

Zbornik
ob 70. obletnici
Svetovalnega centra
za otroke, mladostnike
in starše Ljubljana

Iz 70 let izkušenj črpamo za izzive odraščanja danes in jutri

Uredili Tanja Černe in Mateja Hudoklin



Zbornik
ob 70. obletnici
Svetovalnega centra
za otroke, mladostnike
in starše Ljubljana

Iz 70 let izkušenj črpamo za izzive odraščanja danes in jutri

Uredili Tanja Černe in Mateja Hudoklin



Zbornik ob 70. obletnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Izdal: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Za izdajatelja: dr. Mateja Hudoklin

Uredili: dr. Tanja Černe in dr. Mateja Hudoklin

Avtorji: Irena Andolšek, mag. Jasna Božič, dr. Bojana Caf, Mojca Čeh, dr. Tanja Černe, Tina Djekić, Herta Filipčić Stojanović, dr. Mateja Hudoklin, Zala Hudoklin, dr. Marko Kalan, Vesna Lenart, Katarina Ogrin, Nataša Mihevc, mag. Leonida Rotvejn Pajič, Katja Stres Kaučič, Julia Tomšič Ivie

Strokovni pregled: dr. Tanja Černe in dr. Mateja Hudoklin

Jezikovni pregled: prof. dr. Tomaž Petek

Oblikovanje in prelom: Eda Pavletič

Tisk: Tiskarna Januš

Naklada: 500 izvodov

Ljubljana, november 2025

Publikacija ni za prodajo.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.922.7/.8(091)(082)

159.913:316.472.42(091)(082)

SVETOVALNI center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Zbornik ob 70. obletnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana : iz 70 let izkušenj črpamo za izzive odraščanja danes in jutri / [uredili Tanja Černe in Mateja Hudoklin ; avtorji Irena Andolšek ... et al.]. - Ljubljana : Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2025

ISBN 978-961-7119-16-9

COBISS.SI-ID 254393859



Kazalo vsebine

Dr. Tanja Černe, Dr. Mateja Hudoklin · Uvodnik	8
Teoretični prispevki	11
Dr. Mateja Hudoklin · Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana v obdobju med letoma 2015 in 2025	12
Mojca Čeh · Analiza strokovne obravnave otrok in mladostnikov v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana	28
Zala Hudoklin · Družinski dejavniki, ki so povezani s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov	50
Nataša Mihevc · Z otroki in mladostniki v vrtincu ločitve njihovih staršev	70
Tina Djekić, Katarina Ogrin · Od biovedenjske sinhronizacije do simbolne refleksije – razvoj čustvene regulacije in mentalizacije v luči sodobnih nevroznanstvenih spoznanj	91
Katja Stres Kaučič, Vesna Lenart · Diagnostika motnje avtističnega spektra skozi čas	113
Mag. Jasna Božič, Herta Filipič Stojanović · Razvojna jezikovna motnja in duševno zdravje	131
Dr. Marko Kalan · Kako prepoznati in zmanjševati matematično anksioznost	160
Analize in prikazi skupinskega dela	178
Irena Andolšek · Moč skupine pri učenju socialnih veščin	179
Julia Tomšič Ivie, Irena Andolšek · Psihosocialni vidiki razvijanja socialnih veščin – prikaz terapevtske skupine za učenje socialnih veščin pri otrocih .	201
Dr. Bojana Caf, mag. Leonida Rotvejn Pajič · Podpornoedukativna skupina za starše otrok z ADHD.	229
Dr. Tanja Černe · Samoregulacijsko učenje učencev s specifičnimi učnimi težavami in sopojavnimi motnjami – evalvacija desetletnega strokovnega specialnopedagoškega delovanja	249
Dr. Tanja Černe · Obravnava otrok ali mladostnikov z disleksijo, disortografijo in disgrafijo – evalvacija desetletnega strokovnega specialnopedagoškega delovanja	266
Priloge	286
Zaposleni in sodelavci SCOMS v obdobju od 2015 do 2025	287
Seznam publikacij	291

Spoštovani bralci, sodelavci in prijatelji naše ustanove!

Ob 70. obletnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) s ponosom ugotavljamo, da naše temeljno poslanstvo ostaja enako, kot je bilo ob ustanovitvi, tj. skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki temelji na timskem multidisciplinarnem strokovnem delu in na z dokazi podprtih strokovnih smernicah.

V zadnjih desetletjih namreč opažamo naraščanje potreb po obravnavah otrok in mladostnikov s kompleksnimi nevrorazvojnimi motnjami ter sopojavnimi motnjami, kar lahko zagotavljamo z vizijo SCOMS, torej s spoštovanjem, sodelovalno naravnostjo, skrbjo za zdrav življenjski slog, z upoštevanjem strokovnih smernic in z na dokazih podprtimi strokovnimi pristopi, vlaganjem v razvoj novih pristopov pomoči v Sloveniji, s povezovanjem z vsemi sogovorniki v Sloveniji in v tujini ter stalnim strokovnim izpopolnjevanjem.

Strategije uresničevanja naše vizije in poslanstva vključujejo: diagnostično in terapevtsko delo, usmerjeno v otroka, mladostnika in v družino, pa tudi promocijo duševnega zdravja, preventivne dejavnosti, razvojno-raziskovalne dejavnosti, prostovoljstvo in skupnostno delo pa tudi izobraževanja in usposabljanja vzgojiteljev, učiteljev in druge zainteresirane strokovne javnosti, čemur sta namenjena tudi strokovni posvet z naslovom Iz 70 let izkušenj črpamo za izzive odraščanja danes in jutri, ter ta zbornik.

V zborniku predstavljamo prispevke, ki združujejo znanje, izkušnje in razmišljanja naših strokovnjakov, ki aktivno delujejo na področju skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov. V njem predstavljamo pregled dosedanjega dela, nekatere empirične in teoretične vsebine ter nekatere analize in prikaze skupinskega dela v SCOMS, ki predstavljajo pomembno dopolnilo individualni svetovalni, korektivni in terapevtski obravnavi ter so namenjene otrokom pa tudi mladostnikom in njihovim staršem. Zbornik ima osnovni namen seznanjanja strokovne javnosti s področjem varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov, s predstavitev nekaterih pomembnih tem, ki s

katerimi se ukvarjamo v vsakodnevni strokovni obravnavi otrok in mladostnikov ter njihovih staršev. Predstavili smo temo družinskih dejavnikov, ki so povezani s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov, temo z otrokom in mladostnikom v vrtincu ločitve njihovih staršev v luči systemskega pristopa, temo od biovedenjske sinhronizacije do simbolne refleksije, s poudarkom na sodobnih nevroznanstvenih ugotovitvah, temo o diagnostiki motnje avtističnega spektra skozi čas, temo o prepoznavanju in zmanjševanju matematične anksioznosti, evalvacijo izvedbe podpornoedukativne skupine za starše otrok z ADHD, evalvacijo desetletnega strokovnega specialnopedagoškega delovanja na področju samoregulacijskega učenja učencev – mlajših mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami in sopojavnimi motnjami, evalvacijo desetletnega specialnopedagoškega delovanja na področju obravnave disleksije, disortografije in disgrafije, temo o razvojno-jezikovni motnji in duševnem zdravju ter analizo vključenih podatkov mladostnikov, temo o moči terapevtske skupine pri učenju socialnih veščin in temo o psihosocialnih vidikih razvijanja socialnih veščin. Objavili smo analizo strokovne obravnave otrok in mladostnikov v SCOMS, ki poudari pomen vplivov družinskega okolja in sodelovanja z zunanjimi ustanovami ter pomen povezane mreže strokovnjakov pri varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Potrjuje se ugotovitev, da je poleg izvedbe individualnih ter skupinskih oblik svetovalne in korektivne obravnave intervencije v prihodnje smiselno intenzivneje usmeriti tudi v podporo delovanju družine kot celote, predvsem pa v področji čustvene vključenosti in prevzemanja družinskih vlog, saj pomoč družini ustvarja optimalnejše okolje za zdrav posameznikov razvoj.

Predstavili smo nekatere statistične pokazatelje obravnavane populacije otrok in mladostnikov, ki nudijo vpogled v delovanje ustanove, hkrati pa nudijo podlago za današnjo in prihodnjo usmeritev delovanja za danes in v prihodnje.

Pomemben vidik osredinjanja na proces profesionalnega razvoja, s poudarkom na proaktivni strokovni samorefleksiji, je omenjen v dveh prispevkih. V prispevku z naslovom Z otroki in mladostniki v

virtincu ločitve njihovih staršev je poudarjeno, da se ob obravnavi otrok v virtincu konfliktov med starši lahko najdemo tudi strokovnjaki, ki se pri tem srečujemo s številnimi izzivi, z dilemami in nalogaми, ki so zahtevne ne le strokovno, ampak tudi čustveno, zato je sistemsko znanje za strokovnjake še posebej dragoceno. V prispevku z naslovom Od biovedenjske sinhronizacije do simbolne refleksije: razvoj čustvene regulacije in mentalizacije v luči sodobnih nevroznanstvenih spoznanj sta poudarjena pomen telesne sinhronizacije in interoceptije ter zagotavljanje predvidljivosti, kar ustvarja pogoje za ustrezno reflektirano strokovno delovanje ter prek koregulacijskih procesov podpira razvoj samoregulacije pri vključenih otrocih, mladostnikih in starših, posledično pa krepi področja učne in vedenjske samoregulacije.

Z bralci zbornika in udeleženci strokovnega posveta se veselimo obletnice ter spoštujemo dozrajšnjo prehojeno pot. Želimo si, da bi ta zbornik odstrl nekatera področja našega delovanja ter spodbudil k razumevanju in podpori raznolike populacije otrok in mladostnikov s tveganji za težave v razvoju in prepoznanimi motnjami, z namenom njihovega opolnomočenja in razbremenitve, krepite njihovih izobraževalnih in drugih življenjskih priložnosti ter ustrezne podpore in krepite kompetence in avtonomije njihovih staršev pa tudi družin.

Tako zbornik ni samo pregled preteklega dela, ampak predstavlja tudi pogled, usmerjen v prihodnost – prehojena pot in refleksija opravljenega dela tlakujeta naše delo v prihodnje. Navsezadnje pa je to tudi priložnost, da se otrokom, mladostnikom in njihovim družinam zahvalimo, da nam vsak dan znova zaupajo in s tem soustvarjajo našo zgodbo. S strokovnimi kolegi pa zaznamujemo skupno prizadevanje, da duševno zdravje ostaja ena izmed pomembnih vrednot današnje družbe.

Urednici: dr. Tanja Černe in dr. Mateja Hudoklin

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana v obdobju med letoma 2015 in 2025

Dr. Mateja Hudoklin, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., direktorica

12

Povzetek

Prispevek predstavlja razvoj Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana v obdobju med letoma 2015 in 2025. Predstavljeni so temeljni delovanja ustanove od ustanovitve naprej. Multidisciplinarni timski pristop je še vedno najučinkovitejši pristop pomoči na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter predstavlja osrednji način delovanja SCOMS. Zadnjih 20 let je dejavnost ustanove osredinjena na ambulantno delo (diagnostično in svetovalno-terapevtsko), ki pa se dopolnjuje z razvojno-raziskovalno, izobraževalno, s publicistično in skupnostno dejavnostjo. Predstavljeni so nekateri statistični pokazatelji obravnavane populacije otrok in mladostnikov, ki nudijo vpogled v delovanje ustanove, hkrati pa nudijo podlago za današnjo in prihodnjo usmeritev delovanja za danes in v prihodnje.

Ključne besede: varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov, multidisciplinaren timski pristop, ambulantna dejavnost

Abstract

The paper presents the development of the Counselling Centre for Children, Adolescents and Parents Ljubljana during the period between 2015 and 2025. It outlines the foundations of the institution's functioning since its establishment. The multidisciplinary team approach remains the most effective method of providing support in the field of mental health of children and adolescents and represents the central form of functioning at SCOMS. Over the past 20 years, the Centre's activities have been primarily focused on outpatient work (diagnostic and counselling-therapeutic), which is complemented by developmental and research work, educational, publishing, and community activities. The paper presents selected statistical indicators related to the population of children and adolescents treated at the Centre, offering insight into its functioning while also providing a basis for future developmental directions.

Keywords: mental health promotion of children and adolescents, multidisciplinary team approach, outpatient services

13

Uvod

Ob zadnji okrogli obletnici je v zborniku prispevkov, pripravljenem ob tej priložnosti, takratni direktor dr. Zoran Pavlovič zapisal, da je obletnica vedno priložnost za refleksijo in inventuro (Pavlovič, 2015). Zadnje zaznamovanje svojega dela smo opravili pred 10 leti, zato je čas, da ponovno pregledamo, razmislimo in opravimo inventuro. Desetletje je bilo z vidika sprememb in dogajanja v širši družbi intenzivno. Pri tem imam v mislih predvsem obdobje pandemije koronavirusa, ki je za dobri dve leti izrazilo spremenila naš način dela, prinesla nove okoliščine (tveganja), ki so terjale zelo hitre odločitve in velike spremembe v načinu dela. Te so prinesle tudi spremembe v vsakdanjem življenju in na splošno med otroki, mladostniki in njihovimi družinami, spremembe v duševnem zdravju, spremenile so se nekatere razmere v celotni družbi (Zupančič Mali idr., 2024).

V zadnjem desetletju smo s sodelovanjem celotnega kolektiva svoje delovanje osmislili in zgoščeno oblikovali v poslanstvu, ki ga predstavlja skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Ta temelji na timskem multidisciplinarnem strokovnem delu in z dokazi podprtimi strokovnimi smernicami. Osnovne vrednote Svetovalnega centra smo prepoznali v zavezanosti in odzivnosti koristim otrok, mladostnikov in njihovih staršev, zavezanosti strokovnosti, strokovni avtonomiji, sodelovanju in spoštovanju. Zavezanost poslanstvu in svojim vrednotam uresničujemo skozi diagnostično in terapevtsko delo, usmerjeno v otroka, mladostnika in družino, promocijo duševnega zdravja, preventivne dejavnosti, razvojno-raziskovalne dejavnosti, prostovoljstvo in skupnostno delo ter izobraževanja in usposabljanja vzgojiteljev, učiteljev in druge zainteresirane strokovne javnosti.

Čeprav imamo večkrat občutek, da so današnji čas in družba precej drugačni, kot so bili 70 let nazaj (kar seveda tudi drži), pa nam pretekle izkušnje in znanje predstavljajo temelje, na katerih je današnja ustanova zrastle, kar velja za vse vidike delovanja. Zato je nujno, da ob zaznamovanju obletnice današnje delovanje povežemo s preteklimi izkušnjami in z znanjem, kar ponuja odgovor tudi na izzive današnjega časa.

Temelji našega delovanja segajo 70 let nazaj

Leta 1955 je v Ljubljani začela delovati Vzgojna posvetovalnica, ki je bila druga tovrstna ustanova v Sloveniji, njen pobudnik in prvi direktor pa je bil Marjan Matko. Ustanoviteljica je bila takratna Mestna občina Ljubljana. Psiholog Marjan Matko je s svojim ambicioznim in z vizionarskim pristopom leta 1951 postavil najprej temelje razvoja šolske svetovalne službe, leta 1952 je v Mariboru ustanovil prvo Vzgojno posvetovalnico, potem pa je tri leta pozneje sledila Vzgojna posvetovalnica v Ljubljani. Tovrstne ustanove so se v tem obdobju pojavljale v ZDA, Veliki Britaniji in v Nemčiji, namenjene pa so bile otrokom s težavami na vedenjskem, čustvenem ali na

storilnostnem področju; prednost so dajale timske delu. Tako je po tem zgledu tudi Vzgojna posvetovalnica v ambulantly obravnavo uvedla kompleksen timski model obravnave otrok s psihosocialnimi težavami (Slodnjak, 2015). Kot pomembne udeležence v tem procesu so od vsega začetka vključevali tudi starše, vzgojitelje in učitelje. 70. leta prejšnjega stoletja so bila časa, ko se je začela postopoma bolj sistematično vzpostavljati skrb za duševno zdravje otrok v obliki duševno-zdravstvenih dejavnosti po različnih zdravstvenih domovih, zavodih in bolnišnicah, po šolah so se širile svetovalne službe, vključno s svetovalnimi centri v Mariboru, Ljubljani, Novem mestu in pozneje tudi v Kopru.

Ob razmišljanju o začetkih delovanja Svetovalnega centra Ljubljana (takratne Vzgojne posvetovalnice) ne moremo mimo nekaterih imen strokovnjakov, ki so poleg Marjana Matka krojili začetke pa tudi oblikovanje ustanove in pomembno opredelili njen značaj, ki v našem delu danes še vedno živi. Helena Puhar, vzgojna svetovalka in socialna delavka, pozneje tudi direktorica, je postavila temelje svetovalnemu razgovoru. V ospredje je med drugim postavljala nedirektiven, na klienta usmerjen pristop, empatijo in vzgojno usmerjanje. Med letoma 1964 in 1973 je Svetovalni center vodil psiholog dr. Zoran Jelenc in v tem obdobju se je izoblikoval koncept dejavnosti, ki jo je izvajal multidisciplinarni tim. V Svetovalnem centru so se odvijala redna študijska srečanja, s pomočjo katerih se je razvijalo strokovno znanje v sodelovanju s strokovnjaki iz drugih ustanov. Leta 1974 se je Vzgojna svetovalnica preimenovala v Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. Leta 1978 je vodenje ustanove prevzela dr. Anica Mikuš Kos, specialistka psihiatrije in pediatrije, ki je utrdila pomembno prepletanje klinične prakse in skupnostnega dela, ob poudarjanju socialne odgovornosti stroke in strokovnjakov (Slodnjak, 2015). Pozornost je bila usmerjena v delo z begunci in razvijanje metod delov pomoči otrokom, ki jih specialistične službe ne dosežejo.

S spoštovanjem se spominjamo tudi vseh drugih direktorjev, ki so oblikovali strokovno podobo Svetovalnega centra, tj. Azre Kristančič, Marje Strojina, Maje Glonar Vodopivec, dr. Marije Kavkler, Žarke Brišar

Slana in dr. Zorana Pavlovića. Vsi so pomembno prispevali ne samo k razvoju našega centra kot ustanove, ampak tudi k razvoju modela delovanja, razumevanju duševnega zdravja v okviru strokovne in različne javnosti, razvijanju diagnostičnih in terapevtskih pristopov ter k prenašanju znanja v slovenski in mednarodni prostor – vsekakor je njihov prispevek pomemben gradnik strokovne sedanjosti Svetovalnega centra samega in širše.

Dejavnost Svetovalnega centra danes večinoma financirata Mestna občina Ljubljana kot ustanoviteljica in Zdravstvena zavarovalnica Slovenije, v manjši meri pa sredstva pridobivamo prek različnih projektov.

Kadrovska zasedba se krepi

Multidisciplinarni tim skupaj s podpornimi službami (administracija in vzdrževanje) danes obsega 35 zaposlenih, od tega je 27 strokovnih delavcev. Pregled kadrovske zasedbe kaže sorazmerno stabilnost tima od leta 1985 naprej, v zadnjem desetletju pa je prišlo do okrepitve števila kliničnih psihologov, specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, specialnih pedagogov¹ in administracije (preglednica 1). Ustrezna kadrovska politika skozi celotno delovanje je s preudarnim vlaganjem in z vzgajanjem lastnih kadrov zagotovila kontinuiteto timskega dela danes in jo s tem zagotavlja tudi v prihodnje.

Primerjava današnje kadrovske zasedbe kaže na sorazmerno stabilen multidisciplinaren tim glede na zastopanost strokovnih profilov v timu. Poslabšanje razmer na področju duševnega zdravja slovenskih otrok in mladostnikov v zadnjih 20 letih (Jeriček Klanšček idr., 2018; Jeriček Klanšček idr., 2014; Zupančič Mali idr., 2024) pomeni hkrati večje povpraševanje po pomoči; posledično poskuša Svetovalni center slediti tudi povečanim potrebam na tem področju. Čeprav je bilo v zadnjih petih letih na nacionalni ravni ustanovljenih 22 novih centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) (NIJZ, 2025) v okviru večjih zdravstvenih domov po vsej Sloveniji, za

zdaj tudi to povečanje števila ustanov s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov v javni zdravstveni mreži ne zadosti vsem potrebam, ki se v slovenski družbi na tem področju pojavljajo. Za zdaj se takšna širitev mreže pomoči še ne pozna pri našem delu z vidika povpraševanja po naših storitvah, čakalnih vrst in čakalnih dob.

Preglednica 1

Razvoj tima glede na kadrovsko zasedbo

Sestava strokovnega tima								
	1955	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2025
Psiholog	1	2	9	4	4	6	6	5
Klinični psiholog				7	6	4	4	9
Socialni delavec		1	2	2	2	2	2	2
Specialni pedagog		1*	2	3	3	3	4	6
Specialist otr. in mlad. psihiatrije		1*	1	2	2	2	2	3
Pedagog	1	2	1	1	1	1	1	1
Logoped			1*	1	1	1	1	1
Gibalni terapevt			1*					
Pediater		1	1*	1*	1*			
Direktor	1	1	1	1	1	1	1	1
Tajnik			1	1	1	1	1	1
Administrator	1*	2	3	3	3	3	3	4
Hišnik				1	1	1	1	1
Čistilka			1	1	1	1	1	1

* Honorarno zaposleni sodelavci

** Podatki za obdobje 1955–2015 so povzeti po Slodnjak (2015).

Ambulantna dejavnost

Individualno delo v ambulantni obliki še vedno predstavlja prevladujočo obliko ambulantnega dela, v manjši meri pa je prisotno delo v skupinah. V nadaljevanju je predstavljeno delovanje Svetovalnega centra skozi nekatere statistike, ki nam prikazujejo eno izmed različnih strani našega delovanja.

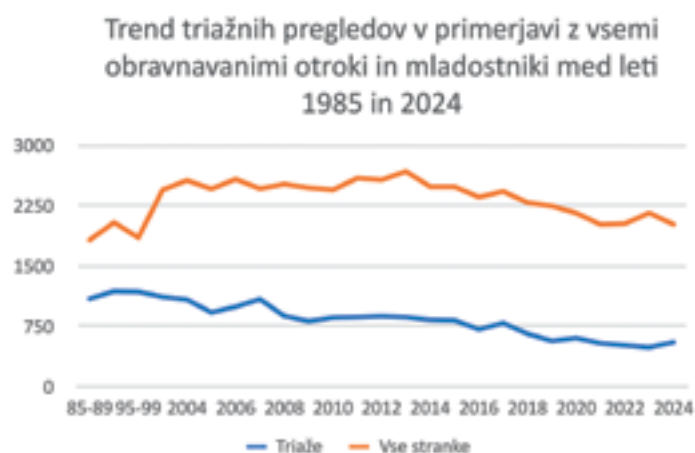
¹ Z namenom racionalizacije besedila uporabljamo v zborniku moško obliko samostalnika za poimenovanje različnih strokovnjakov.

Obravnavani otroci in mladostniki

V obdobju od leta 2015 do leta 2025 je bilo v Svetovalnem centru prvič obravnavanih skupno 6.715 otrok in mladostnikov, kar pomeni povprečno 618 letno; pri tem je bilo povprečno vsako leto v zadnjem desetletju obravnavanih 2.217 otrok in mladostnikov (slika 1, slika 2).

Slika 1

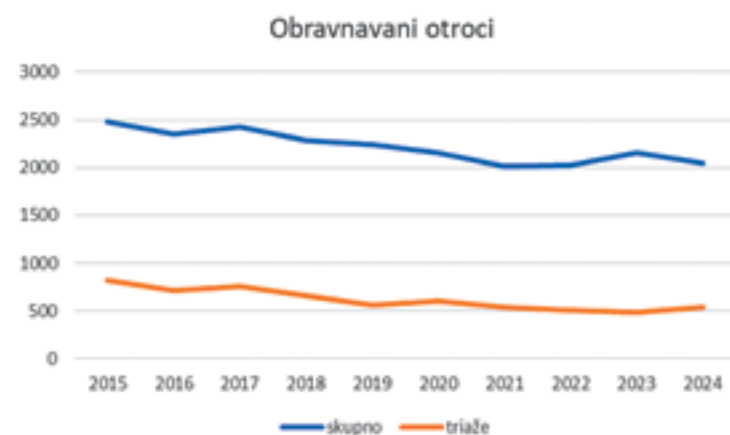
Trend triažnih pregledov in vseh strank od leta 1985 naprej



18

Slika 2

Trend triažnih pregledov in vseh strank med letoma 2015 in 2024



Spremljanje števila obravnavanih otrok v Svetovalnem centru kaže na trend upadanja skupnega števila obravnavanih otrok in mladostnikov pa števila otrok in mladostnikov, ki poiščejo pomoč v svetovalnem centru prvič – kljub povečevanju strokovnega tima. Gre za trend, ki je prisoten v delovanju svetovalnega centra vse od leta 2000 (Slodnjak, 2015), povezan pa je tudi s številom obravnav, ki jih je otrok deležen v enem letu. Število obravnav na otroka ali mladostnika narašča; pomemben skok je bil opazen med pandemijo koronavirusa, po pandemiji je bilo zaznati rahel upad, še vedno pa je prisoten trend naraščanja. Obseg vseh obravnav v zadnjih letih ostaja na približno isti ravni. Kompleksnost težav, zaradi katerih družine iščejo pomoč, se povečuje, obravnave tečejo več let, med čakanjem na obravnavo je tveganje za poglobljanje težav povečano (če ne najdejo pomoči kje drugje) – to so samo nekateri razlogi, zaradi katerih ostajajo otroci in mladostniki v intenzivnejši timski obravnavi dlje časa. Trend povprečnega števila obravnav na otroka ali mladostnika in število vseh obravnav v zadnjih 10 letih sta podrobneje predstavljena na slikah v nadaljevanju (slika 3, slika 4).

19

Slika 3

Povprečno število obravnav na posameznega otroka ali mladostnika od leta 2011 do leta 2024



Glede na starost obravnavanih otrok in mladostnikov v zadnjem desetletju podatki ne kažejo velikih sprememb. Prevladujejo osnovnošolski otroci, ki predstavljajo tri četrtine vseh obravnavanih otrok. Sledijo jim srednješolci, pri katerih pa je opazen rahel trend naraščanja; rahlo zmanjševanje je opazno tudi pri osnovnošolski populaciji

(slika 5). Predšolskih otrok in študentske populacije je pri nas v obravnavi zanemarljivo malo – pri teh starostih so pomoči lahko deležni mlajši v centrih za zgodnjo obravnavo in študentje v ambulantah za odrasle.

Glede na spol se je razmerje med obravnavanimi dečki in deklicami s 3 : 1 prevesilo v 3 : 2; predvsem se v zadnjih letih povečuje predvsem delež deklet (mladostnic), ki iščejo pomoč (slika 6).

Slika 4

Število vseh obravnav na letni ravni za obdobje od leta 2015 do leta 2024



Slika 5

Starost otrok v obravnavi (v %) v obdobju 2015–2024



Slika 6

Spol otrok v obravnavi (v %) v obdobju 2015–2024



Slika 7

Občina prebivanja obravnavanih otrok



V Svetovalnem centru tudi spremljamo, od kod vse prihajajo k nam otroci in mladostniki; predvsem spremljamo delež otrok, ki stanujejo na ljubljanskem območju, in delež otrok, ki prihajajo od drugod. Delež otrok in mladostnikov, ki prihajajo z območja MOL-a, počasi narašča (slika 7), kar posredno lahko nakazuje, da se že kažejo učinki vzpostavitve mreže CDZOM po Sloveniji ter da imajo otroci in mladostniki dostopnejšo pomoč v lokalnem okolju. Po drugi strani pa povečevanje otrok iz ljubljanskega okolja in vztrajanje čakalnih

vrst lahko potrjujeta ugotovitve, da se prisotnost težav v duševnem zdravju povečuje.

Podrobneje o ambulantnem delu ter značilnosti populacije in pomoči, ki jo prejemajo otroci in mladostniki, je predstavljeno v nekaterih drugih prispevkih v tem zborniku.

Razvojno-raziskovalna dejavnost

V Svetovalnem centru deluje raziskovalna skupina, poimenovana Varovanje in promocija duševnega zdravja in učne kompetentnosti otrok in mladostnikov, ki vključuje 11 aktivnih raziskovalcev. V zadnjem desetletju je bilo naše raziskovalno-razvojno delo sorazmerno obsežno; govori o angažiranosti, predanosti in o motiviranosti zaposlenih strokovnjakov. Namreč, vsi, ki delujemo tudi kot raziskovalci, v večini opravljamo drugo delo, predvsem ambulantno. Vseeno pa prepoznavamo tudi pomen razvojno-raziskovalnih vidikov svojega dela kot sestavni del razvijanja stroke na osebni ravni ter na ravni strokovne in znanstvene skupnosti. V zadnjem desetletju so bili v teku razvojno-raziskovalni projekti, ki so se nanašali na preučevanje problemov diferencialne diagnostike, preverjanje novih terapevtskih pristopov in na premagovanje sistemskih ovir pri nekaterih ključnih problemih šolanja in psihosocialnega prilagajanja otrok in mladostnikov, s katerimi se srečujemo v svetovalnem centru. Projekti so se nanašali na ugotavljanje tveganja za nasilno vedenje pri mladostnikih, raziskovanje socialnega vključevanja otrok s posebnimi potrebami, preučevanje učnih težav na področju matematike, matematične anksioznosti, učne motivacije in metakognicije, odklanjanja šole, razvijanje in trening izvršilnih funkcij pri učencih s specifičnimi učnimi težavami, razvijanje pripomočkov za evidenco in evalvacijo ambulantnega dela, preučevanje dejavnikov uspešnega izida pri osebah s specifičnimi učnimi težavami (SUT), probleme nadarjenih otrok in mladostnikov v povezavi s SUT, kognitivne in psihosocialne profile učencev s SUT, evalvacijo dodatne strokovne pomoči, evalvacijo skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov v šolah, vpliv epidemije covid-19 na učenje in psihosocialno funkcio-

niranje otrok, razvijanje modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter preprečevanje vedenjskih in čustvenih motenj s treningi za starše (Poslovno poročilo, 2015, 2016, 2017, 2018; Letno poročilo, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024).

Poleg omenjenega so potekale tudi aktivnosti za izdelavo programskih osnov za evalvacijo ambulantnih in skupinskih obravnav svetovalnem centru, validacijske in klinične raziskave ocenjevalnih instrumentov za anksiozne motnje pri otrocih in mladostnikih. Sodelovali smo pri vpeljavi programa za starše Neverjetna leta v slovenski prostor in ga izvajamo tudi v okviru naše ustanove.

V letu 2020 smo začeli uvajanje programa »Cool Kids – programa premagovanja anksioznosti za otroke in mladostnike« v slovenski prostor in do danes s pomočjo financiranja Ministrstva za zdravje in Evropske unije – nextGeneration EU (Načrt za okrevanje in odpornost) program implementiramo po vsej Sloveniji.

Naš prispevek na strokovnem in znanstvenem področju vsa desetletja delovanja centra ostaja del modela učinkovitega delovanja tovrstne ustanove.

Izobraževalna dejavnost

Področje izobraževanja je v zadnjem desetletju sledilo rdeči niti izobraževanja in usposabljanja preteklih desetletij; usmerjeno je bilo v podporo na eni strani staršem, na drugi strani pa zaposlenim, pedagoškim delavcem in drugim strokovnjakom v praksi. V izobraževanje so vključeni tudi prihodnji prostovoljci – študentje. Vsako leto oblikujemo izobraževalni program, ki vključuje krajše in daljše oblike izobraževanja in interni študij za zaposlene. Če je bilo v preteklih desetletjih več izobraževanj izvedenih po šolah, pa se v tem desetletju večino izobraževanj in usposabljanj izvaja v centru, redkeje gredo zaposleni na teren. Verjetno je bil vzrok za to spremembo vedno večji poudarek na ambulantnem delu, kar posledično omeji tudi razpoložljiv čas za izvedbo predavanj in delavnic zunaj hiše. V zadnjem desetletju so predavanja in delavnice obsegali različne

oblike supervizije za strokovne oz. pedagoške delavce, diagnostično ocenjevanje in korekcijo specifičnih učnih težav, vodenje majhnih skupin za učenje socialnih veščin, prepoznavanje in premagovanje čustvenih (anksioznih, depresivnih) težav v šoli, učno motivacijo in metakognicijo, samoregulacijsko učenje, izvršilno funkcioniranje učencev, delo z otroci z MAS in ADHD. Nekatere izmed teh vsebin so bile izvedene tudi za starše.

V luči izobraževanja zaposlenih smo aktivno udeleženi v izobraževanju doma in v tujini, vključno s sodelovanjem na različnih znanstvenih in strokovnih konferencah, simpozijih in seminarjih. V tem desetletju smo pridobili pet novih doktorjev znanosti ter šest specialistov klinične psihologije in specialistko klinične logopedije.

Prostovoljstvo

Spodbujanje prostovoljstva predstavlja eno izmed rdečih niti naše ustanove že desetletja. Vsako leto se na naše povabilo odzovejo študentje različnih študijskih programov in po uvodnem izobraževanju odhajajo enkrat tedensko k družinam otrok, ki so pri nas obravnavani. Število prostovoljk in prostovoljcev je v zadnjem desetletju upadlo; socialni delavki, ki skrbita za mrežo prostovoljcev tudi z mentoriranjem, vsako leto vlagata veliko časa in truda v pridobivanje novih študentov.

Slika 8

Prikaz števila prostovoljcev v obdobju od leta 2015 do leta 2025



Študijski programi in posledično časovne obremenitve so današnjim študentom v primerjavi s študenti izpred 20 ali 30 let v smeri večje obremenjenosti; glede na naše izkušnje je zato organizacija prostovoljstva nekoliko otežena, ker si študentje v nekaterih programih težko privoščijo celotno popoldne za prostovoljsko dejavnost. Vseeno mrežo prostovoljcev vzdržujemo in skupaj z različnimi fakultetami iščemo načine reševanja opisanega izziva. Gibanje števila prostovoljcev skozi zadnje desetletje je predstavljeno na sliki 8.

Publicistična dejavnost

Ob vsem že opisanemu delu svojo dejavnost dopolnjujemo tudi z izdanimi publikacijami ter zloženkami za otroke, mladostnike, starše in strokovne delavce. V zadnjih 10 letih je bilo izdanih 41 različnih publikacij, med njimi dve znanstveni monografiji, 15 strokovnih monografij in 11 priročnikov s področij učnih težav, anksioznosti pri otrocih, ADHD in terapevtskih pristopov.

Zaključek

Vizija našega delovanja je, da želimo na področju varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov udeležati strokovno odličnost ter zavezanost dobrobiti otrok, mladostnikov in njihovih družin. Pri doseganju te vizije prepoznavamo kot izjemno pomembne dobre medosebne odnose v timu, spoštovanje in sodelovalno naravnost. Tako skladno s strokovnimi smernicami in z dokazi podprtimi strokovnimi pristopi podpiramo duševno zdravje otrok in mladostnikov, vlagamo v razvoj novih pristopov pomoči v Sloveniji, se povezujemo z vsemi sogovorniki v Sloveniji in v tujini ter s tem nudimo kakovostno pomoč otrokom in mladostnikom, hkrati pa podpiramo strokovni razvoj in dobrobit vseh zaposlenih. Tako smo ubesedili svojo vizijo, ki smo ji sledili zadnjih 10 let in ki je temelj našega dela tudi v prihodnje. Pregled delovanja, opisanega v tem prispevku, opisuje uresničevanje naše vizije in predstavlja evalvacijo narejenega, hkrati pa podlago za načrtovanje dejavnosti v prihodnje – skladno z našo vizijo in našim poslanstvom.

