih novicah, da je ubila otroka ali se mu je kaj strašnega zgodilo«. Vztrajam, da imajo te sanje več pomenov, da lahko vidi smrt kot konec nekega obdobja, obdobja otroštva. Šolanje se zaključuje, obdobje materinske skrbi se končuje. Ali lahko to sprejme? »Preveč ga ljubi.«

Pregledava stopnice, pobarva osmo, kot vse kaže se končuje obdobje življenja v Ljubljani, konec bo najinih srečevanj.

FAZA NOVE ORIENTACIJE: cilj te faze je sprememba vedenja. Sledi zaključevanje in poslavljanje ter »dokončno« slovo.

Pogovarjava se o selitvi, skrbi jo prehod, potrebuje moje odobravanje, da je to dobra odločitev, da bo zmoгла. Narediva bilanco, kaj je v Ljubljani pridobila, kakšna je razlika med Almo sedaj in tisto izpred štirih let? Pove, da si je postavila ceno, da za manj kot 7 evrov ne bo delala, želi stalno službo z vsemi pravicami

... in jo je dobila.

Ko sem jo decembra 2013 obiskala, da bi dobila dovoljenje za predstavitev njene zgodbe, je delala v simpatičnem lokalu kot vodja kuhinje. Šef mi je zaupal, da je za uspeh njegove gostilne zaslužna predvsem Alma. Ker nisem imela rezervacije, oni pa ne proste mize, so mi ponudili pisalno mizo v dodatnem prostoru in poseben »tretma«. Bila sem ganjena in ponosna hkrati. Ganjena ob pohvalah njenega šefa, ponosna nanjo, da je upala sanjati in ni klonila pred številnimi ovirami ter ponosna nase, da sem zmoгла zdržati vso grozo, ki jo je v letih terapije upala pokazati. Aldin dela z njo in to je njegov pozdrav:



Viri:

- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London : Sage publications Ltd.
- Čačinovič Vogrinčič, G. in drugi. (2005). Vzpostavlanje delovnega odnosa in osebnega stika. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo.
- De Vries, S., Bouwkamp R. (1995). Psihosocialna družinska terapija. Logatec : Firis.
- Dragoš, S. in drugi. (2005). *Krepitev moči*. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo.
- Rahm, D. in drugi. (1992, 2. Aufl. 1993). *Einführung in die Integrative Therapie; Grundlagen un Praxis*. Paderborn : Junfermann Verlag.
- Vodeb Bonač, M. (2008). Ko ljudje potrebujejo pomoč – prihajajo po moč. V: *Izzivi in pasti odraščanja in adolescence*, zbornik. Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše..
- Osten, P. (1995). *Die Anamnese in Der Psychotherapie. Ein Inregratives Konzept*.
- Petzold, H. G. (1992b). *Integrative Therapie*.

Irena Andolšek, univ. dipl. socialna delavka, geštalt izkustvena družinska terapevtka, integrativna terapevtka, zaposlena v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše od leta 1987.

Področja delovanja: sodelovanje v timu pri reševanju kompleksnih težav družin otrok in mladostnikov, vodenje skupin za učenje socialnih veščin, terapevtsko delo z družinami, starši, otroci in mladostniki, organizacija in vodenje prostovoljnega dela študentov.

Zakaj mediacija?

Povzetek:

Mediacija je starodavna veščina, ki je v tradicionalnih družbah, tako kot konflikt sam, pripadala skupnosti in je tudi potekala javno. Sodobna mediacija poteka v zasebnosti, a hkrati je kljub temu še vedno skupnostna storitev. Skupnost je prisotna v osebi etičnega mediatorja, in tudi v posebnem interesu za koristi otroka, ki so vsaj v družinski mediaciji pogosto implicirane v konfliktni situaciji.

Ključne besede:

družinska mediacija, skupnost, otrok, etični mediator

Why mediation?

Abstract:

Mediation is an ancient skill. In traditional societies it belonged, just as the conflict itself, to the community and was run in public. Contemporary mediation is conducted in a discreet private setting, but it is still a community service. Community is present in the person of the ethical mediator, and also in the best interest of the child which is (at least in a family mediation) frequently implied in the conflict situation.

Keywords:

family mediation, community, child, ethical mediator

Mediacija nekoč in danes

V današnjem času pojmuje mediacijo kot nekakšno novo, »alternativno« metodo reševanja sporov, a v resnici vemo, da je mediacija star način, precej starejši od držav in sodišč, tako da v resnici zgodovinsko »alternativno« v poravnavanju sporov predstavlja ravno sodišče. Zanimiv vir, pri katerem se lahko poučimo o zgodovini in razlikah med enim in drugim načinom, je npr. knjiga Jareda Diamonda »*The World Until Yesterday: What Can We Learn from Traditional Societies? 2013.*« (»Predvčerajšnji svet: Kaj se lahko naučimo od tradicionalnih družb?«) Zakaj je to delo pomembno za razumevanje mediacije v današnjem času?

Diamond dejansko »ureja« človeško zgodovino v razvojno sosledje *socialnih oblik in struktur*, v katerih ljudje živimo, od skupine (»band«), plemena (»tribe«), prek »poglarstva« (»chiefdom«) do države (»state«), kar ni niti novo niti sporno – pri tem sta posebno vlogo imela prostorska ustalitev in prehod na poljedelstvo, ki ga poznamo šele zadnjih 11.000 let, državo pa komaj kakih 5.500 let, kar dejansko pomeni, da smo vsi pravzaprav še razmeroma nedavno živeli v lovsko-nabiralniških združbah. Za našo temo je posebej zanimiv del knjige »o miru in vojni«, kjer avtor analizira, kako so tradicionalne družbe reševale spore in kaj se je zgodilo, če spori niso bili miroljubno rešeni – ali trdovratna veriga povračilnih umorov (individualna raven) ali kar trdovratno vojno stanje, v katerem je vedno bilo treba nekaj »poravnati«.

Preden se podrobneje posvetimo sporočilom Diamondovega dela, kratek ovinek. Da so tradicionalne družbe, ki niso imele policije in sodišč, spore reševale v sebi lastnih mediacijskih postopkih in da je v nekaterih plemenih restorativna pravičnost bila bolj uveljavljena kot retaliativna, obema pa je skupno obnavljanje ravnovesja v redu stvari, je splošno znano, obče mesto. Pa vendar nas iskanje literature o tem nekako pusti na cedilu, relevantnih temeljnih virov ni veliko. Vsa iskanja nas napotijo na Davida W. Augsburgerja in njegovo »*Conflict Mediation Across Cultures: Pathways & Patterns*« (»Mediacija konflikta medkulturno: poti in vzorci«) iz leta 1992. Izkaže se, da se delo v pristopu ravno prav razlikuje od kasnejšega Jareda Diamonda, da je hvaležno za primerjavo.

Če Diamond opazuje družbe skozi optiko razvoja socialnih struktur, jih Augsburger opazuje v njihovi sočasnosti in kulturni raznolikosti, celo diametralni različnosti. Vendar ne kot stopnje razvoja – pri njem je kulturni relativizem nekako brezčasen. Družbe niso stopnje v razvoju, temveč barvitost različnih možnosti, kulturne realizacije človeške genetske raznolikosti.

Vendar pa je ravno KONFLIKT ena izmed univerzalnih lastnosti človeka (in narave pred človekom?) in človeških družb. Augsberger meni, da je vsekakor UNIVERZALEN, vendar tudi KULTUREN in INDIVIDUALEN. »Tradicionalne

kulture vidijo konflikt kot skupnostno zadevo«, pravi Augsburg, »skupina je lastnik tako konflikta kot konteksta. Nasprotno pa se urbanizirane (zahodnjaške) kulture osredotočajo na individualne težave in predpostavljajo njihovo osebno in zasebno posedovanje« (Augsburger, 1992, str. 8).

Od tod ni niti daleč niti težko razumeti, da je tudi mediacija v tradicionalnih družbah bila javna skupnostna zadeva, v sodobnem času pa je zaupnost eno izmed njenih najpomembnejših načel – kar je tudi ena najpomembnejših razlik pojmovanja mediacije v zgodovini in sodobnosti.

Univerzalnost je po Augsburgu preprosto v tem, da konflikte in spore pač najdemo v vseh človeških družbah, in so »neizogiben in normalen del človekove eksistence, čeprav so včasih destruktivni, včasih pa konstruktivni« (str. 19). Kulturna relativnost konflikta je zanimivejša (celo diametralno različna) in manj očitna, saj niso kulturno določeni samo načini reševanja konfliktov, temveč celo, kako je dopustno in pričakovano konflikt izraziti (str. 21 in dalje). A vendarle, kljub vsej kulturni različnosti, Augsburg ugotavlja, da so »**med ljudmi povračilo, maščevanje in zahteva po poplačilu, norma**« (str. 23), načini kanaliziranja in omejevanja konflikta pa so enkratni za vsako skupino (prav tam).

Pri nadaljnji analizi kulturnosti konflikta Augsburg posebej poudari »kontekstualnost« določene družbe, ki je za mediacijo izjemnega pomena. Individualistične družbe so »nizko kontekstualne«, saj v njih »posameznik oblikuje in določa glavne dele procesa«; v družbah, v katerih je »**visok vpliv konteksta**, pa se interakcije znotraj konflikta odvijajo v skladu z dejavniki kulturnega in družbenega nadzora« (str. 28), skratka z družbenimi, pogosto nepisanimi pravili.

V družbah nizke kontekstualnosti (individualističnih) je bolj cenjena neposrednost, specifičnost in odkritost pri postavljanju zahtev, konfrontiranju in pri izražanju in razkrivanju samega sebe. Kolektivistične, »visoko kontekstualne« družbe bolj cenijo posrednost, previdnost, dvoumnost, nekonfrontiranje in subtilne načine razreševanja vozlov v komunikaciji in razmerjih (str. 28). Prav tako v nizko kontekstualnih kulturah razumemo, da je konflikt povzročen z razlikami ali dejanji med posamezniki oziroma s strani posameznikov, v kontekstualnih kulturah pa gre bolj za problem pričakovanj skupine in kršenje njenih pravil in pričakovanj. Skladno s tem opisom lahko pričakujemo, da lahko v nizko kontekstualni kulturi (primer ZDA) pričakujemo, da udeleženec v konfliktu opisuje dejstva na tako rekoč »praznem listu« in da besede pomenijo tisto, kar pravijo, z angleško frazo, »at the face value« (Prikrivanje ali izogibanje tu kajpak ne štejeta, gre za sam pomen povedanega.). V visoko kontekstualnih kulturah (primer Japonska) pa je še kako potrebno natančno poznavanje kulturnega konteksta, saj brez tega ne moremo ničesar razumeti – sam govorec predpostavlja kontekst in govori znotraj njega, zato ima povedano pogosto funkcijo metafore, ki jo mora poslušalec razvozlati (str. 29–31). Razlikuje se tudi status tretje osebe, mediatorja, saj so

individualistične družbe naklonjene »jasni besedi« in dogovoru brez posrednika, vključevanje tretjega pa le pod pogojem, da gre za blokirano komunikacijo, poslabšan odnos ali pa je konflikt nepopustljiv. Nasprotno je vključevanje tretjega v pogajanja v kolektivističnih družbah *»visoko razvita umetnost v nekaterih kulturah, je nujnost, ki rešuje življenja, v drugih, in je strategija, ki reši obraz, v mnogih. Ponuja objektivnost, čustveno distanco, zaščito obraza in časti, časovni zamik, ki dopušča čustvom, da se ohladijo, ponuja mediatorske in pogajalske veščine, izkušenos širše skupnosti, uravnoteževanje razlik v moči, in priča, da lahko potrdi pristnost procesa in njegove ustrezne razrešitve in zaključka«* (str. 33).

Obstajajo torej splošne zakonitosti (norme), obstajajo odkloni in variabilnost in obstajajo kulturne enkratnosti izražanja in reševanja konfliktov.

Diamond išče univerzalne, skupne značilnosti družb, ki se še niso povezale v državne forme, išče zakonitosti, načine reševanja konfliktov, posledice, če so konflikti eskalirali, in končno primerja dobre in slabe plati tega, kako so se konfliktov lotevali včasih in kako se jih zdaj v urejenih državah. Predlaga, zakaj bi se vendarle kazalo v nekaterih stvareh vrniti k starim rešitvam – in posredovanje tretje osebe kot način poskusa reševanja spora je ena izmed teh.

Namen tradicionalnega kompenzatornega postopka je hitra in miroljubna razrešitev, čustvena sprava med dvema stranema in obnovitev predhodnega odnosa (str. 87). Država ima svoje lastne interese pri urejanju konfliktov in urejanju pravic med državljani, ki ne sledijo nujno interesom sprtih strani. Tradicionalni, »naredi sam« način, je poznal dve veji: miroljuben je proces kompenzacije, druga veja pa je iskanje povračila v nasilju, ki teži k eskalaciji vzajemnih povračil in končno, k vojni (str. 87).

Lahko bi rekli, da tako Diamond kot Augsburgers, vsak v svojem jeziku, orisujeta *človekovo globoko potrebo po restavriranju porušenega ravnovesja v svetu* – če mi je bila prizadejana izguba, mi jo mora nekdo nadomestiti.

V plemenskih družbah se, ali so se, vsi medsebojno poznali po imenu – tudi tisti v sosednjih vaseh – in so bili »obsojeni« na to, da živijo skupaj ali v sosedstvu še naprej. Sporazum je bil zato vitalnega pomena. Tudi zaupanje med ljudmi je temeljilo na osebnem poznavanju – tujec je bil praviloma grožnja. V sodobni družbi ima država nalogo, da – tudi z represivnimi ukrepi – zagotovi mir in varnost tudi med popolnimi neznanci, če le niso predstavniki sovražne države. Zato v državnem sistemu pri obravnavanju kršitev in konfliktov ohranjanje razmerja ne igra nobene vloge, saj najpogosteje razmerja ni bilo pred nastankom konflikta in ga ne pričakujemo tudi po tem.

Ker namen kompenzacije, strogo vzeto, ni iskanje pravice, ampak pomirjanje razbolelih čustev in zagotavljanje miru v prihodnje, niso redki primeri, da kompenzacijo DOBI tisti, ki je pravzaprav napadalec, saj lahko izhaja iz starih neporavnanih dolgov. Namen je zagotoviti mir.

Monopol na uporabo sile je ključen za delovanje državne avtoritete in zagotavljanje miru med državljani, ki se medsebojno osebno ne poznajo. To pa je natanko tista varovalka, ki je tradicionalne družbe nimajo. Relativen mir je tudi tisti razlog, zaradi katerega ljudje nadvlado države sploh sprejemajo in se v njegovem imenu odpovedujejo delu osebne svobode. Če primerjamo državne in nedržavne načine reševanja civilnih sporov, jim je skupno posredovanje tretjih oseb, s čimer se najprej ločita sprti strani in ohladijo čustva (str. 100). V tradicionalnih družbah so bile to ugledne osebe in izkušeni pogajalci, v državnih ureditvah pa pravniki in tudi izvensodno kot arbitri, mediatorji in zavarovalniški strokovnjaki. Nadaljnja podobnost je v tem, da se stroški poravnave pogosto razpršijo – v državnih družbah prek zavarovalništva, v pred-državnih z udeležbo sorodstva ali/in članov klana.

Razlike se pokažejo, ko zadeva pride do sodišča, če izvensodna pogajanja niso bila uspešna. Tu državo zanima predvsem presojanje o tem, kdo ima prav. »Zahodnjaško razsojanje je preiskava o tem, kaj se je zgodilo in kaj je kdo naredil; mirovno sporazumevanje pri plemenu Navaho se ukvarja s tem, kakšne so posledice tistega, kar se je zgodilo. Kdo je bil ranjen? Kako se počutijo glede tega? Kaj je mogoče narediti, da se popravi škoda?« (str. 103). V naslednjem koraku (po ugotavljanju dejstev) državno sodišče ugotovi škodo, ki naj zadovolji pritožnika, oziroma povrne izvorno stanje, kar je drugače kot v pogajanjih, kjer je kompenzacija stvar dogovora.

Diamond ugotavlja, da je državna pravica (zaradi vrste razlogov) počasna in s tem ustvarja eksistencialno težke situacije za posameznike in družine, ki so odvisni od izida; bolj ustreza bogatejšim, ki lahko vložijo več sredstev v postopek; in ne nudi priložnosti za človeško soočenje in čustveno zaključevanje in spravo oziroma jo obravnava kot nepomembno. Sodni postopki pogosto še poglobijo čustveno travmo in zastрупijo odnos za vedno (str. 106).

Interesi države in žrtve so daleč narazen. Država preganja zaradi kršitve zakona, ne zaradi škode, storjene žrtvi. Ta razkorak poskušajo nekateri sistemi pokriti s konceptom »restorativne« (»obnovitvene«) pravičnosti, ki se vrača k izvornim konceptom pozitivnega popravljanja porušenega ravnovesja. V tem kontekstu se vendarle poskuša ponuditi priložnost za čustveno zaključevanje v mediacijah med storilcem in žrtvijo, če sta kajpak oba na njo pripravljeni in motivirani.

Diamond povzame, da ima državna pot uveljavljanja pravice kljub vsemu tri pomembne prednosti.

Prva prednost je, da poseduje moč monopola nad uporabo sile, s katero preprečuje posameznikom, da poškodujejo druge člane, in tudi preprečuje prizadetim članom, da vzamejo stvari v svoje roke, s čemer preprečuje eskalacijo povračilnega ukrepanja. Četudi lahko občudujemo večšine miroljubnega reševanja konfliktov v plemenskih družbah, ne smemo pozabiti, da je alternativa, ki sledi, če pogajanja niso uspešna, izbruh nasilja, ki se lahko povračilno vleče zelo dolgo in destruktivno.