Literatura

Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., in Hočevar Grom, A., (ur.) (2018). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji [Mental Health of Children and Adolescents in Slovenia]*. NIJZ. <https://nijz.si/publikacije/dusevno-zdravje-otrok-in-mladostnikov-v-sloveniji/>

Jeriček Klanšček, H., Žiberna, J., Korošec, A., Zurc, J., in Albreht, T. (2014). Mental health inequalities in Slovenian 15-year-old adolescents explained by personal social position and family socioeconomic status. *International Journal for Equity in Health*, 13(26). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-26>

Letno poročilo za leto 2020 [Annual Report for 2020] (2021). Interno gradivo [Internal material]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Letno poročilo za leto 2021 [Annual Report for 2021] (2022). Interno gradivo. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Letno poročilo za leto 2022. [Annual Report for 2022] (2023). Interno gradivo. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Letno poročilo za leto 2023. [Annual Report for 2023] (2024). Interno gradivo. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Letno poročilo za leto 2024. [Annual Report for 2024] (2025). Interno gradivo. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2025). *Seznam CDZOM [The list of CDZOM's]*. www.nijz.si

Pavlovič, Z. (2015). Beseda urednika [A word from the editor]. V Z. Pavlovič (ur.), *60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju. Zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra [60 Years of Support in Upbringing, Learning, and Growing Up: Proceedings of the Professional Symposium on the 60th Anniversary of the Counselling Centre]*. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Poslovno poročilo za leto 2015 (2016) [Business Report 2015]. Interno gradivo [Internal material]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Poslovno poročilo za leto 2016 (2017) [Business Report 2016]. Interno gradivo [Internal material]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Poslovno poročilo za leto 2017 (2018) [Business Report 2017]. Interno gradivo [Internal material]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Poslovno poročilo za leto 2018 (2019) [Business Report 2018]. Interno gradivo [Internal material]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Poslovno poročilo za leto 2019 (2020) [Business Report 2019]. Interno gradivo [Internal material]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Slodnjak, V. (2015). Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše [The Counselling Centre for Children, Adolescents and Parents]. V Z. Pavlovič, (ur.), *60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju. Zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra [60 Years of Support in Upbringing, Learning, and Growing Up: Proceedings of the Professional Symposium on the 60th Anniversary of the Counselling Centre]*. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Zupanič Mali, S., Karakatič, S., in Drobnič Radobuljac, M. (2024). A "silent storm": Uncovering the escalating crisis in mental healthcare for children and adolescents in Slovenia during and after the COVID-19 pandemic. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00811-2>

Analiza strokovne obravnave otrok in mladostnikov v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Mojca Čeh, dipl. psih. (UN)

28

Povzetek

Duševno zdravje otrok in mladostnikov je pomembna javnozdravstvena tema, saj napoveduje duševno zdravje v odraslosti, je povezano z doseganjem razvojnih nalog, s šolsko uspešnostjo in z odnosi v družini, hkrati pa se v tem starostnem obdobju povečuje pojavnost duševnih motenj. Uspešna in korektna obravnava je tako ključnega pomena, večina otrok in mladostnikov v Sloveniji pa jo išče v ustanovah javnozdravstvenega sistema. Namen prispevka je bil analizirati strokovno obravnavo otrok in mladostnikov v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana z vidika značilnosti te populacije in značilnosti obravnave, ki so je bili deležni. Vzorec sestavlja 494 otrok in mladostnikov, ki so bili v letu 2022 sprejeti v obravnavo. Strokovnjaki so v letih 2022 in 2024 izpolnili za namen raziskave v dveh delih oblikovan ambulantni vprašalnik z demografskimi, družinskimi in s šolskimi parametri ter parametri tipov in uspešnosti obravnave. Analiza je pokazala, da so najpogostejše težave hiperkinetične motnje, druge anksiozne motnje in pervazivne razvojne motnje, osrednji tipi obravnave pa diagnostična ocena, delo s starši in timski sestanki. Pri večini udeležencev (48 %) je psihosocialno funkcioniranje v dveh letih ostalo stabilno, klinično

stanje pa se izboljša ob vključenosti v diagnostično ocenjevanje ter individualno in starševsko obravnavo. Raziskava potrjuje učinkovitost, relevantnost in multidisciplinarnost obravnave otrok in mladostnikov v SCOMS, kar prispeva k boljšemu razumevanju praks v javnozdravstvenem sistemu in usmerjanju prihodnjega razvoja služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Ključne besede: duševno zdravje otrok in mladostnikov, psihosocialne težave, strokovna obravnava, multidisciplinarnost, učinkovitost obravnave

Abstract

Child and adolescent mental health is an important public health issue, as it predicts mental health in adulthood, is associated with the attainment of developmental tasks, school performance, and family relationships, and coincides with an increasing prevalence of mental disorders in this age group. Effective and appropriate intervention is therefore crucial, with most children and adolescents in Slovenia seeking help within public health institutions. The aim of this article was to analyze the professional treatment of children and adolescents at the Counseling Center for Children, Adolescents and Parents in Ljubljana, focusing on the characteristics of this population and the treatments they received. The sample consisted of 494 children and adolescents admitted to treatment in 2022. For the purposes of the study, professionals completed the two-part Questionnaire for evaluation in 2022 and 2024, which included demographic, family, and school variables, as well as parameters related to treatment type and effectiveness. The analysis showed that the most frequent difficulties were hyperkinetic disorders, other anxiety disorders, and pervasive developmental disorders, while the central forms of treatment were diagnostic assessment, parental counseling, and team meetings. For the majority of participants (48 %), psychosocial functioning was stable over two years, while clinical condition improved with inclusion in diagnostic assessment, individual treatment, and parental involvement. The study confirms

29

the effectiveness, relevance, and multidisciplinary of treatment at SCOMS, contributing to a better understanding of practices within the public health system and to guiding the future development of child and adolescent mental health services.

Keywords: child and adolescent mental health, psychosocial difficulties, professional treatment, multidisciplinary, treatment effectiveness

Uvod

Duševno zdravje otrok in mladostnikov je pomemben napovednik duševnega zdravja v odraslosti (Ravens - Sieberer idr., 2008). Približno tretjina psihosocialnih težav se pojavi že pred 14. letom in polovica pred 18. (Mularney idr., 2021; Solmi idr., 2022). V Evropi ima vsaka peta mlada oseba (v starostni skupini 5–18 let) duševno motnjo (Sacco idr., 2024), v Sloveniji pa je duševno zdravje mladostnikov nekoliko slabše od svetovnega povprečja (NIJZ, 2023). Čeprav večina otrok in mladostnikov nima diagnoze, imajo težave v tem obdobju izrazit vpliv na poznejše zdravje, saj so povezane z večjim tveganjem za ponavljanje motenj, s slabšo prognozo ter s težavami na področjih šolskega uspeha, odnosov, delovanja in javnozdravstvenih izidov (Allegrini idr., 2019; Bitsko idr., 2022; Ogundele, 2018). Zato so zgodnje obravnave in politike, usmerjene v duševno zdravje otrok in mladostnikov, ključnega pomena za preprečevanje motenj in dolgoročno dobrobit.

Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja

Čeprav je psihopatologija v veliki meri dedna (50–60 %) (Allegrini idr., 2019), na duševno zdravje otrok in mladostnikov vpliva še cela vrsta drugih individualnih, socialno-ekonomskih in okoljskih dejavnikov. Več varovalnih dejavnikov zmanjšuje verjetnost težav, več

dejavnikov tveganja pa jo povečuje (Göbel in Cohrdes, 2021; Wille idr., 2008). Med zadnjimi izstopa družinsko okolje: psihopatologija v družini, nasilje, ekonomska prikrajšanost (Franzoi idr., 2024), nestabilnost in spremembe družinske strukture (Göbel in Cohrdes, 2021) ter konflikti (Wille idr., 2008) so med najpomembnejšimi napovedniki težav. Varovalni dejavniki vključujejo: povezanost družine, dobro komunikacijo, podporno starševstvo in ekonomsko stabilnost (Jeriček Klanšček idr., 2018). Pri otrocih, ki izhajajo iz izrazito neurejenih družin, je še posebej pomembno iskanje pomoči v drugih življenjskih okoljih, kot sta vrtec in šola. Predstavljata vir opore ter prostor za zgodnje prepoznavanje tveganj in uvajanje preventivnih intervencij (Carr, 2016; Schulte - Körne, 2016).

Psihosocialne težave in motnje

Psihosocialne težave oziroma motnje so opredeljene kot težave, ki pestijo otroke in mladostnike na področjih osebnega in socialnega funkcioniranja (Shabna idr., 2021). V raziskavi Jeriček Klanšček idr. (2018) avtorji ugotavljajo, da so bili otroci, stari do 5 let, najpogostejše obravnavani zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju, vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo v otroštvu, pa tudi pervazivnih razvojnih motenj in hiperkinetičnih motenj. Otroci med 6. in 14. letom so bili najpogostejše vključeni v obravnave zaradi vedenjskih in čustvenih motenj, specifičnih razvojnih motenj jezika, hiperkinetičnih motenj, učnih težav in tikov, pogosto pa tudi zaradi pervazivnih razvojnih motenj. Mladostniki, stari od 15 do 19 let, so bili najpogostejše obravnavani zaradi odzivov na hud stres, prilagoditvenih motenj, anksioznih motenj, depresivnih epizod, motenj prehranjevanja ter mešanih motenj vedenja in čustvovanja. Pri mlajših in osnovnošolcih so navedene težave pogostejše pri fantih, pri mladostnicah pa prevladujejo čustvene motnje. Navedeni podatki za Slovenijo so sicer popisani za leta med 2008 in 2015 in so zato nekoliko zastareli. Podatki iz leta 2023 (NIJZ, 2023) kažejo na upadanje ocenjenega duševnega blagostanja pri mladostnikih z naraščanjem starosti (od 11. do 15. leta), še posebej med dekleti.

Obravnavava

Carr (2009) navaja, da se psihosocialno funkcioniranje pri približno dveh tretjinah mladih po psihološki obravnavi izboljša, vendar so izidi odvisni od značilnosti otroka, njegovih težav oz. motnje in družinskega okolja. Slabši izidi so pri pervazivnih, kroničnih, kompleksnih in pri komorbidnih motnjah v primerjavi z motnjami ponotranjanja in pozunanjanja, boljši pa pri motnjah, ki se začnejo pri višjih starostih v primerjavi z zgodnejšim začetkom, pri mlajših otrocih z motnjo v primerjavi s starejšimi ter pri deklicah. Uspešnost obravnave je manjša v družinah z duševnimi ali s telesnimi težavami staršev, z nizkim socialno-ekonomskim statusom ali dezorganiziranimi odnosi (Carr, 2009; 2016).

32 **Za uspešno obravnavo je potrebna celostna ocena simptomov, vplivov družine in skrbnikov, socialno-ekonomskega okolja, razvojne stopnje ter fizičnega zdravja otroka. Pristop mora biti večnivojski in multidisciplinaren ter vključevati različne strokovnjake (Ogundele, 2018).**

Če sodeluje več ustanov, so izidi lahko slabši zaradi zahtevnejše koordinacije med strokovnjaki in večje kompleksnosti primerov (Carr, 2016). Za specifične težave so učinkovitejše specifične metode, za težave ponotranjanja individualne, skupinske in družinske modalitete, za težave pozunanjanja, težave v predšolskem obdobju in pervazivne razvojne motnje pa je najprimernejše intenzivno vključevanje družine (prav tam). Obravnavava naj temelji na ustreznih organizacijskih pogojih, strokovnem znanju in na načelu stopenjske obravnave (Kos, 1985). Celostni pristopi združujejo različne oblike intervenc, kot so: kognitivno-vedenjske terapije, vedenjska modifikacija, razvoj socialnih in starševskih veščin ter medikamentozna terapija (Ogundele, 2018), pri čemer je ključno, da so obravnave na dokazih utemeljene in kongruentne z značilnostmi motnje (Lee idr., 2022). NIJZ na podlagi analize duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji kot učinkovite ukrepe predlaga: izobraževanja staršev, strokovnih

delavcev, otrok in mladostnikov, krepitev specifičnih veščin (kot so starševske veščine), trening socialnih in čustvenih veščin, promocijo zdravega življenjskega sloga ter skupnostne programe in medsektorsko sodelovanje (Jeriček Klanšček idr., 2018).

Obravnavava v Sloveniji in Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Otroci, mladostniki in starši pomoč v Sloveniji večinoma iščejo v službah javnozdravstvenega sistema, ki obravnavajo duševno zdravje (Jeriček Klanšček idr., 2018). V Sloveniji načelno prevladujejo institucionalne oblike oskrbe v psihiatričnih bolnišnicah, oskrba v lokalnem okolju pa je precej slabo razvita in finančno podhranjena (Drobnič Radobuljac, 2016; Državni zbor RS, 2018), a se z novim programom duševnega zdravja razvija in širi, predvsem prek ustanavljanja Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov po vsej Sloveniji.

Mreža javnozdravstvenih služb je sestavljena iz služb na primarni in sekundarni ravni. Zadnje obsegajo poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezenskih stanj in izvajanje ambulantne rehabilitacije. S tem se ukvarjajo specialistične psihiatrične in kliničnopsihološke ambulante, psihiatrične bolnišnice ter Svetovalni center za otroke, mladostnike in Ljubljana (SCOMS) (Jeriček Klanšček idr., 2009). Gre za javni zavod zunajbolnišnične obravnave, ki z združevanjem ambulantno-kliničnega pola s preventivnim skupnostnim modelom dela (Mikuš Kos, 1999), šolskim polom in s timskim pristopom opravlja ambulantno diagnostično, svetovalno, korektivno in terapevtsko delo na širokem spektru potreb. V multidisciplinarni pristop so vključeni specialisti klinične psihologije in psihologi ter otroški in mladostniški psihiatri, specialni pedagogi, pedagogi, socialni pedagogi, socialni delavci in logopedi (Jeriček Klanšček idr., 2018, Mikuš Kos, 1999). SCOMS je še posebej usmerjen v področje družine, saj poleg individualne obravnave otrok nudi tudi vrsto družinskih obravnav in pomoči, ter v področje vzgoje in izobraževanja, s katerima redno ohranja stike pri obravnavi ter spodbuja medresorsko sodelovanje in timsko obravnavo.

Analiza strokovne obravnave otrok in mladostnikov s psihosocialnimi težavami

Namen in cilj raziskave

Namen je pregledati in analizirati strokovno obravnavo otrok in mladostnikov s psihosocialnimi težavami v SCOMS v dveh letih od začetka obravnave, njihovo demografsko, družinsko in šolsko ozadje ter njihove težave in diagnoze. Zanima nas, kakšno količino in tip obravnave prejmejo glede na starost, spol in opredeljeno diagnozo, profil vključenih strokovnjakov in zunanjih ustanov ter glede na to, kako se je v dveh letih spremenilo njihovo psihosocialno funkcioniranje in klinično stanje.

Udeleženci

Vzorec sestavlja 508 otrok in mladostnikov, ki so bili v letu 2022 sprejeti v obravnavo v SCOMS. Po prečiščevanju zaradi pomanjkljivosti podatkov končni vzorec vsebuje 494 oseb (preglednica 1). Večina otrok (95 %) je državljanov Republike Slovenije in kot materni jezik govori slovensko (82 %).

Preglednica 1

Opisne statistike za vzorec po starostnih skupinah

Starostna skupina	N	Nm	Nž	Starost (M)	SD	Min	Max
Predšolski otroci	35	21	14	6,4	0,7	3,9	7,9
Osnovnošolci do 12 let	225	142	83	9,9	1,4	6,8	12,0
Osnovnošolci nad 12 let	147	76	71	14,0	1,3	12,0	18,8
Srednješolci	87	28	59	18,0	1,4	15,1	21,0
Skupaj	494	267	227	12,3	3,4	3,9	20,4

Pripomočki

Uporabljena pripomočka sta bila *Ambulantni vprašalnik 2022* in *Ambulantni vprašalnik 2024*. Oblikovana sta bila posebej za raziskavo strokovnega tima SCOMS na podlagi ambulantnega lista iz leta 2012

avtorice Vere Slodnjak (Slodnjak, 2012). Gre za interno, sicer nevalidirano gradivo SCOMS, katerega razvoj sega že desetletja nazaj in se v centru redno uporablja za spremljanje otrok in mladostnikov v obravnavi. *Ambulantni vprašalnik 2022* vsebuje: 1) demografske spremenljivke; 2) družinske spremenljivke; 3) podatke o obravnavi; 4) diagnoze (po večosni klasifikaciji psihosocialnih motenj otrok in mladostnikov) (Mayall idr., 2024); 5) šolske spremenljivke. *Ambulantni vprašalnik 2024* vsebuje: 1) šifro pacienta; 2) podatke o obravnavi; 3) diagnozo; 4) šolske spremenljivke; 5) klinično stanje ob zadnjem pregledu (ocena na lestvici Likertovega tipa: 1 – pomembno slabše kot ob prvem obisku, 5 – pomembno boljše); 6) varovalne dejavnike; 7) dejavnike tveganja v otrokovem življenju. Pripomočka sta enaka v delih, v katerih spremljata diagnoze, oceno psihosocialnega funkcioniranja in področja disfunkcionalnosti, preostali deli pa so primerljivi oziroma se dopolnjujejo.

Postopek

Raziskava je potekala tako, da so strokovnjaki, zaposleni v SCOMS, in nosilci primerov v letu 2023 izpolnili *Ambulantni vprašalnik 2022* za vse otroke, ki so jih v letu 2022 prvič sprejeli v obravnavo. Nato so v letu 2025 za iste otroke in mladostnike na podlagi dokumentacije v sodelovanju s strokovnim timom v obravnavo vključenih strokovnjakov izpolnili *Ambulantni vprašalnik 2024* ter tako zabeležili stanje otroka ali mladostnika dve leti pozneje. *Ambulantni vprašalnik 2022* je bil izpolnjen prek spletne aplikacije 1ka v prvi polovici leta 2023, *Ambulantni vprašalnik 2024* pa v analogni obliki v prvi polovici leta 2025. Podatke iz obeh let se je nato preneslo v digitalno obliko. Obdelani so bili s programom R Studio.

Rezultati in diskusija

Ozadje

V nadaljevanju prikazan del rezultatov analize je del sicer širše analize, ki bo v celoti predstavljena v magistrskem delu avtorice.

92 % otrok se šola redno, 5 % odloženo (v vrtcu in osnovni šoli). V letu 2022 je bilo usmerjenih 22 % otrok, od tega največ v osnovni šoli. Največ otrok, ki so prejeli odločbo o usmeritvi, je usmerjenih v izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo ter prilagojen program izobraževanja z enakovrednim izobrazbenim standardom. To so predvsem osnovnošolci. V letu 2024 je imelo odločbo o usmeritvi 37 % obravnavanih otrok. Največ je bilo otrok s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, dolgotrajno bolnih otrok, otrok s čustvenimi in z vedenjskimi motnjami ter otrok z motnjami avtističnega spektra. Najpogostejša oblika pomoči, ki so jo otroci prejeli v šoli, je bila odločba o usmeritvi, sledijo individualna in skupinska pomoč (ISP), pomoč učitelja oziroma dopolnilni pouk ter pomoč šolske svetovalne službe.

Velika večina otrok (96 %) živi pri starših, ki v 69 % primerov živijo skupaj. Večina družin, iz katerih otroci prihajajo, je tradicionalnih nuklearnih družin, v manjši meri živijo v enostarševski družini z materjo skrbnico ali s skupnim skrbništvom. Preostali tipi družine so bili precej redki. Izobrazba mater in očetov je v glavnem visoka (univerzitetna ali srednja), manj jih ima visoko, poklicno ali osnovnošolsko izobrazbo in le majhen delež nedokončano osnovno šolo. Večina staršev je tudi zaposlenih (87 %). 25 % obravnavanih otrok ima v družinski anamnezi psihiatrične motnje.

Strokovnjaki so pri otrocih in mladostnikih v obravnavi največkrat prepoznali varovalne dejavnike dobre in učinkovite podpore doma (46 %) in v šoli (36 %), varnega in stabilnega družinskega okolja (44 %) ter vključevanje v prostočasne aktivnosti ($N = 184$). Oboje je bilo večkrat prepoznano pri fantih. Med dejavniki tveganja pa so bile najpogosteje prepoznane težave na področju pozornosti (57 %), šibkost usvajanja šolskih veščin (46 %) in težave v izvršilnem funkcioniranju (41 %), vsi ponovno pogosteje prepoznani pri fantih.

Težave

Razlog za prvi obisk SCOMS oziroma pritožbe so bile najpogosteje čustvene (48 %) in učne (46 %) težave, pritožbe glede nemira (33 %)

in v manjši meri vedenjske težave (22 %). Preostale pritožbe so bile manj pogoste. Čustvene težave do bile pogostejše pri dekletih, učne težave in pritožbe glede nemira pa pri fantih. Predšolski otroci so najpogosteje prišli zaradi govorno-jezikovnih težav (60 %), osnovnošolci do 12 let zaradi učnih težav (50 %), oboje pogosteje pri fantih. Osnovnošolci nad 12 let so prihajali zaradi učnih (53 %) in čustvenih težav (51 %); prve so bile pogostejše pri fantih, druge pa pri dekletih, čeprav je bila razlika med spoloma manjša kot pri nižjih starostih. Srednješolci so najpogosteje prihajali zaradi čustvenih težav (82 %), in to večinoma dekleta (preglednica 2).

V letu 2024 so imeli otroci povprečno pomembno več diagnoz kot v letu 2022, prav tako otroci, ki so obravnavo že končali. Treba je omeniti tudi, da se pri nekaj posameznikih zgodi, da imajo več kot eno diagnozo na kateri izmed osi. Na I. osi ima na primer več kot eno diagnozo 30 % otrok (preglednica 3).

Preglednica 2
Najpogostejše motnje glede na spol

Diagnoza	Skupaj		Fantje		Dekleta	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Hiperkinetične motnje (F90)	210	43	143	54	67	30
Druge anksiozne motnje (F41)	66	14	19	7	47	21
Pervazivne razvojne motnje (F84)	64	13	45	17	19	8
Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93)	31	6	20	7	11	5
Mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92)	29	6	13	5	16	7
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	20	4	8	3	11	5
Drugo	126	26	50	19	88	39

Preglednica 3

Najpogostejše motnje po oseh večosne klasifikacije psihosocialnih motenj otrok in mladostnikov

Os	Diagnoza	N	%
II. os – Motnje psihološkega razvoja	F80 – specifična motnja govora	88	18
	F81 – specifična motnja branja	242	49
	Drugo	21	4
III. – os Intelektualni nivo	1 – neopredeljen	12	2
	2–3 – visok	48	10
	4–6 – povprečen	324	66
	7–8 – nizek	29	6
V. os – Abnormne psihosocialne situacije	Abnormni odnosi v družini	99	20
	Motnje družinskih članov	44	9
	Motena komunikacija v družini/abnormna kakovost vzgoje	60	12
	Akutni življenjski dogodki	54	11
	Kronični stres v šoli	46	9
VI. os – Ocena psihosocialnega funkcioniranja	1–2 – superiorno/dobro funkcioniranje	42	9
	3–4 – blažja/zmerna prizadetost	314	64
	5–6 – težja/težka prizadetost	59	12
	9 – ni znano	1	0
VII. os – Področja disfunkcionalnosti	0 – ni disfunkcije	13	3
	1 – problemi v odnosih s starši	91	18
	4 – problemi v odnosih z vrstniki	104	21
	6 – vedenje doma	77	16
	8 – uspešnost v šoli	215	44
	12 – počutje/razpoloženje	181	37

Opombe. Pri V. in VII. osi je prikazanih le pet najpogostejših kategorij.

Obravnavana

Opisana raznolikost težav se odraža tudi v obravnavi, ki jo otroci prejmejo. Pri 70 % otrok je bila obravnava v letu 2024 končana (starost $M = 12,85$; $SD = 3,77$), od tega pri 67 % fantih in 74 % dekletih. V obravnavi je bilo največ osnovnošolcev. Otroci največkrat pridejo na pregled na pobudo staršev (30 %), osebnega zdravnika (23 %) ali šole (23 %). V nižjih starostnih skupinah (predšolski otroci in osnovnošolci do 12 let) je nujnost obravnave najpogostejše »redna«, osnovnošolci nad 12 let in srednješolci pa so najpogostejše obravnavani kot »hitro«.

Velika večina otrok je deležna (psihološke oz. kliničnopsihološke) diagnostične ocene (92 %), dela s starši (94 %), predvsem v obliki svetovanja (94 %), in (internih) timskih sestankov (93 %), pogosta pa so tudi individualna terapevtska obravnava otroka (75 %) in poročila (69 %).

Večina predšolskih otrok prejme diagnostično oceno (97 %), predvsem psihološko oz. kliničnopsihološko (64 %) in kliničnologopedsko (66 %), večkrat kot druge starostne skupine prejmejo tudi kliničnologopedsko individualno obravnavo (57 %). Glede na naravo njihovih težav, ki so večinoma govorno-jezikovne, je takšna obravnava pričakovana. Večinoma so obravnavani tudi individualno (71 %) in z vključevanjem staršev (97 %).

Večina osnovnošolcev prejme psihološko (82–84 %) in specialnopedagoško diagnostično oceno, kar ustreza njihovim prevladujočim učnim in vedenjskim težavam. **Starejši od 12 let so pogosteje vključeni v psihoterapijo (53–61 %) skladno s čustvenimi težavami in z razvojnimi značilnostmi,** saj postajajo samostojnejši in sposobnejši ubesediti doživljanje (Reynolds idr., 2012). Mlajši osnovnošolci so pogosteje deležni korekcije specifičnih primanjkljajev in treninga strategij, kar je skladno s predlogi NIJZ (Jeriček Klanšček idr., 2018). Pri njih se pogosteje izvajajo diagnostične ocene različnih strokovnjakov in različne oblike individualne obravnave, kar omogoča zgodnjo prepoznavo težav in zgodnejšo

obravnavo, ki navadno prinaša večje izboljšanje (Carr, 2016). Starši so večinoma intenzivno vključeni (96–97 %) – prek svetovanja, psihoterapije otroka prek staršev, pri mlajših od 12 let tudi prek skupin za starše in socialnega dela. Pogosteje so vključeni v timske sestanke (94–96 %) kot pri drugih skupinah, kar se sklada s strokovnimi priporočili (Carr, 2016; Jeriček Klanšček idr., 2018; Ogundele, 2018).

Pri srednješolcih so najpogostejše prepoznane čustvene težave. Najpogosteje so kliničnopsihološko diagnosticirani (82 %) in vključeni v individualno psihoterapevtsko obravnavo (82 %), ki je pri njih pogostejša kot pri mlajših, saj so razvojno zrelejši, bolj artikulirani in v procesu osamosvajanja (Reynolds idr., 2012). Starši so v tem obdobju nekoliko manj vključeni (82 %), predvsem v obliki svetovanja in sodelovanja na timskih sestankih. Srednješolci so pogosteje vključeni tudi v skupine za razvijanje učnih strategij, program *Cool Kids* ter deležni pedagoške diagnostike in obravnave, kar je povezano z višjimi učnimi zahtevami in posledično z več anksioznosti. Glede na to, da so najpogostejše diagnoze hiperkinetične, anksiozne in pervazivne razvojne motnje, ki so pogosto povezane z učnimi težavami (Grigorenko idr., 2020), so težave ponotranjanja lahko še okrepljene. Skupinsko delo je v tem obdobju dodatno smiselno zaradi pomembnosti razvoja socialnih veščin, občutka pripadnosti in samopodobe ter pomembnosti vrstnikov (Das idr., 2016).

Otroci, ki so prejeli obravnavo v obliki posveta, diagnostične ocene, poročila ali timskih sestankov, so imeli pomembno večje število diagnoz v letu 2024 v primerjavi s tistimi, ki navedenih oblik niso prejeli. Število diagnoz od začetka obravnave do leta se ni pomembno spremenilo ne glede na prejeto obravnavo, razen poročil, pri katerih se je število diagnoz povečalo. Otroci, ki so imeli več diagnoz, so prejeli tudi večje število obravnava. Oboje velja za skupino otrok, ki so obravnavo že končali (preglednica 4).

Zanimale so nas tudi **povezave med tipi obravnava in družinskimi spremenljivkami**. Analize so pokazale, da sociodemografske značilnosti otrok in staršev večinoma niso povezane s tipi obravnave,

z izjemo posameznih dejavnikov, kot so: status bioloških staršev, državljski status in materni jezik otrok. Ti so bili povezani predvsem s pogostejšim vključevanjem prostovoljcev ter v nekaterih primerih tudi z diagnostično oceno, s timsko obravnavo in sodelovanjem staršev. Vsi otroci, pri katerih so v družinski anamnezi prisotne psihiatrične motnje, so bili vključeni v timsko obravnavo. Navedeno nakazuje, da se **dodatna podpora pogosteje zagotavlja otrokom iz ranljivejših ali manj tipičnih družinskih in socialnih okolij** (npr. starši živijo narazen, mati je umrla, otrok ima status tujca, materni jezik otroka ni slovenščina itn.).

Preglednica 4

Tip obravnave glede na tri najpogostejše diagnoze psihiatričnih motenj (I. os)

Tip obravnave	Diagnoza I. os					
	Hiperkinetične motnje (F90)		Pervazivne razvojne motnje (F84)		Druge anksiozne motnje (F41)	
	N	%	N	%	N	%
Enkratni posvet	8	4	4	6	2	3
Diagnostična ocena	202	96	61	95	60	91
Individualna terapevtska obravnavo otroka	120	57	33	52	60	91
Delo s starši	205	98	62	97	62	94
Prostovoljec	7	3	0	0	1	2
Skupinsko delo z otrokom	22	10	6	9	13	20
Poročila	181	86	55	86	51	77
Timski sestanki	209	100	63	98	66	100

Opomba: % predstavlja odstotek otrok, ki so prejeli določen tip obravnave

Preučili smo tudi, ali obstajajo pomembne razlike v prejeti obravnavi med otroki, ki so bili predhodno obravnavani v drugih ustanovah ali so trenutno vključeni v vzporedno obravnavo. Otroci, ki so bili **predhodno že vključeni v obravnavo, so bistveno pogosteje**

prejeli timsko obravnavo v primerjavi s tistimi, ki v preteklosti še niso bili obravnavani. Otroci, ki so bili vključeni v vzporedno obravnavo, so bili redkeje vključeni v enkratni posvet, diagnostično oceno in v individualne oblike obravnave, pogosteje pa so bila izdana poročila. Povezave med ustanovami (šola, CDZOM, pediatrična in psihiatrična klinika, CSD, druge vzgojne in zdravstvene ustanove) in tipi obravnav so se večinoma izkazale za nepomembne ali negativne. Otroci, obravnavani v bolnišnicah ali koncesijskih ambulantah, so bili redkeje deležni timskih sestankov, poročil ali dela s starši, tisti iz CSD redkeje enkratnih posvetov ali diagnostičnih ocen, vzporedno obravnavani pa redkeje enkratnih posvetov, diagnostičnih ocen in individualnih obravnav. Mogoče pojasnilo za takšne rezultate je, da omenjene tipe obravnav že izvajajo zunanje ustanove (npr. v CSD izvedejo posvet in diagnostiko, na zdravstvenih oddelkih izvajajo individualno obravnavo) in zato v SCOMS te oblike obravnav niso bili indicirane.

Klinično stanje in ocena psihosocialnega funkcioniranja ob zadnjem pregledu

V splošnem se ocena psihosocialnega funkcioniranja med letoma 2022 in 2024 ni statistično pomembno spremenila v povezavi s tipom obravnave, se je pa izboljšala pri 24 % otrok, poslabšala pri 27 % otrok in ostala nespremenjena pri 48 % otrok. Tudi pri otrocih, ki so obravnavo že končali, ni prišlo do statistično pomembne spremembe, ocena pa se je izboljšala pri 22 % otrok, poslabšala pri 30 % otrok in ostala nespremenjena pri 48 % otrok.

Otroci, ki so večkrat obiskali SCOMS, so bili deležni več obravnav in storitev ter so večkrat od obravnav tudi izostali (kar je logična posledica večjega števila obravnav). Izkazovali so boljše klinično stanje ob zadnjem pregledu, hkrati pa slabše psihosocialno funkcioniranje. Na prvi pogled rezultata delujeta kontradiktorno, a gre pravzaprav za dve različni strani istega procesa. Otroci s slabšim psihosocialnim funkcioniranjem imajo večjo potrebo po storitvah in intervencijah, zato so pogosteje v obravnavi, hkrati pa več obravnav pomeni večjo verjetnost za izboljšanje stanja.

Klinično stanje je boljše pri otrocih s končano obravnavo, ki so prejeli diagnostično oceno, individualno terapevtsko obravnavo in delo s starši, slabše pa ob enkratnem posvetu, timskih sestankih in ob kliničnopsihološki diagnostični oceni. Verjetno so bili take obravnave deležni otroci s kompleksnejšimi težavami, pri katerih je izboljšanje manj verjetno (Carr, 2016). Ocena psihosocialnega funkcioniranja z večino obravnav ni povezana, je pa nižja (kar pomeni boljše funkcioniranje) pri določenih skupinskih obravnavah (skupina za razvijanje socialnih veščin in učnih strategij, skupina za otroke s pomanjkljivo pozornostjo in program Cool Kids). Klinično stanje ob zadnji obravnavi je bilo pomembno višje, če je bil vključen klinični psiholog ali klinični logoped, ter nižje, če je bil vključen psiholog. Ocena psihosocialnega funkcioniranja je bila višja (kar pomeni slabše funkcioniranje), če je bil v obravnavo vključen klinični psiholog ali psihiater, če je vključen psiholog, pa je ocena nižja in s tem funkcioniranje boljše. Klinični psiholog, psihiater in klinični logoped so verjetno zaradi večje usposobljenosti večkrat vključeni v obravnavo kompleksnejših primerov otrok in mladostnikov s slabšim psihosocialnim funkcioniranjem, pri katerih je cilj stabilizacija stanja in ne nujno izboljšanje.

Zaključek

Namen prispevka je bil analizirati strokovno obravnavo otrok in mladostnikov s psihosocialnimi težavami v SCOMS ter opisati njihovo socioekonomsko ozadje in psihosocialne težave.

Večina vključenih otrok obiskuje standardni izobraževalni program, živi pri starših, ki v glavnem živijo skupaj, so zaposleni ter so srednje-ali visokoizobraženi.

Najpogostejši varovalni dejavniki, ki so jih pri otrocih prepoznali strokovnjaki, so: varno, stabilno in podporno družinsko ter šolsko okolje, najpogostejši dejavniki tveganja pa: težave na področju pozornosti, usvajanja šolskih veščin ter v izvršilnem funkcioniranju. Abnormne psihosocialne situacije, ki so jim otroci

izpostavljeni, so bile večinoma povezane s problematičnimi odnosi in komunikacijo v družini, področja disfunkcionalnosti pa z neuspešnostjo v šoli, s počutjem in z razpoloženjem ter s problemi v odnosih z vrstniki.

Göbel in Cohrdes (2021), Jeriček Klanšček idr. (2018), Schulte - Körne (2016) in Willie idr. (2008) navedene dejavnike poudarjajo kot pomembne pri varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki pomembno napoveduje duševno zdravje pozneje v življenju (Raven - Sieberer idr., 2008).

Največ otrok ima diagnozo iz skupine hiperkinetičnih motenj (F90), drugih anksioznih motenj (F41) ter pervazivnih razvojnih motenj (F84), specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah, povprečni intelektualni nivo ter blažje oziroma zmerno prizadeto psihosocialno funkcioniranje.

Podatki se skladajo s podatki za Slovenijo med letoma 2008 in 2015 (Jeriček Klanšček idr., 2018).

Carr (2016) ugotavlja, da so pri težavah ponotranjanja, kot so: anksiozne motnje, najučinkovitejši individualni, skupinski in družinski pristopi, medtem ko je pri težavah pozunanjanja ter pervazivnih razvojnih motnjah ključnega pomena intenzivno vključevanje družine v obravnavo. Najpogostejše motnje otrok v obravnavi SCOMS sodijo prav v te kategorije in tudi najpogostejše v SCOMS prejete obravnave – diagnostična ocena, delo s starši in timski sestanki – so skladne s priporočili, ki jih navajata Carr (2016) in NIJZ (Jeriček Klanšček idr., 2018). Obravnave so skladne tudi glede na psihosocialne težave otrok v posameznih starostnih skupinah. Učinkovitost obravnave je večja, specifična glede na motnje (Lee idr., 2022), multidisciplinarna ter vključuje raznolike intervencije, usmerjene na otroka in starše, ter različne strokovnjake (Ogundele, 2018), s čimer se glede na podatke o pogostosti in tipe obravnav glede na zahteve obravnavanih otrok, sestavi strokovnih timov ter profile vključenih strokovnjakov, praksa v

SCOMS sklada. Nekaj otrok ima tudi več kot eno diagnozo, kar kaže na kompleksnost njihovih težav ter zato zahteva večnivojsko in večstransko obravnavo (Ogundale, 2018), v SCOMS pa z raznolikostjo ponujenih intervenc ter pomoči raznolikih strokovnjakov temu lahko sledijo.

Število diagnoz se med letoma 2022 in 2024 ni pomembno spremenilo, in to kljub udeleženi v raznolikih obravnavah, število diagnoz v letu 2024 pa se je v povezavi z enkratnim posvetom, diagnostično oceno, s poročili in timsko obravnavo celo pomembno povečalo. Takšni rezultati glede na literaturo in zgornjo razpravo o ustreznosti obravnav presenečajo, saj bi pričakovali, da se bo ob uspešnosti obravnave število diagnoz zmanjšalo. A če pogledamo z drugega vidika, lahko ti rezultati kažejo na učinkovitost dela v SCOMS – skozi obravnavo in dodatno diagnostiko so prišli do natančnejših in s tem tudi številčnejših diagnoz, ki lahko v prihodnje dejansko izboljšajo proces obravnave. Ta je namreč učinkovitejša, če je kongruentna z motnjo, vključuje pazljivo oceno simptomov, razvojne stopnje, vplivov družine in okolja ter je čim bolj specifična, kar pa je mogoče le z dobrim poznavanjem otrokovih težav (Ogundele, 2018). Rezultati na ravni posameznih otrok prav tako kažejo heterogeno sliko: pri približno polovici otrok (48 %) se stanje ni spremenilo, pri približno 30 % se je poslabšalo, le pri 22–24 % pa izboljšalo. To kaže, da so **obravnave pogosto namenjene stabilizaciji stanja, kar je v kontekstu kompleksnih in kroničnih težav, ki so pri vključenih otrocih in mladostnikih v SCOMS tudi najpogostejše, pomemben klinični dosežek.** V prid učinkovitosti obravnave v SCOMS govorita tudi povečana frekvenca in intenzivnost obravnav pri otrocih s slabšim psihosocialnim funkcioniranjem ter izboljšanje kliničnega stanja skladno s številom in z različnimi tipi obravnave.

Pomemben del obravnave pri večini otrok so tudi izdana poročila in timski sestanki z zunanjimi strokovnjaki, predvsem pri predhodno in vzporedno obravnavanih otrocih, kar nakazuje na redno sodelovanje SCOMS z zunanjimi strokovnimi ustanovami. Manjša pogostost določenih tipov obravnav v SCOMS pri vzporedno obravnavanih otrocih verjetno pomeni, da jih izvajajo zunanje ustanove, kar kaže na

dobro komunikacijo in koordiniranost med v obravnavo vključenimi ustanovami. To ima samo po sebi lahko pozitiven vpliv na izboljšanje težav, saj raziskave kažejo slabše izide pri vključenosti več strokovnjakov in ustanov, predvsem na račun neuskkljenosti (Carr, 2016).

Literatura (Carr, 2016) kaže, da je obravnava manj učinkovita pri otrocih s težavnejšim družinskim okoljem, predvsem pri otrocih s psihiatričnimi motnjami v družinski anamnezi. Otroci iz tovrstni okolij v SCOMS dobijo dodatno podporo, predvsem prek vključevanja prostovoljcev in večjega števila drugih obravnjav. Obravnava teh otrok je lahko tudi učinkovitejša, če je celostna, če vključuje starše in če težave obravnava večnivojsko (Ogundele, 2018). Že sama narava dela v SCOMS je multidisciplinarna, usmerjena v področje družine in sodelovanje med strokovnjaki, tudi iz zunanjih ustanov (Mikuš Kos, 1999; Jeriček Klanšček idr., 2018), kar je bilo dodatno podprto tudi z rezultati te raziskave.

Med najpogostejšimi pobudniki obravnave so starši in zdravniki, nujnost obravnave pa je pri nižjih starostih »redna« in pri višjih »hitra«, kar je skladno z vlogo, ki jo ima SCOMS v slovenskem zdravstvenem sistemu. Gre torej predvsem za poglobljeno diagnostiko, zdravljenje ter za ambulantno rehabilitacijo na primarni in sekundarni ravni (Jeriček Klanšček idr., 2009), kar kaže tudi na ustrezne organizacijske pogoje za kakovostno delo, ki so eden izmed temeljev učinkovite obravnave otrok (Kos, 1985).

Ugotovitve potrjujejo, da je obravnava otrok in mladostnikov v SCOMS relevantna za njihove motnje, celostna, večnivojska in skladna z mednarodnimi priporočili.

Izidi so najpogosteje izboljšanje kliničnega stanja ali stabilizacija, kar je ob kompleksnosti težav pomemben cilj, hkrati pa podatki opozarjajo na potrebo po dolgotrajnejših in še bolj usklajenih pristopih. Ključni ostajajo vplivi družinskega okolja in sodelovanje z zunanjimi ustanovami, kar dodatno poudarja pomen povezane mreže strokovnjakov pri varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

Literatura

Allegrini, A. G., Cheesman, R., Rinfeld, K., Selzam, S., Pingault, J. B., Eley, T. C., in Plomin, R. (2020). The p factor: Genetic analyses support a general dimension of psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13113>

Bitsko, R., Claussen, A., Lichstein, J., Black, L., Jones, S., Danielson, M., Hoenig, J., Jack, S., Brody, D., Gyawali, S., Maenner, M., Warner, M., Holland, K., Perou, R., Crosby, A., Blumberg, S., Avenevoli, S., Kaminski, J., Ghandour, R., in Meyer, L. (2022). Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. *MMWR Supplements*, 71, 1–42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>

Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203889763>

Carr, A. (2015). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315744230>

Das, J., Salam, R., Lassi, Z., Khan, M., Mahmood, W., Patel, V., in Bhutta, Z. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of Adolescent Health*, 59, 49–60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>

Drobnič Radobuljac, M. (2016). The state of child and adolescent psychiatry in Slovenia: A brief report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 563–565. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0826-5>

Franzoi, D., Bockting, C. L., Bennett, K. F., Odom, A., Lucassen, P. J., Pathania, A., Lee, A., Brouwer, M. E., van de Schoot, R., Wiers, R. W., in Breedvelt, J. J. F. (2024). Which individual, social, and urban factors in early childhood predict psychopathology in later childhood, adolescence and young adulthood? A systematic review. *SSM – Population Health*, 25, 101575. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101575>

Göbel, K., in Cohrdes, C. (2021). The whole is greater than the sum of its parts: Profiles of multiple mental health risk factors using Latent class analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(27). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00380-8>

Grigorenko, E. L., Compton, D., Fuchs, L., Wagner, R., Willcutt, E., in Fletcher, J. M. (2020). Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *American Psychologist*, 75(1), 37–51. <https://doi.org/10.1037/amp0000452>

Jeriček Klanšček, H., Britovšek, K., Koprivnikar, H., Zupanič, T., in Roškar, S. (ur.) (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji [Mental health in Slovenia]*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jeriček Klanšček, H., Rošker, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Bračič, M. F., in Poldrugovac, M. (2018). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji [Mental health of children and adolescents in Slovenia]*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Lee, P., Lang, J. M., Vanderploeg, J. J., in Marshall, T. (2022). Evidence-based treatments in community mental health settings: Use and congruence with children's primary diagnosis and comorbidity. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(3), 417–430. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00877-y>

Mayall, M., McDermott, B., Sadhu, R., Teoh, Y., Bosanquet, M., in Nundeeekasen, S. (2024). Practical Aspects of Multi-axial classification: A clinically useful biopsychosocial framework for child and adolescent psychiatry. *BJPsych Advances*, 30(4), 242–256. <https://doi.org/10.1192/bja.2023.39>

Mikuš - Kos, A. (1985). Psihosocialne težave in motnje v otroškem obdobju ter možnosti pomoči [Psychosocial problems in childhood and forms of assistance]. V A. Mikuš Kos in J. Strajnar (ur.), *Težave v otroštvu: kako pomagati [Childhood Problems: How to help]* (str. 123–138). Zveza društev medicinskih sester Slovenije

- Mikuš Kos, A. (1999). Delovanje mentalnohi-gienskih služb [Operation of mental health services]. V E. Kraševac Ravnik (ur.), *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov* [Protecting the mental health of children and adolescents] (str. 113 – 125). Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše.
- Mulraney, M., Coghill, D., Bishop, C., Mehmed, Y., Sciberras, E., Sawyer, M., Efron, D., in Hiscock, H. (2021). A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 129, 182–205. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.030>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (2023). *Zdravstveni statistični letopis Slovenije* [Health Statistical Yearbook 2023]. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2023/>
- Ogundele, M. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7, 9 –26. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9>.
- Ravens - Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A. ..., in Döpfner, M. idr. (2008). Prevalence of mental health problems among children in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 22–33. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1003-2>
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28)* [Resolution on the National Mental Health Program]. Uradni list Republike Slovenije, št. 24/18. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., in Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251–262. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla - Runge, K., in Newbury - Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 2877–2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- Schulte - Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(11), 183–190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Shabna, S., in Christuraj, P. (2021). Psychosocial Problems among Adolescents during COVID 19 lockdown. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, 12(9), 61–65.
- Slodnjak, V. (2012). *Ambulantni list* [Outpatient questionnaire]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. Interno gradivo.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Corell, C. U., in Fusali, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Wille, N., Bettge, S., Ravens - Sieberer, U., in BELLA study group (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

Družinski dejavniki, ki so povezani s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov

Zala Hudoklin, mag. psih.

50

Povzetek

Družina, v kateri posameznik odrašča, je eden najpomembnejših dejavnikov razvoja njegovega psihosocialnega delovanja. Znotraj družine obstaja več dejavnikov, ki se povezujejo z otrokovim oz. mladostnikovim psihosocialnim delovanjem. V tej raziskavi so bili vključeni: funkcionalnost delovanja družine, socioekonomski položaj, struktura družine, prisotnost morebitne zlorabe otroka in duševno zdravje staršev. V prispevku odgovarjamo na vprašanja, ali se pojavljajo razlike med družinami, ki imajo otroke s klinično pomembno izraženimi težavami, in družinami, ki imajo otroke z manj izraženimi težavami. Prav tako nas je zanimalo, ali se pojavljajo razlike med družinami glede na sopojavljanje težav pri otroku. V raziskavi je sodelovalo 198 otrok in mladostnikov (108 fantov in 90 deklet) med 5. in 19. letom starosti, ki so bili v letu 2024 sprejeti v kliničnopsihološko ali pedopsihiatrično obravnavo v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Predstavljeni rezultati prikazujejo nekaj pomembnih razlik med družinami, kar podpira ugotovitev, da je del obravnave otroka oz. mladostnika smiselno namenjati tudi delu z družino.

Ključne besede: disfunkcionalnost družine, psihosocialno delovanje, družina, otroci, mladostniki

Abstract

The family in which an individual grows up is one of the most important factors in the development of their mental health. Within the family, several factors are linked to the child's or adolescent's psychosocial functioning; in the present study, these included family functioning, socioeconomic status, family structure, the presence of possible child abuse, and the parents' mental health. In this paper, we address whether there are differences between families with children who show clinically significant difficulties and families with children whose difficulties are less pronounced. We also examined whether differences appear between families depending on the co-occurrence of difficulties in the child. The study included 198 children and adolescents (108 boys and 90 girls), aged between 5 and 19, who were admitted in 2024 to clinical-psychological or child-psychiatric treatment at the Counseling Center for Children, Adolescents, and Parents Ljubljana. The presented results show some important differences between families, supporting the conclusion that part of the treatment of a child or adolescent should also be meaningfully directed toward working with the family.

Keywords: family dysfunction, psychosocial functioning, family, children, adolescents

Uvod

Obdobje od rojstva do dopolnitve 18. leta je polno sprememb na različnih področjih posameznikovega razvoja, pri čemer na ta razvoj vpliva veliko dejavnikov (Carr, 2016). V tem obdobju se razvija tudi posameznikovo psihosocialno delovanje, ki se oblikuje skozi interakcijo individualnih in zunanjih dejavnikov (Jeriček Klanšček idr., 2018). Med pomembnejšimi je socialni kontekst družine, v kateri posameznik odrašča (Carr, 2016), zato je pri razumevanju otrokovih

51

oz. mladostnikovih težav zelo pomembno upoštevati tudi njegovo družinsko okolje.

Zadnjih nekaj let potrebe po obravnavi psihosocialnih težav otrok in mladostnikov v Sloveniji naraščajo, zaradi česar je kontinuirano raziskovanje teh težav in dejavnikov, ki pripomorejo k njihovem razvoju, izjemnega pomena. Že med letoma 2008 in 2015 se je število najboljbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj povečalo za 25,7 %, na sekundarni ravni pa se je število obravnav v tem času povečalo za 71 % (Jeriček Klanšček idr., 2018). Po pandemiji covid-19 pa je prišlo še do večjega porasta težav, kar je še bolj obremenilo ustanove, ki nudijo obravnavo težav v psihosocialnem delovanju (NIJZ, 2021).

Znanje o tem, kako se družina povezuje z otrokovim oz. mladostnikovim psihosocialnim delovanjem, nam lahko pomaga pri delu z otrokom in njegovo družino, saj je bilo v preteklosti že večkrat dokazano, da je to medsebojno povezano (npr. Dollberg in Keren, 2020; Lamb, 2012; Sullivan idr., 2012).

V raziskavi, ki je bila izvedena v okviru magistrske naloge, smo preučevali povezanost psihosocialnih težav otrok in mladostnikov z različnimi družinskimi dejavniki. Del raziskave je predstavljen v nadaljevanju, in sicer je izpostavljen vidik, kako se družine medsebojno razlikujejo glede na klinično pomembnost težav otrok oz. mladostnikov ter kako se razlikujejo glede na število psihosocialnih težav otrok oz. mladostnikov.

Psihosocialno delovanje otrok in mladostnikov

Psihosocialno delovanje je sestavljeno iz vedenjskih, čustvenih in iz prilagoditvenih vidikov posameznika (Achenbach in McConaughy, 2003). Psihosocialno delovanje lahko opredelimo kot kontinuum, na katerem je ena skrajnost pozitivno psihosocialno delovanje oz. duševno zdravje, temu sledijo težave v psihosocialnem delovanju, na drugem skrajnem koncu pa so duševne motnje (The University of Michigan, 2009, v Jeriček Klanšček idr., 2018). Duševne motnje

so opredeljene kot sindrom, za katerega je značilna klinično pomembna motnja v posameznikovi kogniciji, čustveni regulaciji ali v vedenju. Zaradi te motnje prihaja do oslabelega delovanja v psihološkem, biološkem ali v razvojnem procesu, ki je v ozadju duševnega delovanja, to pa nadalje moti socialne, poklicne ali druge pomembne aktivnosti.

Dejavniki razvoja psihosocialnega delovanja

Družinsko okolje je pomemben dejavnik, ki pomembno prispeva k oblikovanju duševnega in socialnega napredka mladostnikov (Oltean idr., 2020). Predstavlja lahko varovalni dejavnik (npr. socialna podpora, pozitivna družinska interakcija) in dejavnik tveganja (npr. konflikti v družini, nasilje v družini) (SZO, 2012). Posamezniki, ki so v otroštvu izkusili ljubezen, skrb, podporo in občutek varnosti, imajo pozneje manj težav s psihosocialnim delovanjem in z nezdravim vedenjem, kot je npr. zloraba drog. Če so v otroštvu prisotne negativne izkušnje, kot so npr. zloraba ali zanemarjanje na strani staršev, nasilje v družini, duševne motnje odraslih, ločitev staršev, pa se pozneje pojavlja več težav v psihosocialnem delovanju (Kuhar in Zager Kocjan, 2021).

Pomembna dejavnika težav v psihosocialnem delovanju otroka oz. mladostnika sta tudi njegov spol in njegova starost. S starostjo namreč narašča pogostost npr. depresije in upada pogostost npr. hiperkinetične motnje (Costello idr., 2011). Vedenjske težave se pogosteje pojavljajo pri dečkih, razpoloženske motnje pa pri dekletih (Merikangas idr., 2009).

Družinski dejavniki tveganja se redko pojavljajo izolirano – pogosto se med seboj prepletajo (Zhao in Wang, 2025), ko se združijo skupaj še s preostalimi okoljskimi, genetskimi in nevrobiološkimi dejavniki, pa se lahko pojavijo komorbidnosti težav (Ivanović, 2021). Če je otrok npr. izpostavljen revščini, neugodnim izkušnjam v otroštvu, zlorabi, disfunkcionalnim odnosom v družini itn., je izpostavljen večji verjetnosti za sopojavljanje več različnih težav v psihosocialnem delovanju (Carr, 2016).

Funkcionalnost družine

Ko govorimo o funkcionalnosti delovanja družine, govorimo o sposobnosti družine oz. njenih članov, da učinkovito delujejo in izpolnjujejo osnovne potrebe družinskih članov in učinkovito obvladujejo konflikte. Ta razlaga izhaja iz sistemskih teorij družine, s katerimi predpostavljamo, da družinski člani tvorijo kompleksen in medsebojno povezan sistem (Oltean idr., 2020). Tudi McMasterjev model družinskega delovanja (Epstein idr., 1978), uporabljen v raziskavi, je osnovan na sistemskem pristopu, kar pomeni, da družino pojmuje kot odprt sistem, ki je sestavljen iz sistemov znotraj sistemov (posameznik, zakon ali diada) in se povezuje z drugimi sistemi (npr. z razširjeno družino) (Ryan idr., 2005). Teorija govori o tem, da družina vpliva na fizično in psihično zdravje posameznika. Pomembne so značilnosti strukture družine, model pa predpostavlja, da so pomembni tudi procesi, ki izpolnjujejo različne funkcije v družini. Bolj kot družina gladko izpeljuje svoje funkcijske procese, bolj psihično zdravi naj bi bili družinski člani (Dai in Wang, 2015).

Model sestavlja šest dimenzij družinskega delovanja (Ryan idr., 2005):

- Reševanje problemov. To se nanaša na sposobnost družine reševati problem do stopnje, ki vzdržuje učinkovito družinsko delovanje. Funkcionalne družine težave rešujejo sproti in tako preprečujejo, da bi se razvile v resne družinske konflikte. Disfunkcionalne družine ne zmorejo učinkovitega reševanja problemov; zaustavi se lahko že pri ustrezni identifikaciji problema ali pa je reševanje problemov nesistematično.
- Komunikacija. Gre za besedno izmenjavo informacij znotraj družine. Komunikacijo merimo na dveh kontinuumih, in sicer od jasne proti zamaskirani, ki se osredinja na to, ali je vsebina sporočila jasna ali zakrita, ter od neposredne k posredni komunikaciji. Ta opisuje, ali je sporočilo dostavljeno do neposrednega prejemnika ali je preusmerjeno na koga drugega. Družinski člani v funkcionalni družini med seboj odprto komunicirajo – komunikacija je jasna in neposredna, ni prikritih sporočil, skrivnostnosti itn. V

disfunkcionalnih družinah pa je komunikacija pogosto nejasna in ni točno razvidno, komu je določeno sporočilo namenjeno.

- Družinske vloge. Nanašajo se na ponavljajoče se vzorce vedenja družinskih članov, ki omogočajo delovanje družine. V funkcionalnih družinah je jasno, kdo prevzema odgovornost za posamezno družinsko funkcijo in katere so njegove zadolžitve, ki so smiselno razporejene med člane. V disfunkcionalnih družinah pa lahko prihaja do neustrezne razporeditve funkcij znotraj družine, pri čemer eden ali več članov prevzame preveč nalog.
- Čustvena odzivnost. Vključuje razpon čustvene odzivnosti družinskih članov, in sicer gre za izkušnje družinskega odzivanja na čustvene dražljaje. Pomembno je, ali so se družinski člani sposobni odzvati na celoten spekter svojih občutkov ali ne in ali so čustva konsistentna oz. primerna glede na dražljaj ali situacijski kontekst ali ne. V funkcionalnih družinah je razpon čustev, ki jih člani izražajo, širok in raznolik, člani se med seboj podpirajo, spodbujajo itn. V disfunkcionalnih družinah pa so starši lahko čustveno oddaljeni od otrok, njihov razpon izkazanih čustev je ozek in odzivanje na otroka neprimerno.
- Čustvena vključenost. Opisuje, do katere mere družinski člani pokažejo zanimanje in do katere mere cenijo določeno aktivnost posameznega družinskega člana. Gre za stopnjo zanimanja družinskih članov o posamezniku in način, kako to izražajo. Obstaja nabor slogov vključenosti, tj. od popolne odsotnosti vključenosti do pretirane vključenosti. V funkcionalnih družinah je čustvena vključenost empatična, kar pomeni, da člani izkazujejo avtentično čustveno skrb za interese drugih, tudi če so zunaj njihovega zanimanja; počutijo se sprejete. V disfunkcionalnih družinah se lahko vzpostavi pretirano simbiotični odnos med dvema članoma ali več člani, kar pomeni, da so meje med osebami preveč zabrisane in čustvena vključenost pretirana; tako je diferenciacija med dvema osebama otežkočena. Lahko pa pride do čustvene odsotnosti, kar pomeni, da drug za drugega ne kažejo zanimanja.

- Nadzor vedenja. Opisuje vzorce, ki jih družina uporablja za uravnavanje vedenja. Osredinja se na standarde ali pravila, ki jih postavi družina, in odstopanja, ki ga še dopuščajo. V funkcionalnih družinah je nadzor vedenja fleksibilen, standardi in pravila so razumni, obstaja možnost pogajanj ali spremembe. V disfunkcionalnih družinah pa je nadzor vedenja kaotičen, kar pomeni, da se pravila ves čas spreminjajo, so nejasna, nejasne pa so tudi posledice dejanj.

Dejavniki družine v povezavi s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov

V raziskavi smo v povezavi s psihosocialnim delovanjem preučevali (dis)funkcionalnost družin, socioekonomski položaj (SES), strukturo družine, prisotnost morebitne zlorabe in duševno zdravje staršev. Ti dejavniki so se tudi v preteklih raziskavah izkazali za pomembne v povezavi s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov. Pomembno je sicer opozoriti, da so dejavniki znotraj družine tesno medsebojno prepleteni (npr. de Bellis idr., 2001; Grüning Parache idr., 2024; Reed idr., 2023), kar lahko otežuje natančno določanje usmerjenosti medsebojnih vplivov. Vseeno pa obstaja veliko raziskav, ki so preučevale različne družinske dejavnike v povezavi z otrokovimi oz. mladostnikovimi težavami v psihosocialnem delovanju.

Dollberg in Keren (2020) sta npr. ugotovili, da slabše delovanje družine pomeni bolj izražene psihološke simptome pri otroku.

Disfunkcionalnost družine za otroka oz. mladostnika pomeni manj možnosti za učinkovito komuniciranje svojih čustev in misli ter manj podpore na strani staršev, kar lahko vodi do težav ponotranjenja, npr. do anksioznosti ali depresije (Hughes in Gullone, 2008; Wang idr., 2020).

Tudi težave pozunanjenja se pogosteje pojavljajo pri otrocih, ki prihajajo iz disfunkcionalnih družin (Reed idr., 2023). Če so **vloge** znotraj

družine dobro vzpostavljene, to za otroka pomeni dobro strukturirano okolje, kar pomaga pri njegovem samonadzoru. To se lahko pozna npr. pri uravnavanju otrokove hiperkinetične motnje, saj mu tako okolje pomaga pri nadzorovanju simptomov hiperaktivnosti, impulzivnosti in pomanjkljive pozornosti (Choksomngam idr., 2022). Podobno je **za bolj strukturirano okolje** pomemben tudi **nadzor vedenja** (Choksomngam idr., 2022). Raziskovalci (McKee idr., 2008) so ugotovili, da se nizek nadzor vedenja povezuje z vedenjem pozunanjenja in vedenjem ponotranjenja. Pri anksioznosti naj bi obstajali dve možnosti – lahko gre za to, da se starši na otrokovo anksioznost odzovejo z več nadzora okolja z namenom zaščite pred sprožilci vedenja ponotranjenja; druga možnost pa je, da se anksioznost izrazi kot posledica starševskega disfunkcionalnega nadzora vedenja (Rothenberg idr., 2020). Drugi avtorji (npr. Piquart, 2017) so sicer opisovali tudi pretiran nadzor vedenja, ki je lahko na strani otrok znan kot vsiljujoč in sovražen, zaradi česar naj bi prišlo do več vrst vedenja pozunanjenja, s čimer si otrok poskusi vzpostaviti vsaj malo avtonomije. Znotraj družine je zelo pomembna tudi komunikacija, pri čemer **zmedeni komunikacijski vzorci lahko vzdržujejo otrokove čustvene in vedenjske težave** (Carr, 2016). Pri npr. anksioznosti gre lahko za to, da so starši občutljivejši za otrokove potrebe, kar predstavlja zaščitni dejavnik pri razvoju anksioznosti (Oltean idr., 2020). Zmedena komunikacija pa anksioznost lahko vzdržuje ali poslabša, sploh če starši različne situacije označujejo za nevarne, s čimer podkrepljujejo otrokovo vedenje izogibanja (Carr, 2016). Prav tako lahko do težav v komunikaciji pride zaradi otrokovega umikanja iz socialnih situacij (podobno se dogaja tudi pri depresiji) (Lansford idr., 2018). Pri hiperkinetični motnji pa jasna in neposredna komunikacija omogoča stabilnejše okolje, z jasnimi pričakovanji, kar je za otroka s tovrstnimi težavami zaščitni dejavnik (Carr, 2016). Reševanje problemov prav tako predstavlja pomemben družinski dejavnik, in sicer so raziskovalci ponovno ugotavljali, da se povezuje z vedenjem pozunanjenja (Pour in Kasaei, 2013) in vedenjem ponotranjenja (Oltean idr., 2020). Omenjeni raziskovalci so sklepali, da se starši otrok z depresijo mogoče preveč vključujejo v življenja svojih otrok in

rešujejo njihove probleme, kar lahko zmanjša občutek avtonomije in sposobnosti sprejemanja odločitev, kar pripomore k razvoju simp-
tomov vedenja ponotranjenja. Starševska pretirana čustvena vklju-
čenost je lahko posledica otrokovega težavnega vedenja, če starši
ocenijo, da otrok ni sposoben samostojnosti. To sicer otroku lahko
daje občutek, da so njegove težave zelo resne, kar vzdržuje njegove
težave, zmanjša pa se njegov občutek avtonomije. V tem primeru
torej manj učinkovita vključenost pomeni več psihosocialnih težav
pri otroku. Druga stran disfunkcionalne vključenosti pa je nevkluče-
nost, ki se lahko povezuje z vedenjskimi težavami pri otroku, lahko
pa tudi vzbudi občutke ničvrednosti, kar pa ponovno nakazuje na
povezavo s težavami ponotranjenja (Carr, 2016). Čustveno odzivnost
v raziskavah pogosto enačijo z izkazovanjem topline. **Bolj kot starši
izkazujejo toplino, manj je pri otroku vedenja pozunanjenja
in vedenja ponotranjenja** (Pinquart, 2017a, 2017b). Vedenje po-
notranjenja Rothenberg in sodelavci (2020) povezujejo s starševsko
negotovostjo ob otrokovih težavah. Ti otroci se pogosto umikajo iz
socialnih situacij (Lansford idr., 2018), zaradi česar lahko starši težje
najdejo priložnost za izkazovanje topline. Za vedenje pozunanjenja
pa Carr (2016) opisuje, da se lahko kaže kot odziv na starševsko stal-
no kritiziranje, napotke in opomine. Pogosto se pojavlja tudi nega-
tivno podkrepljevanje.

Velik dejavnik tveganja za psihološke težave otrok so tudi
dolgotrajni **socialni primanjkljaji in revščina**, predvsem **v zgo-
dnjem obdobju življenja** (Lamb, 2012; Oliver - Parra idr., 2020),
dolgoročno pa se SES povezuje tudi s psihosocialnim delovanjem
mladostnikov in mladih odraslih (Belsky idr., 2020). Nižji SES se
povezuje z bolj izraženimi težavami ponotranjenja kot s težavami
pozunanjenja (Comeau, 2015). Prvo naj bi se pojavilo, ker nižji SES
ovira čustveno odpornost (Zhao in Wang, 2025), drugo pa, ker naj
bi se nižji SES povezoval z nekonsistentnimi starševskimi praksami
in z družinskimi stiskami (Spencer idr., 2022). Prav tako imajo starši,
ki se spoprijemajo s socialnimi primanjkljaji, manj osebnih virov za
izpolnjevanje otrokovih potreb (Carr, 2016), slabši dostop do virov
pomoči (Reiss, 2013), prisotnega je več stresa, lahko pa gre tudi za

genetske dejavnike, pri čemer naj bi se nižji SES prenašal iz genera-
cije v generacijo (Murali in Oyeboode, 2004).

Tudi družinska struktura se je v preteklih raziskavah izkazala za po-
memben dejavnik, ki vpliva na otrokovo psihosocialno delovanje
(npr. Gruning Parache idr., 2023). Predvsem so ugotavljali, da ima-
jo **otroci iz nejedrnih družin z večjo verjetnostjo negativne
psihološke simptome, če jih primerjamo z otroki iz tradicio-
nalnih jedrnih družin** (dva starša z biološkim otrokom) (Afroz idr.,
2023; Gruning Parache idr., 2023).

Fizična, spolna in čustvena **zloraba** v otroštvu za otroka in mlado-
stnika predstavlja tveganje za razvoj poznejših čustvenih, vedenj-
skih in medosebnih težav (Myers, 2011; Negriff idr., 2019; Wang idr.,
2022). Take izkušnje pri otroku lahko povzročijo težave s pozornostjo
ali oslABLJENE izvršilne funkcije, kar se lahko kaže v slabšem nadzoru
vedenja in v težavah pozunanjenja (Malvaso idr., 2018). Prav tako se
zloraba v otroštvu povezuje s težavami ponotranjenja, s težavami z
vrstniki (Feit idr., 2014), vplivajo pa tudi na posameznikovo dojema-
nje samega sebe in na dojemanje okolja (Su idr., 2019).

Če ima **eden od staršev sam težave v duševnem zdravju**, lahko
to za otroka pomeni pomanjkanje spremljanja in podpore (van Loon
idr., 2014), kar vpliva na njun odnos (Gebru idr., 2023). Otroci staršev
z duševnimi težavami imajo z večjo verjetnostjo tudi sami dušev-
ne težave, pri čemer se kažejo večje težave, če se pojavljajo težave
pri materi (Oliver - Parra idr., 2020). Matere z depresijo se pogosteje
umikajo, kar predstavlja nepredvidljivo in stresno okolje za otroka
(Jaser idr., 2008), prav tako se lahko poslužujejo stroge in nekonsi-
stentne vzgoje, kar se povezuje z otrokovimi težavami pozunanjenja
(Goodman idr., 2011). Težave ponotranjenja pa se lahko pojavijo npr.
prek modeliranja vedenja staršev in nezavednega podkrepljevanja
na strani staršev, prek tega pa se otroci naučijo določenih prepri-
čanj, vedenjskih vzorcev, obrambnih mehanizmov in strategij spo-
prijemanja, ki so značilni za njihove starše. To se lahko dogaja tudi
v družinah, v katerih ima eden od staršev težave z zlorabo alkohola
(McLaughlin idr., 2012).

Analiza družinskih dejavnikov, ki so povezani s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov

Cilji raziskave

Eden izmed ciljev raziskave je bil ugotoviti, ali se družine pomembno razlikujejo med seboj glede na to, ali so otrokove oz. mladostnikove težave klinično pomembno izražene ali ne.

Zanimalo pa nas je tudi, ali se družine pomembno razlikujejo med seboj glede na to, koliko psihosocialnih težav ima otrok oz. mladostnik.

Preverjali smo razlike v delovanju družine, v SES-u družine, strukturi družine, prisotnosti morebitne zlorabe v družini in v duševnem zdravju staršev.

Metoda

Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 198 otrok oz. mladostnikov, ki so bili obravnavani v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani (SCOMS). Starost udeležencev je segala od 5 do 19 let ($M = 11,65$; $SD = 3,21$).

Viri podatkov in zbiranje podatkov

Podatke so posredovali njihovi starši oz. skrbniki. Prek sprejemnih obrazcev SCOMS smo zbirali podatke o družini in otroku (spol, starost, izobrazba staršev, duševno zdravje staršev, morebitna prisotnost zlorabe, družinska struktura). Za ocenjevanje družinskega delovanja smo prevedli in uporabili *Vprašalnik za ocenjevanje družine (Family assessment device – FAD; Epstein idr., 1983)*, ki je podal podatke o delovanju družine na šestih dimenzijah (Ryan idr., 2005): reševanje problemov, komunikacija, družinske vloge, čustvena odzivnost, čustvena vključenost in nadzor vedenja; dodana je lestvica *splošno delovanje družine*, ki ločeno ocenjuje delovanje družine, in še lestvica *skupno delovanje družine*, pri čemer gre za seštevek

povprečij posameznih šestih dimenzij. Psihosocialno delovanje otrok in mladostnikov so starši ocenili s pomočjo *Ocenjevalnih lestvic vedenja za otroke od 6 do 18 let (Child Behavior Checklist/6-18 – CBCL/6-18; Achenbach in Rescorla, 2001; slovenski prevod Kodrič idr., 2015)*, ki zagotovijo podatke o prisotnosti različnih težav pri otroku oz. mladostniku. Podatke smo obdelali in analizirali s programom R Studio (Spearmanova korelacija, t-test, Fisherjev eksaktni test, Tukeyjev post-hoc test, ANOVA).

Rezultati in interpretacija

Razlike med družinami glede na klinično pomembnost otrokovih oz. mladostnikovih težav

Analiza rezultatov ni pokazala razlik med vključenimi družinami z vidika SES, strukture družine, prisotnosti zlorabe in duševnega zdravja staršev.

Pokazale pa so se razlike med družinami v njihovem delovanju, kar je bilo pričakovano, saj družina za otroka predstavlja pomemben socialni kontekst njegovega razvoja (Geburu idr., 2023). Prav tako so raziskovalci ugotavljali, da dlje trajajoče disfunkcionalno delovanje družine lahko povzroči bolj izražene psihološke simptome pri otroku oz. mladostniku (Dollberg in Keren, 2020; Sullivan idr., 2012).

Rezultati te raziskave so pokazali, da družine z otrokom s klinično pomembno izraženimi težavami slabše delujejo na področju reševanja problemov, kar za otroka predstavlja manj stabilno in strukturirano okolje (Ryan idr., 2005), to pa se povezuje s psihosocialnimi težavami pri otroku oz. mladostniku (Carr, 2016). Pokazalo se je tudi, da so v takih družinah slabše vzpostavljene vloge, kar pomeni, da ni najbolj jasno, kdo v družini nosi odgovornost za posamezne zadalžitve (Ryan idr., 2005).

Tako lahko otrok prevzema odgovornosti, ki so sicer skrb staršev, kar zanj lahko predstavlja velik stres in mu posledično otežuje normalen

razvoj (Carr, 2016). Prav tako otroci v takih družinah ne prejemajo ustreznih spodbud za svoj razvoj in učenje, okolje je nestrukturirano, vse to pa lahko vodi do težav pri samonadzoru, kar lahko poveča že obstoječe otrokove težave (Choksomngam idr., 2022).

Tudi čustvena odzivnost se je v družinah z otrokom oz. mlado-
stnikom s klinično pomembnimi težavami izkazala za manj funk-
cionalno v primerjavi z družinami, v katerih otrokove oz. mlado-
stnikove težave niso klinično pomembne.

Za to je mogočih več razlag. Lahko gre za starševsko nespretnost izka-
zovanja topline, ko se otrok odmika iz socialnih situacij (Lansford idr.,
2018; Rothenberg idr., 2020), kar se povezuje s težavami ponotranje-
nja. Lahko pa se kot posledica negativne čustvene odzivnosti v smislu
pogostega kritiziranja bolj izrazi vedenje pozunanjenja (Carr, 2016).

62

Zadnje področje družinskega delovanja, ki se je izkazalo za manj
funkcionalno v družinah z otrokom oz. mladostnikom, ki ima kli-
nično pomembne težave, je čustvena vključenost. To pomeni, da
je v takih družinah prisotna pretirana vključenost staršev, ki pri
otroku utrjuje skrb za njegove težave in zmanjša otrokov obču-
tek avtonomije (Carr, 2016), kar vpliva na vedenja pozunanjenja
(Pinquart, 2017a). Lahko pa prihaja do starševske ne vključenosti,
ki prek občutkov ničvrednosti lahko vodi v težave pozunanjenja
(Carr, 2016).

Razlike med družinami glede na število psihosocialnih težav pri otroku oz. mladostniku

Rezultati so pokazali, da imajo otroci oz. mladostniki z več psihoso-
cialnimi težavami verjetneje izkušnjo z zlorabo, ob podrobnejšem
pregledu pa se je izkazalo, da so imeli več težav otroci oz. mlado-
stniki, ki so bili v preteklosti priča nasilju nad materjo. Da je izkušnja
zlorabe povezana z večjo verjetnostjo prisotnosti psihosocialnih te-
žav pri otroku oz. mladostniku, so dokazali že v preteklih raziskavah

(npr. Myers, 2011; Negriff idr., 2019), enako pa velja tudi za otroke, ki
so pričali o nasilju nad materjo (Graf in Schechter, 2024; Langevin
idr., 2021). Ena izmed razlag za to povezavo je lahko, da je ob nasilju
nad materjo njen odnos z otrokom oviran – pojavljajo se lahko teža-
ve s čustveno odzivnostjo in z navezanostjo ter težave v komunika-
ciji, kar se povezuje s težavami v psihosocialnem delovanju (Fuchs
idr., 2015). Poleg tega so Mori in sodelavci (2021) ugotovili, da se pri
otrocih, ki se doma ne počutijo varne, z večjo verjetnostjo pojavljajo
težave v psihosocialnem delovanju.

Pokazala se je tudi razlika v **izobrazbi matere**, pri čemer so imeli
otroci z več težavami pogosteje mater z osnovno izobrazbo. Izo-
brazba staršev je bila v preteklosti dokazana kot ustrezen pokazatelj
SES-a družine (Reiss idr., 2019), zato tudi tu lahko govorimo o SES-u,
in sicer so podobno ugotavljali tudi v preteklih raziskavah, v katerih
se nižji SES povezuje s težavami v psihosocialnem delovanju otrok
in mladostnikov (Zhao in Wang, 2025). To se med drugim lahko do-
gaja, ker imajo starši na voljo manj osebnih virov za izpolnjevanje
otrokovih potreb (Carr, 2016) in ker imajo oviran dostop do virov
pomoči (Reiss, 2013). Pomembna razlika se je pokazala tudi v oče-
tovih težavah v duševnem zdravju, ki so bile v preteklosti prav tako
opisane kot dejavnik tveganja za razvoj otrokovih psihosocialnih te-
žav (Nijjar idr., 2016). To se lahko dogaja zaradi zmanjšane podpore
in manj spremljanja na strani očeta (van Loon idr., 2014), lahko gre za
ne vključenost in umaknjenost staršev iz socialnih interakcij (Woo-
druff - Borden idr., 2002), lahko pa duševno zdravje očeta predstavlja
neke vrste mediator, tj. v smislu, da so družine s staršem z duševnimi
težavami lahko manj kohezivne, v njih je lahko prisotnih več kon-
fliktov, oboje pa lahko pripelje do razvoja težav v psihosocialnem
delovanju otroka oz. mladostnika (van Loon idr., 2014).

63

Kar se tiče delovanja družine, se je izkazalo, da otroci oz. mladostni-
ki, ki imajo več psihosocialnih težav, verjetneje prihajajo iz družine,
ki slabše deluje na področjih družinskih vlog in čustvene vključe-
nosti, manj funkcionalno pa je tudi njihovo splošno delovanje.

Kot že omenjeno, je bilo v preteklosti večkrat dokazano, da se psihosocialno delovanje otrok in mladostnikov povezuje z delovanjem njihove družine (Dollberg in Keren, 2020; Sullivan idr., 2012), pri čemer slabše delovanje pomeni bolj izražene simptome. Disfunkcionalno delovanje družine se povezuje tudi s psihološko neprilagojenostjo (opredeljena kot konflikt med posameznikovimi potrebami in zahtevami okolja) (Liaqat, 2024), kar lahko moti delovanje na različnih psihosocialnih področjih.

Sopojavljanje oz. komorbidnost psihosocialnih težav pri otroku oz. mladostniku se pojavlja kot posledica prepletanja različnih genetskih, nevrobioloških in okoljskih dejavnikov (Ivanović, 2021), zato je naša ugotovitev, da se pri otroku oz. mladostniku ob pojavljanju več dejavnikov tveganja znotraj družine (kot so npr. zgoraj omenjeni) z večjo verjetnostjo pojavljajo različne težave sočasno, smiselna. Ta pojav so potrdili tudi drugi (npr. Carr, 2016).

Zaključek

Ugotovitve te raziskave, ki se skladajo z ugotovitvami drugih raziskovalcev, so pokazale, da se družinski dejavniki in delovanje družine pomembno povezujejo s psihosocialnim delovanjem otrok in mladostnikov, zaradi česar pomena družine v obravnavi otroka oz. mladostnika nikakor ne smemo zanemariti.

Dobljeni rezultati nakazujejo tudi mogočo usmeritev intervencij pri pomoči družinam ter lahko služijo kot podlaga za prihodnje načrtovanje dela v SCOMS.

Potrjuje se ugotovitev, da je smiselno intervencije usmeriti na delovanje družine kot celote, predvsem na čustveno vključenost in prevzemanje družinskih vlog.

Pomoč družini ustvari za otroka optimalnejše okolje, v katerem se z večjo verjetnostjo razvije v zdravega posameznika.