Druga prednost državnega sodstva se nanaša na razmerja moči. V malih družbah potrebuje udeleženec v sporu zaveznike, da ojači svojo pogajalsko pozicijo. Ker potekajo pogajanja »v senci vojne«, ima večjo moč pogajalec, ki lahko v primeru vojne zbere več zaveznikov. Sodni proces vsaj teoretično ustvarja »izravnano polje«, da zagotovi pravičnost vsem enako. Seveda v praksi tega ideala ni mogoče povsem zagotoviti, a države zagotavljajo »vsaj nekaj zaščite šibkejšim, medtem ko je majhne družbe zagotavljajo malo ali nič« (str. 117).

Tretja prednost državnega pristopa je ugotavljanje, kdo ima prav in represivni odnos do kršiteljev, kar deluje preventivno in zmanjšuje raven nasilnosti in neodgovornosti v družbi in s časom povečuje varnost slehernika.

Vendar pa državne družbe plačujejo tudi nemajhno ceno za te prednosti, poleg šibkosti, ki smo jih že prej omenili. »Njihov cilj je predvsem zmanjšanje zasebne nasilnosti, krepitev poslušnosti državnemu zakonu, zaščiti javnosti, rehabilitaciji storilcev ter kaznovanju in preprečevanju kriminala z zastraševanjem« (str. 118). Zato se toliko manj posvečajo ciljem posameznih državljanov, ki se znajdejo v konfliktih in sporih: ohranitvi in obnovi razmerja in doseganju čustvenega zaključevanja in razrešitve.

Lahko bi rekli, da Diamond hkrati promovira modrosti in večšine majhnih družb, ki so morale presegati svoje konflikte angažirano in ustvarjalno, ker niso imele na voljo sredstev, avtoritete in moči države, in da hkrati svari pred nekritičnim romantiziranjem taistih družb, saj so jim zadeve vseeno vse prepogosto ušle iz rok in so se znašle v spirali nasilja, neskončnih nizih povračilnih ukrepov, ki smo jih še v dvajsetem stoletju v obliki t. i. krvnega maščevanja poznali tudi na Balkanu. Mediacijo in pogajanja predstavlja kot prastare, človeštvu dobro znane večšine, h katerim pa se danes vračamo v povsem novih pogojih in okoliščinah, ker smo se temeljito seznanili tudi s šibkostmi sodnega sistema: kar Diamond prepozna pri sistemu v ZDA, dobro poznamo tudi drugje. V družbi, v kateri vlada zakon, bo pač odločil sodnik. V družbi, v kateri vlada zakon, je lahko mediacija mirnejša in je varen prostor za poskus urejanja, kar se je podrla v nered.

Mediacija kot skupnostna storitev

Videli smo, da je mediacija stara veččina, ki je v tradicionalnih družbah potekala *v skupnosti*. Konflikti med ljudmi so, če so bili prepuščeni eskalaciji, ogrožali skupnost; ni bilo države, ni bilo policije, ni bilo sodišč, ki bi konflikte razreševali z avtoriteto. Treba se je bilo poskusiti poravnati in ugledni člani skupnosti so bili poklicani, da v sporih posredujejo in vodijo pogajanja. Tako kot tradicionalne skupnosti niso poznale zasebnosti in kot je otroke vzgajala vsa vas, so tudi *konflikti in tudi njihovo razreševanje pripadali skupnosti*.

Za današnjo mediacijo pa je temeljno načelo zaupnost in varovanje informacij, ki se med mediacijo razodenejo, torej prav nasprotno od tradicionalnega pristopa. Vtis je, da se vse dogaja povsem v zasebnosti. A vendar – mediator je tretja oseba. Kaj pa se s tem spremeni? Morda marsikaj. Že prisotnost tretje osebe sama po sebi deluje pomirjujoče na ljudi v sporu, saj po eni strani predstavlja element varnosti, po drugi element socialnega nadzora. A zdi se, da je zelo pomembno vprašanje, koga ta tretja oseba predstavlja, kar pa je povezano s tem – kdo je pravzaprav naročnik mediacije?

Če predpostavljamo, da sta naročnika sama medianta (stranki v mediaciji), je zadeva (načeloma) razmeroma preprosta. Naročnika najameta mediatorja, ker bi se rada o nečem dogovorila, pa se sama ne zmoreta, in mediatorjeva vloga je v tem primeru dokaj tehnična. Vnašanje eksternih interesov ni legitimno. Problem je med mediantoma in vse ostane v tem krogu. Sta odrasla človeka, ki se imata pravico dogovoriti. Daleč od časov, ko je skupnost posedovala tako konflikt kot njegovo rešitev, saj sta vznemirjala na vse člane skupnosti in ogrožala vsa njihova medsebojna razmerja.

Okoliščine hitro postanejo nekoliko drugačne, če gre za družinsko mediacijo in so v družini tudi otroci, ki jih še kako zadeva, kaj in kako se bosta dogovorila starša.

Pa vendar, če sta medianta naročnika mediacije, se sama odločita, ali bosta v proces mediacije dejansko pritegnila tudi otroke, ki jih izid nedvomno zadeva, ali jih ne bosta, in se bosta o vsem odločila sama. Mediantova nevtralnost v tej situaciji pomeni, da je njegova morebitna advokacija za otroke neumestna. Dovolj je prednost, ki jo otroci imajo, če se starši, ki se ločujejo, vendarle pogovarjajo in dogovarjajo, pred tem, da bi se prepirali in črtili in zaostrovali konflikt in sovražnost, kar je za otroke neznosno (prim. npr. Dennison, 2010). Starša bosta pač ravnala tako, kot sta verjetno navajena: če nista doslej otrok spraševala ničesar, zakaj bi jih zdaj? Neumestno je, da bi se mediator, najet za to, da izpelje mediacijo tehnično korektno, a nevtralnno, postavljal v pedagoško ali pokroviteljsko vlogo. Strogo vzeto bi se ta dva človeka, ki se ločujeta, lahko o vsem dogovorila sama, brez pedagoških ali etičnih intervencij od zunaj; a ker so

čustva v napoto racionalnemu dogovarjanju, sta najela tehnično pomoč. To je vsa mediatorjeva naloga, vsa v načelu. A kot rečeno, že sama prisotnost tretje osebe presega golo tehnično funkcijo mediatorja.

Kaj pa mediator, je pripravljen prevzeti to nalogo na tak način, kot »tehničen strokovnjak«, za katerega je vsak dogovor o medsebojnih razmerjih, ki ga sprejmeta dva odrasla človeka, enako dober? Če ni, ima najbrž drugačne predstave o svoji dejanski vlogi in poslanstvu. Če se čuti zavezan nekomu tretjemu – ali raje četrtemu (če je tretji otrok) v tej shemi, potem je njegov naročnik najbrž prav tisti četrtri – če se čuti zavezan etiki skupnosti, je njegov naročnik le-ta. Skupnost, ki smo jo iz mediacije v modernih časih umaknili, se v osebi etičnega mediatorja v mediacijo vrne. Če se dva ne dogovorita sama, če prosita za pomoč tretjega, pride skupnost z njim.

Če pa medianta pristaneta, da storitev plača skupnost (in v resnici se ljudje za zdaj težko odločajo za mediacijo, ki ni brezplačna), sta implicitno ali pa že skoraj eksplicitno pristala, da je skupnost prisotna v njunem dogovarjanju in da na dogovarjanje (sicer z mehкими metodami) tudi vpliva.

Eden pomembnih elementov te etike je prav zaščita mladoletnih otrok. Skupnost ima pri otrocih poseben interes; sicer implicitna predpostavka, da načeloma in praviloma že zaradi lastnih interesov starši želijo svojim otrokom najboljše, za zavarovanje interesov skupnosti povsem ne zadošča.

Sklepno: Mediacija na Svetovalnem centru je skupnostna storitev

Če poskušam zaokrožiti: sama mediacija kot postopek je do otrokovih pravic nevtralna, jih niti izrecno ne podpira – razen v tem, da je za otroke boljši vsak kooperativni dogovor staršev kot pa sovražni spopad – niti jim ne nasprotuje. Dejansko je veliko odvisno od mediatorja, njegovega položaja in razumevanja njegove vloge. Usmerja pa proces mediacije k prihodnosti, saj je rešitve in dogovor moč najti le tam. In koristi otrok, če so le-ti del zgodbe, so za to prihodnost pač pomembne.