Literatura

- Achenbach, T. M., in McConaughy, S. H. (2003). The Achenbach System of Empirically Based Assessment. V C. R. Reynolds in R. W. Kamphaus (ur.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (str. 406–433). Guilford Press.
- Achenbach, T. M., in Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Afroz, N., Kabir, E., in Alam K. (2023) A latent class analysis of the socio-demographic factors and associations with mental and behavioral disorders among Australian children and adolescents. *PLoS ONE*, 18(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285940>
- Belsky, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., in Poulton, R. (2020). *The origins of you: How childhood shapes later life*. Harvard University Press.
- Ben - Sasson, A., Soto, T., Heberle, A., Carter, A., in Briggs - Gowan, M. (2014). Early and concurrent features of ADHD and sensory over-responsivity symptom clusters. *Journal of Attention Disorders*, 21(10), 835–845. <https://doi.org/10.1177/1087054714543495>
- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Choksonngam, Y., Jiraporncharoen, W., Pinyopornpanish, K., Narkpongphun, A., Ongpraser, K., in Angkurawaranon, C. (2022). Associations between family functioning and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A cross-sectional study. *Healthcare*, 10(8), 1502–1511. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081502>
- Comeau, J. M. (2015). *Children's mental health over the early life course: The impact of economic resources, neighborhood disorder, and family processes*. The University of Western Ontario, Canada.
- Costello, E. J., Copeland, W., in Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Dai, L. T., in Wang, L. N. (2015) Review of Family Functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 3(12), 134–141. <http://doi.org/10.4236/jss.2015.312014>
- De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G., in Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: A pilot research study with policy implications. *Child Abuse and Neglect*, 25(7), 923–944. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00247-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00247-2)
- Dollberg, D. G., in Keren, M. (2020). Factors contributing to continuity and discontinuity in child psychopathology from infancy to childhood: An explorative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 891–908. <https://doi.org/10.1177/1359104520925888>
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., in Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 19–31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>
- Feit, M., Joseph, J., in Petersen, A. C. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. The National academies press.
- Gebru, N. M., Goncalves. P. D., Cruz, R. A., Thompson, W. K., Allegair, N., Potter, A., Garavan, H., Dumas, J., Leeman, R. F., in Johnson, M. (2023). Effects of parental mental health and family environment on impulsivity in pre-adolescents: A longitudinal ABCD study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1213894>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., in Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Graf, S., in Schechter, D. (2024). The impact of maternal interpersonal violent trauma and related psychopathology on child outcomes

and intergenerational transmission. *Current Psychiatry Reports*, 26, 166–175. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01491-7>

Grüning Parache, L., Vogel, M., Meigen, C., Kiess, W., in Poulain, T. (2023). Family structure, socioeconomic status, and mental health in childhood. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 33(7), 2377–2386. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02329-y>

Hughes, E. K., in Gullone, E. (2008). Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 92–117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.002>

Ivanović, I. (2021). Psychiatric comorbidities in children with ASD: Autism centre experience. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.673169>

Jaser, S. S., Fear, J. M., Reeslund, K. L., Champion, J. E., Reising M. M., in Compas, B. E. (2008). Maternal sadness and adolescents' responses to stress in offspring of mothers with and without a history of depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 736–746. <https://doi.org/10.1080/15374410802359742>

Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., in Hočevar Grom, A. (ur.) (2018). *Duševo zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji [Mental health of children and adolescents in Slovenia]*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kodrič, J., Slodnjak, V., Mikuž, A., Marjanovič Umek, L., Fekonja Peklaj, U., in Sočan, G. (2015). *Ocenjevalna lestvica vedenja za otroke od 6 do 18 let (oblika za starše) [The Achenbach System of Empirically Based Assessment – Aseba, for children age 6-18, designed for parents]*. Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani, Center za psihološko merjenje in svetovanje.

Kuhar, M., in Zager Kocjan, G. (2021) Associations of adverse and positive childhood experiences with adult physical and mental health and risk behaviours in Slovenia. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1924953>

Lamb, M. E. (2012). Mothers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children's adjustment. *Applied developmental*

science, 16(2), 98–111. <https://doi.org/10.1080/10888691.2012.667344>

Langevin, R., Hébert, M., in Kern, A. (2021). Maternal history of child sexual abuse and maladaptive outcomes in sexually abused children: The role of maternal mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15–16). <https://doi.org/10.1177/08862605211013963>

Lansford, J. E., Rothenberg, W. A., Jensen, T. M., Lippold, M. A., Bacchini, D., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater - Deckard, K., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Steinberg, L., Tapanya, S., Uribe Tirado, L., M., Pena Alampay, L., in Al Hassan, S. M. (2018). Bidirectional relations between parenting and behavior problems from age 8 to 13 in nine countries. *Journal of research on adolescence*, 28(3), 571–590. <https://doi.org/10.1111/jora.12381>

Malvaso, C. G., Delfabbro, P. H., Day, A., in Nobes, G. (2018). The maltreatment-violence link: Exploring the role of maltreatment experiences and other individual and social risk factors among young people who offend. *Journal of Criminal Justice*, 55(1), 35–45. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.01.006>

McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D. J., in Forehand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? *Aggression and Violent Behavior*, 13(3), 201–215. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.005>

McLaughlin, K. A., Gadermann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al Hamzawi, A., Andrade, L. H. ..., in Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290–299. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101253>

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., in Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>

Mori, Y., Tiiri, E., Khanal, P., Khakurel, J., Mishina, K., in Sourander, A. (2021). Feeling unsafe at school and associated mental health difficulties among children and adolescents: A

systematic review. *Children*, 8(3), 232. <https://doi.org/10.3390/children8030232>

Murali, V., in Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in psychiatric treatment*, 10(3), 216–224. <https://doi.org/10.1192/apt.10.3.216>

Myers, J. E., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Reid, T., in Jenny, C. (2001). *The APSAC handbook on child maltreatment*. SAGE Publications, Incorporated.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (4. 6. 2021). *Pozivamo k ukrepanju in podpori duševnemu zdravju otrok in mladih [We call for action and support for the mental health of children and young people]*. <https://nijz.si/zivljenjski-slog/dusevno-zdravje/pozivamo-k-ukrepanju-in-podpori-dusevnemu-zdravju-otrok-in-mladih/>

Negriff, S., Gordis, E. B., Susman, E. J., Kim, K., Peckins, M. K., Schneiderman, J. U., in Mennen, F. E. (2019). The Young Adolescent Project: A longitudinal study of the effects of maltreatment on adolescent development. *Development and Psychopathology*, 32(4), 1440–1459. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001391>

Nijjar, R., Ellenbogen, M. A., in Hodgins, S. (2016). Sexual risk behaviors in the adolescent offspring of parents with bipolar disorder: prospective associations with parents' personality and externalizing behavior in childhood. *Journal of abnormal child psychology*, 44, 1347–1359. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0112-x>

Noor, A., in Liaqat, H. (2024). Family functioning, cognitive autonomy and psychological adjustment In adolescents. *Pakistan Journal of Professional Psychology: Research and Practice*, 15(1), 8–20. <https://doi.org/10.62663/pjpprp.v1i1.158>

Oliver - Parra, A., Dalmau - Bueno, A., Ruiz - Muñoz, D., in García - Altés, A. (2020). Relationship between parents' mental disorders and socioeconomic status and offspring's psychopathology: A cross-sectional study. *Plos one*, 15(10), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240681>

Oltean, I. I., Perlman, C., Meyer, S., in Ferro, M. A. (2020). Child mental illness and mental health service use: Role of family functioning (family functioning and child mental health). *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2602–2613. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01784-4>

Pinquart, M. (2017a). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295.supp>

Pinquart, M. (2017b). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta analysis. *Marriage and Family Review*, 53(7), 613–640. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>

Pour, E. M., in Kasaei, F. (2013). Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1864–1865. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.049>

Reed, M., Bedard, C., Perlman, C. M., Browne, D. T., in Ferro, M. A. (2023). Family functioning and health-related quality of life in parents of children with mental illness. *Journal of Child and Family Studies*, 32(11), 3366–3377. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02556-6>

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science and medicine*, 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>

Reiss, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F., in Ravens - Sieberer, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PloS one*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>

Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater - Deckard, K., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Steinberg, L., Tapanya, S., Uribe Tirado, L. M., Yotanyamaneewong, S., in Peña Alampay, L. (2020). Examining effects

of parent warmth and control on internalizing behavior clusters from age 8 to 12 in 12 cultural groups in nine countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 436–446. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13138>

Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., in Bishop, D. S. (2005). *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. Taylor and Francis Group.

Spencer, N. J., Ludvigsson, J., Bai, G., Gauvin, L., Clifford, S. A., Abu Awad, Y., Goldhaber - Fibert, J. D., Ashild Faresjo, W. M., White, P. A., Raat, H., Jansen, P., Nilkiema, B., Mensah, F. K., McGrath, J. J., in EPCOH Collaborative Group (2022). Social gradients in ADHD by household income and maternal education exposure during early childhood: Findings from birth cohort studies across six countries. *Plos One*, 17(3), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264709>

Su, Y., D'Arcy, C., Yuan, S., in Meng, X. (2019). How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 252, 278–293. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.026>

Sullivan, A. E., Judd, C. M., Axelson, D. A., in Miklowitz, D. J. (2012). Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder. *Behavior therapy*, 43(4), 837–847. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.005>

van Loon, L. M., van de Ven, M. O., van Doensum, K. T., Witteman, C. L., in Hosman, C. M. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1201–1214. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7>

Wang, Y., Tian, L., Guo, L., in Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101090. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101090>

Wang, S., Xu, H., Zhang, S., Yang, R., Li, D., Sun, Y., Wan, Y., in Tao, F. (2022). Linking childhood maltreatment and psychological symptoms: The role of social support, coping styles, and self-esteem in adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1–2). <https://doi.org/10.1177/0886260520918571>

Woodruff - Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., in Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364–374. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_08

World Health Organization (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background Paper by WHO Secretariat for Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan*. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf.

Zhao, J., in Wang, Y. (2025). Cumulative family risk and depressive symptoms among Chinese adolescents: The moderating role of friendship quality. *Child Psychiatry and Human Development*, 56(1), 214–223. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01551-8>

Z otroki in mladostniki v vrtincu ločitve njihovih staršev

Nataša Mihevc, dr. med., spec. otr. in mlad. psih.,
sistemska družinska terapevtka

70

Povzetek

Strokovnjaki, ki obravnavamo otroke in mladostnike v okviru Sve-tovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana ter po-dobnih ustanov, se ob tem pogosto srečujemo tudi z družinami v obdobju ločitve staršev. Ločitev je stresen in večdimenzionalen pro-ces, ki lahko traja dlje časa ter pomembno zamaje celotno družinsko strukturo in dinamiko. Posledice lahko pusti na odraslih pa tudi na otrocih in mladostnikih. Kako se bo družina prilagodila na takšno spremembo, je odvisno od številnih dejavnikov, med katerimi ima visoka stopnja konflikta med starši resne posledice za otrokovo du-ševno zdravje. Strokovnjaki se zato najpogosteje ukvarjamo prav z otroki in mladostniki iz te skupine. Nekateri starši namreč tudi po začetnem obdobju prilagajanja ostanejo ujeti v uničujoče konflikte, v katerih so pogosto med njimi ujeti tudi njihovi otroci. Ob obrav-navi otrok se v vrtincu teh konfliktov najdemo tudi strokovnjaki, ki se pri tem srečujemo s številnimi izzivi, dilemami in nalogami, ki so zahtevne ne le strokovno, ampak tudi čustveno. Glede na to, da je eden najučinkovitejših pristopov za pomoč otrokom ob ločitvi prav izboljšanje odnosa med starši, je za nas sistemska znanje še posebej dragoceno.

Ključne besede: ločitev, sostarševstvo, konflikt, otroci po ločitvi, družinska dinamika

Abstract

Professionals working with children and adolescents at the Counsel-ing Centre for Children, Adolescents and Parents Ljubljana, as well as in similar institutions, frequently encounter families going throu-gh the period of parental separation. Divorce is a stressful and mul-tidimensional process that can last for a long time and significantly disrupt the overall family structure and dynamics. It can leave lasting effects on both adults and children or adolescents. How a family ad-justs to such a change depends on numerous factors, among which a high level of conflict between the parents has serious implicati-ons for the child's mental health. Consequently, professionals most often work with children and adolescents from this group. Some parents remain trapped in destructive conflicts even after the initial adjustment period, and their children often find themselves cau-ght in the middle. When working with children, professionals can also find themselves drawn into the vortex of these conflicts, facing numerous challenges, dilemmas, and tasks that are demanding not only professionally, but also emotionally. Given that one of the most effective approaches to supporting children during divorce is im-proving the parental relationship, systemic knowledge proves to be particularly valuable in such work.

Keywords: divorce, coparenting, conflict, children of divorce, family process

71

Uvod

Ločitev sproži dolgotrajno vrsto stresnih dogodkov, ki od vseh družinskih članov zahtevajo spoprijemanje z izgubami, nasprotujočimi si čustvi in z nenehnimi spremembami. Porušena družinska struktura zahteva oblikovanje novih odnosov, pravil in rutin. Partnerja morata opustiti partnerski odnos in hkrati oblikovati nov starševski odnos, kar morajo sprejeti tudi otroci. Ob tem se večina družin v prvem letu ali dveh po ločitvi spoprijema z neko stopnjo sovražnosti med nekdanjima partnerjema, lahko pa negativni in uničujoči vzorci vztrajajo tudi leta pozneje in se ne umirijo (Boyan in Termini, 2005).

Otroci, ujeti v visokokonfliktno ločitev staršev, pogosto razvijejo različne težave, ob čemer vključitev v obravnavo lahko njihovo stisko celo poglobi, saj postanejo bolj ozaveščeni glede tega, kako globoko so ujeti v uničujoč in nemočen položaj. Svoje bolečine namreč doma še vedno ne morejo izraziti, saj bi bila lahko vsaka izrečena beseda uporabljena kot orožje v starševskem konfliktu. Pomoč mora biti zato usmerjena predvsem na starše, ki lahko ponovno ustvarijo varen prostor za svoje otroke.

Ujeti med konflikti ločenih staršev pa se med obravnavo lahko znajdemo tudi strokovnjaki, saj nezaupanje staršev in njihova obrambna drža onemogočata vzpostavitev varnega terapevtskega odnosa, ki je ključen za pomoč družini (Visser in van Lawick, 2021).

Ločitev

Ločitev je večdimenzionalen proces, ki lahko pomembno vpliva na življenje vseh družinskih članov (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Za partnerja predstavlja enega najtežjih čustvenih procesov, ki se pogosto začne z odtujitvijo ali večletnimi konflikti že pred formalno ločitvijo (Amato, 2000; Rus Makovec, 2016a). Pomembno vpliva tudi na občutek varnosti v družini ter je ena najbolj stresnih izkušenj tudi za otroke (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020; Rus Makovec, 2016a).

Ločitev v sodobnih teorijah delimo glede na stopnjo konflikta ali uspešnost komunikacije med starši.

Pri prijateljski ločitvi nekdanja partnerja ohranjata topel odnos in dobro komunikacijo, kar omogoča sodelovalno starševstvo in s tem lažjo prilagoditev otrok. Pri ločitvi kot poslovnem dogovoru v odnosu med starši ni topline in prijateljskih čustev, še vedno pa temelji na poštenih in iskrenih dogovorih. Po drugi strani pa visokokonfliktna ločitev vključuje sovražnost, pogoste prepire in pomanjkanje zaupanja ter pogosto v središče teh sporov postavlja otroke.

Čeprav se je stopnja ločitve v zadnjih desetletjih znižala in ustalila, se še vedno 40–45 % prvih zakonov konča z ločitvijo (Huff idr., 2020). V Sloveniji se letno loči nekaj manj kot 6 % poročenih parov, od katerih ima polovica zvez mladoletne otroke. Zaradi porasta zunajzakonskih skupnosti pa dejanskega števila otrok, ki doživljajo ločitev staršev, niti ne poznamo natančno, vemo pa, da je takih otrok veliko (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020).

Raziskave kažejo, da približno 8–12 % staršev ostaja ujetih v resnem konfliktu, tudi od dve do tri leta po ločitvi (Kelly in Emery, 2003). Pri tem sicer manjšem deležu družin so pogosto prisotni: družinske napetosti, stres in konflikti že pred ločitvijo ter padec na ekonomskem področju, konflikti med nekdanjima partnerjema in več sprememb v življenju po ločitvi (Bush in Price, 2021). Čeprav obstaja možnost, da se konflikti med starši nadaljujejo tudi po ločitvi, imajo lahko ravnno otroci iz visokokonfliktnih zvez največje koristi od ločitve staršev (Kelly in Emery, 2003).

Ločitev pa ni povezana z negativni izidi in s težavami pri vseh družinah, saj se razmeroma uspešno z njo spopade približno 70 % staršev (Loukas idr., 1998; Visser in van Lawick, 2021). **Večina otrok in odraslih se torej dobro prilagodi, opomore in dobro funkcionira po od dveh do treh letih po ločitvi** (Bush in Price, 2021; Loukas idr., 1998). Posledično ti otroci ne delujejo drugače kot otroci staršev, ki ostanejo skupaj (Visser in van Lawick, 2021).

Vpliv ločitve in konflikta na družino ter posledice pri otrocih in odraslih

Vpliv ločitve na družino je odvisen od številnih dejavnikov. Ob ločitvi družinski odnosi in družina seveda ne izginejo. Družina se preoblikuje v strukturo dveh domov, v katerih se otroci srečujejo z novimi in različnimi pravili ter s številnimi drugimi spremembami, kot so: pogoste selitve, prehodi med domovi in oblikovanje novih družinskih struktur ob morebitnih prihodih in odhodih novih partnerjev staršev (Amato, 2000; Boyan in Termini, 2005). Otroke lahko dodatno obremeni tudi menjava šole, soseske in vrstniške skupine (Bush in Price, 2021).

Pri odraslih je vpliv ločitve odvisen že od tega, kdo da pobudo za ločitev in kakšna je njegova vloga (Boyan in Termini, 2005), pa tudi od dojemanja ločitve, demografskih značilnosti ter posameznikovih virov moči, kot so sposobnosti spoprijemanja in socialne podpore. Boljše predhodno čustveno funkcioniranje in konstruktivna komunikacija med starši sta povezana z manj stresa in boljším sodelovanjem po razhodu. Prilagoditev olajša tudi nova partnerska zveza (Bush in Price, 2021).

Čeprav vse spremembe ob ločitvi niso negativne, imajo odrasli povečano tveganje za veliko negativnih izidov in posledic, ki so lahko kratkotrajnejše, lahko pa predstavljajo kronično obremenitev in trajajo daljše časovno obdobje. Mednje sodijo: socialno neodobravanje, stigma in poslabšanje ekonomskega položaja. V primerjavi s poročenimi posamezniki imajo pogosteje tudi: **depresivne simptome, zdravstvene težave in večjo verjetnost za prezgodnjo smrt** (Bush in Price, 2021; Huff idr., 2020). Glede na to, da imajo odrasli navadno bolj razvite strategije spoprijemanja in se za spremembo tudi sami odločijo, pa so posledice ločitve pri odraslih pogosto manjše kot pri otrocih (Bush in Price, 2021).

Sam formalnopravni delo ločitvenih povezanz negativnimi učinki na otroke. Tveganja se povečajo zaradi dolgotrajnejših spremljajočih obremenitev oziroma dejavnikov tveganja, kot so: zmanjšana starševska

podpora, konflikti med starši, zmanjšan stik z enim od staršev, padec življenjskega standarda in novi partnerski odnosi (Huff idr., 2020). Prilagoditev otrok je torej močno odvisna od delovanja staršev ter njihovega sodelovanja pri vzgoji pred razhodom, med njim in po njem (Harold idr., 1997). Pri otrokovem dolgoročnem okrevanju imajo tako starši odločilno vlogo (Boyan in Termini, 2005).

Konflikt med starši je eden pomembnejših dejavnikov tveganja (Harold idr., 1997). Vpliva lahko že na otroke pred ločitvijo, najizrazitejši pa so njegovi negativni učinki, ko se nadaljuje tudi po razhodu (Huff idr., 2020; Loukas idr., 1998). Ne glede na to, ali starši živijo skupaj ali ne, otroci torej najbolj trpijo ravno zaradi njihovih konfliktnih odnosov. Nasilje med starši lahko vpliva na otroke neposredno, ko so mu priča ali so vanj vključeni, ali posredno, ko posledična psihološka obremenitev staršev vodi v slabši odnos z otrokom ali slabšo skrb zanj (Visser in van Lawick, 2021).

Negativno sodelujoče starševstvo vodi v vrsto težav v otrokovem poznejšem življenjskem ali celo odraslem obdobju (Huff idr., 2020; Zhao idr., 2022).

Otroci ločenih staršev imajo več čustvenih, vedenjskih, socialnih, zdravstvenih in akademskih težav. Enake ali izrazitejše motnje pa imajo tudi otroci, ki so dolgotrajno priča slabemu zakonskemu odnosu.

Pri otrocih iz visokokonfliktnih ločitev so opazovali tudi več impulzivnosti, nesocialnega vedenja, nasilja, zlorabe psihoaktivnih substanc, težav z avtoriteto in odnosi ter čustvenih težav (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020).

Na odziv otrok vplivajo tudi dejavniki, na katere ni mogoče vplivati, kot so: **starost otroka ob ločitvi, otrokov spol in temperament** (Boyan in Termini, 2005). Otroci že sam pojem družine dojemajo različno skozi svoj razvoj. Mlajši jo definirajo predvsem na podlagi skupnega prebivanja, starejši pa že vključujejo abstraktnejše

pojme, kot je biološka sorodnost. Mlajši osnovnošolci lahko menijo, da nekdo, ki zapusti dom, ni več del družine, medtem ko starejši razumejo, da sobivanje ni edino merilo družinske pripadnosti.

Predšolski otroci konflikte med starši pogosto doživljajo kot svojo krivdo. Težko ločijo čustva staršev do drugega starša od tistih do sebe in so nagnjeni k zavzemanju strani ali tolaženju bolj prizadetega starša. Šolski otroci se pogosto poistovetijo z enim staršem in lahko zavrnejo drugega, saj težko združijo dva nasprotna si položaja. Mladostniki v konfliktu med starši lahko prevzemajo odgovornosti odraslih, zlasti v skrbi za mlajše sorojence. Ob odraščanju v nasilnem okolju lahko tudi sami postanejo nasilni in uporniški, lahko pa se tudi telesno vpletejo v konflikt med starši. Enega od staršev, ki ga vidijo kot povzročitelja spora, lahko tudi hitro zavrnejo (Loukas idr., 1998).

76

Starost otrok ob ločitvi tako pogosto vpliva na otrokov odziv, ne določa pa dolgoročnega mentalnega stanja otroka. Otroci, mlajši od pet let, se na ločitev lahko odzovejo silovito, a se pogosto dobro prilagodijo. Otroci med 5. in 12. letom se največkrat odzovejo s sovražnostjo in slabšim šolskim uspehom (Boyan in Termini, 2005). Večkrat so negativni učinki vidnejši pri dečkih kot pri deklicah (Rus Makovec, 2016a). Najstniki svojo tesnobo in stisko ob ločitvi pogosto skrivajo, ob čemer se spoprijemajo še z vsemi izzivi njihovega razvojnega obdobja. Posledica so lahko resne težave na čustvenem in vedenjskem področju (Boyan in Termini, 2005).

Po drugi strani pa se po ločitvi lahko zmanjšajo konflikti med starši, tj. v pogostnosti in intenziteti. Varovalni dejavniki so tudi: dobre veščine spoprijemanja pri otroku, socialna podpora, kompetentno starševstvo in kakovosten odnos otroka z vsaj enim staršem (Bush in Price, 2021). Na prilagajanje otrok na ločitev pa lahko ugodno vplivajo tudi terapevtske intervencije (Amato, 2000).

Strokovnjak ob otroku med ločenimi starši

Strokovnjaki, ki se srečujemo z družinami v ločitvenem postopku, se ob tem spoprijemamo z več izzivi, ki so za nas zahtevni strokovno in tudi čustveno (Trampuž, 2016a). Večkrat se srečujemo z neprosto-voljnimi in manj motiviranimi klienti ali s starši brez iskrene želje po spremembi v dobro otroka (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Ob tem je težko ohranjati odprtost do pogosto nasprotujočih si zgodb in sposobnost razumevanja različnih perspektiv, hkrati pa jasno ločevati med dopustnim in nedopustnim (Trampuž, 2016a).

Kadar delamo z otrokom, je neizogibno, da delamo tudi s starši. Tako imamo lahko hkrati tri kliente, katerih interesi niso vedno enaki (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Ob ločitvi dobrobit otrok pogosto ni v ospredju, zato je pomembno večkrat poudariti, da je naš primarni klient otrok, njegov interes pa vodilo naših strokovnih intervenc (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020; Visser in van Lawick, 2021).

77

Psihoedukacija

Kadar imamo možnost delati z družinami na samem začetku procesa in kadar so starši sodelujoči ter otroci ne kažejo večjih težav, je v prvi vrsti ključna psihoedukacija (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Raziskave namreč kažejo, da imajo psihoedukacijski programi pozitiven vpliv na zmanjšanje medstarševskega konflikta, izboljšanje odnosa med staršem in otrokom ter otrokovo vedenje in počutje, tudi če v programu sodeluje le eden od staršev (Huff in Hartenstein, 2020).

Psihoedukacija vključuje usposabljanje staršev za podporo otroku pri prilagajanju na ločitev. Pomembno je, da se strokovnjak v začetni fazi, ko je ločitev sprožena, ne postavi v položaj »nad« starše, čeprav jih izobražuje. Staršem postavlja odprta vprašanja, podpre njihove pravilne odgovore in povedano dopolni s svojim znanjem. Skupaj s starši razmišlja, kako otroku sporočiti odločitev o ločitvi, kako

prepoznati razvojno značilne odzive, kako ločiti starševsko in partnersko vlogo ter o vplivu konflikta na otroke (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020; Bush in Price, 2021). Pomembno je, da **starši otroku jasno povedo, da ni kriv za ločitev**, da upoštevajo otrokove koristi pri stikih in prebivanju ter da otroku zagotavljata ljubezen oba starša (Huff in Hartenstein, 2020). Otroci potrebujejo občutek, da se starši medsebojno spoštujejo in sodelujejo pri pomembnih odločitvah.

Ob slabšem sodelovanju staršev in kadar je ocenjeno, da starševski konflikt dejavno škodi otroku, pa strokovnjak prevzame dominantno vlogo in skuša doseči položaj avtoritete stroke. Ob dolgotrajnem intenzivnem sporu staršev je namreč bistveno težje izvajati psihoedukacijo z dejavnim vključevanjem staršev v razpravo.

78 Psihoedukacija ima seveda tudi pri visokokonfliktnih ločitvah pomembno vlogo, v ospredje pa takrat postavimo vpliv konflikta na otroka in tveganja čustvene zlorabe ter spodbujamo skrb in empatijo staršev s konkretnimi primeri iz njihovega življenja (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020).

Uporaba systemskega znanja

Pri nudenju pomoči otrokom med ločitvijo njihovih staršev je eden najpomembnejših pristopov izboljšanje odnosa med starši. Raziskave kažejo na pomen reševanja osebnih in medosebnih težav med starši, kot so: žalovanje, zamera in slaba komunikacija (Huff in Hartenstein, 2020). Systemsko znanje je tako neprecenljivo za vse strokovnjake, ki delamo z otroki v različnih razvojnih obdobjih, saj s svojim delovanjem lahko posredno ugodno vplivamo na otrokov razvoj (Trampuž, 2016a). Družinska terapija je sicer širok pojem, ki zajema različne metode dela z družinami z različnimi biopsihosocialnimi težavami, med njimi tudi s težavami, povezanimi z ločitvijo staršev (Carr, 2006; Huff in Hartenstein, 2020). Systemska paradigma nas namreč uči, da težave, s katerimi se posameznik in družina spoprijemata, lahko razumemo in posledično rešujemo le v kontekstu

interakcij in medosebnih odnosov, v katerih se je težava pojavila in v katerih se vzdržuje (Trampuž, 2016b).

Komunikacija

V systemski družinski terapiji je komunikacija osrednjega pomena za razumevanje in spreminjanje družinskih odnosov.

Pri komunikaciji torej ne gre samo za izmenjavo informacij, ampak proces, ki nosi pomen, oblikuje vloge, vpliva na dinamiko sistema ter pogosto razkriva pravila in vzorce delovanja znotraj družine (Dallos in Draper, 2015). Pri delu z ločenimi pari pogosto ugotovljamo, da je prav komunikacija eden večjih izzivov (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Raziskave kažejo, da se ob prisotnem stresu kakovost komunikacije med parom lahko zniža za 40 %.

Za učinkovito razvijanje nadzorovane komunikacije so ključni: spodbujanje preverjanja domnev, aktivno poslušanje in vlaganje truda v razumevanje drugega, kar vse pripomore k omejevanju napetosti in lajšanju komunikacije (Huff idr., 2020). Pomembno se je torej zavedati, da to, kako nekdo posluša, vpliva na to, kako drugi govori, kako nekdo govori, pa vpliva na to, kako drugi posluša (de Koven Fishbane, 2023).

Komunikacijo pogosto jemljemo za samoumevno in pozabljamo na njeno kompleksnost. Ko smo z nekom v interakciji, predvidevamo, da razume, kar smo želeli izraziti, vendar pa je realnost pogosto drugačna. Pri globljem razumevanju, kako komunikacija deluje, in posledično pri delu na področju medosebnih odnosov so nam lahko v pomoč Watzlawickovi aksiomi komunikacije, ki nam lahko pomagajo razumeti človeško komunikacijo kot zapleten in večplasten proces (Dallos in Draper, 2015).

Zavedati se moramo, da je komunikacija neizogibna, saj vsako vedenje, tudi tišina ali neaktivnost, nosi sporočilo. Komuniciramo torej tudi, ko tega nočemo ali se tega ne zavedamo. Vsaka komunikacija ima tudi dva vidika, vsebinskega in odnosnega, pri čemer

odnos med sogovorniki vpliva na pomen in sprejem vsebine. Naravo odnosa določa tudi način zaznavanja zaporedja komunikacijskih dejanj, saj pogosto vsak vidi sebe kot odzivnega, drugega pa kot povzročitelja težave. Ker komunikacija poteka krožno, tega v resnici ni mogoče jasno določiti. Konflikte lahko povzročajo tudi neskladja med digitalno (besedno) in analogno (nebesedno) komunikacijo, pri čemer zadnja pogosto razkriva resnična čustva. Konflikti pogosto izhajajo tudi iz napačno postavljenih ali neustrezno doživetih razmerij moči, saj je komunikacija lahko simetrična, kadar sta udeleženca enakovredna, ali komplementarna, kadar je eden izmed udeležencev v nadrejenem, drugi pa v podrejenem položaju (Watzlawick idr., 1967).

Veliko perspektiv: mentalizacija

Vsak družinski član lahko doživlja družinsko življenje skozi lastno perspektivo. Namesto enotne družinske realnosti jih obstaja več, včasih tudi nasprotujočih si realnosti. Razumevanje ločitve zato zahteva poznavanje različnih pogledov vseh vpletenih ob upoštevanju njihove zgodovine, odnosov in izkušenj pred ločitvijo in po njej (Huff idr., 2020). Starši, ki so ujeti v visokokonfliktno ločitev, se pogosto ne zmorejo dogovoriti niti glede zgodbe o ločitvi. Za otroke pa je pri oblikovanju zdrave identitete ključnega pomena, da imajo usklajeno življenjsko pripoved, ki jo potrjujejo pomembni odrasli v njihovem življenju (Visser in van Lawick, 2021).

Mentalizacija vključuje zmožnost refleksije na svoje notranje stanje in notranje stanje drugega, prepričanja in čustva ter razumevanje, da ljudje čutijo in vidijo stvari drugače.

Občutek osebe, da je razumljena in spoštovana ter da je prisotna v mislih nekoga drugega, ustvarja varno okolje, v katerem se je mogoče zaupati, spustiti obrambo ter prisluhniti in se učiti od drugega.

Ko se torej starši prepirajo glede tega »kaj je res«, jih lahko spodbudimo z zavedanjem, da gre lahko za dve subjektivni izkušnji, ki si obe zaslužita prostor. S tem spodbujamo razmišljanje, da je to samo perspektiva staršev, ki pa ni edina mogoča. Takšno priznanje različnosti perspektiv predstavlja jedro mentalizacije ter odpira prostor za dialog, empatijo in za boljše medsebojno razumevanje (de Koven Fishbane, 2023).

Nevtralnost

Ena ključnih značilnosti systemskega pristopa je tudi nevtralnost. To pomeni, da terapevt ne vsiljuje lastnih izkušenj ali prepričanj, ampak sledi zmožnostim in danostim klienta (Rus Makovec, 2016c). Je pa v praksi popolna terapevtova nevtralnost težko dosegljiva, saj je nemogoče ločiti terapevtove vrednote od terapevtskega pristopa (Feldman, 2024). Terapevtovo samozavedanje lasnega odziva na klienta, svojih osebnih vrednot in prepričanj je torej ključnega pomena, saj lahko vplivajo na klinično delo (de Koven Fishbane, 2023).

Nevtralnost predstavlja poseben izziv pri delu z ločenimi pari, pri čemer vsak izmed partnerjev pogosto pričakuje, da bo terapevt podprl njegov pogled (Feldman, 2024; Rus Makovec, 2016b). Lahko se zgodi tudi, da strokovnjak zaradi svojih izkušenj, prepričanj, starosti ali spola nekoga v družini lažje razume. Strokovnjaki se morajo torej zavedati, da je njihova naloga pomagati družinam postati učinkovitejše znotraj možnosti, ki obstajajo v njihovem lastnem družinskem in kulturnem sistemu (Minuchin in Fishman, 1981).

Terapevtsko zavezištvo

Ločitveni proces spremljajo občutki neuspeha, nemoči in ranljivosti, ki se pogosto skrivajo za obrambami, jezo ali kritiko. Terapevt mora te obrambe sprejeti s spoštovanjem in sočutjem, saj le tako lahko vzpostavi zaupanje, ki omogoča postopno opuščanje obrambnih mehanizmov. Samo iz tega položaja lahko nato strokovnjak tudi prepozna in izzove njihovo problematično vedenje (de Koven Fishbane, 2023).

Vzpostavitev trdnega terapevtskega zaveznitva je temelj vsakega kliničnega dela, pri delu z ločenimi pari pa tudi ta predstavlja poseben izziv. Potrjevanje izkušnje enega partnerja lahko drugi partner razume kot pristranskost ali celo izdajo terapevtske nevtralnosti (Huff idr., 2020). Poseben izziv ob tem predstavlja delo s pari ali z nekdanjim partnerji z nasprotujočimi si zgodbami in konflikti, ki stopijo v terapijo v načinu obtoževanja ter terapevta oziroma strokovnjaka pogosto vidijo kot sodnika.

Pomembno je, da terapevt to vlogo zavrne in ostane sočuten do vsakega partnerja posebej na način, da ne izključuje drugega (de Koven Fishbane, 2023). Terapevt torej doživljanje vsakega posameznika razume, ne da bi pri tem potrjeval njegovo interpretacijo ali obtoževanje drugega (Huff idr., 2020). Že od prvega srečanja mora vsak partner začutiti, da je terapevt na njegovi strani (de Koven Fishbane, 2023).

Cilji terapevtske obravnave

Pri terapevtskem delu z družinami moramo upoštevati potrebe celotnega sistema, razen kadar obstajajo resne skrbi glede varnosti otrok (Pote idr., 2003). Glavna cilja terapevtskega dela ob ločitvi sta zmanjšanje negativnih učinkov ločitve na otroke ter podpora posameznikom pri okrevanju in oblikovanju zadovoljivega življenja po ločitvi, ob čemer pa je naš prvotni cilj zaščita otrokovih interesov (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020; Huff idr., 2020).

To uresničujemo z usmerjanjem staršev in s krepitvijo njihovih starševskih kompetenc, spodbujanjem njihovega sodelovanja ter s spodbujanjem vključitve obeh staršev in pozitivnega odnosa z otroki. Pomembni so tudi: zmanjševanje medsebojnega konflikta, omejevanje njegovega vpliva na otroka in preprečevanje morebitnega odtujevanja (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020; Huff idr., 2020; Rus Makovec, 2016c).

Pri tem terapevt s sočutjem razume čustva staršev, vendar jih s tem ne razbremeni odgovornosti za morebitno neprimerno

vedenje, ampak ustvarja pogoje za varno odraščanje otroka (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020).

Eden ključnih ciljev je tudi opredelitev nove oblike starševstva, ki je lahko sodelovalno ali vzporedno (ločeno) starševstvo. Ker vsem staršem ne uspemo pomagati do tega, da bi oblikovali dobro starševsko partnerstvo, ki zmore sodelovati brez preprirov, včasih podpremo vzporedno starševstvo, pri katerem se vsak od staršev osredinja na svoje življenje z otroki in v svojem domu ustvarja zanje najboljše mogoče pogoje.

Pri nesoglasjih glede stikov in vzgoje spodbujamo poslušanje, empatijo, prilagajanje in iskanje kompromisov (Visser in van Lawick, 2021). Starše usmerjamo k dogovorom, ki temeljijo na otrokovi koristi, ne pa na lastni potrebi po moči ali nadzoru. Pomembno je njihovo zavedanje, da se razhajajo kot partnerji, a ostajajo starši za vse življenje.

Po drugi strani pa ventiliranje, iskanje zaveznitva s terapevtom, nadaljevanje odnosov z nekdanjim partnerjem skozi konflikte ali reševanje partnerskega odnosa v obravnavi, ki je namenjena otroku, vsekakor niso ustrezni cilji (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Tudi pri delu s parom se izogibamo pogovorom o preteklih partnerskih težavah, saj so pri ločujočih se parih pogosto kontraproduktivni, ker povečujejo konflikt in čustveno navezanost (Rus Makovec, 2016c).

Svetovanje in terapevtska podpora staršem

Pri terapiji para otroci navadno ne sodelujejo, saj obstaja nevarnost njihovega vpletanja v konflikt. Če otroci potrebujejo pomoč zaradi težav na področju duševnega zdravja, mora biti terapevtsko delo z njimi usklajeno z obravnavo staršev. Terapevt lahko dela s starši individualno ali skupaj, glede na njun odnos in psihično stanje, s poudarkom na medosebnih in starševskih izzivih (Huff idr., 2020). Vključitev obeh staršev v obravnavo prinaša večji učinek na otrokovo dobrobit (Huff in Hartenstein, 2020).

Pomembno je, da starši jasno definirajo naravo odnosa z nekdanjim partnerjem in postavijo meje tudi glede deljenja osebnih informacij. Jasna pričakovanja omogočajo ločevanje med njihovim zasebnim življenjem in starševsko vlogo ter zmanjšujejo čustveno vpletenost, kar prispeva k bolj funkcionalnemu sodelovanju (Boyan in Termini, 2005).

Negativno vedenje staršev, npr. pritoževanje čez drugega od staršev pred otroki, uporaba otrok za posredovanje sporočil ali spodkopavanje avtoritete drugega od staršev, povzroča otrokom stres in dolgoročne negativne posledice. Pogosto pa lahko to vedenje prikriva globlje notranje stiske staršev, kot je nerešena bolečina zaradi razhoda, zato je pomembno, da strokovnjaki pomagajo staršem ozavestiti, kaj je v resnici v ozadju njihovih nesoglasij (Huff in Hartenstein, 2020).

Ločitev pogosto sproži proces žalovanja, tudi če si partnerja odnosa ne želita več (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Črno-belo dojemanje nekdanjega partnerja ob tem staršem navidezno pomaga predelati bolečino in se spoprijeti z ločitvijo, vendar pa večina sčasoma vzpostavi distanco in ponovno prepozna tudi njihove pozitivne lastnosti. Bolečje in travmatične izkušnje v procesu ločitve lahko vplivajo tudi na posameznikovo zmožnost obvladovanja čustev (Visser in van Lawick, 2021). V okviru obravnave se je tako večkrat treba posvetiti tudi prepoznavanju in obvladovanju čustev pri starših ter njihovi vlogi v procesu žalovanja, samoregulaciji čustev in komunikaciji, pri čemer lahko delamo z obema staršema skupaj ali pa z vsakim posebej (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020).

Ločitev pomembno vpliva tudi na odnos med starši in otroki. Stres ob izgubi rednega stika z otrokom pri starših zmanjša starševske kapacitete in vodi v čustveno odvisnost od otroka, zato je ključno, da znajo ločiti lastne potrebe od otrokovih (Boyan in Termini, 2005). Pomemben je tudi odprt in iskren dialog z otrokom, saj lahko konflikt med starši vpliva na otrokovo razumevanje njihovih odločitev in vedenja. Zanimanje za otrokove izkušnje lahko pomaga preprečiti nesporazume.

Starši v visokem konfliktu

Visokokonfliktno sostarševstvo po ločitvi je proces, pri katerem imajo starši lahko težave s spopadanjem z nesoglasji in okrevanjem po ločitvi, težje ločujejo svoje rane, povezane z zakonskim konfliktom, od podobe nekdanjega partnerja v starševski vlogi, težave imajo tudi pri prepoznavanju spretnosti in kvalitet drugega od staršev, njihov dialog pa je zaznamovan s temeljnim pomanjkanjem zaupanja. Posledično imajo več težav na področju starševstva in večje izzive na področju ravnanja skladno z največjim interesom otrok (Stolnicu idr., 2022).

Takšni starši lahko otroke neposredno vključujejo v svoje konflikte. Otroku lahko pretirano ugajajo z namenom pridobivanja njegove naklonjenosti, v odnosih ga lahko obravnavajo kot partnerja ali celo kot starša. Pred njimi lahko kritizirajo drugega od staršev ali stike z njim ovirajo, prepovedujejo ali izražajo žalost, jezo ali skrbi ob dohodu otroka na stike. Z otrokom lahko delijo tudi neprimerne informacije, na primer o sodnih postopkih.

Pri visokokonfliktni ločitvi moramo najprej doseči vsaj osnovno sodelovanje med starši. Ker konflikt za veliko staršev pogosto predstavlja nezavedni način ohranjanja odnosa z nekdanjim partnerjem, se temu težko odrečejo (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Sklepanje dogovorov pogosto onemogoča tudi občutek neenakosti, nepoštene in neenakopravne obravnave drugega od staršev, kar veliko staršev v visokokonfliktnih ločitvah doživlja prek drugega od staršev (Visser in van Lawick, 2021).

Ključ za vsako sodelovanje je iskanje skupnega interesa nasprotnih strani. Starši pogosto pričakujejo, da bo strokovnjak izbral stran, zato si poskušajo izboriti njegovo naklonjenost. Strokovnjaka tako poskušajo postaviti v položaj, ki je podoben tistemu, v katerem je njihov otrok, torej med očetom in materjo. Ob tem je pomembno, da staršem strokovnjak večkrat jasno pove, da je stran, ki jo zavzema, otrokova. Starši imajo, ne glede na to, kako močen je njihov konflikt, eno skupno točko, in to je ljubezen do svojega otroka (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020).

Starši so pogosto prepričani, da delujejo v otrokovo korist, a pogosto napačno predvidevajo, da otrok situacijo doživlja enako kot oni. Pogosto je prisotno tudi njihovo zmotno prepričanje, da bo drugi od staršev otroku povzročil enako bolečino, kot jo je povzročil njim.

Pri visokokonfliktnih ločitvah je zato eden največjih izzivov oblikovanje skupnih ciljev in razvijanje konstruktivnega reševanja sporov.

Določanje konkretnih ciljev (glede prebivanja, vzgoje, financ itn.) staršem omogoča razmislek o tem, kako te cilje uresničiti, kar jim tudi pomaga, da jih dejansko dosežejo. Pomembno je tudi usmerjanje staršev na osredinjanje na lastno vedenje in ne na vedenje drugega (Huff in Hartenstein, 2020).

86

Za uspešno delovanje obeh novih družin po visokokonfliktni ločitvi je treba tudi jasno opredeliti odgovornosti staršev in meje med novima družinama. To lahko zmanjša napetosti, možnosti za nesporazume in konflikte ter pomaga pri vzpostavitvi funkcionalnega sodelovanja. Pozneje se sicer lahko izkaže, da so tudi manj formalni dogovori dovolj učinkoviti (Boyan in Termini, 2005).

V določenih primerih se dogovori sprva oblikujejo ob prisotnosti strokovnjaka, ki usmerja spoštljivo komunikacijo. Kadar je komunikacija med starši globoko pretrgana, je treba opredeliti teme, pri katerih so mogoči kompromisi (npr. kdaj, kako in o katerih temah bo potekala komunikacija), ter jasno ločiti področja, na katerih kompromisov ni, kot sta spoštljivost v prisotnosti otroka in obvezna komunikacija o pomembnih vidikih otrokovega življenja, pa čeprav samo »poslovna«, torej prek sporočil. Na tej točki je lahko v veliko pomoč tudi jasno opredeljena sodna odločba.

Ob visokokonfliktnih ločitvah je nujno sodelovanje strokovnjaka tudi z drugimi ustanovami in strokovnjaki, ki so vključeni v obravnavo družine (Buljan Flander in Roje Đapić, 2020). Ker starši pogosto ne prepoznajo škodljivega vpliva svojega vedenja na otroke,

visokokonfliktno ločitev lahko štejemo tudi za obliko čustvene zlorabe. Navsezadnje **visokokonfliktna ločitve vključujejo več vidikov zlorabe** otrok, kot so: izpostavljenost poniževanju, besednemu nasilju, zastraševanju, grožnjam, socialni izolaciji, zavrnitvi in čustvenemu zanemarjanju (Visser in van Lawick, 2021).

Zaključek

Pomoč družinam med ločitvijo in konfliktnimi odnosi je kompleksna, zato zahteva preudarno presojo strokovnjaka. V veliko pomoč ob tem sta nam lahko sistemsko razumevanje in sistemski družinski pristop, pri čemer je ključni del terapevtske podpore usmerjen v učinkovito sodelovanje s starši z namenom, da bi jim pomagali skozi proces ločitve in izboljšali njihovo sposobnost nudenja podpore otrokom, razumevanja koristi otroka ter zaščite otroka pred negativnimi vplivi.

87

Čeprav veliko družin ločitev uspešno prestane brez strokovne pomoči, nas možnost negativnih posledic za otroke in starše opozarja na nujnost učinkovite podpore za tiste, ki se v tem procesu spoprijemajo s težavami. Pravočasno posredovanje lahko namreč bistveno pripomore k zmanjšanju škode, ki se odraža na področju duševnega zdravja vseh vpletenih družinskih članov.

Ob tem pa se moramo zavedati kompleksnosti takšnih primerov, v katerih so posamezniki pogosto v globoki čustveni stiski, a morajo najtežje odločitve sprejemati prav z osebo, ki je vir njihove bolečine (Huff idr., 2020).

Literatura

Amato, P. R. (2000). The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and the Family*, 1269–1287.

Boyan, S. M., in Termini, A. M. (2005). *The psychotherapist as parent coordinator in high-conflict divorce: Strategies and techniques*. Haworth Clinical Practice Press.

Buljan Flander, G., in Roje Đapić, M. (2020). *Otrok v središču (konflikta) [Child in the center of the conflict]*. Geromar, d. o. o.

Bush, K. R., in Price, C. A. (ur.) (2021). *Families & Change, Coping With Stressful Events and Transitions*. SAGE Publications, Inc.

Carr, A. (2006). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd.

Dallos, R., in Draper, R. (2015). *An Introduction to Family Therapy, Systemic Theory and Practice*. Open University Press.

De Koven Fishbane, M. (2023). Couple relational ethics: From theory to lived practice. *Family process*, 62, 446–468.

Feldman, T. (2024). The elusive nature of neutrality: The role of values in couples therapy. *Family Process*, 1–12. <https://doi.org/10.1111/famp.12984>

Harold, G. T., Fincham, F. D., Osborne, L. N., in Conger, R. D. (1997). Mom and Dad Are At It Again: Adolescent Perceptions of Marital Conflict and Adolescent Psychological Distress. *Developmental Psychology*, 333–350.

Huff, S. C., in Hartenstein, J. L. (2020). Helping Children in Divorced and Single-Parent Families. V K. S. Wampler in L. M. McWey (ur.), *The Handbook of Systemic Family Therapy; Volume 2: Systemic Family Therapy with Children and Adolescents* (str. 521–540). John Wiley & Sons, Ltd.

Huff, S. C., Markham, M. S., Larkin, N. R., in Bauer, E. R. (2020). Therapy for Divorcing Couples: Managing Transit Out of the Relationship. V K. S. Wampler in A. J. Blow (ur.), *The Handbook of Systemic Family Therapy; Volume 3: Systemic Family Therapy*

with Couples (str. 295–316). John Wiley & Sons Ltd.

Kelly, J. B., in Emery, R. E. (2003). Children's Adjustment Following Divorce: Risk and Resilience Perspectives. *Family Relations*, 352–362.

Loukas, A., Twitchell, G. R., Piejak, L. A., Fitzgerald, H. E., in Zucker, R. A. (1998). The Family as a Unity of Interacting Personalities. V L. L'abate (ur.), *Family Psychopathology. The Relational Roots of Dysfunctional Behaviour* (str. 35–59). The Guilford Press.

Minuchin, S., in Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.

Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D., in Hanks, H. (2003). *Systemic Family Therapy Manual*. University of Leeds, Leeds Family Therapy & Research Centre.

Rus Makovec, M. (2016a). Družinski sistem in otrokov razvoj [Family system and child development]. V M. Rus Makovec in D. Trampuž (ur.), *Sistemska družinska terapija: lepota radovednosti namesto moči nadzorovanja [Systemic Family Therapy: The Beauty of Curiosity Instead of the Power of Control]* (str. 27–37). Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo: Medicinska fakulteta.

Rus Makovec, M. (2016b). Kako brati in razumeti to knjigo: Staro in novo v interakciji [How to read and understand this book: Old and new in interaction]. V M. Rus Makovec in D. Trampuž (ur.), *Sistemska družinska terapija: lepota radovednosti namesto moči nadzorovanja [Systemic Family Therapy: The Beauty of Curiosity Instead of the Power of Control]* (str. 9–13). Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo: Medicinska fakulteta.

Rus Makovec, M. (2016c). Terapevtske intervence pri partnerski problematiki [Therapeutic interventions for partner problems]. V M. Rus Makovec in D. Trampuž (ur.), *Sistemska družinska terapija: lepota*

radovednosti namesto moči obvladovanja [Systemic Family Therapy: The Beauty of Curiosity Instead of the Power of Control] (str. 168–178). Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo: Medicinska fakulteta.

Stolnicu, A., de Mol, J., Hendrick, S., in Gaudin, J. (2022). Healing the Separation in High-Conflict Post-divorce Co-parenting. *Frontiers in Psychology*, 13, 913447. doi:10.3389/fpsyg.2022.913447

Trampuž, D. (2016a). Aktualna strokovna informacija („state of art“) o sistemski teoriji in praksi v povezavi s temeljnimi koncepti psihoterapije. Umestitev v psihiatrično-medicinski kontekst [Current professional information (“state of the art“) on systemic theory and practice in connection with the fundamental concepts of psychotherapy. Placement in a psychiatric-medical context]. V M. Rus Makovec in D. Trampuž (ur.), *Sistemska družinska terapija: lepota radovednosti namesto moči nadzorovanja [Systemic Family Therapy: The Beauty of Curiosity Instead of the Power of Control]* (str. 14–23). Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo: Medicinska fakulteta.

Trampuž, D. (2016b). Psihoterapevtski intervju v sistemski družinski terapiji [Psychotherapeutic interview in systemic family therapy]. V M. Rus Makovec in D. Trampuž (ur.), *Sistemska družinska terapija: lepota radovednosti namesto moči nadzorovanja [Systemic Family Therapy: The Beauty of Curiosity Instead of the Power of Control]* (str. 108–120). Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo: Medicinska fakulteta.

Visser, M., in van Lawick, J. (2021). *Group Therapy for High-Conflict Divorce: The “No Kids in the Middle” Intervention Programme*. Routledge Taylor & Francis Group.

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., in Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. WW Norton & Company.

Zhao, F., Wu, H., Li, Y., Zhang, H., in Hou, J. (2022). The Association between Coparenting Behavior and Internalizing/Externalizing Problems of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610346>

Od biovedenjske sinhronizacije do simbolne refleksije – razvoj čustvene regulacije in mentalizacije v luči sodobnih nevroznanstvenih spoznanj

Tina Djekić, univ. dipl. psih., specializantka klin. psih.

Katarina Ogrin, univ. dipl. psih.²

Povzetek

Prispevek s pomočjo pregleda sodobnih nevroznanstvenih in razvojnih spoznanj poudarja pomen zgodnjih interakcij med dojenčkom in mamo, prek katerih se vzpostavljajo nevrobiološke osnove, pomembne za obdelavo čustvenih in socialnih informacij. Raziskuje, kako čustvena regulacija, bistvena za duševno zdravje, izhaja iz biovedenjske sinhronizacije in deljenih afektivnih izkušenj v odnosu mame in dojenčka. S pomočjo teorije napovedne obdelave (angl. *predictive coding theory*) razloži nastanek notranjih interoceptivnih napovednih modelov, ki služijo vzdrževanju alostaze, kar poteka na fiziološki ravni pri regulaciji in ohranjanju ravnovesja telesnih parametrov pa tudi pri uravnavanju čustev. Prispevek nakazuje, da zgodnja biovedenjska sinhronizacija ne podpira le čustvene samoregulacije, ampak spodbuja tudi razvoj nevronskih poti, potrebnih za socialni in kognitivni razvoj, ki vodijo do razvoja sposobnosti mentalizacije. Klinične implikacije poudarjajo pomen zgodnjih intervenc in predvidljivega, podpornega okolja v psihoterapiji za izboljšanje sposobnosti čustvene regulacije.

2 Katarina Ogrin je zaposlena na Inštitutu za klinično psihologijo in psihoterapijo (IKPP).

Ključne besede: čustvena regulacija, alostaza, interocepcija, biovedenjska sinhronizacija, mentalizacija

Abstract

This article highlights the importance of early interactions between an infant and the mother, based on a review of contemporary neuroscientific and developmental findings. These interactions help establish the neurobiological foundations essential for processing emotional and social information. It explores how emotional regulation—crucial for mental health—emerges from biobehavioral synchrony and shared affective experiences within the mother-infant relationship. Using the theory of predictive coding, the article explains the formation of internal interoceptive predictive models that serve to maintain allostasis. This occurs both on a physiological level—in regulating and maintaining bodily parameters—and in the regulation of emotions. The article suggests that early biobehavioral synchrony not only supports emotional self-regulation but also promotes the development of neural pathways necessary for social and cognitive development, ultimately leading to the capacity for mentalization. Clinical implications emphasize the importance of early interventions and a predictable, supportive environment in psychotherapy to enhance emotional regulation abilities.

Keywords: emotional regulation, allostasis, interoception, biobehavioral synchrony, mentalization

Uvod

Zanimanje za zgodnji odnos med materjo³ in dojenčkom ima v psihologiji dolgo tradicijo – od pionirskih del Johna Bowlbyja (1980) in Mary Ainsworth (1978), ki sta prek opazovanja interakcij med materjo in otrokom utemeljila teorijo navezanosti, do sodobnih raziskav z uporabo nevroznanstvenih metod – vsi ti pristopi poudarjajo izjemen pomen zgodnjih odnosov za psihološki razvoj. Ena ključnih sposobnosti, ki se oblikuje v teh zgodnjih odnosih, je čustvena regulacija – temeljna komponenta duševnega zdravja in medosebnega funkcioniranja (Kraiss idr., 2020).

V zadnjih desetletjih so tehnološki napredki, kot je mikroanaliza videoposnetkov (npr. Beebe in Lachmann, 2014), omogočili natančnejši vpogled v mikrodinamične procese, ki potekajo med materjo in dojenčkom. Sodobna nevroznanost to dopolnjuje z metodami, kot je funkcionalna magnetna resonanca (fMRI), ki potrjujejo, da je zgodnje otroštvo izjemno občutljivo obdobje za oblikovanje neurobioloških temeljev čustvene in socialne obdelave informacij (Atzil idr., 2017). Razvoj človeških možganov, ki traja vse do zgodnje odraslosti, je v zgodnjem obdobju posebej podvržen vplivom okolja. Perinatalno obdobje zaznamujejo intenzivni procesi – rast možganov, mielinizacija, sinaptogeneza in reorganizacija možganske skorje (Dubois idr., 2014) –, ki ustvarjajo temelje za poznejši čustveni in kognitivni razvoj.

Prispevek, ki sledi, si prizadeva osvetliti subtilne, a ključne mehanizme zgodnje interakcije, ki omogočajo razvoj čustvene samoregulacije – vse od telesne sinhronizacije in čustvene usklajenosti do postopnega oblikovanja notranjih simbolnih reprezentacij in sposobnosti refleksije. Obstajajo različne teoretske perspektive o čustveni regulaciji. Gross (2014) jo razume kot proces, s katerim posameznik zavestno vpliva na to, katera čustva doživlja, kdaj jih doživlja in kako

³ Skozi celoten prispevek je pri opisovanju odnosa med otrokom in njegovim skrbnikom uporabljena beseda mama, z zavedanjem, da to vlogo lahko prevzame katera koli druga oseba, ki prevzame glavno skrb za njega in z njim vstopi v emocionalen odnos kot prvi negovalec.

jih izraža – njegov procesni model se osredinja predvsem na kognitivne strategije, s katerimi posamezniki uravnavajo afekte. Fonagy idr. (2002) pa poudarja, da je čustvena regulacija globoko ukoreninjena v zgodnji odnosni izkušnji. Po tej razvojno-interpersonalni perspektivi se čustva naučimo uravnavati s pomočjo drugega, predvsem v kontekstu varne navezanosti.

Sodobna nevroznanstvena spoznanja podpirajo razumevanje, da je čustvena regulacija rezultat biološke dozorelosti in izkušenj – torej procesa, ki poteka v interakciji med dedno zasnovano, zunanjo okolico in odnosi z drugimi. V tem kontekstu se raziskovanje zgodnjih interakcij med materjo in otrokom pokaže kot ključno za razumevanje temeljev duševnega zdravja, saj razkriva poti, po katerih se vzpostavlja zmožnost, da čustvo začutimo, ga razumemo in ga obdržimo znotraj meja, ki ne ogrožajo naše integritete.

94

Kratek pregled nekaterih teorij o čustvih

Danes je v svetu več različnih pogledov in teorij, ki govorijo o čustvih, splošnega konsenza o definiciji in nastanku čustev pa v znanosti še ni (Scherer, 2022). V nadaljevanju sledi opis nekaterih sodobnejših teorij, ki lahko pripomorejo k razumevanju razvoja čustvene regulacije.

Po konstruktivistični teoriji čustva niso vrojena avtomatska stanja, ampak mentalne konstrukcije, ki nastanejo na podlagi preteklih izkušenj, telesnih občutkov in kulturnega konteksta, pri čemer imajo pomembno vlogo jezik in družbeni vzorci (Barrett Feldman, 2017). Na primer, otrok najprej občuti telesno nelagodje, prek interakcij z odraslimi pa se nauči poimenovati in osmisliti različne čustvene odzive, kot so žalost, jeza ali razočaranje.

Sodobna afektivna nevroznanost (Damasio, 2018; Le Doux, 2012; Solms, 2021) prav tako poudarja vlogo učenja in socialnega okolja pri oblikovanju čustev, vendar razume izvor čustvenega doživljanja v nevrofizioloških procesih, ki so ključni za preživetje (imajo evolucijsko vlogo). V okvirih afektivne nevroznanosti so čustva razumljena kot signali v kontekstu uravnavanja potreb organizma (prav tam). Z

namenom preživetja naj bi imeli ljudje, tako kot drugi sesalci, vrojene motivacijske sisteme (angl. *drives*), ki organizmu sporočajo, ali mu gre pri uravnavanju potreb (fizioloških in psiholoških) dobro ali slabo (Solms, 2021). Osnovne čustvene potrebe so torej globoko nevrološko zasidrane in predstavljajo biološko podlago našega emocionalnega življenja pa tudi motivacijske osnove našega vedenja (prav tam). Ob vrojenih instinktivnih vedenjih, ki zagotavljajo preživetveni odziv, pa kompleksne družbene interakcije omogočajo dodatno učenje in natančnejšo čustveno regulacijo.

Čeprav se razlage o izvoru čustev nekoliko razlikujejo, danes med nevroznanstveniki prevladuje soglasje, da se **čustva v razvojnem procesu oblikujejo skozi nešteto mikrointerakcij s pomembnimi drugimi osebami, in sicer prek različnih oblik učenja** (Aztil idr., 2018; Barrett Feldman, 2017; Fotopolou in Tsakiris, 2017; Solms, 2021).

Skupno razumevanje vključuje tudi spoznanje, da so sposobnosti čustvene regulacije sprva zasidrane v telesnem zaznavanju, torej v interoceptiji (Barrett Feldman, 2017; Damasio, 2018).

Za uravnavanje potreb potrebujemo prisotnost drugega

Alostaza – prediktivno uravnavanje potreb

Teorija napovednih možganov (angl. *predictive coding theory*) pravi, da je osnovna funkcija možganov aktivno napovedovanje senzornih dražljajev in ne le odzivanje nanje. S tem namenom možgani neprestano ustvarjajo **napovedne modele** oziroma notranja pričakovanja glede zunanjih dražljajev in notranjih telesnih stanj (Barrett Feldman, 2017). Ti modeli, oblikovani na podlagi preteklih izkušenj, omogočajo možganom, da vnaprej predvidijo potrebe (fiziološke in psihološke) in se nanje vnaprej pripravijo ter sprožijo ustrezne fiziološke spremembe. Takšno **proaktivno uravnavanje notranjega stanja telesa** je osrednja naloga **alostaze** oziroma napovedne regulacije (Sterling, 2012).

95

Vendar pa se dojenček rodi v svet popolnoma odvisen od mame. Njegovi notranji napovedni modeli, ki mu bodo pozneje pomagali uravnati potrebe, še niso oblikovani. Mama je tista, ki vzpostavlja in uravnava alostazo (oz. psihofizično ravnovesje) dojenčka, in to že med embrionalnim razvojem, v maternici (Cainelli idr., 2024). Ta fiziološka odvisnost se nadaljuje tudi po rojstvu (Atzil idr., 2018; Atzil in Gendron, 2017).

Matere svojim otrokom omogočajo biovedenjsko regulacijo – pojav, ki ga je Hofer (1994) imenoval »materini skriti regulatorji«. Po rojstvu to uravnavanje poteka skozi neposreden fizični stik, dojenje in vokalno komunikacijo (Trevarthen, 1990). Mati uravnava otrokovo telesno temperaturo tako, da ga drži ob sebi, kar omogoča uskladi- tev telesnih temperatur. Prek dojenja vpliva na razvoj imunskega sistema, saj vpliva na otrokovo črevesno mikrobioto in mu posreduje specifična protitelesa (Röszer, 2021). S svojim glasom, z nežnim govorom ali s petjem uravnava otrokovo vznemirjenost in s tem vpliva na njegovo fiziološko stanje, vključno s srčno frekvenco in z ravno kortizola v krvi (Atzil idr., 2018). Ti zgodnji procesi so neločljivo povezani tudi z nevrološkim razvojem: materina regulacija oblikuje delovanje otrokovega avtonomnega živčnega sistema in vpliva na dozorevanje možganskih mrež, ki so odgovorne za stresno odzivanje in samoregulacijo, zlasti v limbičnih in prefrontalnih področjih (Feldman, 2017). Mama torej nadzoruje številne vidike delovanja otrokovega avtonomnega živčnega sistema (Atzil idr., 2018).

Uravnavanje (alostaze) poteka s pomočjo sinhronizacije

Novije raziskave kažejo, da »skriti regulatorji« otrokovega vznemirjenja in potreb (oz. regulatorji alostaze) delujejo s pomočjo procesa, ki mu rečemo **biovedenjska sinhronizacija** (Atzil idr., 2018; Feldman, 2007). To je časovno usklajevanje telesnih, čustvenih in vedenjskih signalov med dojenčkom in mamo, ki se oblikujejo v stalni, usklajeni vzorec (Feldman, 2007). Gre za mikroprocese, ki potekajo v krajših časovnih in čustveno intenzivnih enotah ter dojenčku omogočajo izkušnjo čustvene povezanosti, predvidljivosti in telesne varnosti (Beebe in Lachmann, 2014).

Sinhronizacija poteka na več ravneh (Feldman idr., 2011). Najopaznejša je vedenjska usklajenost, npr. zrcaljenje obraznih izrazov, izmenjava pogledov, usklajevanje ritma in gibanja, glasovno odzivanje mame na čebljanje dojenčka ... Ob tem pa prihaja tudi do fiziološke sinhronizacije, ki se kaže skozi usklajen srčni utrip, usklajeno delovanje nekaterih hormonov (oksidocinski odzivi) in tudi usklajeno možgansko aktivnost (prav tam). Sinhronizira pa se tudi njuno čustveno stanje. Delita lahko stanje radosti, do neke mere pa tudi tesnobo in strah. Mama pri dojenčku prepozna njegovo vznemirjenje in ga poskuša osmisлити (s pomočjo lastne interoceptije in mentalizacije). Prepoznano čustveno stanje otroku lahko ubesedi in odzrcali na svojem obrazu, vendar pa pri zrcaljenju (nezavedno) izrazi razliko med njenim in otrokovim stanjem, tako da na primer bolj odpre oči ali pretirano poudari glas. Tako otroku sporoči, da je zaznala njegovo stanje, ki pa ni tudi njeno, kar Fonagy idr. (2002) poimenuje poudarjeno zrcaljenje (angl. *marked mirroring*) (Fonagy idr., 2002).

Mamina zmožnost predvidevanja in pravočasne regulacije (npr. nahraniti otroka, še preden je premočno vznemirjen) omogoča, da otrok znotraj sebe izkusi ravnovesje, ki ga sam še ne zmore vzdrževati (Fotopoulou in Tsakiris, 2017).

Interoceptija – telesna osnova uravnavanja potreb

Za dojenčka so signali iz telesa, kot so: ritem srčnega utripa, nape- tost mišic, temperaturne spremembe in dihanje, pogosto intenzivni, neurejeni in težko razumljeni – brez pomoči drugega ostajajo nepovezani in pogosto povzročajo distres (Fotopoulou in Tsakiris, 2017). Zaznavanje notranjih občutkov (npr. zaznavanje telesne temperature, občutkov v želodcu in črevesju, srčni utrip) imenujemo **interoceptija**. Informacije o notranjih telesnih stanjih se v možgane prenašajo prek vagusnega živca in nekaterih drugih visceralnih aferentnih poti. Ti signali se obdelujejo predvsem v talamusu in somatosenzorični skorji, osrednjo vlogo pri zaznavanju notranjih stanj pa ima insula (Scalabrini idr., 2022). Interoceptija ima tudi osrednjo vlogo pri oblikovanju najzgodnejšega občutka o sebi – interoceptivne telesne sheme (Scalabrini idr., 2022).

Notranji signali pri dojenčku so sprva nejasni, s pomočjo socialne interakcije z mamo pa postopoma pridobivajo pomen. Medosebna izmenjava v tem zgodnjem obdobju deluje kot nekakšna »učiteljica interoceptije« – vodi otroka v zaznavanju in razumevanju lastnih telesnih stanj.

Ko se mama odziva na otrokovo jokanje, ga ziba, hrani ali pomirja, ne le uravnava njegove telesne napetosti, ampak tudi zrcali, interpretira in poimenuje njegova afektivna stanja. Otrok se skozi te usklajene izmenjave uči, da notranji občutki nekaj pomenijo, ter postopoma razvija sposobnost razlikovanja med različnimi vrstami telesnih zaznav in čustvenih občutkov. Fotopoulou in Tsakiris (2017) ta proces poimenujeta **utelešena mentalizacija**. Poudarjata, da človek ne uravnava svojega notranjega ravnovesja (homeostaze) samo biološko, ampak tudi s pomočjo **notranjih modelov**, ki jih oblikuje znotraj socialnih odnosov. V interakciji se torej ne dogaja le regulacija čustev »od zunaj«, ampak se skozi interakcijo aktivno oblikujejo **notranji (interoceptivni) napovedni modeli**, ki nam pomagajo predvidevati občutke, še preden jih zares občutimo. Verjetno je vsem mamam dobro znana situacija, ko otrok pade, in še preden začne jokati, pogleda mamo in na njenem obrazu išče informacije o tem, kako hudo je. Če mama nakaže, da ni hudo, se otrok pobere in hitro teče naprej, če se mama ustraši, pa se ustraši in zajoka tudi otrok.

Ko mama dosledno prepoznava in ustrezno odgovarja na otrokove telesne in čustvene potrebe – na primer tako, da jok prepozna kot znak lakote in otroka nahrani ali ga ob nelagodju zaradi mokre pleničke previje –, otrok začne oblikovati povezave med interoceptivnimi dražljaji, čustvenimi stanji in zunanjimi (eksteroceptivnimi) socialnimi odzivi mame (Atzil idr., 2018). Skozi to ponavljajočo se izkušnjo se oblikujejo zgoraj omenjeni zgodnji **napovedni (prediktivni) modeli**, ki povezujejo notranje telesne signale s pričakovanimi odzivi okolja, torej odzivi mame. Na primer občutek lakote po hranjenju pripelje do občutka sitosti in pomiritve. Otrok se torej prepoznavanja notranjih občutkov ne uči sam, ampak ob pomoči mame, ki z

vse večjo zanesljivostjo razbira in predvideva, kaj pomenijo njegovi telesni signali (Atzil idr., 2018; Fotopoulou in Tsakiris, 2017).

Ti socialno ukrojeni **interoceptivni napovedni modeli** omogočajo, da otrok postopoma razvije implicitno pričakovanje: »telesna stanja se da razumeti in zdržati«. To notranje doživljanje ni le odraz trenutne regulacije, ampak postaja temelj za poznejšo **samozaznavanje in čustveno samoregulacijo**. V odrasli dobi se ta notranji model lahko izraža v sposobnosti, da posameznik pri sebi prepozna: *»To, kar čutim, je tesnoba – verjetno zato, ker sem pod pritiskom, ker bi se rad izkazal. Potrebujem odmor ali pogovor.«*

Oblikovanje teh napovednih modelov temelji na časovno-prostorski večmodalni povezanosti dražljajev. Možgani integrirajo različne senzorične informacije (interoceptivne in eksteroceptivne) (npr. vonj, zvok, dotik) v asociativnih korteksih, v katerih nastajajo kompleksni napovedni modeli (Atzil idr., 2018). Interakcije med mamo in otrokom torej pomagajo vzpostaviti nevronske povezave, povezane z interoceptijo in s čustveno obdelavo, zlasti v regijah, kot so: insula, prednji cingulatni korteks in prefrontalna skorja, tj. področja, ključna za zaznavanje in regulacijo notranjih stanj (Seth in Friston, 2016). S socialnim uravnavanjem fiziološkega ravnovesja mati tako podpira razvoj nevronskih omrežij, potrebnih za alostatično samoregulacijo v odraslosti (NAcc, amigdala, HPA-os) (Atzil in Gendron, 2017). Študije kažejo, da nezadostna zgodnja alostaza povzroča trajne spremembe sistema za regulacijo alostaze (povišana občutljivost endokrinega in vedenjskega stresnega odziva, spremembe glukokortikoidnih receptorjev hipokampusu, višja bazična raven kortikosterona) (Curley in Champagne, 2016).

Sinhronizirano vedenje med mamo in otrokom (ujemanje pogleda, melodija glasu, ritmičnost dotikov ...) prispeva k **oblikovanju funkcionalnih možganskih povezav**, zlasti med limbičnim sistemom in prefrontalno skorjo, tj. regijama, ključno vpletenima v čustveno regulacijo (Atzil in Gendron, 2017). Avtorja poudarjata, da so sinhronizirane izmenjave ključne za simbolizacijo čustev, kar pa je ključnega pomena pri regulaciji čustev.

Dosledni, usklajeni in zato predvidljivi materinski odzivi so torej izjemnega pomena za čustveno regulacijo in oblikovanje otrokovih notranjih modelov, ki omogočajo, da otrok v odnosih pričakuje varnost in sprejetost. Raziskave kažejo, da je materinska predvidljivost poleg predvidljivosti okolja, v katerem otrok živi, bistvena za optimalen razvoj (Baram idr., 2012; Lancaster in Wass, 2025).

To pomeni, da sposobnost samoregulacije ni samo nevrološka zrelost, ampak rezultat izkušnje varne, predvidljive in podpirne socialne izmenjave.

Predvidljiva in zanesljiva reguliranost v zgodnjem odnosu z mamo omogoči, da se otrokovi možgani naučijo prepoznavati vzorce, jih pričakovati in sčasoma samostojno uravnavati odzive (Atzil idr., 2018). Če je socialna alostatična podpora nezadostna (npr. neodzivna, kaotična ali nepredvidljiva), ostajajo otrokove regulacijske kapacitete šibke, kar ima lahko dolgoročne posledice za duševno in telesno zdravje (Gunnar in Quevedo, 2007).

Sinhronizacija omogoča razvoj varne navezanosti

Študije, v katerih so raziskovalci uporabljali mikroanalizo videoposnetkov štirimesečnih dojenčkov in njihovih mater, kažejo, da je uspešna sinhronizacija ključna za oblikovanje varne navezanosti (Jaffe idr., 2001). Prav tako pomembna pa je tudi sposobnost ponovnega vzpostavljanja stika po prekinitvi (angl. *rupture and repair*). Mama po »neuspeli« sinhronizaciji ponovno poskuša vzpostaviti stik in se ustrezno odzvati. Takšne izkušnje otroku omogočajo razvoj notranjega modela odpornosti in zaupanja (Beebe in Lachman, 2014). Ob tem po so pomembne ugotovitve, da otrok za optimalen razvoj potrebuje srednjo mero sinhroniziranosti, saj pomanjkljiva sinhronizacija za otroka pomeni, da njegova notranja stanja niso prepoznana (npr. pri depresivnih mamah), prekomerna sinhronizacija pa mu ne omogoča diferenciacije in avtonomije (npr. pri anksioznih mamah) (Endevelt - Shapira in Feldman, 2023).

Ustrezna zgodnja sinhronizacija je pomemben napovednik sloga navezanosti ter odraža mamino senzitivnost in uglasenost na otroka (Feldman, 2007). Longitudinalne študije kažejo, da kakovost zgodnje sinhronizacije vpliva na sposobnost čustvene regulacije, prav tako pa napoveduje otrokovo empatijo, socialno prilagojenost in izvršilne funkcije. Pomembno vpliva tudi na razvoj simbolizacije ter jezika v otroštvu in adolescenci (Atzil in Gendron, 2017; Feldman, 2007).

Sinhronizacija spodbuja razvoj konceptualizacije čustev, empatije in mentalizacije

Ko doživljamo čustva, jih naš um ne prepozna samo kot neposredna telesna občutja, ampak jih skuša urediti in osmisliti na podlagi preteklih izkušenj. Za to uporabljamo t. i. **čustvene koncepte** – »oznake« ali »kategorije«, s katerimi si razlagamo, kaj občutimo in zakaj. Konceptualizirana čustva vplivajo na naše vedenje in telesne odzive, saj pomagajo telesu, da se pripravi na ustrezno dejanje (npr. ko nekaj konceptualiziramo kot jezo, to vpliva na naše nadaljnje delovanje). Tako čustveni koncepti prispevajo k ohranjanju notranjega ravnovesja oziroma sodelujejo pri procesu alostaze (Barrett Feldman, 2017).

Učenje teh konceptov se začne v **čustveno uglasenih in nagrajujočih interakcijah** med dojenčkom in mamo. Ob **skupni pozornosti**, sočasnem opazovanju sveta, ki se začne razvijati okoli šestega meseca, in z uporabo besed, mama hkrati deluje kot **učiteljica** »čustvenega jezika« in je tista, ki uravnava afekte (alostazo). Dojenček s pomočjo statističnega učenja, pri katerem se signali, ki se pojavljajo hkrati in v isti okolici, povezujejo v koherentne enote, začne usklajevati telesne občutke, obrazne izraze, situacije in čustvene odzive v celovite in smiselne strukture (Ruffman idr., 2012). Takšne izkušnje omogočajo, da otrok sčasoma razume, kaj pomeni biti »jezen«, »žalosten« ali »navdušen«, tudi če se ta čustva v različnih situacijah izražajo zelo različno.

Skupna pozornost tako tvori osnovo za razvoj višjih **socialnih spretnosti**, kot je teorija uma – razumevanje misli, namenov in

čustev drugih. Ima pa tudi ključno vlogo v kognitivnem razvoju, saj se večina znanja in spretnosti, potrebnih za preživetje, v okolju prenaša prek socialnih interakcij. V teh interakcijah matere – zavestno ali nezavedno – usmerjajo otrokovo pozornost z uporabo glasovnih, vizualnih in taktilnih signalov, s čimer oblikujejo temelje otrokovega dožemanja sveta ter sposobnosti predvidevanja in uravnavanja notranjih stanj in odnosov (Atzil idr., 2018).