In seveda, še več je v rokah mediantov. Od tega, kako se dogovorita, je lahko v veliki meri odvisna tudi kakovost življenja otrok v prihodnje. A kot rečeno, ta dva bi se lahko dogovorila tudi sama – pogosto tudi se – in skupnost (tudi zgolj v osebi mediatorja) iz dogovarjanja izključila. Če sprejmeta ponudbo skupnosti za mediiiranje konflikta, mediacija, kljub zasebnosti postopka, pomeni prisotnost skupnosti v procesu mediacije.

Svetovalni center je služba skupnosti. Za stranke je brezplačna. V ospredju strokovne in človeške pozornosti so otrok oziroma mladostnik, podpora in pomoč njemu in starejši oziroma družini. Center ne sprejema odraslih strank v obravnavo, če ne gre v jedru problema za otroka oziroma mladostnika – to je njegovo poslanstvo.

Kadar center nudi družinsko mediacijo, je to nedvomno povezano s koristmi otroka in z drugimi vidiki obravnave. Čeprav v nekaterih vidikih meji na družinsko terapijo, se v drugih bistveno razlikuje, saj gre za doseganje specifičnega dogovora o zadevi, ki jo je možno izolirati od druge problematike (npr. delitev premoženja), ki se mora v doglednem času tudi formalno zaključiti, pa naj je konkreten dogovor dosežen ali pa ne, za ta dogovor pa v polni meri nosijo odgovornost same stranke, medtem ko je mediator nevtralen in načeloma ne predlaga rešitve, temveč le vodi in facilitira proces. Mediacija je kot ponudba centra smiselna, saj včasih rešitev nekega partikularnega, specifičnega problema odpre pot za razreševanje širšega spektra težav.

Ob povsem zagotovljeni zasebnosti in diskrecije je torej mediacija v takem kontekstu nedvomno skupnostna storitev, saj jo nudi skupnostna služba, ki jo vodi skrb za otroke, šibkejše člane skupnosti, za katere ima skupnost prav poseben interes.

Viri:

Augsburger, David W. (1992). *Conflict Mediation Across Cultures: Pathways & Patterns*. Louisville, Kentucky : Westminster John Knox Pr; 1st edition. 310 str.

Dennison, Grainne. (2010). Is mediation compatible with children's rights?, *Journal of Social Welfare & Family Law*, Vol. 32, No 2; June, 169-182

Diamond, Jared. (2013). *The World Until Yesterday: What Can We Learn from Traditional Societies?* Penguin Books Ltd. Kindle Edition.

Dr. Zoran Pavlović, univ. dipl. psiholog, znanstveni svetnik, družinski mediator in mediator v zdravstvu, od leta 2008 direktor Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Plesno popotovanje skozi telo

Gibalno-plesna terapija za mladostnice s šibko samopodobo

Povzetek

Prispevek obravnava področje gibalno-plesne terapije kot oblike pomoči mladostnicam s šibko telesno in socialno samopodobo. Predstavljeni so razvoj in teoretični koncepti gibalno-plesne terapije, tem sledi predstavitev gibalno-plesne terapevtske skupine z mladostnicami. Opisan je namen skupine, indikacije za sprejem v skupino, struktura terapevtskih srečanj ter glavne teme posameznih srečanj. Predstavljen je tudi primer enega gibalno-plesnega terapevtskega srečanja ter način evalviranja posameznih srečanj.

Ključne besede:

gibalno-plesna terapija, terapevtska skupina, mladostnice, telesna in socialna samopodoba

Dance Journey Through the Body

(Dance-movement therapy for female youth with weak self-image)

Summary

This article discusses the field of dance-movement therapy as a method of help to female youth with a weak physical and social self-image. Presented are the development and theoretical concepts of dance-movement therapy, followed by a presentation of work with dance-movement therapeutic group of female youth. Described is the purpose of the group work, indications for the admission into the group, the structure of therapeutic sessions, and the main topics of individual sessions. Presented are also an example of dance-movement therapeutic session and the mode of evaluation of individual sessions.

Keywords:

dance-movement therapy, therapeutic group, female youth, physical and social self-image

Uvod

Razvojno obdobje adolescence je najbolj zahtevno obdobje, saj se mladostniki soočajo z različnimi razvojnimi nalogami. Želijo si neodvisnost od družine ter čim več časa preživeti s prijatelji in vrstniki, ki imajo velik vpliv na njihovo razmišljanje. Imajo veliko potrebo po ugajanju vrstnikom obeh spolov. Skrbi jih, če je z njimi vse v redu, če so takšni kot njihovi vrstniki ipd. Izpostavljeni so različnim izzivom v šolskem in vrstniškem okolju. Začnejo spoznavati svoje interese in spretnosti. Glede razvoja lastne identitete so v prehodu iz vloge otroka v še ne vzpostavljeno vlogo odraslega. Soočajo se s telesnimi spremembami, ki jih včasih težje integrirajo v svojo telesno identiteto. V primeru nizke samopodobe so lahko občutljivejši, hitro prizadeti, lahko razvijejo tudi simptome tesnobe.

Mladostnice, ki so obravnavane v Svetovalnem centru in pri njih opažamo nizko telesno ter socialno samopodobo, se imajo možnost vključiti v gibalno-plesno terapevtsko skupino, katere poudarek je na razvoju kreativnih potencialov, omogočanju zaznavanja sebe na vseh ravneh in spodbujanju ekspresivnega izražanja. Terapevtki, ki vodiva gibalno-plesno terapevtsko skupino, nudiva prostor za nove izkušnje v varnem okolju in sprejemajočem vzdušju, kar mladostnicam omogoča odpiranje ranljivih vsebin in integracijo novih izkušenj v njihovo širše delovanje.

Gibalno-plesna terapija

Razvoj gibalno-plesne terapije

Gibalno-plesna terapija se je razvila najprej v ZDA v 40-ih letih prejšnjega stoletja in kmalu zatem še v Veliki Britaniji. Osnovne ideje plesne terapije izhajajo iz davnih časov in so še dandanes prisotne v starih kulturah kot nekaj samoumevnega in tradicionalnega. Zdravljenje skozi ritem, skupinske rituale, plesno ekstazo, skozi »utelešenje« zlih duhov ipd. sodijo k tradiciji življenja arhaičnih ljudstev in kultur (Schott-Billman, 1972). V sodobnem svetu pa se je gibalno-plesna terapija lahko razvila zaradi spremenjenih pogledov na ples v dvajsetih letih 20. stoletja; v Nemčiji se je začel razvijati izrazni ples, v ZDA pa moderni ples. »Prebujala«

se je skozi razvoj in širjenje psihoanalitičnega mišljenja in telesnih terapij, humanistične psihologije in različnih psihoterapevtskih metod ter drugih oblik umetnostnih terapij, ki spodbujajo klientovo aktivnost ter nebesedno izražanje (Elke Willke, 2007). Razvili so se različni koncepti ter različne metode in tehnike, ki omogočajo delo z raznovrstnimi skupinami klientov.

Teoretični uvod v gibalno-plesno terapijo

Gibalno-plesna terapija se kot oblika umetnostne terapije prakticira od leta 1940 (Berrol, 1989; Palo-Bentsson & Ekman, 1997; Payne, 1992). V evropskem prostoru so začeli gibalno-plesno terapijo sprva uvajati v psihiatrične ustanove, kasneje pa se je uveljavila tudi na področjih specialne pedagogike, dela z družinami in s starejšimi osebami ter na drugih področjih v okviru zdravstvenih, šolskih in socialnih programov. Začetniki gibalno-plesne terapije so bili North (1972), Schoop (1974), Meier (1979), Bartenieff in Lewis (1980, 1990), Whitehouse (1977), Harris (1984), Chodorow (1986).

Levy (1988) opredeljuje gibalno-plesno terapijo kot obliko psihoterapije, ki se razlikuje od tradicionalne psihoterapije v tem, da uporablja psihomotorični izraz kot najpomembnejši način posredovanja. Kroflič (2003) navaja, da ta vrsta terapije temelji na holističnem pristopu, ki pojmuje človekovo percepcijo, procesiranje in reagiranje kot neločljivo povezanost telesa in duha v funkcionalno celoto. Kot pravi Petzold (1988) poskušamo z antropološko-fenomenološko terminologijo telesnosti zajeti in opisati celoto. Tako naj bi se izognili dualni polarizaciji telesa in duha. Osnovno terapevtsko sredstvo v gibalno-plesni terapiji je telesno gibanje ter izražanje in ustvarjanje z gibom. Kot navajata Bartenieff in Lewis (1990) gibalno-plesna terapija temelji na analizi klientovega gibanja in spodbujanju sprememb skozi gibanje. Vsak premik v načinu gibanja se namreč »razlije« po celotni osebnosti. Človek lahko izraža svoja čustva s pomočjo razburljive, oživljajoče ali pomirjujoče moči plesa. Plesni terapevt je tisti, ki proučuje povezave med klientovo mišično dejavnostjo, čustvovanjem in mišljenjem ter klientu pomaga pri ozaveščanju. Klient tako pridobiva občutek večje kontrole nad lastnim življenjem.

Za razumevanje gibalno-plesne terapije je pomembno na kratko opisati fenomen plesa. Pri gibalno-plesni terapiji namreč izhajamo iz tega, da se skozi ples na drug način približujemo okolju, kot to počnemo v vsakdanjem življenju. Ples nudi drugačno možnost telesnega zaznavanja sveta. V telesu se integrirajo celostni procesi čutnih in telesnih zaznavanj, tako na individualni kot na socialni ravni (Fritsch, 1988). Osnova plesa je telo s svojimi sposobnostmi percepcije, memoriranja, refleksije in ekspresije (Petzold, 1988). V ospredju sta telesno doživljanje in telesno izražanje. Izraznost v plesu ni samo neposredno izražanje sebe, temveč »artikulirano« izražanje, kar pomeni, da določene predstave, občutki,

zaznave najdejo neko obliko. Ples je tudi ritmičen in s tem časovni fenomen, kot tudi prostorski fenomen, saj je ples gibanje v prostoru. Plesni gibi širijo telesni prostor v svoje okolje. Poleg tega je ples komunikativni fenomen in s tem socialni fenomen, kajti skozi ples se lahko človek neposredno izraža sočloveku. Ta jezik je izvoren. Skozi ples in gib se lahko evocira atmosfera, ki jo skozi jezik težko opišemo. Za elementarna občutja in afekte, ki človeka osupnejo in jih ne more ubesediti, lahko postane ples celosten telesni medij izraza (Willke, 2007).

Gibalno-plesna terapija z otroki in mladostniki

Učinke gibalno-plesne terapije pri otrocih in mladostnikih so raziskovali mnogi avtorji. S prakticiranjem in raziskovanjem področja gibalno-plesne terapije pri delu z otroki in mladostniki s posebnimi potrebami so se ukvarjali avtorji, kot so North (1972), Meier (1979), Fisher (1980), Berrol (1989), Sherborne (1990), Bannerman-Haig (1992), Duggan (1995) in Payne (1981, 1984, 1992). Slednji trije so raziskovali tudi učinke gibalno-plesne terapije pri otrocih in mladostnikih s čustvenimi težavami.

Gibalno-plesni terapiji s spolno zlorabljenimi otroki so se posvetili predvsem Wheeler (1987), Goodhill (1987), Meekums (1990) in Harvey (1995). Prav tako v literaturi zasledimo raziskave o učinkih gibalno-plesne terapije pri otrocih in mladostnikih z avtizmom (Loman, 1995), pri mladostnikih z motnjami hranjenja (Kleinman, 2009), z osebnostnimi motnjami (Lavender in Sobelman, 1995), anksioznimi motnjami (Kierr, 1995) ter razpoloženskimi motnjami (Jeong idr., 2005), prav tako pa tudi pri spolno zlorabljenih otrocih in mladostnikih (Wheeler, 1987; Goodhill, 1987; Meekums, 1990; Harvey, 1995). Avtorji ugotavljajo, da se učinki gibalno-plesne terapije pri mladostnikih kažejo predvsem v izboljšanju telesne podobe in predstave o sebi, v večji kontroli impulzivnosti, v večji telesni sproščenosti, v bolj kooperativnem in pozitivnem sodelovanju z drugimi, v zmanjšanju čustvenih motenj, napetosti in tesnobe.

Pomen gibalno-plesne terapije

Positivni učinki gibalno-plesne terapije so raznoliki in potekajo na vseh ravneh. Iz vidika fiziologije se skozi tovrstno terapijo izboljšujejo funkcionalne in dinamične prvine živčno-mišičnih spretnosti, kot so koordinacija v hoji, ravnotežje, kar ima posledično vpliv na boljšo prostorsko orientacijo. Na področju medosebnih odnosov se prek gibalno-plesne terapije razvija socialno zavedanje, ker se skozi različne vaje spodbuja stike in interakcije z drugimi v skupini. Skozi »varna terapevtska tla« se spodbuja zaupanje, sodelovanje, upoštevanje pravil, skupinsko reševanje problemov in iniciativnost. Razvija se večja senzibilnost v odnosu do sebe in drugih, prav tako tudi večja empatija. Prispeva k povečanemu

samozavedanju, kar je predpogoj za oblikovanje ustrezne oz. realne telesne sheme. Daje občutek notranje strukture in vzbuja zadovoljstvo s samim seboj. Skupinsko terapevtsko delo omogoča integracijo notranjih in zunanjih dražljajev. Soočanje z lastnimi čustvi in predelovanje čustveno obremenjujočih vsebin lahko poteka na nebesedni in/ali besedni ravni. Posameznik/-ica ima dobro priložnost priti v stik z lastno ustvarjalnostjo in ima možnost učenja novih načinov gibanja in s tem tudi novih načinov izražanja, kar neposredno vpliva na vedenje v drugih socialnih kontekstih. Skupinsko delo nudi tudi občutje uspeha in zadovoljstva ter spodbuja samozaupanje.

Predstavitev gibalno-plesne terapevtske skupine za mladostnice s šibko samopodobo

Namen gibalno-plesne terapevtske skupine

Mladostnice se gibalno-plesne terapevtske skupine udeležijo z namenom izražanja na drugačen, neverbalen način, sproščanja telesnih in psihičnih napetosti ter premagovanja svojih osebnih težav in notranjih konfliktov. Skupina mladostnicam ponudi pot do sebe skozi nebesedno komunikacijo in jih skozi to vodi do ubeseditve svojih težav, stisk in travm. Namen skupine je tudi ta, da mladostnice spoznajo različne vidike gibanja in plesa ter gibalnega in plesnega izražanja, ki jim pomagajo pri zaznavanju in sprejemanju svojega telesa. Seveda pa morata biti gibanje in ples mladostnicam prijetna, sicer lahko dosežemo nasprotni učinek od želenega. Cilji, h katerim skupina stremi, so naslednji:

- sproščanje telesa,
- zavedanje in sprejemanje lastnega telesa,
- zaznavanje sebe v prostoru in v komunikaciji z drugimi,
- spodbujanje medsebojne komunikacije skozi gibanje in ples,
- izražanje skozi gibanje, ples in druge kreativne medije (glasbene, likovne in dramske),
- spoznavanje in razvijanje lastnih potencialov,
- soočanje z različnimi življenjskimi situacijami in izzivi skozi nebesedno in besedno komunikacijo,
- spoznavanje in izražanje lastnih čustev,
- konstruktivno reševanje osebnih težav.

Indikacije za sprejem v gibalno-plesno terapevtsko skupino

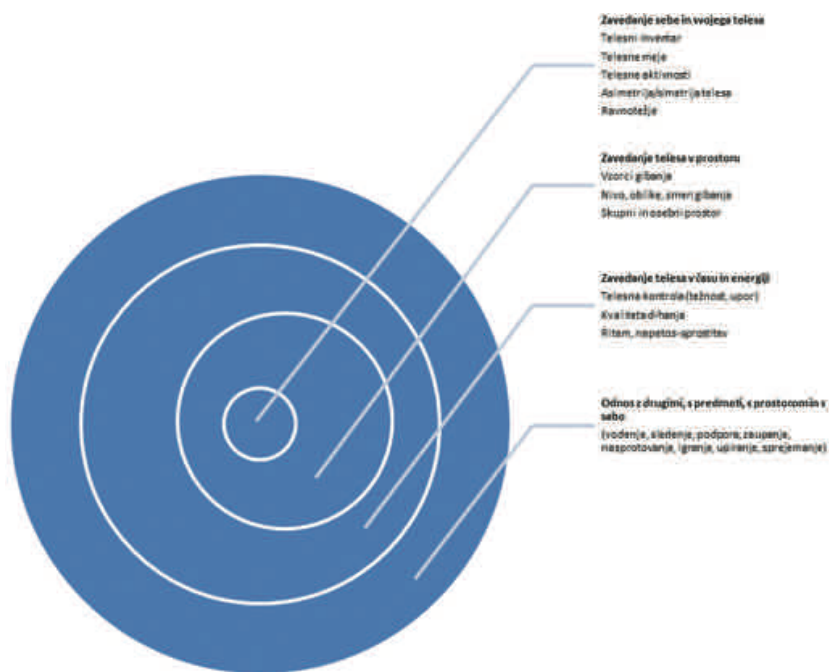
Gibalno-plesno terapevtsko skupino, ki jo bova opisali, sva vodili v letih 2013/2014. Vanjo so se vključile mladoštnice od 14. do 19. leta starosti, ki so obravnavane v Svetovalnem centru pri klinični psihologinji in pedopsihiatru, nekatere pa tudi pri specialni pedagoginji in pedagoginji. Vključili sva mladoštnice, ki so razvile anksiozno in/ali depresivno simptomatiko in med drugim izkazovale šibko samopodobo, predvsem na telesnem področju, ter socialni umik. V kolikor so bile te mladoštnice pripravljene na intenzivnejše terapevtsko delo v skupini, kjer je poudarek na gibalno-plesnem izražanju, so bile vabljeni, da se vključijo v skupino. Ta je potekala kontinuirano tri mesece, enkrat tedensko po 90 minut. V skupinski terapiji sva terapevtki uporabljali različne metode dela, ki so se prepletale glede na terapevtske cilje, vsebino dela, skupinsko dinamiko ter individualne procese.