Mame s poporodno depresijo se manj pogosto sinhronizirajo s svojim dojenčkom in imajo več težav pri uravnavanju njegove alostaze (Reck idr., 2004). Raziskave kažejo, da se materina poporodna depresija, prav tako kot depresivna simptomatika med nosečnostjo, povezuje z manjšo odzivnostjo na dojenčka, manjšim obsegom skupne pozornosti in govora, usmerjenega na dojenčka (Martinez idr., 1996), s slabšim razvojem jezika in drugih kognitivnih sposobnosti (Hentges idr., 2021; Rahbari idr., 2024; van der Waerden idr. 2017) ter s simptomi pozunanjanja ter ponotranjanja pri otrocih (Chad - Friedman idr., 2025).

Če starši uporabljajo besede in poimenujejo lastna čustvena stanja, to spodbuja poimenovanje čustev tudi pri otroku; pozneje v razvoju ti otroci bolje prepoznavajo in razumejo svoja in čustvena stanja drugih ljudi (Rollo in Sulla, 2016). Uглаšeni starši natančno prilagajajo svoje odzive glede na otrokovo razvojno stopnjo (Atzil in Gendron, 2017) in otroci se tako sčasoma naučijo deliti svoja čustva z drugimi ter sklepati o čustvih drugih.

Sposobnost kategoriziranja lastne izkušnje v čustveno kategorijo je pomemben mejnik v čustvenem razvoju, ki je odvisen od sinhronne nege in omogoča postopno samoregulacijo (Atzil in Gendron, 2017).

Raziskave kažejo, da se nevronske referenčni prostor za kategorizacijo čustev prekriva z nevronske vezjem, ki podpira alostazo (striatum, amigdala, hipotalamus) in konceptualizacijo (medialni prefrontalni korteks – mPFC, posteriorni cingulatni korteks – PCC), ter je odvisen od sinhronne nege. PCC in mPFC ob rojstvu nista povezana, nevronske

vezje med njima zori več let ter časovno sovpada z otrokovo sposobnostjo uporabe konceptov in samoregulacije čustev. Mezolimbni dopaminergični sistem, ki sodeluje pri zaznavanju in uravnavanju alostatičnih deviacij, torej odmikov od homeostaze, dozori zgodaj, mezokortikalni sistem (kortikalno-limbčna integracija) pa zori do odraslosti in potencialno povezuje alostatično regulacijo s konceptualizacijo (Atzil in Gendron, 2017).

Proti mentalizaciji

Z vidika nevroznanosti in teorije napovedne obdelave to pomeni, da socialna interakcija ne oblikuje le interoceptivnih napovednih modelov, ampak omogoča tudi naraščajočo semantizacijo teh modelov, kar pomeni prehod iz telesnega zaznavanja k mentalni reprezentaciji. Mentalizacija tako ni samo kognitivna sposobnost, ampak regulacijski mehanizem višjega reda, ki omogoča smiselno strukturiranje afektivnih izkušenj in njihovo vključitev v zgodbo o sebi.

V tem procesu se otrok uči ne le »imeti čustva«, ampak tudi »razmišljati o njih«, torej razvija notranjega opazovalca, sposobnega razločevanja občutkov, prepoznavanja vzrokov in posledic ter empatije do drugega.

Brez tega zavedanja so čustva lahko preplavljajoča, nepredvidljiva ali potlačena. Mentalizacija omogoča, da afekt postane komunikativen, simbolno izražen in uporaben – v medosebnih odnosih in pri procesu samoregulacije (Fonagy idr., 2002).

Razvojno gledano, je torej mentalizacija nadaljevanje afektivne regulacije, vendar njuna povezanost ni samo linearna. Oba procesa sta vzajemno prepletena in se medsebojno krepita. Kadar je sposobnost mentalizacije šibka, bo tudi čustvena regulacija omejena (npr. afekti bodo nerazumljeni in težko obvladljivi); kadar je regulacija pretirano rigidna (npr. zaradi zanikanja ali potlačevanja), pa se lahko zmanjša dostop do afektivne introspekcije, kar omejuje razvoj globlje samorefleksije (Fonagy idr., 2002).

Pomembno pa je poudariti, da se mentalizacija ne razvije samo iz »ugodnih«
sinhronizacij. Ravno **toleranca in obdelava afektivnih disinhronij** skupaj z njihovim popravljanjem otroku omogoča razviti sposobnost refleksije, diferenciranja lastnih notranjih stanj in stanj drugega ter pozneje razumevanja drugega kot ločenega mislečega subjekta (Slade, 2005).

S pomočjo poudarjenega in odzivnega zrcaljenja (angl. *marked and contingent mirroring*) mama s svojim obraznim izrazom kaže pomen čustvenih stanj, kar otroku pomaga razviti razumevanje lastnega in tujega subjektivna doživljanja ter ga podpira pri notranjem oblikovanju čustvene pismenosti, občutka varnosti, zaupanja, avtonomije in empatije (Beebe in Lachmann, 2014). Interakcije z mamo, ki je otrokova notranja stanja ne preplavijo, ampak jih zmore mentalizirati in otroku odzrcaliti, otroku sporočajo, da so njegova čustvena stanja resnična, razumljena, da se jih da zdržati, simbolizirati in sčasoma tudi regulirati. Hkrati ponotranji izkušnjo, da je svoje doživljanje varno in smiselno deliti z bližnjo osebo, čustva pa postopoma postajajo vse bolj razumljivi signali.

Pri novorojenčkih mirovno (mentalizacijsko) omrežje še ni razvito (Fransson idr., 2011), kar podpira idejo, da se to omrežje razvija na podlagi zgodnjih socialnih izkušenj, razvoj pa se nadaljuje tudi v adolescentnem obdobju in vse do odraslosti.

Sinhronizacija teče med ljudmi celo življenje

Sinhronizacija se odvija v odnosu z mamo pa tudi z očetom ali drugimi družinskimi člani. Med različnimi člani se oblikujejo različni, za par specifični vzorci sinhronizacije. Otrokov vzorec sinhronizacije z mamo je različen od tistega z očetom in drugimi družinskimi člani. Pri vsakem gre za načine koordinacije, ki so značilni za določen odnos (Feldman, 2007). Tudi pozneje v življenju se med ljudmi odvijajo procesi sinhronizacije, npr. v partnerskem odnosu (Coutinho idr., 2019). Študije kažejo, da medosebna sinhronizacija možganske aktivnosti predstavlja osnovo za vzpostavljanje vezi, ki se oblikujejo

skozi socialno interakcijo (Zheng idr., 2020). Povezovanje s pomočjo sinhronizacije se dogaja v pomembnih odnosih, vendar v določenih pogojih. Na primer: med učiteljem in učencem so ugotavljali povišano stopnjo sinhronizacije možganske aktivnosti v desnem senzomotoričnem korteksu v stanju mirovanja po učnem procesu, vendar ne pred njim. Poleg tega se je sinhronizacija povečala le po uporabi učnega pristopa, ki je vključeval izmenjavo vlog (npr. vprašanja in odgovori), ne pa tudi po predavanju ali ogledu videa (Zheng idr., 2020).

Vse več raziskav sistematično preučuje pojavnost in pomen biovedenjske sinhronizacije v psihoterapiji (Tschacher idr., 2025; Zilcha - Mano, 2024). Sinhronizacija med pacientom in terapevtom napoveduje zmanjšanje simptomov v psihoterapiji (Gernert idr., 2023) in se povezuje z višjo ravno empatičnosti v klinični diadi in boljšim psihoterapevtskim izidom (Ramseyer in Tschacher, 2011).

Klinične implikacije sodobnih nevroznanstvenih spoznanj o čustveni regulaciji in mentalizaciji

Razumevanje razvoja čustvene regulacije in mentalizacije v luči sodobnih nevroznanstvenih spoznanj odpira pomembne klinične razmisleke in možnosti za bolj ciljno usmerjeno prakso. V nadaljevanju so osvetljeni načini, kako lahko ta spoznanja uporabimo v različnih kontekstih – od preventivnih programov do psihoterapevtskega dela z otroki, mladostniki in z odraslimi.

Preventiva in zgodnja obravnava

Najbolj neposredne klinične implikacije se nanašajo na pomen zgodnjih odnosov, predvsem odnosa med materjo in dojenčkom. Ker se temeljni nevrobiološki sistemi za regulacijo čustev oblikujejo v kontekstu varne navezanosti, je ključno, da so težave pri vzpostavljanju odnosa čim prej prepoznane in preventivno obravnavane. V tej luči se kot ključni akterji kažejo patronažne službe, babice, razvojni

pediatri, svetovalne službe v vrtcih in programi podpore za starše, ki spodbujajo občutljiv odziv na otrokove potrebe. Posebno vlogo imajo programi zgodnje obravnave, ki temeljijo na spoznanju, da je obdobje največje plastičnosti možganov tudi obdobje največjih priložnosti za spremembo smeri razvoja.

Interocepcija kot vstopna točka

V psihoterapevtskem kontekstu je pomembno, da terapevt oceni, kateri pacienti so pripravljeni za uporabo strategij, kot je mentalizacija ali kognitivno preokvirjanje. Nekateri posamezniki mogoče potrebujejo osnovnejšo raven podpore, pri kateri se osredinimo na razvoj zmožnosti prepoznavanja in razločevanja lastnih notranjih stanj (interocepcija). Razumevanje teh razlik lahko terapevtom pomaga pri prilagajanju pristopov in tehnik, da ustrezajo specifičnim potrebam vsakega pacienta, kar lahko vodi do učinkovitejšega terapevtskega procesa. Pri pacientih z izrazitimi težavami pri prepoznavanju in izražanju čustev – kot so otroci z izkušnjo zgodnje relacijske travme – se kot ključno terapevtsko izhodišče ponuja interocepcija, torej sposobnost zaznavanja notranjih telesnih občutkov (Scalabrini, 2022).

Namesto neposredne mentalizacije terapevt pacienta postopno vodi skozi raziskovanje telesnih občutkov (»Kje v telesu to občutiš?«, »Kak je ta občutek?«, »Ko govoriš o tem, se tvoje dihanje kar ustavi.«) ter jih skupaj skuša poimenovati in osmisliti. Tako se gradi most med telesno izkušnjo in simbolno refleksijo, kar je ključen korak v razvoju regulacijske sposobnosti.

Čustvena regulacija kot intersubjektivni proces in njena vloga v psihoterapiji

Čeprav se je raziskovanje čustvene regulacije dolgo osredinjalo predvsem na intrapersonalne mehanizme, kot so kognitivni nadzor nad čustvenimi stanji, preokvirjanje itn., narašča število raziskav, ki poudarjajo interpersonalno razsežnost regulacije (npr. Fotopoulou in Tsakiris, 2017). To pomeni, da so čustva pogosto uravnavana prek

izmenjave z drugo osebo – prek sočutnega odziva, telesne sinhronizacije ali samo prek varne prisotnosti drugega.

Poglabljanje razumevanja nevrobioloških mehanizmov sinhronizacije (npr. afektivna uglasenost, usklajenost dihanja in mikrogibov) razkriva, da se pomemben del terapevtskega procesa odvija prek neverbalnih, telesnih poti. Terapevt v odnos ne vstopa samo kot poznavalec tehnik, ampak tudi s svojim telesom, z občutljivim orodjem, ki zaznava subtilne spremembe v pacientovem notranjem svetu – včasih še preden jih pacient sam zazna ali ubesedi.

Obenem pa terapevtovo telo ni samo vir zaznave, ampak tudi medij za regulacijo: z umirjeno prisotnostjo, uravnavanjem lastnega dihanja ali z vzdrževanjem čustvene stabilnosti terapevt pacientu nudi izkustveno izkušnjo regulacije »od zunaj«. Pomembno je tudi zavedanje, da je terapevtovo telo aktivno vključeno v proces in da zanj kot takšnega terapevti tudi poskrbimo, tj. v smislu psihofizičnega ravnovesja in refleksivne distance.

Predvidljivost, rutina in teorija napovednih možganov

Teorija napovedne obdelave nam pomaga razumeti, zakaj so ritmičnost, rutina in struktura tako pomembni v psihoterapiji pa tudi v vzgoji in odnosih na splošno. Možgani nenehno tvorijo napovedi o dogajanju v okolju ter preverjajo razlike med pričakovanim in dejanskim (t. i. napake napovedi). Ko je okolje predvidljivo, so napake manjše, s tem pa tudi nižja energetska poraba, večja regulacijska stabilnost in več notranjih virov za obdelavo kompleksnejših vsebin (npr. otrok, ki mora večkrat preverjati, kakšno je razpoloženje med starši, in ne ve, kdaj bo sledil naslednji prepir, bo težko energijo posvečal raziskovanju novega, igri ali učenju – ne zavestno, ampak se to dogaja na ravni alostatičnega uravnavanja telesa).

Tudi terapevtski odnos mora temeljiti na določeni predvidljivosti – stalnost, zanesljivost in ritmičnost srečanj omogočajo zmanjšanje

negotovosti in s tem povečanje občutka varnosti, ki je nujen za čustveno delo.

Zaključek

Razvoj čustvene regulacije je kompleksen proces, ki poteka na več ravneh – od telesne sinhronizacije med dojenčkom in mamo, ki zagotavlja fiziološko stabilnost, do razvoja zmožnosti mentalizacije, ki omogoča notranjo refleksijo in razumevanje čustev.

Sodobna nevroznanost poudarja, da so ti procesi medsebojno prepleteni in se odvijajo v kontekstu zgodnjih socialnih interakcij, ki oblikujejo nevronske povezave in napovedne modele, potrebne za učinkovito uravnavanje čustev.

Klinične implikacije teh ugotovitev so obsežne. Razumevanje, da je čustvena regulacija več kot samo kognitivna strategija, tj. proces, ki se razvija v telesu skozi odnose, odpira nove možnosti za psihoterapevtske pristope.

Psihoterapevti lahko s spodbujanjem vedenjske in čustvene sinhronizacije (uglaševanja), z usmerjanjem na interoceptivne izkušnje ter z ustvarjanjem predvidljivega terapevtskega okolja omogočijo izkušnjo so regulacije, ki postopoma podpira razvoj pacientove samoregulacije (Beebe in Lachmann, 2014).

V psihoterapevtskem kontekstu je ključno prepoznati, kateri pacienti potrebujejo temeljno podporo pri razvoju osnovnih regulacijskih sposobnosti in kateri so pripravljeni za uporabo bolj sofisticiranih mentalizacijskih strategij.

Poudarek na predvidljivosti, rutini in na telesnem zaznavanju v terapevtskem procesu lahko pomembno prispeva k terapevtskemu izidu in omogoča pacientom, da postopoma razvijejo notranje vire za obvladovanje čustvenih izzivov. S tem se krepi njihova sposobnost

za samostojno regulacijo, kar je ključno za dolgotrajno psihološko dobrobit in medosebno funkcioniranje. Nevroznanstvena spoznanja nas tako vodijo k celovitejšemu razumevanju čustvene regulacije kot integriranega in dinamičnega procesa, ki je globoko zasidran v telesni in socialni izkušnji.

Literatura

- Atzil, S., Gao, W., Fradkin, I., in Barrett, L. F. (2018). Growing a social brain. *Nature Human Behaviour*, 2(9), 624–636. <https://doi:10.1038/s41562-018-0384-6>
- Atzil, S., in Gendron, M. (2017). Bio-behavioral synchrony promotes the development of conceptualized emotions. *Current Opinion in Psychology*, 17, 162–169. <https://doi:10.1016/j.copsyc.2017.07.009>
- Baram, T. Z., Davis, E. P., Obenaus, A., Sandman, C. A., Small, S. L., Solodkin, A., in Stern, H. (2012). Fragmentation and unpredictability of early-life experience in mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 907–915. <https://doi:10.1176/appi.ajp.2012.11091347>
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Beebe, B., in Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and depression*. Basic Books.
- Cainelli, E., Vedovelli, L., in Bisiacchi, P. (2024). The mother–child interface: A neurobiological metamorphosis. *Neuroscience*, 561, 92–106. <https://doi:10.1016/j.neuroscience.2024.10.027>
- Chad - Friedman, S., Zhang, I., Donohue, K., Chad - Friedman, E., in Rich, B. A. (2025). Reciprocal associations between parental depression and child cognition: Pathways to children's internalizing and externalizing symptoms. *Development and Psychopathology*, 37(1), 29–39. <https://doi:10.1017/S0954579423001372>
- Coutinho, J. F., Oliveira - Silva, P., Fernandes, E., Gonçalves, O. F., Correia, D., in Perrone McGovern, K. (2019). Psychophysiological synchrony during verbal interaction in romantic relationships. *Family Process*, 58(3), 716–733. <https://doi:10.1111/famp.12371>
- Curley, J. P., in Champagne, F. A. (2016). Influence of maternal care on the developing brain: Mechanisms, temporal dynamics and sensitive periods. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 40, 52–66. <https://doi:10.1016/j.yfrne.2015.11.001>
- Damasio, A. R. (2018). *The strange order of things*. Pantheon.
- Dubois, J., Dehaene - Lambert, G., Kulikova, S., Poupon, C., Hüppi, P. S., in Hertz - Pannier, L. (2014). The early development of brain white matter: A review of imaging studies in fetuses, newborns and infants. *Neuroscience*, 276, 48–71. <https://doi:10.1016/j.neuroscience.2013.12.044>
- Endevelt - Shapira, Y., in Feldman, R. (2023). Mother-infant brain-to-brain synchrony patterns reflect caregiving profiles. *Biology*, 12(2), 284. <https://doi:10.3390/biology12020284>
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing: Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 329–354. <https://doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80–99. <https://doi:10.1016/j.tics.2016.11.007>
- Feldman, R., Magori - Cohen, R., Galili, G., Singer, M., in Louzoun, Y. (2011). Mother and

- infant coordinate heart rhythms through episodes of interaction synchrony. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 569–577. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.06.008>
- Fonagy, P., in Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., in Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fotopoulou, A., in Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychanalysis*, 19(1), 3–28. <https://doi.org/10.1080/15294145.2017.1294031>
- Fransson, P., Aden, U., Blennow, M., in Lagercrantz, H. (2011). The functional architecture of the infant brain as revealed by resting-state fMRI. *Cerebral Cortex*, 21(1), 145–154. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhq071>
- Gernert, C., Bierlich, A., Falkai, P., in Falter-Wagner, C. (2023). Synchrony in psychotherapy: High physiological positive concordance predicts symptom reduction and negative concordance predicts symptom aggravation. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 33(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1978>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. V J. J. Gross (ur.), *Handbook of emotion regulation* (2. izd., str. 3–20). The Guilford Press.
- Gunnar, M. R., in Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145–173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
- Haruki, Y., in Ogawa, K. (2021). Role of anatomical insular subdivisions in interoception: Interoceptive attention and accuracy have dissociable substrates. *European Journal of Neuroscience*, 53(8), 2669–2680. <https://doi.org/10.1111/ejn.15157>
- Hentges, R. F., Madigan, S., Tough, S., McDonald, S., in Graham, S. A. (2021). Maternal depressive symptoms and language development: The moderating role of child temperament. *Developmental Psychology*, 57(6), 863–875. <https://doi.org/10.1037/dev0001184>
- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 192–207.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L., in Jasnow, M. D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2), i–viii, 1–132.
- Karatsoreos, I. N., in McEwen, B. S. (2011). Psychobiological allostasis: Resistance, resilience and vulnerability. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(12), 576–584. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.10.005>
- Kraiss, J. T., Ten Klooster, P. M., Moskowitz, J. T., in Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152189. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152189>
- Lancaster, K. L., in Wass, S. V. (2025). Finding order in chaos: Influences of environmental complexity and predictability on development. *Trends in Cognitive Sciences*, 29(4), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2024.11.012>
- LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73(4), 653–676. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004>
- Luyten, P., in Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Martinez, A., Malphurs, J., Field, T., Pickens, J., Yando, R., Bendell, D., Valle, C., in Messinger, D. (1996). Depressed mothers' and their infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health Journal*, 17(1), 74–80. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199621\)17:1<74::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199621)17:1<74::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-1)
- Rahbari, N., Sénéchal, M., Bolea, B., in Wazana, A. (2024). The longitudinal impact of pre- and postnatal maternal depression and anxiety on children's cognitive and language development. *Developmental Psychology*, 60(4), 764–777. <https://doi.org/10.1037/dev0001700>
- Ramseyer, F., in Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284–295. <https://doi.org/10.1037/a0023419>
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E. Z., in Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: An overview. *Psychopathology*, 37(6), 272–280. <https://doi.org/10.1159/000081983>
- Rollo, D., in Sulla, F. (2016). Maternal talk in cognitive development: Relations between psychological lexicon, semantic development, empathy, and temperament. *Frontiers in Psychology*, 7, 394. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00394>
- Röszer, T. (2021). Mother-to-child signaling through breast milk biomolecules. *Biomolecules*, 11(12), 1743. <https://doi.org/10.3390/biom11121743>
- Ruffman, T., Taumoepeau, M., in Perkins, C. (2012). Statistical learning as a basis for social understanding in children. *British Journal of Developmental Psychology*, 30(1), 87–104. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.2011.02045.x>
- Scalabrini, A., Mucci, C., in Northoff, G. (2022). The nested hierarchy of self and its trauma: In search for a synchronic dynamic and topographical re-organization. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 980353. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.980353>
- Scherer, K. R. (2022). Theory convergence in emotion science is timely and realistic. *Cognition and Emotion*, 36(2), 154–170. <https://doi.org/10.1080/02699931.2021.1973378>
- Seth, A. K., in Friston, K. J. (2016). Active interoceptive inference and the emotional brain. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 371(1708), 20160007. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0007>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Solms, M. (2017). Some innate predictions are social in nature: Commentary on “Mentalizing homeostasis” by Fotopoulou and Tsakiris. *Neuropsychanalysis*, 19(1), 55–57. <https://doi.org/10.1080/15294145.2017.1309622>
- Solms, M. (2021). *The hidden spring: A journey to the source of consciousness*. W. W. Norton & Company.
- Sterling, P. (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology and Behavior*, 106(1), 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.06.004>
- Trevarthen, C. (1990). Growth and education of the hemispheres. V C. Trevarthen (ur.), *Brain circuits and functions of the mind* (str. 334–363). Cambridge University Press.
- Tschacher, W., Ribeiro, E., Gonçalves, A., Sampaio, A., Moreira, P., in Coutinho, J. (2025). Electrodermal synchrony of patient and therapist as a predictor of alliance and outcome in psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 16, 1545719. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1545719>
- van der Waerden, J., Bernard, J. Y., de Agostini, M., Saurel-Cubizolles, M. J., Peyre, H., Heude, B., Melchior, M., in EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2017). Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort. *Depression and Anxiety*, 34(2), 105–117. <https://doi.org/10.1002/da.22552>
- Zheng, L., Liu, W., Long, Y., Zhai, Y., Zhao, H., Bai, X., Zhou, S., Li, K., Zhang, H., Liu, L., Guo, T., Ding, G., in Lu, C. (2020). Affiliative bonding between teachers and students through interpersonal synchronisation in brain activity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 15(1), 97–109. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa016>
- Zilcha-Mano, S. (2024). How getting in sync is curative: Insights gained from research in psychotherapy. *Psychological Review*, 132(3), 470–487. <https://doi.org/10.1037/rev0000471>

Diagnostika motnje avtističnega spektra skozi čas

Katja Stres Kaučič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Vesna Lenart, dr. med., spec. otr. in mlad. psih.

Povzetek

Motnja avtističnega spektra (MAS) je vseživljenjska razvojno-nevrološka motnja, za katero so značilni trajni primanjkljaji v socialni komunikaciji in omejeni, ponavljajoči se vedenjski vzorci oziroma usmerjeni interesi. Ker zanesljivi biološki označevalci in laboratorijski testi niso na voljo, diagnoza temelji na klinični oceni in diagnostičnih merilih. Razumevanje avtizma se je skozi zgodovino spreminjala – od zgodnjih opisov Lea Kannerja in Hansa Aspergerja do njegove formalne opredelitve kot samostojne kategorije v DSM-III. V sodobnem okviru DSM-5 in DSM-5-TR so bile nekdanje ločene diagnoze (npr. Aspergerjev sindrom, PDD-NOS) združene v enotno diagnozo MAS. Uvedena sta bila dimenzionalni pristop z različnimi stopnjami potrebne podpore in merilo senzornih posebnosti, kar je vplivalo na klinično prakso in epidemiološke ocene. Natančna in dimenzionalna opredelitev motnje avtističnega spektra omogoča prilagojeno obravnavo ter prispeva k izboljšanju vsakdanjega funkcioniranja in kakovosti življenja oseb z avtizmom. V Sloveniji diagnostiko izvajajo multidisciplinarni timi, obravnava pa vključuje individualno in skupinsko delo; podporo potrebujejo posamezniki in družine. Tak pristop izboljšuje kakovost življenja oseb z avtizmom. Na Svetovalnem

centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana izvajamo individualne in skupinske obravnave otrok in mladostnikov z avtizmom.

Ključne besede: motnja avtističnega spektra, DSM-klasifikacija, zgodovina diagnostičnih meril, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Abstract

Autism spectrum disorder (ASD) is a lifelong neurodevelopmental condition characterized by persistent deficits in social communication as well as restricted, repetitive patterns of behavior or circumscribed interests. Since no reliable biological markers or laboratory tests are available, diagnosis is based on clinical assessment and standardized criteria. The conceptualization of autism has evolved over time—from the early descriptions by Leo Kanner and Hans Asperger to its formal recognition as a distinct category in the DSM-III. In the contemporary DSM-5 and DSM-5-TR framework, previously separate diagnoses (e.g., Asperger's disorder, PDD-NOS) have been subsumed under the single diagnosis of ASD. This revision introduced a dimensional approach with varying levels of support and included sensory characteristics as a criterion, influencing both clinical practice and epidemiological estimates. A precise and dimensional definition of ASD allows for tailored interventions and contributes to improving daily functioning and quality of life. In Slovenia, diagnosis is carried out by multidisciplinary teams, while interventions include both individual and group-based approaches, with support provided to individuals as well as families. Such an approach enhances the quality of life of individuals with autism. At the Counseling Center for Children, Adolescents, and Parents in Ljubljana, we provide both individual and group interventions for children and adolescents with autism.

Keywords: autism spectrum disorder (ASD); DSM classification; history of diagnostic criteria; Counseling Center for Children, Adolescents, and Parents Ljubljana

Uvod

Motnja avtističnega spektra – MAS (avtizem) je kompleksna razvojno- nevrološka motnja, ki se običajno pojavi v zgodnjem otroštvu in traja vse življenje. Zanja so značilne predvsem težave na področju socialne komunikacije in interakcije ter prisotnost ponavljajočih se vedenjskih vzorcev in omejenih interesov (Hodis idr., 2025).

Simptomi se med posamezniki kažejo različno intenzivno in v različnih oblikah, kar pomeni, da se spekter značilnosti razteza od blažjih do izrazitejših oblik (American Psychiatric Association [APA], 2013). Opredelitev avtizma že dolgo predstavlja diagnostični izziv. Kot razvojno-nevrološka motnja trenutno nima razpoložljivih zanesljivih bioloških preizkusov, ki bi omogočali nedvoumno razlikovanje med otrokom z avtizmom in tistim brez te motnje (Rosen idr., 2021). Prav tako znanstvenikom še ni uspelo identificirati natančnih genetskih označevalcev, značilnih za osebe z avtizmom (Lord idr., 2020). Že več kot 70 let je *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj* (DSM) temeljni referenčni vir za diagnostično opredelitev avtizma (APA, 2013). Kljub temu diagnostična opredelitev v tem obdobju ni ostala nespremenjena – s premiki v znanstvenem konsenzu so se diagnostična merila za opredelitev avtizma spreminjala (Rosen idr., 2021). Spremembe v diagnostičnih merilih imajo pomembne posledice, saj vplivajo na to, kateri posamezniki izpolnjujejo diagnostična merila za opredelitev avtizma ter koliko jih prejme formalno diagnozo in posledično ustrezno obravnavo. Zato so spremembe v diagnostičnih merilih DSM pomembno vplivale na ocene razširjenosti avtizma, saj diagnostični pragovi in opredelitve neposredno določajo, kateri posamezniki izpolnjujejo klinična merila za postavitev diagnoze (Zeidan idr., 2022).

Spremembe v diagnostičnih merilih avtizma skozi zgodovino

Minilo je več kot 80 let od Kannerjevega klasičnega opisa infantilnega avtizma. Do uradnega priznanja in prepoznavne opisanega stanja kot motnje je nato minilo še skoraj 40 let (Rosen idr., 2021).

Avtizem pred DSM-III

Vsaka razprava o razvoju diagnostike avtizma se gotovo začne z delom Lea Kannerja in njegovimi opažanji iz leta 1943. Kanner je takrat opisal 11 otrok, pri katerih je opazil intenzivna stanja samote, obsesivna stanja oz. vztrajanja pri istem oz. ponavljajočem se vedenju. Poudaril je dve ključni značilnosti, in sicer avtizem oz. hude težave na področju socialne interakcije in navezovanja od začetka življenja ter odpor do sprememb/vztrajanje v rutini. Tukaj so zajete tudi stereotipije (guganje, mahanje z rokami). Tudi v zgodnejšem obdobju, okoli leta 1700, so se že pojavljali zapisi o »divjih otrocih«, ki so begali od doma ali bili zapuščeni (Rosen idr., 2021).

Leta 1944 je tudi Hans Asperger opisal dečke, pri katerih je opazil slabše socialne veščine in izjemno dobre verbalne sposobnosti. Oba, Kanner in tudi Asperger, sta opisovala različna koncepta avtizma in oba opisa sta pripomogla k današnjemu razumevanju motnje. Kanner je avtizem okarakteriziral kot razvojno motnjo, Asperger pa jo je opisal kot motnjo, ki ima značilnosti osebnostne motnje, ter poudaril, da je podobne značilnosti opazil pri očetih dečkov. Kannerjeva opažanja so bila precej jasna. Opisoval je: eholalijo, nenavadno rabo zaimkov, nenavadno prozodijo (intonacija, melodika, naglas, ritem). Vztrajanje pri rutinah je prav tako eden izmed pomembnih vidikov, ki jih je opisoval Kanner leta 1943. Kannerjevo delo pa je vsebovalo tudi nekaj pozneje ovrženih značilnosti, na primer, da je beseda avtizem pomenila tudi intelektualno prizadetost, kar je pozneje opisoval Bleuler kot eno izmed značilnosti shizofrenije. Drugi so to interpretirali kot zgodnjo obliko shizofrenije (Rosen idr., 2021).

V obdobju sedemdesetih let prejšnjega stoletja se je zgodil pomemben napredek na področju diagnostike duševnih motenj in tako tudi avtizma, kar je posledično pripeljalo do tega, da je bil avtizem vključen kot uradna diagnostična kategorija. V DSM-II je bila edina diagnostična kategorija, ki je zajemala Kannerjeve opise, t. i. *otroška shizofrenija*. V naslednjih letih pa se je postopno oblikovalo spoznanje, da ta okvir ne zajema dovolj širokega spektra razvojnih in vedenjskih posebnosti, s katerimi so se posamezniki – zlasti otroci – spoprijemali (Rosen idr., 2021).

Leta 1978 je psihiater Sir Michael Rutter predlagal novo definicijo avtizma, ki je zajemala zapoznele in odklonske socialne in verbalne veščine, ki odstopajo od tipičnega razvoja, ter usmerjene interese in ponavljajoča se vedenja, vsa pa se pojavljajo v zgodnjem otroštvu (Rutter, 1978). Pozneje so dodali še hipo- in hipersenzitivnost v okolju. Poznejše raziskave so pomembno pripomogle k oblikovanju meril, opisanih v DSM-V. Pomembno dognanje je bilo tudi to, da so se otroci z avtizmom bolje odzivali na strukturirano učenje kot na nestrukturirano psihoterapijo, ki so jo uporabljali pri zdravljenju shizofrenije (Rosen idr., 2021). Ugotovljena je bila tudi močna genetska komponenta glede na študije dvojčkov. Ta dognanja so ovrгла Bettelheimovo teorijo »hladnih mater« kot vzrok avtizma in tlakovale pot biološkemu izvoru avtizma (prav tam). Do leta 1979 se je za opis teh kliničnih značilnosti uporabljal izraz *otroška shizofrenija*. Sčasoma se je to poimenovanje opustilo, saj so empirične raziskave in klinične študije jasno pokazale, da avtizem predstavlja samostojno nevrorazvojno motnjo. Na podlagi teh dognanj je bil v letu 1980 v DSM-III avtizem prvič uvrščen kot uradna diagnostična kategorija.

Klasifikacija avtizma v DSM-III

Avtizem je bil v klasifikaciji DSM-III uvrščen pod povsem nov razred stanj – pervazivne razvojne motnje. Merila so zajemala vztrajajoče pomanjkljivo socialno odzivanje. Vključen je bil tudi izraz rezidualni avtizem za otroke, ki so predhodno dosegali merila za infantilni avtizem, a so se skozi leta let spremenila do neke mere. Postal je

tudi jasno, da so se posamezniki z avtizmom spreminjali med odraščanjem in niso več izražali »klasične« v otroštvu izražene oblike avtizma. Zaradi tega spoznanja je bil dodan diagnostični termin *rezidualni infantilni avtizem*. V času, ko je bil avtizem vključen v DSM-III, se je zdelo, da je to redka motnja (3 na 10.000 otrok), leta 1999 pa 7 na 10.000 otrok (Rosen idr., 2021). Opazna je bila tudi razlika med spoloma; ugotavljali so, da je avtizem od 3- do 5-krat pogostejši pri moškem kot ženskem spolu. Že takrat so ugotavljali, da so otroci z avtizmom v odraslosti le redko samostojni in neodvisni od pomoči. Čeprav je vključitev motnje v DSM-III prinesla pomembno prepoznavnost avtizma kot motnje, pa je imelo to tudi pomanjkljivosti. Pomanjkljivost je bila predvsem v tem, da je bilo treba izpolniti vsa merila za potrditev motnje. Poznejše raziskave in dognanja so pripeljali do tega, da je dopolnjena različica DSM-III vsebovala 16 natančno opisanih meril, razvrščenih v tri večje sklope (socialne interakcije, odstopanja na ravni komunikacije in rigidnost oz. repetitivni gibi). V dopolnjeni različici je bilo za potrditev motnje treba dosežati vsaj osem meril (Rosen idr., 2021).

Od DSM-III do DSM-5

Čeprav je bila vključitev avtizma kot motnje v DSM-III pomemben napredek, so se kmalu pokazale težave. Zato so bile v letu 1987 pri reviziji DSM, tj. DSM-III-R (Rosen, idr., 2021), upoštevane številne pomembne spremembe. Ena ključnih konceptualnih sprememb v DSM-III-R je bila preimenovanje iz »infantilnega avtizma« v »avtistično motnjo«. Ta sprememba je odražala zavedanje o potrebi po bolj prilagodljivem in razvojno usmerjenem pristopu, ki bi bil uporaben skozi vsa življenjska obdobja in razvojne mejnike. V marsičem je ta pristop sledil priporočilom Lorne Wing glede širšega pogleda na diagnostični koncept (Wing, 1993). V DSM-III-R je bil predstavljen nov večkriterijski nabor 16 podrobnih diagnostičnih meril. Ta so bila razdeljena v tri glavna področja disfunkcije, ki so postala standardna pri opisu avtizma, in sicer: 1) kvalitativne motnje v vzajemni socialni interakciji; 2) motnje v komunikaciji; 3) omejeni interesi, odpornost

na spremembe in ponavljajoče se vedenje. Pri pristopu po DSM-III-R je bila diagnoza postavljena na podlagi prisotnosti določenega minimalnega števila meril znotraj teh treh področij namesto zahteve po prisotnosti vseh simptomov (Rosen idr., 2021).

V DSM-IV so bile motnje umeščene v širšo kategorijo pervazivnih razvojnih motenj, znotraj katere je bilo opredeljenih več ločenih diagnoz, med drugimi: avtistična motnja, Aspergerjev sindrom, pervazivna razvojna motnja – drugače nepojasnjena (PDD-NOS), Rettov sindrom in dezintegrativna motnja v otroštvu. DSM-5 je večino teh kategorij združil v enotno diagnozo motnje avtističnega spektra, pri čemer je Rettov sindrom opredeljen kot nevrološka motnja. Združevanje je temeljilo na raziskavah, ki so pokazale, da klinična razmejitve med Aspergerjevim sindromom, avtistično motnjo in PDD-NOS ni bila zanesljiva (Lord idr., 2012).

Spremembe so se pokazale tudi na diagnostičnih področjih. V DSM-IV so bila merila razdeljena na tri področja: socialna interakcija, komunikacija ter omejeni in ponavljajoči se vedenjski vzorci. Posameznik je moral izkazovati najmanj šest simptomov, od tega vsaj dva s področja socialne interakcije, enega s področja komunikacije in enega s področja vedenja (APA, 2013). V DSM-5 pa so merila združena v dve glavni področji: pomembne težave v socialni komunikaciji in interakciji ter omejeni in ponavljajoči se vedenjski vzorci, interesi ali aktivnosti (APA, 2013). **Takšna sprememba odraža spoznanje, da sta socialna komunikacija in socialna interakcija tesno prepletena procesa**, ki ju je težko obravnavati ločeno (Mandy idr., 2012).

Poleg tega se razlikujejo tudi diagnostične zahteve. V DSM-IV so bila potrebna pomembna odstopanja na vseh treh področjih razvoja, medtem ko DSM-5 zahteva izpolnjevanje vseh treh meril na področju socialne komunikacije in interakcije ter najmanj dveh izmed štirih meril na področju ponavljajočega se vedenja. S tem je bila diagnoza po DSM-5 postavljena na strožje temelje, hkrati pa je omogočala natančnejšo opredelitev klinične slike.

DSM-5 uvaja tudi dodatne spremembe, ki povečujejo specifičnost diagnoze. Posebno pomembni so t. i. specifikatorji, ki omogočajo natančnejšo individualno opredelitev motnje, npr. ali je prisotna motnja v duševnem razvoju, jezikovne posebnosti ali druge pridružene motnje. Poleg tega DSM-5 prvič eksplicitno vključuje senzorne posebnosti kot diagnostično merilo, ki v DSM-IV ni bilo neposredno navedeno (APA, 2013).

Opredelitev avtizma po klasifikaciji DSM-5

Rosen idr. (2021) poudarjajo, da je DSM-5 v diagnostiko avtizma uvedel ključen premik z združitvijo več prejšnjih kategorij in uvedbo dimenzionalnega pristopa, ki bolj odraža heterogenost spektra.