Glavne teme posameznih gibalno-plesnih terapevtskih srečanj

I. del	Spoznavanje
	Moje mesto v prostoru
	Jaz v odnosu z drugimi
	Jaz in moje telo (1. del)
	Jaz in moje telo (2. del)
II. del	Raziskovanje potencialov (1. del)
	Izražanje potencialov (2. del)
	Ritmi življenja – na splošno (1. del)
	Ritmi življenja – osebni ritmi (2. del)
III. del	Praznovanje
	Zaznavanje čustev
	Izražanje čustev
	Pogled na aktualno življenjsko situacijo
	Načini izražanja in reševanja osebnih težav
	Integracija in evalvacija

Tabela 1: Glavne teme posameznih gibalno-plesnih terapevtskih srečanj

I. del srečanj je temeljil na spoznavanju in raziskovanju svojega mesta v prostoru, odnosa do telesa in odnosa do drugih članov skupine. V tem delu so mladostnice vzpostavile odnos z drugimi, se zavedle interakcij, ki jih vzpostavljajo z drugimi ter ovir v komunikaciji, tako v gibalno-plesni terapevtski skupini kot v drugih socialnih skupinah. I. del srečanj je predstavljal osnovo za nadaljnje poglobljeno skupinsko delo. Ko so se mladostnice v skupini počutile varne, sprejete ter so se med seboj povezale, smo lahko nadaljevali s poglobljenimi temami. Spodnja slika prikazuje področja, ki so bila zajeta v I. delu gibalno-plesnih terapevtskih srečanj in so osnovana na Labanovi analizi gibanja (Laban, 2002, Payne, 1990).



Slika 1: Področja, na katerih temelji Labanova analiza gibanja (povzeto po Laban, 2002 in Payne, 1990)

II. del srečanj je bil osnovan na raziskovanju lastnih potencialov ali močnih področij, saj so le-ta varovalni dejavnik v življenju mladostnic, ki trpijo zaradi šibke samopodobe, občutkov nemoči, tesnobe in depresivnosti. Raziskovanju potencialov/močnih področij je sledilo izražanje le-teh in šele nato predstavitev potencialov/močnih področij drugim članicam skupine. S tem so močna področja mladostnic dobila globlji pomen, mladostnice so se zavedle, kje so uspešne, kaj jih krepi in kaj osmišlja. Poleg raziskovanja in izražanja potencialov/močnih področij so se v II. delu srečanj mladostnice poglobile tudi v ritme življenja ter osebne ritme,

ki predstavljajo pomemben del vsakdanjih aktivnosti. Skozi zaznavanje lastnega življenjskega ritma so se mladošnice soočile s svojo energetsko opremljenostjo, hkrati pa so se učile sprejemanja raznolikosti ritmov drugih. Poleg omenjenih vsebin je bil II. del srečanj namenjen tudi praznovanju ob zaključku enega cikla terapevtske skupine in hkrati zaključku koledarskega leta.

III. del srečanj je bil namenjen zaznavanju čustev, vživljanju v različna čustvena stanja ter izražanju čustev. Mladošnice so imele priložnost razmišljati o lastni življenjski situaciji ter le-to osvetliti tudi drugim. To je bila priložnost za soočanje in reševanje osebnih težav ter morebitnih notranjih stisk in konfliktov, tako osebnih kot socialnih. Zadnje srečanje je bilo namenjeno integraciji izkustev ter pridobljenih informacij in evalvaciji terapevtskih srečanj.

Struktura gibalno-plesnih terapevtskih srečanj

Struktura gibalno-plesnih terapevtskih srečanj je bila jasna, mladošnicam vnaprej predstavljena ter je vedno potekala v enakem zaporedju: uvod in ogrevanje, glavna tema, zaključevanje in umirjanje ter verbalizacija notranjih procesov.

Uvod in ogrevanje

Uvodni del je bil kratek in je bil namenjen pozdravu, predstavitvi sebe skozi gibanje, verbalnemu opisu svojega trenutnega počutja ipd. V uvodnem delu sva terapevtki predstavili okvirni potek srečanja. Temu je sledilo ogrevanje ob glasbi, ki sva ga v začetni fazi terapevtske skupine vedno vodili terapevtki, medtem ko so lahko v kasnejših srečanjih to vlogo prevzele tudi mladošnice, če so to želele in če to za njih ni predstavljalo neprijetnega občutka izpostavljenosti in stiske. Ogrevanje je bilo namenjeno razgibanju telesa, sproščanju napetosti in oblikovanju skupine.

Glavna tema

Glavna tema je bila namenjena razvijanju vsebinskih področij, ki so bila razdeljena v tri sklope. Temeljila so na: spoznavanju sebe, drugih in svojega odnosa do sebe ter drugih; zaznavanju svojega mesta v skupini; soočanju s svojimi prednostnimi področji ter težavami in napetostmi; vživljanju v različne vloge, različna čustvena stanja; izražanju čustev; kreativnem reševanju osebnih težav. Glavna tema je bila tista, kjer so se mladošnice intenzivno gibalno in plesno izražale, tako individualno kot tudi v parih in v skupini.

Zaključevanje in umirjanje

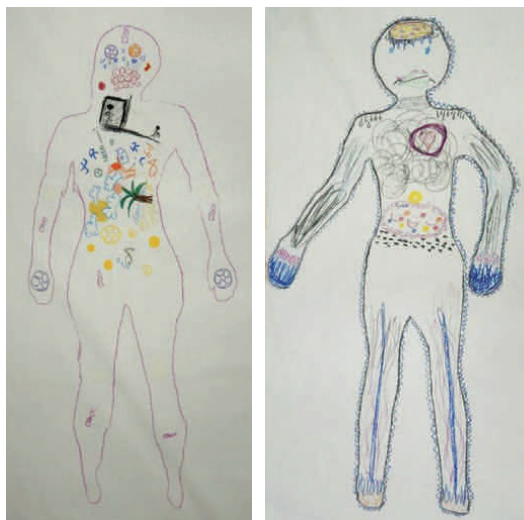
V tej fazi se je glavna tema prevesila v svoje zaključevanje. Zanj je bilo značilno umirjanje gibanja ter zavedanje in sproščanje telesa. Le-to je potekalo na različne načine, od sproščanja posameznih delov telesa, s poudarkom na dihanju, do sproščanja s pomočjo zvoka, vizualizacije in masaže.

Verbalizacija notranjih procesov

Ob koncu srečanja so mladostnice tudi verbalno opisale doživljanje posameznih dejavnosti med srečanjem, izrazile prijetne in neprijetne občutke v zvezi z dejavnostmi ter procesi, ki so se v njih sprožili. Prav tako so predstavile, kako so doživele sebe znotraj skupine in kako druge članice skupine (kaj so se od njih naučile, kaj jim je bilo pri njih všeč ipd.). V primeru, da so bile mladostnice še v fazi predelovanja svojih občutkov ter so o njih težko spregovorile, sva terapevtki ponudili druge možnosti izražanja, kot na primer risanje, pisanje, izražanje s pomočjo predmetov, slikovnih kartic in drugih materialov.

Primer gibalno-plesnega terapevtskega srečanja

Terapevtki želiva prikazati primer 9. srečanja na temo: »Jaz in moje telo«. Srečanje se je začelo z uvodnim ogrevanjem, ki sva ga vodili terapevtki. Zatem je imela vsaka mladostnica možnost predstaviti svojo ogrevalno vajo, druge pa smo ji sledile. V tej fazi skupinskega dela (konec II. dela) je že bilo možno, da so se posameznice na tak način izpostavile in delile svoje izkušnje prek razgibalnih vaj. V glavnem delu so mladostnice legle na dolgo polo papirja. Terapevtki sva z voščenko rahlo potegnile črto ob telesu, da je nastal obris telesa. Sledilo je gibanje ob glasbi na določeno čustvo, ki so ga mladostnice skušale začutiti v telesu ter ga povezati s konkretno situacijo v svojem življenju. Pričele smo z veseljem in se prepustile tem občutkom z vizualizacijo veselih dogodkov in zaznavanjem svojega telesa. Po gibalno-plesnem izražanju je sledilo risanje na »zemljevidu telesa«, kjer je vsaka v svoje »obrisano telo« narisala svoje notranje doživljanje tega čustva skozi barve, simbole in različne oblike, na konkreten ali abstrakten način. Nato je sledila glasba in soočanje z novim čustvom. Za tem se je cikel ponovil. Na tak način so mladostnice prišle v stik z naslednjimi čustvi: veselje, zaljubljenost, strah, osamljenost, žalost in jeza. Na koncu je sledila »razstava« vseh zemljevidov teles. Vsaka mladostnica se je ob svojem zemljevidu vodeno sproščala, kar je spodbudilo integracijo doživetega skozi skupinsko terapijo. Sledila je izmenjava osebnih izkušenj in zgodb ter verbalizacija notranjih procesov.



Sliki 2 in 3: Telesna zemljevida mladostnic (risbi objavljava z dovoljenjem avtoric)

Evalvacija gibalno-plesnih terapevtskih srečanj

Evalvacija je bila pomemben del gibalno-plesnih terapevtskih srečanj. Opravili sva jo po vsakem srečanju ter ob zaključku gibalno-plesne terapevtske skupine. Terapevтки sva opazovali in spremljali vsako posamezno mladostnico in sva bili pozorni na njeno aktivnost, odnose z drugimi, posebnosti v izražanju, tako verbalnem kot neverbalnem, in spremembe v odzivanju, gibanju, komunikaciji idr. Prav tako sva spremljali skupino kot celoto. Pozorni sva bili na aktivnost skupine kot celote, na vzdušje v skupini ter interakcije med članicami skupine.

Zaključek

Gibalno-plesna terapevtska skupina za mladoštnice s šibko telesno in socialno samopodobo je dragocena oblika pomoči, ki je dopolnilo individualnemu terapevtskemu delu. Prednost te oblike pomoči so pogosta in redna terapevtska srečanja, kar v individualni obravnavi žal ni možno, hkrati pa skupina nudi varen prostor, ki omogoča socialne interakcije, izražanje na različne, tudi neverbalne načine, in procesno spoznavanje ter sprejemanje sebe in drugih članic skupine. Učinki skupine se pri mladoštnicah kažejo v boljšem zaznavanju in sprejemanju svojega telesa, boljšem psihofizičnem počutju ter v odprti komunikaciji ter izražanju svojega mišljenja in notranjega doživljanja. Mladoštnice tudi same opažajo pozitivne spremembe v lastnem delovanju in vedenju, ne le znotraj terapevtske skupine, temveč tudi v družinskem in širšem socialnem okolju.

Prispevek zaključujeva s pesmijo mladostnice, ki je bila vključena v gibalno-plesno terapijo. Pesem je napisala kot refleksijo na eno od terapevtskih srečanj in simbolizira njen odnos do sebe in sveta.

ŽAMET

Črn kot noč,
žameten kot vrtnica.
Mehak kot mamina dlan.
Topel kot dom.
Ne izstopa, pač pa se zlije z okoljem,
kot morje z nebom.

LITERATURA

- Apter, A., Sharir, I., Tyano, S., Wijnsbeck, H. (1978). Movement Therapy and psychotic adolescents. *British Journal of Medical Psychology*, 51 (2), str. 155-159.
- Balaz, S. E. (1977). *Dance Therapy in Classroom*. New Jersey : Waldwick Hoctor Products for Education.
- Bannerman-Haig, S. (1992). Stretching, tensing and kicking: Aspect of infantile movement in dance therapy with children and adolescents in special education. V: Payne, H. (ur.), *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice*. London & New York : Routledge, str. 87-100.
- Bartenief, I., Lewis, D. (1980). *Body Movement: Coping with the Environment*. London : Gordon & Breach Science Publishers.
- Bartenief, I., Lewis, D. (1990). *Body Movement*. New York : Gordon and Breach science publisher.
- Berrol, C. F. (1989). A view from Israel: DMT and creative arts therapies in special education. *Arts in Psychotherapy*, 16 (2), str. 81 – 90.
- Chodorow, J. (1986). Th body as symbol: dance/movement in analysis, v Schwartz-Salant, N., Stein, M. (ur.), *The Body in Analysis*. Illinois : Chiron.
- Duggan, D. (1995). The "4's": A Dance Therapy Program for Learning Disabled Adolescents. V Levy, F. J. (ur.), *Dance and Other Expressive Art Therapies*. New York & London : Routledge, str. 225 – 240.
- Fisher, P. (1980). How a creative movement programme affects body image and self-concept in learning disabled children. *Scottish Journal of Physical Education*, 8, str. 1.
- Goodhill, S. (1987). 'Dance movement therapy with abused children'. *Arts in Psychotherapy* 14 (1), str. 59 -68.
- Harris, J. G. (1984). *Practicum for Dance Therapy*. London : ADMT Publications.
- Harvey, S. (1995). Sandra: The Case of an Adopted Sexually Abused Child. V Levy, F. J. (ur.), *Dance and Other Expressive Art Therapies*. New York & London : Routledge, str. 167 – 180.
- Jeong, Y., Hong, S., Lee, M., Park, M., Kim, Y., Suh, C. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *The International Journal of Neuroscience*, str. 1711 – 1720.
- Kierr, S. (1995). Treating Anxiety: Four Case Examples. V Levy, F. J. (ur.), *Dance and Other Expressive Art Therapies*. New York & London : Routledge, str. 19 – 132.
- Kleinman, S. (2009). *Becoming Whole Again: Dance/Movement Therapy for Those Who Suffer from Eating Disorders*. V Chaiklin, Wengrower (ur.), *The Art and Science of Dance/ Movement Therapy*. Life Is Dance. New York & London : Routledge, str. 125 – 144.
- Krofič, B. (2003). Ustvarjalni gib – način ustvarjalnega mišljenja. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, letnik XXXI, št. 212, str. 177-188.
- Laban, R. (2002). *Mojstrstvo gibanja*. Ljubljana : Mestno gledališče ljubljansko.
- Lavender, J., Sobelman, W. (1995). "I Can't Have Me if I Don't Have You": Working with the Borderline Personality. V: Levy, F. J. (ur.), *Dance and Other Expressive Art Therapies*. New York & London : Routledge, str. 69 – 82.
- Levy, F. J. (1988). *Dance Movement Therapy*. Virginia :

Physical Education, Recreation and Dance.

Loman, S. (1995). The Case of Warren: A KMP Approach to Autism. V Levy, F. J. (ur.), *Dance and Other Expressive Art Therapies*. New York & London : Routledge, str. 213 – 224.

Maletič, A. (1986). *Knjiga o plesu*. Zagreb : Kulturno-prosvjetni sabor Hrvatske.

Meekums, B. (1991). Dance movement therapy with mothers and young children at risk of abuse. *Arts in Psychotherapy*, 18, str. 223-230.

Meier, W. (1979). Meeting special needs through movement and dance drama. *Therapeutic Education*, 7 (1), str. 27 – 33.

North, M. (1972). *Personality Assessment through Movement*. London : Macdonald & Evans.

Palo-Bengtsson, L. & Ekman, S. L. (1997). Social dancing in the care of persons with dementia in a nursing home setting: a

phenomenological study. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11 (2), str. 101-118.

Payne, H. (1981). Movement therapy for the special child. *British Journal of Dramatherapy*, 4, str. 3.

Payne, H. (1984). 'Responding with dance'. *Maladjustment and Therapeutic Education 2 (2)*, str. 42 – 57.

Payne, H. (1988). 'The use of dance movement therapy with troubled youth'. V Schaefer, C. (ur.), *Innovative Interventions in Child and Adolescent Therapy*. New York & London : John Wiley Interscience.

Payne, H. (1992). Shut in, shut out. Dance movement therapy with children and adolescents. V Payne (ur.), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London in New York : Tavistock/Routledge.

Petzold, H. (1988). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*

Bd. I/2, Paderborn : Junfermann Verlag.

Sherborne, V. (1990). *Developmental Movement for Children*. Cambridge : Cambridge University Press.

Schoop, T., Mitchell, P. (1974). *Won't you join the dance? A dancer's essay into the treatment of psychosis*. Palo Alto, CA : National Press Books.

Schott-Billman, F. (1972). *Corps et possession*. Paris : ESF.

Willke, E. (2007). *Tanztherapie, Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention*, Bern : Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Wheeler, B. (1987). 'The use of paraverbal therapy in treating an abused child'. *Arts in Psychotherapy*, 14 (1), str. 69 – 76.

Whitehouse, M. (1977). *The transference and dance therapy*. *American Journal of Dance Therapy*, 1 (1), str. 3-7.

Bojana Caf

je profesorica specialne pedagogike, specialistka gibalno-plesne terapije in predavateljica za področje specialne pedagogike. Zaposlena je na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, kjer se ukvarja z zgodnjim odkrivanjem razvojnih in učnih težav pri otrocih ter z izvajanjem korekcijskih terapevtskih oblik pomoči otrokom in mladostnikom z razvojnimi in učnimi težavami. Posveča se tako individualnim kot skupinskim oblikam dela ter svetovanju otrokom, mladostnikom, staršem in učiteljem. Izvaja tudi gibalno-plesne terapevtske skupine za otroke in mladostnice. Svoje znanstveno-raziskovalno delo trenutno usmerja v položaj otrok s posebnimi potrebami v inkluzivni šoli.