Združitev prejšnjih diagnostičnih kategorij

V DSM-IV so bili avtizem in sorodne motnje obravnavani kot ločene entitete: avtistična motnja, Aspergerjev sindrom, pervazivna razvojna motnja – nepojasnjeno (PDD-NOS) in otroška dezintegrativna motnja (APA, 2013). DSM-5 je te diagnoze združil pod eno kategorijo, imenovano motnja avtističnega spektra (MAS) (Baron - Cohen, 2014; Rosen idr., 2021).

Ta sprememba je bila posledica ugotovitev številnih raziskav, ki so pokazale, da je ločevanje teh kategorij pogosto neustrezno pri opredelitvi motnje, saj posamezniki pogosto ne ustrezajo strogo opredeljenim merilom DSM-IV, a imajo klinično pomembne simptome (Lord idr., 2020; Rosen idr., 2021). Združitev omogoča fleksibilnejšo, bolj celostno diagnozo, ki zajema celoten spekter funkcionalnih in socialnih izzivov posameznika.

DSM-5 je prvi dve področji združil v dimenzijo socialne komunikacije in interakcije, kar odraža dejstvo, da so pomanjkljivosti v socialni komunikaciji pogosto medsebojno povezane s težavami v socialni interakciji (Rosen idr., 2021). Drugo področje, omejeni in ponavljajoči se vzorci vedenja, interesov ali aktivnosti, ostaja, vendar so merila

prilagojena tako, da vključujejo senzorne posebnosti, ki so bile v DSM-IV pogosto obravnavane le posredno (APA, 2013). Tako DSM-5 zajema širši spekter vedenjskih značilnosti avtizma, kar izboljšuje diagnostično občutljivost, zlasti pri posameznikih z višjim funkcionalnim nivojem (Loth idr., 2017).

Po DSM-5 je za postavitev diagnoze nujno izpolnjevanje določenih meril na obeh področjih – v socialni komunikaciji in v ponavljajočih se vedenjih (APA, 2013). Posamezniki z avtizmom izkazujejo trajne primanjkljaje v socialni komunikaciji in interakciji v različnih kontekstih. Ti se kažejo v omejenem deljenju čustev, težavah pri vzpostavljanju in ohranjanju pogovorov ter pomanjkanju iniciative v socialnih interakcijah. Prisotne so tudi motnje v neverbalnih komunikacijskih veščinah, kot so pomanjkljiv ali nenavaden očesni stik, posebnosti telesne govorice, težave pri uporabi gest in odsotnost obrazne mimike. Poleg tega se pogosto pojavljajo težave pri razvijanju, vzdrževanju in pri razumevanju odnosov, kar se odraža v nezmožnosti prilagajanja vedenja različnim socialnim kontekstom, pomanjkanju domišljajske igre ter v omejenem zanimanju za vrstnike (APA, 2013; Hodis idr., 2025).

Poleg socialnih primanjkljajev morajo biti prisotni tudi omejeni in ponavljajoči se vzorci vedenja, interesov ali aktivnosti, pri čemer DSM-5 zahteva vsaj dve značilnosti s tega področja. To se lahko kaže v stereotipnih oblikah motorike, uporabi predmetov ali govora, kot so ponavljajoči se gibi, postavljanje predmetov v vrsto ali eholalija. Pogosto sta prisotni tudi togost in močna potreba po nespremenljivosti rutine, kar vključuje stisko ob manjših spremembah, togo miselnost ali prisotnost ritualiziranih vzorcev vedenja. Nekateri posamezniki kažejo intenzivne in omejene interese, ki so nenavadni po svoji osredinjenosti ali intenzivnosti. Pomembna diagnostična značilnost so lahko tudi senzorne posebnosti, kot so preobčutljivost na zvoke, iskanje specifičnih senzoričnih dražljajev ali nenavadno zanimanje za senzorične lastnosti predmetov (APA, 2013; Hodis idr., 2025).

DSM-5 določa, da morajo biti za postavitev diagnoze izpolnjena vsa tri merila s področja socialne komunikacije in interakcije ter najmanj dve izmed štirih meril, ki se nanašajo na ponavljajoče se vedenje, interese (APA, 2013). Takšna zahteva je postavila višji diagnostični mejnik, kar pomeni, da je diagnozo težje pridobiti kot v prejšnjih različicah, hkrati pa omogoča natančnejšo in zanesljivejšo opredelitev klinične slike. Simptomi morajo biti prisotni v zgodnjem razvojnem obdobju oziroma se lahko izrazijo tudi pozneje zaradi različnih zahtev okolja ali zaradi različne podpore okolja. Težave se običajno pojavijo že v zgodnjem otroštvu, a so lahko v nekaterih primerih opazne šele, ko socialne zahteve presežejo otrokove zmožnosti (npr. ob vstopu v vrtec ali šolo). Prisotne težave morajo pomembno ovirati posameznikovo vsakdanje življenje, tj. na socialnem, poklicnem ali na drugem pomembnem področju funkcioniranja.

Čeprav se MAS pogosto pojavlja skupaj z motnjo v duševnem razvoju, se diagnoza avtizem postavi le, kadar so socialno-komunikacijske težave izrazitejše, kot bi jih bilo mogoče pripisati samo kognitivnim primanjkljajem. Ena najpomembnejših inovacij DSM-5 je uvedba dimenzionalnega pristopa, ki poudarja kontinuum simptomov in funkcionalne prizadetosti. Namesto binarnega pristopa »prisotno/ni prisotno« DSM-5 uvaja tri ravni potrebne podpore – zahteva podporo, zahteva zmerno podporo in zahteva zelo veliko podporo (APA, 2013). Tak pristop omogoča bolj individualizirano oceno in načrtovanje intervencij, saj upošteva, v kolikšni meri simptomi vplivajo na vsakdanje funkcioniranje posameznika (Rosen idr., 2021). Dimenzionalni model hkrati odraža nevrološko heterogenost spektra in omogoča natančnejše spremljanje sprememb skozi različna življenjska obdobja.

DSM-5 poudarja, da so sočasne motnje, kot so: motnja v duševnem razvoju, motnja pozornosti, anksiozne in razpoloženske motnje, pogosto pridružene pri posameznikih z avtizmom. Merila omogočajo dodatno specifikacijo diagnoze, npr. z motnjo v duševnem razvoju ali brez motnje v duševnem razvoju, kar je ključnega pomena za individualno obravnavo (APA, 2013; Rosen idr., 2021).

Rosen in sodelavci (2021) poudarjajo, da ta pristop omogoča bolj celostno razumevanje posameznika, saj ne ločuje simptomov avtizma od sočasnih motenj, ampak obravnava klinično sliko posameznika kot celoto.

Čeprav DSM-5 izboljšuje diagnostično natančnost in prilagodljivost, Rosen idr. (2021) opozarjajo na nekatera odprta vprašanja, ki ostajajo izziv v klinični praksi in raziskovanju. Eno izmed teh je izrazita heterogenost spektra, saj se postavlja vprašanje, kako v okviru enotne diagnoze pri posamezniku ustrezno zajeti širok razpon funkcionalnih sposobnosti in senzornih posebnosti. Dodatna dilema se nanaša na starostno prezentacijo motnje, predvsem na to, kako se simptomi manifestirajo pri odraslih, pri katerih zgodnjih razvojnih znakov pogosto ni mogoče neposredno opazovati. Prav tako ostaja odprto vprašanje mejnikov diagnostičnih meril, zlasti v povezavi s tem, ali trenutna zasnova v DSM-5 optimalno zajema posameznike z višjim funkcionalnim nivojem. Ti izzivi kažejo na potrebo po nadaljnjih raziskavah in morebitnih prilagoditvah diagnostičnega okvira v prihodnjih izdajah DSM ter hkrati na nujnost integracije multidisciplinarnih podatkov, kot so: nevropsihološki, genetski in funkcionalni kazalniki, v diagnostični proces.

DSM-5-TR prinaša dodatno specifičnost pri opredelitvi avtizma, saj poleg osnovnih diagnostičnih meril omogoča natančnejše opisovanje klinične slike. Pomembna novost je možnost določanja ravni podpore, ki jo posameznik potrebuje, pri čemer se upošteva, ali gre za blažjo, zmerno ali za zelo intenzivno potrebo po podpori.

Poleg tega DSM-5-TR omogoča tudi opredelitev prisotnosti dodatnih značilnosti, kot so: motnja v duševnem razvoju, jezikovne motnje ter pridružene duševne in somatske motnje (APA, 2022). Tak pristop omogoča bolj diferencirano diagnozo, ki natančneje odraža heterogenost spektra in olajša načrtovanje individualiziranih intervencij.

Obravnavanje otrok in mladostnikov z avtizmom v Sloveniji

V Sloveniji je multidisciplinarna obravnava oseb z avtizmom organizirana v okviru javnega zdravstva in šolstva, z dodatno podporo nevladnih organizacij. V Sloveniji je proces diagnostike avtizma urejen skozi mrežo zdravstvenih in vzgojno-izobraževalnih ustanov, ki vključujejo: pediatre, klinične psihologe, specialiste otroške in mladostniške psihiatrije, specialne pedagoge in logopede (Šiftar in Magajna, 2019). Diagnostiko izvajajo specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, klinične psihologije in razvojne pediatrije, pri čemer so dolge čakalne dobe pogosto izziv za starše in strokovnjake. Zgodnja obravnava poteka v okviru centrov za zgodnjo obravnavo in razvojnih ambulant. Poseben poudarek je na inkluziji otrok z avtizmom v večinski šole s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo ali v prilagojene izobraževalne programe z enakovrednim izobrazbenim standardom, ki se izvajajo na Centru za sluh in govor Maribor in Portorož, Zavodu za gluhe in naglušne v Ljubljani in v Centru za slepe in slabovidne v Ljubljani. Po postavitvi diagnoze in opredelitvi meril za usmeritev v ustrežno kategorijo otrok s posebnimi potrebami pridobi otrok odločbo o usmeritvi in strokovno mnenje, na podlagi katerih šolska strokovna skupina oblikuje individualizirani program, ki ga potrdi Zavod Republike Slovenije za šolstvo (Kavkler, 2018).

Kljub napredku na področju diagnostike se Slovenija spoprijema s pomembnimi izzivi, saj so še vedno zelo dolge čakalne dobe za diagnostične postopke, prisoten je neenakomeren dostop do multidisciplinarnih timov med različnimi regijami, kar se v zadnjem času izboljšuje. Prav tako je v Sloveniji še vedno prisotno pomanjkanje strokovnjakov, predvsem kliničnih psihologov, kliničnih logopedov ter specialnih in rehabilitacijskih pedagogov, ki bi obravnavali osebe z avtizmom.

Diagnostika avtizma v Sloveniji temelji na mednarodno uveljavljenih diagnostičnih merilih (DSM-5, ICD-11) in standardiziranih pripomočkih, ki se uporabljajo v procesu diagnostike in obravnave

oseb z avtizmom, kot je opredeljeno v predhodni vsebini. Proces je multidisciplinaren in vključuje sodelovanje zdravstvenih pa tudi vzgojno-izobraževalnih ustanov. Čeprav sistem omogoča celostno obravnavo otrok, ostajajo ključni izzivi v zagotavljanju dostopnosti in pravočasnosti diagnostike.

Obravnavanje otrok in mladostnikov z avtizmom v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) deluje kot interdisciplinarna ustanova, ki nudi podporo otrokom, mladostnikom z avtizmom in njihovim družinam pri učnih, čustvenih, vzgojnih, vedenjskih, psihosocialnih in pri psihiatričnih izzivih.

Obravnavanje otrok z avtizmom je del širše mreže storitev, ki združuje svetovanje, terapijo ter podporne aktivnosti za starše in otroke. Individualno delo vključuje svetovanje in podporno terapijo ter individualno psihoterapijo (npr. kognitivno-vedenjska terapija).

SCOMS dopolnjuje delo zdravstvene in izobraževalne mreže s psihosocialno in terapevtsko podporo, z izobraževanjem za starše in strokovnjake ter s podporo socialnemu omrežju otrok in njihovih družin.

V SCOMS sledimo sodobnim smernicam glede opredelitve in obravnave otrok in mladostnikov z avtizmom. Udeležujemo se izobraževanj v povezavi s prepoznavanjem in z obravnavo oseb z avtizmom, izvedena so bila tudi interna izobraževanja v povezavi z diagnostiko in obravnavo, številni klinični psihologi so se tudi izobrazili za uporabo specializiranih diagnostičnih pripomočkov za opredelitev avtizma. V multidisciplinarnem procesu obravnave otrok in mladostnikov so poleg kliničnih psihologov vključeni še specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, specialni pedagogi, pedagoginja, klinična logopedinja in socialna delavka.

Otrokom in mladostnikom omogočamo **vključitev v skupine za učenje socialnih veščin** ter v **skupino za učenje učenja,** za **starše** otrok z avtizmom pa organiziramo **psihoedukativne skupine.** Sodelujemo s številnimi izobraževalnimi ustanovami (z osnovnimi šolami, s srednjimi šolami in centri za socialno delo). Izvajamo **individualen in skupinski program za obvladovanje anksioznosti Cool Kids za otroke in mladostnike z avtizmom.**

Skupina za starše otrok z značilnostmi MAS je namenjena staršem osnovnošolcev, pri katerih se prepoznane značilnosti motnje avtističnega spektra in so obravnavani v naši ustanovi. Namen skupine je podpora in psihoedukacija staršev otrok z avtizmom, ki se srečujejo z različnimi vprašanji glede vzgoje svojih otrok in mladostnikov ter z različnimi izzivi v domačem okolju pa tudi drugih okoljih. Starši na skupini pridobijo pomembne informacije glede značilnosti svojih otrok z avtizmom in strategije, kako jih podpreti, da bodo čim bolj napredovali. Hkrati si starši med seboj izmenjajo izkušnje, imajo pa tudi priložnost zastaviti vprašanja in izzive različnim strokovnjakom. Med srečanji starši spoznavajo osnovne značilnosti MAS v osnovnošolskem obdobju, socialne in komunikacijske veščine pri otrocih z MAS, izobraževalne potrebe otrok z značilnostmi MAS in načine podpore v domačem in šolskem okolju, čustveno regulacijo otrok z avtizmom in pridružene motnje, hkrati pa pridobijo informacije, kako najbolj podpreti otroka z avtizmom na prehodu v odraslost in pri vstopu v proces zaposlovanja.

Zaključek

Diagnoza MAS zahteva celotno klinično presojo, ki vključuje podrobno razvojno anamnezo, opazovanje vedenja in uporabo standardiziranih diagnostičnih pripomočkov (APA, 2013; Hodis idr., 2025). Ključna diagnostična področja ostajajo socialno-komunikacijski primanjkljaji ter ponavljajoča se vedenja in usmerjeni interesi ter senzorne posebnosti, ki morajo biti prisotni že v zgodnjem razvoju in pomembno vplivati na posameznikovo funkcioniranje.

Merila DSM-5 in DSM-5-TR ponujajo jasen okvir, ki omogoča konsistentnejšo diagnostiko, hkrati pa upoštevajo heterogenost znotraj spektra.

Združitev prejšnjih ločenih diagnoz (npr. Aspergerjev sindrom, PDD-NOS) v enotno kategorijo MAS je poenotila diagnostične prakse, vendar je hkrati poudarila pomen prepoznavanja različnih fenotipov, saj se posamezniki razlikujejo glede kognitivnih sposobnosti, jezikovnega razvoja, socialnih spretnosti in pridruženih težav (Lord idr., 2020). Zato se uveljavlja dimenzionalen pristop, ki poleg kategorialne diagnoze vključuje oceno specifičnih značilnosti in stopnje prizadetosti. Tak pristop omogoča bolj individualizirano načrtovanje obravnave in izbiro ustreznih terapevtskih pristopov.

Spremembe diagnostičnih meril so pomembno vplivale tudi na epidemiologijo. Naraščajoče ocene prevalence MAS najverjetneje bolj odražajo izboljšano odkrivanje, večjo dostopnost diagnostike in spremembe diagnostičnih praks kot pa dejansko rast pojavnosti (Zeidan idr., 2022). Heterogenost spektra in odsotnost bioloških označevalcev ostajata pomembna izziva, ki zahtevata multimodalne diagnostične pristope in nadaljnje raziskave v smeri integracije nevropsiholoških, genetskih in vedenjskih podatkov (Lord idr., 2020).

V kliničnem kontekstu je poleg natančne diagnostike ključna tudi ustrezna obravnava otrok in mladostnikov z avtizmom in podpora družinam. V SCOMS obravnavamo otroke in mladostnike v individualnih obravnavah (najpogostejša je vedenjsko-kognitivna obravnava) in podpornih skupinah, v katerih starši krepijo starševske kompetence ter pridobijo čustveno in strateško podporo pri vzgoji. Skupinske oblike obravnav pa omogočajo učenje socialnih veščin otrokom in mladostnikom, skupine za starše pa so namenjene podpori psihoedukaciji in podpori staršem.

Avtizem je kompleksna in heterogena razvojno-nevrološka motnja, pri kateri je zgodnja in natančna diagnostika temelj učinkovite intervencije.

V prihodnje bodo za napredek na področju razumevanja in pomoči osebam z avtizmom ključni: nadaljnje raziskave, razvoj natančnejših diagnostičnih orodij in krepitev podpornih storitev za njihove družine.

Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Hodis, B., Mughal, S., in Saadabadi, A. (2025). Autism spectrum disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Kavkler, M. (2018). Otroci z avtizmom v vzgojno-izobraževalnem procesu [Children with autism in the educational process]. *Sodobna pedagogika*, 69(3), 50–65.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., in Baron - Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., in McCauley (2020). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5)
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., in Veenstra - VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Lord, C., Petkova, E., Hus, V., Gan, W., Lu, F., Martin, D. M., in Risi (2012). A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 306–313. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.148>
- Loth, E., Charman, T., Mason, L., Tillmann, J., in Jones, E. J. H. (2017). The EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (LEAP): Clinical characterisation. *Molecular Autism*, 8(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0146-8>
- Mandy, W., Charman, T., in Skuse, D. (2012). Testing the construct validity of proposed

criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.013>

Robertson, C. E., in Baron - Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11), 671–684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>

Rosen, N. E., Lord, C., in Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253–4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>

Šiftar, V., in Magajna, L. (2019). Multidisciplinarna diagnostika otrok z avtističnimi motnjami v Sloveniji [Multidisciplinary diagnostic process of children with autistic disorders in Slovenia]. *Slovenian Journal of Public Health*, 58(4), 201–209.

Volkmar, F. R., in Reichow, B. (2013). Autism in DSM-5: Progress and challenges. *Molecular Autism*, 4(1), 13. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-13>

Wing L. (1993) The definition and prevalence of autism: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 61–74. <https://doi.org/10.1007/BF02098832>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., in Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

Razvojna jezikovna motnja in duševno zdravje

Mag. Jasna Božič, univ. dipl. psih., spec. psih. svet.
Herta Filiplić Stojanović, prof. def., spec. klin. log.

Povzetek

Razvojna jezikovna motnja je pri mladostnikih opredeljena z vidika obsega in kompleksnosti problemov. Njen nevropsihološki izvor je povezan z motnjo pozornosti, ki prek šibkosti na področju zaznavanja in izvršilnih funkcij vpliva na jezik. Pogosto so ji pridružene specifične učne težave branja in pisanja. Posledice na vedenjskem, čustvenem in na socialnem področju jo povezujejo z motnjo avti-stičnega spektra.

V prispevku so z deskriptivno statistično analizo kliničnega vzorca mladostnikov (78 obravnavnih pri avtoricah v obdobju 2012–2024) ugotovljene pomembne značilnosti te skupine. Po podatkih ambulantnega lista iz leta 2012 in leta 2023 je obravnavana razvojne jezikovne motnje v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana v porastu. Odkrita je sorazmerno pozno, v začetku adolescence (10, 11 let). Tretjina družin (36 %) je dvojezična, prevladujejo starši s poklicno ali srednjo šolo. Značilni sta visoka heterogenost znotraj skupine in komorbidnost s specifičnimi učnimi težavami, z motnjo pozornosti in aktivnosti ter s čustvenimi motnjami. Njihova prepletenost pomembno ovira psihosocialno funkcioniranje in ogroža duševno zdravje v adolescenci.

Ključne besede: razvojna jezikovna motnja (RJM), motnja pozornosti in aktivnosti (ADHD), komorbidnost, duševno zdravje

Abstract

Developmental language disorder in adolescents is defined by the scope and complexity of its problems. Its neuropsychological origin is linked to an attention disorder, which affects language through weaknesses in perception and executive functions. It is often accompanied by specific learning difficulties in reading and writing. Its behavioral, emotional, and social consequences connect it to autism spectrum disorder.

The second part of the paper presents a descriptive statistical analysis of a clinical sample of adolescents (78 cases treated by the authors between 2012 and 2024), identifying significant characteristics of this group. According to outpatient records from 2012 and 2023, the treatment of developmental language disorder at The Counseling Center for Children, Adolescents and Parents Ljubljana is on the rise. It is often diagnosed relatively late, in early adolescence (10 years, 11 months). One-third of families (36%) are bilingual, and parents with vocational or secondary education predominantly feature. The group is characterized by high heterogeneity and comorbidity with specific learning difficulties, attention deficit/hyperactivity disorder, and emotional disorders. The intricate interplay of these issues significantly hinders psychosocial functioning and jeopardizes mental health during adolescence.

Keywords: developmental language disorder (DLD), attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), comorbidity, mental health

Uvod

Opredelitev razvojne jezikovne motnje in duševno zdravje

Avtorici sva se odločili za uporabo termina razvojna jezikovna motnja (RJM), ki se v Sloveniji v zadnjem času postopoma uveljavlja kot novejši, natančnejši termin. V teku zgodovine se je termin spreminjal. Naziv razvojna jezikovna motnja je v tujini sprejet že od leta 2016. Pred tem se je pogosto uporabljal izraz govorno-jezikovna motnja, vendar strokovnjaki, zlasti logopedi, vedno bolj uporabljajo termin razvojna jezikovna motnja oz. angleški ekvivalent »developmental language disorder (DLD)«, ki je uporabljen v strokovnih člankih in v publikaciji WHO-ICD 11 (2024). Ta sprememba odraža mednarodno usklajevanje terminologije na področju logopedije in nevrorazvojnih motenj.

Razvojna jezikovna motnja (RJM) je opredeljena kot težava pri pridobivanju vzorcev jezikovnega izražanja, ki sega že v zgodnje razvojno obdobje in je ni neposredno povzročil znani nevrološki, senzorni, intelektualni ali čustveni primanjkljaj (MKB-10-AM, 2008). Navadno obstaja neskladje med besednimi in nebesednimi intelektualnimi sposobnostmi, pri čemer so nebesedne sposobnosti pomembno višje od besednih.

Gre za pomemben in dolgotrajen primanjkljaj v jezikovnih sposobnostih, ki ovira socialno komunikacijo in vključevanje ter neugodno vpliva na učno napredovanje in izobraževanje.

Otroci z RJM v šolskem obdobju ne dohitijo svojih vrstnikov brez jezikovnih težav; navadno se jim pridružijo tudi težave na področju branja in pisanja (Leonard, 2014). Vztrajanje motnje se pripisuje težavam na področju procesiranja informacij, ki vplivajo na učenje jezika (Tomas in Vissers, 2019).

Pri določeni skupini otrok z RJM simptomi vztrajajo tudi v obdobju adolescence in pozneje v odraslosti, saj pomembno vplivajo na njihovo psihosocialno funkcioniranje in izobraževanje ter lahko ob povišanih socialnih in čustvenih obremenitvah dolgoročno ogrožajo njihovo duševno zdravje. Mladostniki z RJM pogosteje poročajo o težavah v odnosih z vrstniki, čustvenih težavah (socialna anksioznost, depresivnost) in o težavah z regulacijo čustev; nizki samopodobi in hiperaktivnosti so pridružene tudi vedenjske težave. Heterogenost RJM ter resnost in kompleksnost psihosocialnih motenj zadnja desetletja spremljajo številne longitudinalne raziskave (Clegg idr., 2005; Elbro idr., 2011; Johnson idr., 2010).

Pogostost RJM

Ocenjeno je, da RJM zajema 5–10 % populacije (po MKB-10-AM, 2008). V Sloveniji ni znane epidemiološke raziskave, ki bi preučevala pogostost jezikovnih motenj v celotni populaciji. Zavod Republike Slovenije za šolstvo vsako leto ugotavlja število učencev, ki so bili zaradi RJM usmerjeni v izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo. Pogostost zaznanih motenj na področju jezika in govora v celotni populaciji je torej odvisna od vira podatkov (starši, šola ali specializirane službe v zdravstvu) ter se lahko spreminja s kronološko starostjo otrok. V zgodnjem obdobju otrokovega razvoja jo je mogoče zanesljivo prepoznati po četrtem letu starosti. Za RJM je značilen zaostanek v razvoju govora za dve leti v primerjavi s kronološko starostjo otroka. Težave v razvoju govora in šibke sposobnosti jezikovnega izražanja pa so najboljši napovedovalec težav pri branju pri šolskih otrocih, kar je pomemben podatek za zgodnjo korektivno obravnavo.

Kljub številnim znanstvenim raziskavam v zadnjih desetletjih še vedno niso pojasnjeni vzroki RJM. Za specifične učne težave pri branju in RJM je znano, da so to etiološko kompleksne motnje z močno genetsko osnovo. V raziskavah so identificirani različni geni, ki vplivajo na posamezne značilnosti motnje (genetski vpliv je izrazitejši

pri fonoloških primanjkljajih). Razvoj tako kompleksnih motenj je odvisen od vpliva številnih genov v interakciji z vplivi okolja. Znotraj družinskega okolja so za razvoj govorne komunikacije izjemno pomembne jezikovne in čustvene spodbude. Velika heterogenost RJM in ugotovitve raziskav kažejo, da imajo otroci s šibkostmi na področju jezika tudi druge nevropsihološke primanjkljaje: težave na področju delovnega spomina, slušne percepcije in pri vzdrževanju pozornosti. Pri tem raziskave poudarjajo, da se razvojne težave na področju jezika in govora pojavijo, ko sta motena vsaj dva kognitivna procesa (po Thomas in Vissers, 2019).

Podobnosti med RJM in specifičnimi učnimi težavami pri branju

Za težave na področju branja in primanjkljaje na področju izgovarjave so v začetku 21. stoletja začeli uporabljati nov, skupni naziv »primanjkljaji na področju učenja jezika«. Večina otrok, ki izpolni merila za RJM, prav tako zadosti merilom za specifične primanjkljaje na področju branja. Druge skupne značilnosti so še:

1. Zakasnitve v govornem razvoju ali težave pri izgovarjavi v zgodnjem obdobju pred všolanjem.
2. Pomembne težave na področju fonološkega procesiranja in slušne percepcije:
 - šibko fonološko zavedanje, ki vodi v težave pri oblikovanju stabilne sposobnosti črkovanja in vizualne predstave (težave s pismenostjo);
 - nizka raven slušnega razločevanja (težave pri oblikovanju slušne predstave);
 - slabše slušno pomnjenje pomembno vpliva na težave s pismenostjo.

3. Okrnjene semantične sposobnosti, ki pomembno vplivajo na:
- oblikovanje povezav med fonološkimi in vizualnimi, tj. črkovnimi predstavami;
 - neposredno dekodiranje pomena besed in bralno razumevanje sta povezana z besednim delovnim spominom in s težavami s poimenovanjem, kar lahko opazimo pri obeh motnjah, a se kažejo na različne načine.

Razlike med RJM in specifičnimi učnimi težavami pri branju

Značilnosti specifičnih učnih težav pri branju:

- težave z izgovarjavo niso tako resne in vztrajne;
- težave z branjem se pojavljajo predvsem zaradi težav pri fonološkem procesiranju;
- boljše bralno razumevanje in ustrezno razumevanje poslušanih besedil;
- fonološke napake pri poimenovanju.

Dobre sposobnosti jezikovnega razumevanja omogočajo uporabo semantičnih in sintaktičnih veščin za kompenzacijo neučinkovitih sistemov dekodiranja pri branju.

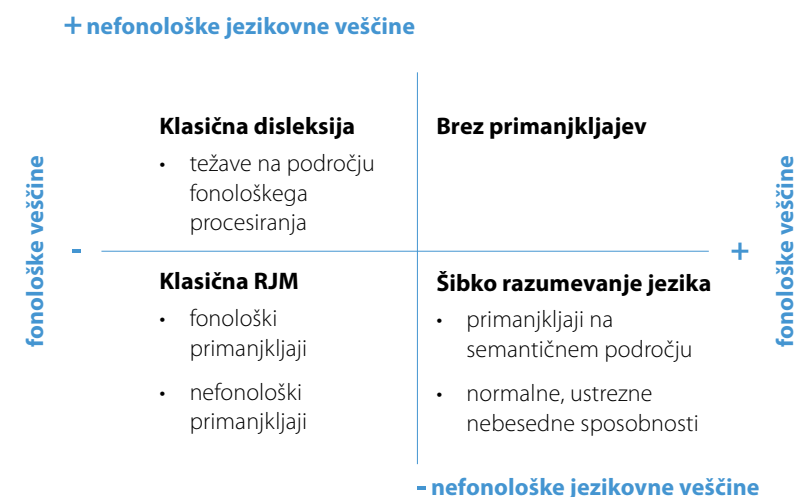
Značilnosti RJM:

- pomembni primanjkljaji na področju razumevanja slišane besednega sporočila/govora;
- pogostejše so težave s pismenostjo, več je posebnosti v razvoju pismenosti, značilno je slabše razumevanje pisnega besedila;
- na razvoj njihove pismenosti in pisnega izražanja pomembno vplivajo težave s semantiko: fonološke veščine so lahko ustrezne, težave imajo z jezikovnimi veščinami in jezikovnim procesiranjem, šibka sta besednjak in semantično znanje, težave se kažejo pri branju manj znanih, manj pogostih besed;

- pri poimenovanju se pojavljajo napake pri vidnih predstavah besed in spominskem priklicu besed;
- imajo ustrezne nebesedne sposobnosti, ustrezne številske predstave in ustrezno hitrost procesiranja informacij;
- najizrazitejše so težave s sintakso – zaradi težav s celostnim razumevanjem besedila težje prepoznajo pomenske poti do konteksta in imajo posledično težave s pisnim izražanjem; ker ni interakcije med fonološkimi, vizualnimi in semantičnimi vzorci, tudi ni možnosti kompenzacije (lahko so sekundarna posledica fonoloških primanjkljajev).

Shema dvodimenzionalnega modela odnosa med disleksijo in RJM diferencira obe motnji na osnovi fonološkega procesiranja (slika 1) (Bishop in Snowling, 2004, str. 859).

Slika 1
Dvodimenzionalni model odnosa med disleksijo in RJM



Bishop, D. V. M., in Snowling, M. J. (2004). Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.6.858>

Prikriti dejavniki, ki lahko vplivajo na razlikovanje med specifičnimi učnimi težavami in RJM, so predvsem: vidna percepcija, hitrost procesiranja in pozornost (po Thomas in Vissers, 2019).

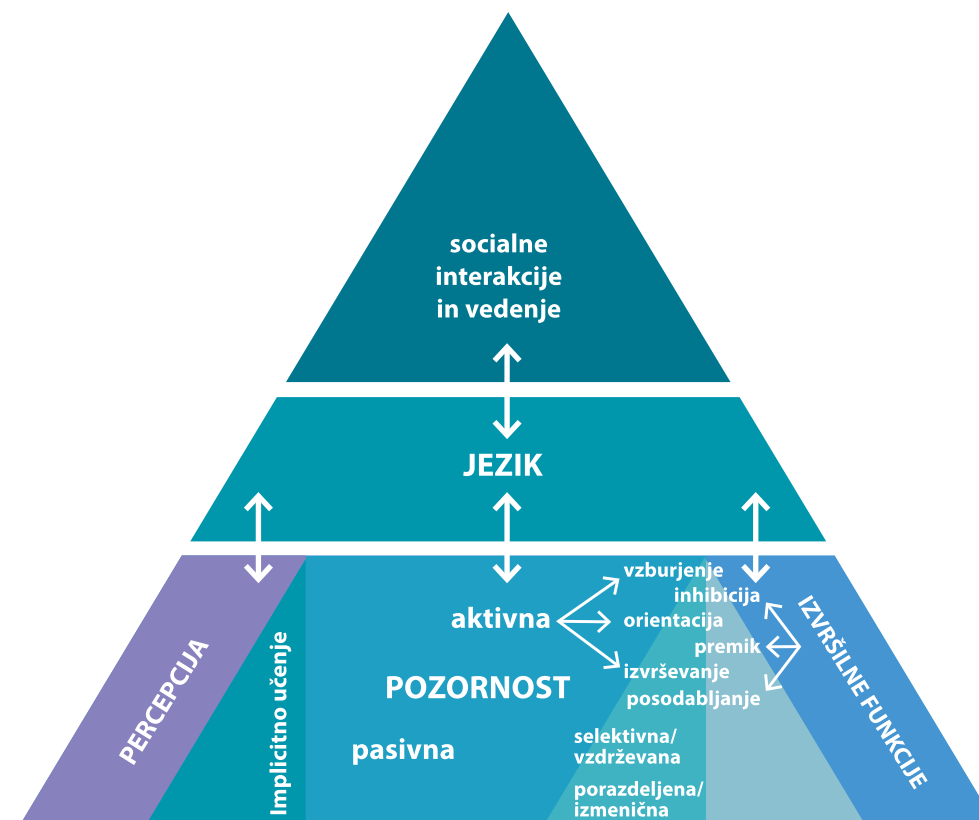
Težave na vedenjskem in socialnem področju povezujejo RJM tudi z motnjo avtističnega spektra (MAS), ki je prav tako razvojno-nevrološka motnja. Pri MAS navadno ne diagnosticiramo RJM. RJM je pogostejša (5–10 %) od MAS (2 %) (po MKB-10-AM, 2008). Mladostniki z RJM v socialni komunikaciji ovirajo skromen besednjak in težave z oblikovanjem misli v sporočila. Besedno komunikacijo lahko mlado- stniki z RJM delno kompenzirajo z dobrimi sposobnostmi razumevanja nebesedne komunikacije (telesne govorice, obrazne mimike). Za MAS so značilni primanjkljaji na področju nebesedne komunikacije, ki ovirajo socialno komunikacijo.

Povezanost nevropsihološkega in psihosocialnega funkcioniranja

Motnja v razvoju jezika in govora je simptom nerazvitih nevropsiholoških funkcij in ne izoliran razvojni primanjkljaj. Pri diagnostiki se je pomembno usmeriti na kognitivne procese, ki so posredniki med nevrobiološko in vedenjsko ravno (Vlassopoulos idr., 2014).

Motnje se pojavljajo sekundarno, zaradi nerazvitosti višjih kognitivnih procesov, ki so bistveni za pridobivanje jezika in njegovo funkcionalnost. Na sliki 2 je predstavljena Nevropsihološka perspektiva kognitivnega in socialnega funkcioniranja – interakcije med percepcijo, pozornostjo in izvršilnimi funkcijami oblikujejo osnovo za jezikovne sposobnosti. V socialni interakciji se nevropsihološki primanjkljaji kažejo prek jezika in vedenja.

Slika 2
Nevropsihološka perspektiva kognitivnega in socialnega funkcioniranja



Tomas, E., in Vissers C. (2019). Behind the Scenes of Developmental Language Disorder: Time to Call Neuropsychology Back on Stage. *Frontiers in Human Neuroscience*. 12, 517. Figure 1, str. 4. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00517>

Že dlje časa je znano, da imajo otroci z resnimi težavami na področju učenja in jezika težave na področju sposobnosti **slušne percepcije**. Različne raziskave (po Thomas in Vissers, 2019) pri otrocih z RJM navajajo težave na področju slušne percepcije, in sicer:

- težave z diskriminacijo in reprodukcijo kratkih tonov;
- težave pri določanju vrstnega reda v hitro spreminjajočih se elementih v sekvencah;

- le nekateri imajo šibko sposobnost časovne orientacije, tisti s šibko časovno orientacijo imajo boljšo sposobnost zaznave frekvenc;
- zmanjšano občutljivost pri percepciji zvočnih kontrastov (npr. menjava p/b);
- primanjkljaj pri zaznavanju kratkotrajnih elementov z različno frekvenco nakazuje težave pri učinkovitem procesiranju hitrega govora, izločanju kratkotrajnih fonoloških elementov in pri oblikovanju stabilne fonološke prezentacije besed;
- na jezikovnem področju so manj občutljivi za poudarke ali nepravilnosti v besedah in stavkih;
- nekateri otroci z RJM imajo primanjkljaj na področju slušnega procesiranja nejezikovnih informacij in njihove težave niso nujno vezane le na jezik.

Pozornost je bistvena za jezikovno učenje, saj služi kot sistem filtriranja ter je tesno povezana z zaznavanjem in izvršilnimi funkcijami. Pozornost je lahko eden izmed osnovnih vzrokov za nastanek in razvoj RJM. Pri otrocih z RJM so oslabljeni (prav tam):

- nezavedni mehanizmi pozornosti, povezani z implicitnim učenjem;
- procesi vzdrževane pozornosti na vizualnem in slušnem področju;
- procesi selektivne pozornosti, ki je manj učinkovita pri slušnih nalogah (besedni in nebesedni dražljaji), ne pa pri vizualnih nalogah.

Raziskave v zadnjem desetletju pri RJM poročajo o primanjkljajih ali zakasnitvah v razvoju posameznih komponent **izvršilnih funkcij**; podobni primanjkljaji izvršilnih funkcij so ugotovljeni pri predšolskih in šolskih otrocih (prav tam):

- pojavljajo se šibkosti na področju inhibicije;
- splošni problemi s procesiranjem motečih dražljajev – večja občutljivost na distrakcije – pogostejše so slušne distrakcije pri nalogah, ne glede na ciljni dražljaj;
- blažje težave s preklapljanjem in posledično slabša kognitivno fleksibilnost;
- primanjkljaji pri posodabljanju delovnega spomina, omejitve pri fonološkem delovnem spominu, primanjkljaji delovnega spomina se širijo tudi na nebesedno področje.

Odprta ostajajo vprašanja heterogenosti jezikovnih sposobnosti v skupini z RJM, interakcije med različnimi modalitetami nevropsiholoških primanjkljajev (slušno – vidno), razumevanja razvojnih poti višjih kognitivnih procesov in odkrivanja kompenzatornih mehanizmov, ki bi lahko preprečevali nevropsihološke šibkosti, ki vodijo v RJM.