Julia Tomšič

je specialistka klinične psihologije, integrativna psihoterapevtka (v edukaciji) in plesna terapevtka. Zaposlena je na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, kjer se ukvarja z diagnostičnimi, svetovalnimi in terapevtskimi obravnavami otrok in mladostnikov, ki imajo čustvene, psihosomatske, vedenjske in učne težave ter motnje pozornosti in hiperaktivnosti. Posveča se tako individualnim kot skupinskim oblikam dela ter svetovanju tudi staršem, učiteljem in šolskim svetovalnim delavcem. Izvaja skupine za otroke za učenje socialnih veščin in gibalno-plesno terapevtske skupine za mladostnice. Je tudi članica komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami.

Priloga • Seznam zaposlenih od leta 1955 do 2015

Seznam strokovnih delavcev in delavk, sodelavk in sodelavcev 1955 – 2015

DIREKTOR		Trajanje zaposlitve
Marjan Matko, psiholog	1955 - 1959	odšel v PMD, umrl 1994
Helena Puhar, pedagoška svetovalka	1959 - 1963	
Dr. Zoran Jelenc, psiholog	1964 - 1973	politično odstavljen
Azra Kristančič, psihologinja	1973 - 1978	odšla v Pionirski dom
Anica Mikuš Kos, psihiatrinja in pediaterinja	1978 - 1994	upokojila
Marija Strojini, psihologinja	1994 - 1997	upokojila
Maja Glonar Vodopivec, klin. psihologinja	1998 - 2000	ostala v SCOMS
Dr. Marija Kavkler, specialna pedagoginja	2000 - 2004	odšla na PeF
Žarka Brišar Slana, psihologinja	2004 - 2008	odšla v ZUIM Kamnik
Dr. Zoran Pavlovič, psiholog	2008	
PSIHOLOG/ KLINIČNI PSIHOLOG		
Anka Caleari	1958 – 1961	odšla v Avstrijo
Dr. Zoran Jelenc	1961 – 1973 1984 - 1989	odpuščen odšel na Pedagoški inštitut
Sonja Kuhar	1960 – 1970	odšla na Zavod Janeza Levca
Janez Svetina	1965 – 1972	odšel v Indijo, 1991 ustreljen v vojni za Sl
Dr. Marija Skalar	1966 – 1968	odšla na PeF
Vida Sterle, spec. klin. psih.	1968 – 1992	upokojila
Anica Uranjek, spec. klin. psih.	1970 – 1997	upokojila
Marija Mustar	1971 – 1975	odšla na OŠ
Dr. Anton Pačnik, spec. klin. psih.	1971 – 1975	odšel na CMZ
Vera Slodnjak, spec. klin. psih.	1973	
dr. Lidija Magajna	1974	

Nataša Končnik Goršič, spec. klin. psih.	1975 – 2006	umrla 2006
Maja Glonar Vodopivec, spec. klin. psih.	1975 – 2014	upokojila
Katja Humek Makarovič, spec. klin. psih.	1975 – 2004	upokojila, umrla 2013
Zora Burnik, spec. klin. psih.	1976 – 2005	upokojila
dr. Maksimiljan Tušak	1976 – 1977	odšel na FF, umrl 2008
Renata Bačar	1977 – 1979	odšla v Viške vrtce
Vida Ribičič, spec. klin. psih.	1977 – 2005	upokojila
dr. Livija Knaflič	1978 – 1998	odšla na Andragoški center
Marja Strojín	1979 – 1994	upokojila, umrla 2013
dr. Janez Bečaj	1980 – 1984	odšel na FF, umrl 2012
mag. Leonida Rotvejn Pajič, spec. klin. psih	1995	
mag. Jasna Božič, spec. psih.svet.	1997	
Dr. Tomaž Vec	1997 - 2004	odšel na PeF
Nada Hribar, spec. klin. psih.	1998	
Peter Janjušević, spec. klin. psih.	2003	
Barbara Žemva, spec. klin. psih.	2007 - 2009	upokojila
Natalija Baumgartner, spec. klin. psih.	2006	
Julia Tomšič, spec. klin. psih.	2005	
mag. Mateja Hudoklin, spec. klin. psih.	2005	
Jana Smolič	2010	
Polonca Čas	2010	
Ana Ulčar	2012	

PEDIATER

Alma Halas	1965-1965	odšla v ZD Ljubljana
------------	-----------	----------------------

PEDOPSIHIATER

Alvina Logar	1973 – 1976	odšla v ZD Lj
Majda Gorišek	1976 – 2004	upokojila, umrla 2014
Majda Košak	1993 – 2006	upokojila
Danijela Janša	2005 – 2013	odšla v ZD Kranj
Bojan Belec	2007	

SPECIALNI PEDAGOG

Dr. Doroteja Jelenc	1969 – 1975 1983 – 1986	odšla na Ped. kliniko odšla na PeF
Julija Matajč	1972 – 1997	upokojila
Ciril Kavšek	1976 – 1978	odšel na OŠ, umrl
Terezija Žerdin	1982 – 1994	upokojila
Marija Kavkler	1986 – 1990	odšla na PeF
Suzana Pulec	1997 – 1999	odšla na PeF
Mirjana Miškovič	1991 - 2006	upokojila
dr. Milena Košak Babuder	1995 – 2006	odšla na PeF
Alen Kofol	2003 – 2005	odšel na OŠPP
Tanja Černe	1997	
Bojana Caf	2006	
Barbara Bogdanič	2007	
Diana Vali	2007	
mag. Marko Kalan	2009	

LOGOPED

Dr. Marinka Grobler	1978 – 2010	upokojila
Herta Filipič Stojanovič	2010	

PEDAGOG

Helena Puhar	1955 – 1968	umrla 1968
Marija Mustar	1964 – 1971	postala psiholog v VP
Magdalena Kovač	1975 – 1977	odšla na CUTJ
Dr. Irena Kovačič	1978 – 1979	odšla na FF

Mag. Ana Gradišar	1977 – 2008	upokojila
Barbka Klenovšek	1994 – 1996	odšla na OŠ
Barbara Zemljak	2012	
SOCIALNI DELAVEC		
Stamena Bregant	1960 – 1964	upokojila, umrla
Breda Sax Lozar	1966 – 1972	upokojila, umrla
Elfrida Smoljanovič	1964 - 1975	odšla na OŠ, umrla
Aleša Breskvar Meško	1964 – 1971	odšla na OŠ
Dragica Babij	1972 – 1974	odšla na CSD
Ivanka Curk	1976 – 1977	odšla na CSD
Marija Oštir	1976 – 1978	odšla drugam
Janko Bras	1984 – 1986	odšel na CSD
Marta Vodeb Bonač	1978	
Irena Andolšek	1987	

Honorarni sodelavci in sodelavke

Nada Anič, psihologinja
 Vladimir Bitenc, specialni pedagog
 Leopold Bregant, spec. klin. psiholog
 Sabina Bertoncelej Pustišek, pedopsihiatrinja
 Meta Flegar, psihiatrinja
 Franci Hrastar, pedopsihiater
 dr. Jože Jeras, nevrolog, pediater
 Štefka Kavčič, pediaterinja
 Marija Koman, specialna pedagoginja
 Dr. Pavle Kornhauser, pediater
 Dr. Božidara Kremžar, pedagoginja
 Gorazd Mrevlje, pedopsihiater
 Marija Moškov, logopedinja
 dr. Franc Pediček, pedagog
 dr. Bazilija Pregelj, pedopsihiatrinja

Igor Ravnik, nevrolog, pediater
 dr. Vinko Skalar, psiholog
 dr. Bernard Stritih, psiholog
 dr. Borut Šali, psiholog
 Aleksandra Škulj, šolska zdravnica
 Franci Štrus, psihiater
 Franc Tihole, pediater
 Franc Udovč, pediater
 Štefka Vandot, pediaterinja
 Danica Zabukovec, šolska zdravnica
 Dušan Žagar, psihiater
 Andrej Žižmond, psiholog
 Katarina Marn, pedopsihiatrinja
 Nadja Hriberšek, pedopsihiatrinja

60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju
Zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra

Izdal: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
Za izdajatelja: Zoran Pavlovič
Urednik: Zoran Pavlovič
Lektoriranje: Danila Bartol
Oblikovanje: Eda Pavletič
Tisk: Tiskarna Januš
Ljubljana, marec 2015

Izdajo zbornika je finančno podprla mestna občina Ljubljana.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.472.4-053.2(082)

ZBORNİK strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra : 60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju / [urednik Zoran Pavlovič]. - Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2015

ISBN 978-961-93422-1-3
1. Pavlovič, Zoran, 1955-
278688768

29 EUR
ISBN 978-961-93422-1-3



9 789619 342213