Govor, razumevanje jezika, branje in pisno izražanje so kompleksni procesi; njihove šibkosti so lahko odraz različnih kognitivnih primanjkljajev v ozadju. Primanjkljaj na področju jezika v teku dinamičnega razvoja ni povsem neodvisen od drugih kognitivnih področij. Pri nekaterih otrocih z diagnosticirano RJM lahko pride tudi do **upada ravni nebesednih sposobnosti**.

V longitudinalni raziskavi (Botting, 2005) so spremljali odnos med razvojem nebesednih sposobnosti in primanjkljaji na področju jezika. Pri spremljanju so ugotovili upad ravni nebesednih sposobnosti pri nekaterih otrocih z jezikovnim primanjkljajem v starosti od 7 do 14 let, ki lahko obsega tudi 20 izravnanih točk. Upad je bil večji v starostnem obdobju med 8. in 11. letom starosti ter se je nadaljeval v obdobju med 11. in 14. letom. To pomeni, da so določeni nebesedni

kognitivni procesi povezani z razvojem jezika – identificirali so: fonološki oz. besedni kratkoročni spomin ter omejeno hitrost in kapaciteto pri splošnem delovnem spominu. Za klinično prakso je pomembna informacija o možnosti upada nebesednih sposobnosti, potem ko je bila RJM že prepoznana.

V drugi longitudinalni raziskavi (Clegg, Hollis, Mawhood, Rutter, 2005) ugotavljajo podobno – ob stabilno znižanih besednih sposobnostih pride do pomembnega upada nebesednih sposobnosti med srednjim otroštvom in zgodnjimi dvajsetimi (tudi 14 izravnanih točk pri srednjih vrednostih), a je upad začasen in nepojasnen; v odraslosti se nebesedne sposobnosti povrnejo na raven v otroštvu.

Otroci z RJM in visokimi intelektualnimi sposobnostmi v otroštvu lahko v odraslosti bolje funkcionirajo (Clegg idr., 2005); takšnih je v skupini slaba tretjina (Thomas in Vissers, 2019), a so se v obdobju adolescence pojavile učne in druge pridružene težave, zaradi katerih so poiskali strokovno pomoč.

Longitudinalni raziskavi Clegg idr. (2005) ter Elbro idr. (2011) v zaključku poudarjata, da je v adolescenci in obdobju mlajše odraslosti pomembna ustrezna multidisciplinarna strokovna podpora na vseh področjih (Elbro idr., 2011), z upoštevanjem napredovanja na področjih izobraževanja in izboljšanja socialnih kompetenc (Clegg idr., 2005).

Zaradi heterogenosti motnje sta v procesu pomoči pomembna razumevanje in upoštevanje nevrološke raznolikosti ter jezikovnih zmožnosti posameznika z RJM (Hobson idr., 2024).

Med dejavniki, ki pomembno izboljšajo izid v odraslosti, je zgodnja obravnava RJM:

- predšolski otroci s korigiranimi težavami na področju slušnega jezikovnega razumevanja imajo manj težav na področju pismenosti kot otroci s specifičnimi učnimi težavami pri branju; pomembno je vzpostavljanje povezave med fonološkimi in vizualnimi predstavami (Bishop in Snowling, 2004);

- zgodnja obravnava vpliva na zmanjšanje težav v adolescenci (boljša koncentracija, manj težav pri socialnem vključevanju in manj čustvenih težav); v skupini, ki ni bila deležna strokovne pomoči, je bilo več vedenjskih težav, izogibajoča vedenja, šibka koncentracija in slabše učne navade (Vlassopoulos, idr., 2014).

Med multidisciplinarno obravnavo RJM v zgodnjem obdobju je mogoče oceniti ranljivost te skupine za razvoj duševnih motenj v poznejšem obdobju.

Raziskave zgodnjih dejavnikov tveganja za razvoj duševnih motenj v skupini z RJM izpostavljajo naslednje (Fradley idr., 2024):

- visokokonflikten odnos staršev v obdobju do petega leta starosti napoveduje resno tveganje za razvoj internaliziranih (anksioznost in depresivnost) in eksternaliziranih motenj (motnje pozornosti s hiperaktivnostjo, vedenjske težave);
- specifični dejavniki, kot so npr.: izpostavljenost pasivnem kajenju, grobo discipliniranje, razlike v spolu;
- večje število dejavnikov tveganja predstavlja večje tveganje za resne duševne motnje v poznejšem obdobju.

Posledice RJM na čustvenem, vedenjskem in na socialnem področju

Tveganje za razvoj težav na čustvenem, vedenjskem in na socialnem področju se pri otrocih z RJM pojavi že zelo zgodaj in narašča z vstopom v adolescenco. Nejasni ostajajo dejavniki in vzroki, ki vplivajo na razvoj težav z duševnim zdravjem pri mladostnikih z RJM. Veliko mladostnikov z RJM nima ustrezno opredeljene motnje, zato ne dobijo pravočasno ustrezne strokovne pomoči, posledično pa pridobijo negativne čustvene, izobraževalne in socialne izkušnje. Otroke in mladostnike z RJM so spremljali v različnih longitudinalnih študijah (Botting, 2005; Clegg idr., 2005; Elbro idr. 2011; Johnson idr., 2010), ki ugotavljajo precejšnjo heterogenost psihosocialnih posledic;

simptomi se lahko spreminjajo, nihajo ali naraščajo v različnih starostnih obdobjih.

Kognitivne posledice RJM najlažje ocenimo:

- Znižan IQ – v razvoju (pozno otroštvo, adolescenca) se lahko nebesedni IQ zniža zaradi povezanosti z besednim, kar ima dolgoročno neugoden vpliv (Clegg idr., 2005; Botting, 2005).
- Slabše je fonološko procesiranje, delovno in besedno pomnjenje.

Kronične težave na področju šolskih veščin: težave z branjem in bralnim razumevanjem vztrajajo v odraslosti. Resne težave s pismenostjo (Clegg idr., 2005) in slabša pismenost pri 10 letih vplivajo na slabšo šolsko samopodobo pri 16 letih (Lindsay in Dockrell, 2012).

Čustvene motnje in duševno zdravje niso neposredno vzročno povezani z RJM, vendar se je treba zavedati povišanega tveganja, ki ga prinaša RJM. Med mladostniki z RJM je velika variabilnost v doživljanju duševnih stisk. Simptomi čustvenih in vedenjskih težav lahko med razvojem naraščajo ali nihajo. Variabilnost je odvisna tudi od razvojnih težav na vedenjskem, socialnem in na čustvenem področju. Raziskovalci poročajo, da ni povsem jasno, kako so povezane težave na čustvenem in socialnem področju med razvojem – ali razvoj na posameznih področjih poteka vzporedno, ali težave na enem področju spodbujajo težave na drugih področjih, ali so povezave dvo smerne in ali imajo skupne etiološke dejavnike (Conti - Ramsden idr., 2018). Klinična praksa potrjuje različne vzorce razvoja pri posameznikih, zato je najučinkovitejša zgodnja in multidisciplinarna obravnava. Ocenjuje se, da je eksteraliziranih motenj v tej skupini več, do tri četrtine; pogostejše so pri fantih. Visok je tudi delež internaliziranih duševnih motenj, obsega polovico in je pogostejši pri dekletih. Zadnje raziskave kažejo, da so genetski vplivi na internalizirane motnje višji pri mladih z RJM, medtem ko pri eksteraliziranih motnjah genetskega vpliva v tej skupini niso statistično dokazali (Toseeb idr., 2022).

Raziskave v zadnjih desetletjih so usmerjene v iskanje specifičnih podlag in dejavnikov, ki vplivajo na slabše duševno zdravje pri mladostnikih z RJM. Tako se npr. depresivni simptomi ne povezujejo samo z resnostjo jezikovnih težav, ampak so povezani z uporabo manj ustreznih strategij čustvene regulacije.

V skupini z RJM šibka čustvena regulacija v otroštvu izrazito napoveduje čustvene težave in težave v odnosu z vrstniki (Forrest idr., 2020).

Raziskovalci poročajo o neposredni in pomembni povezavi med šibkimi jezikovnimi sposobnostmi v adolescenci in samopodobo v odraslosti (Botting idr., 2016). Nizka samopodoba je dolgoročno povezana s šibkimi psihosocialnimi izidi, z internaliziranimi in eksteraliziranimi duševnimi motnjami ter z učno neuspešnostjo.

Poročajo tudi o kontinuiteti čustvenih težav – tisti, ki imajo čustvene težave pri 7 letih, imajo podobne pri 16 letih (Conti - Ramsden in Botting, 2008). Najprej, v starosti od 8 do 10 let, se kaže povišana hiperaktivnost (46 %), v adolescenci se zniža (za 4 %), poveča pa se čustvena simptomatika za 21 % (Lindsay in Dockrell, 2012).

Razširjenost anksioznih in depresivnih čustvenih motenj v adolescenci in odraslosti je pri osebah z RJM višja kot pri vrstnikih brez te motnje (Botting idr., 2016; Conti - Ramsden in Botting, 2008).

Visoke razširjenosti simptomov depresije v skupini z RJM ni mogoče pojasniti samo z resnimi težavami s komunikacijo. Zaradi težav z uravnavanjem negativnih čustev so lahko otroci z RJM bolj izpostavljeni tveganju za razvoj simptomov depresije (van den Bedem idr., 2018).

Starši otrok z RJM imajo več čustvenih težav, saj tretjina njihovih staršev poroča o svoji depresivnosti ali anksioznosti v otroštvu. Ti starši imajo pogosteje mladostnika z RJM in z depresivnostjo (Lindsay in Dockrell, 2012).

Otroci z zgodaj odkrito RJM imajo pomembno višjo stopnjo anksioznosti, ki se pojavi že v poznem otroštvu in vztraja tudi v zgodnji odraslosti; večinoma gre za diagnozo socialna anksioznost, kar lahko pomembno vpliva na kakovost življenja ljudi z RJM. Zgodnja diagnoza RJM se ne povezuje z resnimi duševnimi motnjami, ki se navadno lahko razvijejo po 20. letu starosti (Beitchman idr., 2001).

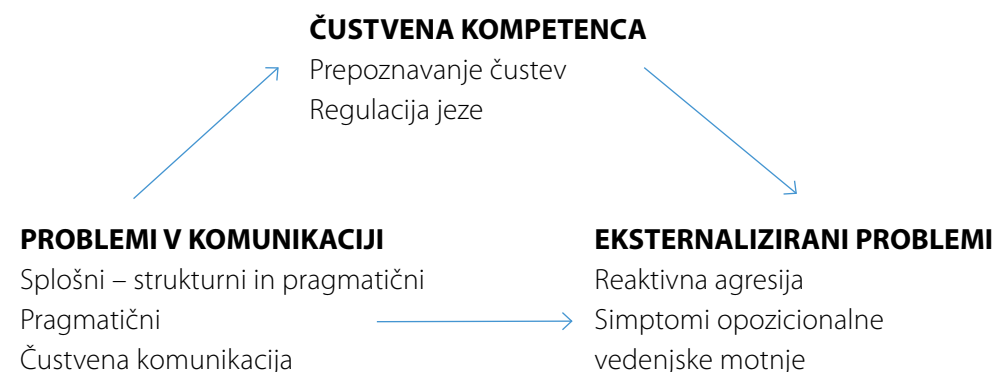
V longitudinalni raziskavi (Clegg idr., 2005) ugotavljajo, da v skupini mladostnikov z RJM ni več čustvenih motenj, ampak shizotipične poteze – imajo izraženo socialno anksioznost in so brez prijateljev.

Pri otrocih z RJM, pri katerih se v starosti 5 let kaže povišana stopnja motnje pozornosti in aktivnosti (ADHD) in anksioznosti, se v starosti 12 let poviša stopnja psihiatričnih diagnoz (Beitchman idr., 2001).

Novejše raziskave (Conti - Ramsden idr., 2018) opozarjajo, da ima povezava razvoja težav na čustvenem področju in področju odnosov z vrstniki v starosti od 7 do 16 let pet različnih smernic. Sočasno pojavljanje čustvenih težav in težav z vrstniki se pojavlja pri polovici mladostnikov. Dejavniki, ki na to povezavo pomembno vplivajo, so: pragmatične jezikovne spretnosti, prosocialna usmerjenost otroka in duševno zdravje staršev.

Longitudinalna raziskava (van den Bedem idr., 2020) razkriva posredno vlogo čustvene kompetence med komunikacijskimi težavami in reaktivnimi vedenjskimi težavami pri otrocih z RJM in brez RJM (slika 3) (po van den Bedem idr., 2020, str. 4). Avtorji poudarjajo, da sekundarnih učinkov jezikovnih težav na čustveno kompetenco ne smemo spregledati. Otroci z RJM imajo več težav s prepoznavanjem in z uravnavanjem svojih čustev in so še posebej ranljivi za reaktivne eksternalizirane težave (sem uvrščajo predvsem opozicionalno motnjo in reaktivno agresijo).

Slika 3
Model mediacijske vloge čustvene kompetence



van den Bedem, N. P., Dockrell, J. E., van Alphen, P. M., de Rooij, M., Samson A. C., Harjunen E. L., in Rieffe, C. (2018). Depressive symptoms and emotion regulation strategies in children with and without developmental language disorder: A longitudinal study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1110–1123.

Večnivojske analize v raziskavi so pokazale, da se z izboljšanjem prepoznavanja čustev in z zmanjšanjem neregulirane jeze longitudinalno povezuje zmanjšanje simptomov opozicionalne motnje v skupini z RJM in brez RJM, medtem ko je bila pri otrocih z RJM neregulirana jeza značilnejša za višjo reaktivno agresijo. Pragmatične jezikovne in čustvene komunikacijske težave so bile bolj povezane z reaktivnimi eksternaliziranimi težavami, vendar so bili ti odnosi posredovani s čustveno kompetentnostjo, kar kaže na težave s čustveno kompetenco, ki pojasnjuje komunikacijske težave otrok z RJM. Iz teh ugotovitev izhaja, da je razen izboljšanja komunikacijskih veščin treba obravnavati tudi čustvene kompetence otrok z RJM, saj se s tem zmanjša tveganje za reaktivne eksternalizirane težave.

Tudi pri otrocih z RJM je izboljšanje čustvene kompetence povezano z nižano ravno reaktivnih eksternaliziranih težav. Pri otrocih, ki so bili sposobni prepoznavati svoja čustva in komunicirati o svojih čustvih, so poročali o nižji stopnji proaktivne agresije, saj za interakcijo z drugimi osebami ves čas uporabljajo jezik. Tovrstne socialne reakcije so ključne za socialno učenje. Ko razvoj čustvene kompetence

zakasni zaradi RJM, ima otrok manj možnosti za pridobivanje pozitivnih izkušenj v socialnih interakcijah in učenje iz teh izkušenj.

Jezikovne sposobnosti vplivajo na razumevanje čustev in njihovega pomena ter na sposobnost regulacije lastnih čustev, kar vpliva na uspešno vključevanje v socialne odnose z vrstniki. Prosocialno vedenje je povezano z večjim čustvenim prilagajanjem, pomembne pa so tudi druge komunikacijske in socialne spretnosti.

Slabša socialna vključenost in prilagojenost ter izpostavljenost nasilju vrstnikov

Odnosi z vrstniki so od otroštva do adolescence najranljivejše področje v skupini z RJM. V starosti 16 let ima vsaj 40 % mladostnikov z RJM težave v socialni interakciji. V obsežni raziskavi razvojnih smeric ugotavljajo, da imajo najmanj težav tisti otroci in mladostniki iz skupine RJM s prosocialnim vedenjem, pragmatičnimi jezikovnimi veščinami in z nižjo ravno čustvenih težav. Večina otrok z RJM, dve tretjini, pa kaže vztrajne težave od otroštva do adolescence (Mok idr., 2014).

Socialno prilagajanje je pomembno povezano z ravno jezika, s pismenostjo in pragmatičnimi jezikovnimi veščinami, ne pa toliko z nebesednimi sposobnostmi.

Mladostniki s šibkimi sposobnostmi jezikovnega razumevanja (kar vključuje pragmatično rabo jezika) poročajo o višji stopnji čustvenih in vedenjskih težav (Conti - Ramsden idr., 2013) v primerjavi z vrstniki brez težav. Jezik pomembno podpira čustveno samoregulacijo in kognitivne socialne kompetence.

Kljub izraženi visoki stopnji prosocialnega vedenja imajo mladostniki z RJM težave pri izražanju svojih potreb in občutenj ter pri razumevanju sporočil drugih, kar predstavlja kronični stres in frustracijo, zato predstavlja visoko tveganje za razvoj čustvenih in vedenjskih težav.

Socialni primanjkljaji so na področju socialnih odnosov izrazitejši in vztrajajo, mladostniki z RJM imajo manj stabilnih socialnih odnosov (Clegg idr., 2005). Šibka povezanost z vrstniki vpliva na depresivno čustvovanje in nizko samopodobo; nizka samopodoba vpliva na povišano anksioznost in znižuje orientacijo k dosežkom. Zato ne presejati visok delež mladostnikov z RJM, ki potrebujejo klinično obravnavo zaradi težav z duševnim zdravjem (Conti - Ramsden idr., 2013).

Ključno vlogo pri vzpostavljanju socialnih odnosov mladostnikov ima socialna kognicija (Conti - Ramsden in Botting, 2008); šibka socialna kognicija je povezana z resnimi jezikovnimi primanjkljaji (Clegg idr., 2005). Primanjkljaj na področju socialne kognicije bi lahko pojasnil naraščajoče težave z vrstniki v obdobju adolescence (Forrest idr., 2023).

Mladostniki z RJM so pogosteje žrtve nasilja, ker jezikovne šibkosti vplivajo na težave pri dogovarjanju, iskanju rešitev za probleme in pri razreševanju konfliktov (Forrest idr., 2023).

Mladostniki z RJM in mladostniki s šibko rabo pragmatičnega jezika imajo v primerjavi z vrstniki pogosteje izkušnjo intenzivnejšega vrstniškega nasilja, ki traja dlje časa. Povezavo med RJM, šibko uporabo pragmatičnega jezika in izkušnjo vrstniškega nasilja podpirajo genetski dejavniki in dejavniki v okolju (Oncioiu idr., 2024).

V starosti od 16 do 17 let ugotavljajo izrazito povišanje težav z vrstniki (54 %) in vedenjskih težav (18 %) (Lindsay in Dockrell, 2012). Naraščajoče so izkušnje vrstniškega nasilja (13 %) na sekundarni ravni izobraževanja (Conti - Ramsden in Botting, 2008).

Veliko je raziskav, ki ugotavljajo povezanost RJM, vrstniškega nasilja z nizko samopodobo (Botting idr., 2016, van den Bedem idr., 2016).

Raziskovalci ugotavljajo, da je znižana samopodoba pogosto povezana s primanjkljaji na področju komunikacije. Povezanost med vrstniškim nasiljem in nizko samopodobo je dvosmerna (tisti z nizko samopodobo so pogosteje žrtve, žrtve nasilja pa imajo pogosto nizko samopodobo).

Vrstniško nasilje pri mladostnikih z RJM poveča tveganje za razvoj resnih psiholoških posledic, predvsem internaliziranih duševnih motenj in tudi suicidalnih misli. Naraščanje vrstniškega nasilja je povezano s povečanim tveganjem za razvoj depresivnosti v starosti 17 let (Wadman idr., 2011, po Kilpatrick, 2019).

Nekateri mladostniki imajo težave z razvojem samostojnosti po 16. letu, kar je posledica zgodnjih jezikovnih primanjkljajev in slabše pisemenosti pa tudi zaskrbljenosti staršev (Conti - Ramsden in Botting, 2008). 58 % jih težje živi samostojno (Clegg idr., 2005).

Komunikacijske veščine, pri katerih so osebe z RJM šibke, so pomembne tudi za uspeh na poklicnem področju (Johnson idr., 2010). Pogosteje (56 %) imajo nizek socialno-ekonomski status in daljša obdobja nezaposlenosti (Clegg idr., 2005; Elbro idr., 2011).

Raziskava o mladostnikih z RJM v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Namen raziskave

Namena raziskave sta bila osvetlitev in evalvacija stanja v logopedski in psihološki ambulanti, v kateri sva avtorici subjektivno opažali naraščanje motnje RJM, predvsem pri mladostnikih. Večinoma ni šlo za izolirano motnjo, ampak kompleksno, ki je vključevala odstopanja na kognitivnem in čustvenem področju.

Metoda

Udeleženci

V klinični vzorec je bilo vključenih 78 mladostnikov v starosti od 11 do 18 let, ki so bili obravnavani v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) pri avtoricah prispevka, in sicer v obdobju od januarja 2012 do julija 2023, torej v obdobju 11 let in 6 mesecev.

Viri podatkov

Izbor anamnestičnih podatkov iz Ambulantnega lista SCOMS je obsegal: kronološko starost posameznega mladostnika med obravnavo, spol, kraj prebivanja, dvojezičnost v družini, socialno-ekonomski status (SES) družine (upoštevana izobrazba očeta), kdo jih je napotil v obravnavo (starši, šola).

Uporaba diagnostičnih ugotovitev (podatki iz individualne obravnave):

1. Psihološka ocena: kvantitativna ocena ravni intelektualnih sposobnosti (posebej besednih in posebej nebesednih), prisotnost diagnoze ADHD, ocena prisotnosti čustvenih motenj.
2. Kliničnologopedska ocena motnje v razvoju jezika (RJM) v različnih stopnjah (lažja/zmerna) in opredelitev posameznih značilnosti jezikovnih primanjkljajev.
3. Specialnopedagoška ocena specifičnih primanjkljajev na posameznih področjih učenja (branje/pisanje/brez specifičnih primanjkljajev).

Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov – individualni pregled anamnestičnih podatkov ter kliničnologopedske, psihološke in specialnopedagoške ocene ter oblikovanje zbirne tabele.

Obdelava podatkov

Sorazmerno majhno število mladostnikov v vzorcu dopušča samo deskriptivno statistiko, ki omogoča oceno pogostosti pojavljanja izbranih značilnosti v vzorcu mladostnikov z RJM.

Rezultati in interpretacija

Zbiranje podatkov je pokazalo nekatere zanimive značilnosti.

1. Povišanje števila obravnav otrok in mladostnikov v SCOMS, pri katerih ugotavljamo RJM. Glede na skupno število vseh prvih obravnav pri psihologinji v tem obdobju ($n = 666$) je bil delež

obravnavanih mladostnikov z RJM 11,7-odstoten. V primerjavi z zbranimi podatki iz Ambulantnega lista v letu 2012 je razvidno, da diagnoza RJM obsega 10 % vseh obravnav v SCOMS, vendar ta delež vključuje tudi otroke, mlajše od 11 let (Slodnjak, 2015, str. 45). Novejših podatki iz Ambulantnega lista 2023 kažejo povišan delež obravnavanih otrok z RJM na 19,9 % (Hudoklin, 2024). Opažanja o povečanem obsegu težav na področju govorno-jezikovne komunikacije pri šolskih otrocih v Sloveniji potrjujejo tudi rezultati raziskave, ki jo je v letu 2018 opravil Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča Ljubljana (Jelenc idr., 2018). Rezultati njihove raziskave so pokazali, da so po mnenju učiteljev in svetovalnih delavcev pri otrocih v starosti od 6 do 12 let težave z govorno-jezikovnim razumevanjem izražene pri dobri petini otrok, ki jih poučujejo učitelji, in pri slabi polovici otrok, ki jih obravnavajo svetovalni delavci.

2. Sorazmerno pozno prepoznavanje RJM

Pogosto so prej opažene težave na področjih branja, pisanja, slabšega sledenja in nemirnosti pri pouku ter vedenjska odstopanja. Povprečna starost ob začetku obravnave otrok z RJM je 11 let in 10 mesecev ter ustreza prehodu na predmetno stopnjo, ko postanejo jezikovne sposobnosti in šolske veščine pogoj za samostojno in učinkovito učenje.

3. Med spoloma ni pomembne razlike v diagnozi RJM; fantje imajo nekoliko višji delež (59 %). Podobno poročajo tudi v tujih raziskavah.
4. Pričakovan in potrjen je nižji SES v obravnavanih družinah; pri očetih prevladuje tri- ali štiriletna poklicna šola (63 %), vendar v vzorcu najdemo tudi očete z višjo in visoko izobrazbo.
5. Večji del obravnavanih v skupini z RJM ima stalno prebivališče v Ljubljani (64 %).
6. Dobra tretjina družin je dvojezična (36 %).

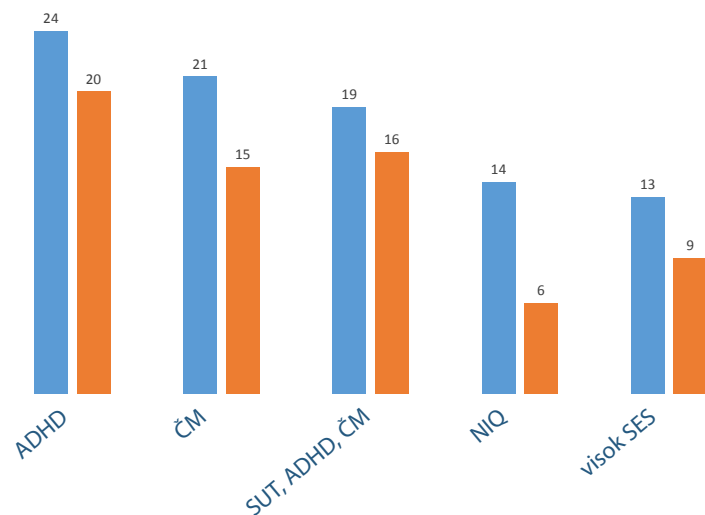
7. Heterogenost znotraj skupine adolescentov z RJM je pomembna značilnost za prepoznavanje motnje in poznejšo obravnavo. Med posamezniki so opažene velike razlike v simptomatiki na področju komunikacije, vedenja in čustvovanja, na ravni besednih in nebesednih sposobnosti (v povprečju so nebesedne sposobnosti višje skoraj za 20 izravnanih točk), organizacije in učinkovitosti. Individualne razlike med mladostniki z RJM so povezane z različnimi pridruženimi nevropsihološkimi motnjami, ki jih pogosto spremljajo čustvene motnje (ČM).
8. Visoka komorbidnost RJM z drugimi nevropsihološkimi motnjami – najpogostejše pridružene motnje so:
 - specifične učne težave (SUT), prevladujejo motnje branja ali pisanja (72 %);
 - motnje aktivnosti in pozornosti (ADHD) se pojavljajo pri več kot polovici (56 %);
 - visoka je tudi stopnja ČM (46 %);
 - pri 30 % mladostnikov z RJM se sočasno pojavljajo ADHD in ČM.

Pri posameznikih z RJM, pri katerih niso bile identificirane specifične učne težave pri branju in pisanju, so močnejše izražene ADHD ter ČM (20 %). Ugotavljamo, da se RJM pri mladostnikih navadno ne pojavlja kot izolirana motnja (razen pri treh vključenih mladostnikih).

9. Šole nekoliko pogosteje napotijo mladostnike v obravnavo (54%) kot starši (46 %).

Če upoštevamo vrsto in kompleksnost težav, so trendi v tem vzorcu nekoliko drugačni (slika 4) in kažejo, da starši pri nekaterih težavah (nadpovprečne nebesedne sposobnosti - NIQ > 120 in ČM), pogosteje sami poiščejo strokovno pomoč.

Slika 4
Napotitev v obravnavo glede na kompleksnost težav

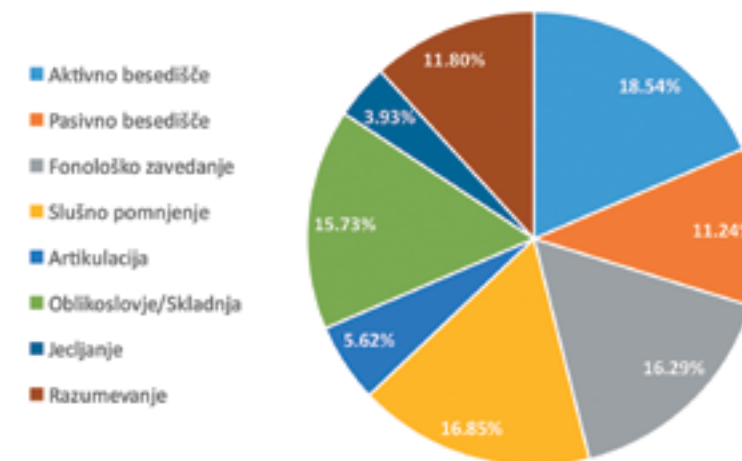


Legenda:

- – starši
- – šola

10. Večina mladostnikov ima lažjo stopnjo RJM, dobra tretjina pa zmerno stopnjo RJM.
11. Delež posameznih odstopanj na jezikovnem področju. Povzemo, da se motnje najpogosteje kažejo v težavah v aktivnem besedišču, slušnem pomnjenju, oblikoslovju in skladnji ter v fonološkem zavedanju. Pri večini mladostnikov z RJM sta šibka tudi razumevanje in pasivno besedišče. Najmanj težav se pojavlja na področju artikulacije in jecljanja (slika 5).

Slika 5
Delež posameznih odstopanj na jezikovnem področju



Zaključek

Opažanja in zgoraj navedene ugotovitve raziskave je mogoče povezati z ugotovitvami iz strokovne literature. Tudi v SCOMS lahko za obdobje 2012–2023 potrdimo velik porast jezikovnih motenj, ki so navadno kompleksne in imajo dolgoročne posledice za psihosocialni razvoj mladostnikov, kar ogroža njihovo duševno zdravje tudi v odrasli dobi. Podobno ugotavljajo tuji strokovnjaki v obsežnih longitudinalnih študijah, v katerih poudarjajo daljnosežen vpliv posledic RJM na izobraževanje, pridobivanje poklica in na socialno vključenost oseb s to motnjo.

Pomembno je zavedanje, da otroci z RJM ne prerastejo svojih težav ter da imajo pozneje (v adolescenci in odraslosti) nizke izobraževalne in socialno-ekonomske dosežke.

Med navedenimi značilnostmi skupine mladostnikov z RJM je kar nekaj značilnosti, ki jih longitudinalne raziskave prištevajo med dejavnike tveganja za slab izid v odraslosti (Elbro idr., 2011):

- pozna napotitev v obravnavo;
- nizka izobrazba, nizek SES družin in družinska zgodovina RJM;
- visoka komorbidnost;
- kombinacija različnih dejavnikov, ki so v medsebojni interakciji in pomembno vplivajo v posameznih starostnih obdobjih: šibke veščine branja in pisanja, nizek SES, vedenjski problemi v otroštvu, duševno zdravje staršev;
- nižja raven nebesednih sposobnosti (Johnson idr., 2010), ki ne omogoča kompenzacije;
- med besednimi značilnostmi: slabši besedni spomin in slabši aktiven besednjak.

Zgoraj naštetih dejavnikov tveganja so potrjeni tudi v našem vzorcu. Za preprečevanje neugodnega razvoja in kompleksnosti težav so pri otrocih z RJM najpomembnejši: njeno zgodnje prepoznavanje in obravnavo ter pozneje kontinuirano spremljanje vseh vidikov njihovega razvoja ob ustrezni strokovni podpori ves čas šolanja.

Literatura

Beitchman J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M., in Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75–82.

Bishop, D. V. M. (2017). Why is so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(6), 671–680.

Bishop, D. V. M., in Snowling, M. J. (2004). Developmental Dyslexia and Specific Language

Impairment: Same or Different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.6.858>

Botting, N. (2005). Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 317–326.

Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., in Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – a follow up in later adult life. Cognitive, language in psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 128–149.

Conti - Ramsden, G., in Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(6), 516–525.

Conti - Ramsden, G., Mok, P. L. H., Durkin, K., Pickles, A., Toseeb, U., Botting, N. (2019). Do emotional difficulties and peer problems occur together from childhood to adolescence? The case of children with a history of developmental language disorder (DLD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(7), 993–1004. DOI:10.1007/s00787-018-1261-6

Conti - Ramsden, G., Mok P. L. H., Pickles A., in Durkin K. (2013). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4161–4169.

Elbro, C., Dalby, M., in Maarbjerg, S. (2011). Language-learning impairments: A 30-year follow-up of language-impaired children with and without psychiatric, neurological and cognitive difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(4), 437–448.

Forrest, C. L., Gibson, J. L., Halligan, S. L., in St. Claire, M. C. (2020). A cross-lagged analysis of emotional regulation, peer problems and emotional problems in children with and without early language difficulties. Evidence from millennium cohort study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 63, 1227–1239.

Forrest, C. L., Lloyd - Esenkaya, V., Gibson, J. L., in St. Claire, M. C. (2023). Social cognition in adolescents with developmental language disorder (DLD): Evidence from the social attribution task. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 4243–4257.

Fradley, K., Oldfield, J., Marshall, J., in Toseeb, U. (2024). Early life risk factors for adolescent mental health difficulties for individuals at risk of developmental language disorder. *Journal of Research in Special Education Needs*, 24, 713–728.

Hobson, H. M., Toseeb, U., in Gibson, J. L. (2024). Developmental language disorder and neurodiversity: Surfacing contradictions,

tensions and unanswered questions. *International Journal of Language & Communication*, 59(4), 1505–1516. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.13009>

Hudoklin, M. (2024). *Predstavitve rezultatov ambulantnega lista [Presentations of outpatient questionnaire]*. Prispevek je bil predstavljen v okviru predavanja v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, 29. 8. 2024. Interno gradivo.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 11 (2024). WHO. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#862918022>

Jelenc, N., Bitenc, Č., in Marot, V. (2018). Težave na področju govorno-jezikovne komunikacije pri šolskih otrocih ter uporaba spletnih mobilnih orodij [Difficulties in the field of speech, language and communication in school children and use of online and mobile tools]. *Rehabilitacija*, 17(2), 35–43. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, Ljubljana.

Johnson, C. J., Beitchman, J. H., in Brownlie, E. B. (2010). Twenty year follow up of children with and without speech/language impairments: Family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(1), 51–65.

Kilpatrick, T., Leitão, S., in Boyes, M. (2019). Mental health in adolescents with a history of developmental language disorder: The moderating effect of bullying victimisation. *Autism & Developmental Language Impairments*, 4, Article 2396941519893313. <https://doi.org/10.1177/2396941519893313>

Leonard, I. B. (2014). Specific Language Impairment Across Languages. *Child Development Perspectives*, 8, 1–5.

Lindsay, G., in Dockrell, J. E. (2012). Language and Communication Disorders in Adolescents. Longitudinal Patterns of Behavioral, Emotional, and Social Difficulties and Self-Concepts in Adolescents With a History of Specific Language Impairment. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 43(4), 445–460. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012\)11-006](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012)11-006)

Mok, P. L. H., Pickles, A., Durkin, K., in Conti - Ramsden, G. (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 516–27.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM), Avstralska modifikacija, različica 6, [International Classification of Diseases, ICD-10-AM, Australian Modification], NIJZ (2008). https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v04_splet-04112020.pdf

Oncioiu, S. I., Nation, K., Lim K. X., Pingault, J. B., in Bowes, L. (2024). Concurrent and longitudinal associations of development language disorder with peer victimization in adolescence: Evidence from co-twin study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(10), 1283–1298.

Slodnjak, V. (2015) Svetovalni center za otroke mladostnike in starše [The Counseling Centre for Children, Adolescents and Parents Ljubljana]. V Z. Pavlovič (ur), *60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju [60 Years of Support in Upbringing, Learning, and Growing Up: Proceedings of the Professional Symposium on the 60th Anniversary of the Counselling Centre]* (str. 24–50). Zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Tomas, E., in Vissers C. (2019). Behind the Scenes of Developmental Language Disorder: Time to Call Neuropsychology Back on Stage. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 517. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00517>

Toseeb, U., Oginni, O. A., Asbury, K., in Dale P. S. (2022). Developmental language disorder and psychopathology: Disentangling Shared Genetic and Environmental Influences. *Journal of Learning Disabilities*, 55(3), 185–199.

van den Bedem, N. P., Dockrell, J. E., van Alphen, S. V., in Rieffe, C. (2020). Emotional Competence Mediates the Relationship between Communication Problems and Reactive Externalizing Problems in Children with and without Developmental Language Disorder: A Longitudinal Study. *Journal of Environmental. Research and Public Health*, 17(16): 6008. DOI:10.3390/ijerph17166008

van den Bedem, N. P., Dockrell, J. E., van Alphen, P. M., de Rooij, M., Samson A. C., Harjunen E. L., in Rieffe, C. (2018). Depressive symptoms and emotion regulation strategies in children with and without developmental language disorder: A longitudinal study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1110–1123.

Vlassopoulos, M., Petrarki, E., Rotsika, V., Tsipra, I., Legaki, L., Richardson, C., Anagnostopoulos D. C., in Lazaratou, H. (2014). A Follow-Up Study of Treated and Untreated Greek Adolescents with a History of Specific Developmental Language Disorder. *International Journal of Speech & Language Pathology and Audiology*, 2, 1–10.

Kako prepoznati in zmanjševati matematično anksioznost

Dr. Marko Kalan, prof. def.

Povzetek

Matematične spretnosti postajajo v našem digitaliziranem svetu izjemno pomembne. Skupaj s z odnosom in s prepričanji posameznika v povezavi z matematiko imajo velik vpliv na matematično uspešnost, poklicne zmožnosti in na ustrezen življenjski standard človeka. Matematična anksioznost lahko povzroča neuspešnost in statičen način razmišljanja, zato je postala v zadnjih desetletjih pomembna tema raziskovanja. Predstavlja negativni odziv in odnos do matematike v različnih matematičnih situacijah, tudi občutek pritiska in strahu, ki se pojavi pri delu s števili in reševanju matematičnih problemov pri šolanju pa tudi v vsakdanjem življenju. Vsi posamezniki s slabim učnim uspehom pa ne razvijejo matematične anksioznosti in tudi posamezniki z izrazito matematično anksioznostjo nimajo slabših dosežkov. Matematična anksioznost je odvisna od fizioloških, psiholoških, čustvenih, vedenjskih in od okoljskih faktorjev, kljub temu pa jo je mogoče meriti na zanesljiv in veljaven način. Namena samoocenjevalnih orodij, ki podpirajo tudi testne matematične dosežke, sta identifikacija učencev z matematično anksioznostjo in ustrezna podpora. Zaradi večfaktorske sestave matematične anksioznosti so intervence različne, njihov namen pa je pri učencu

razviti večjo samozavedanje in rezilientnost pri učenju matematike. Pri tem je lahko v veliko pomoč model učenja, rasti in anksioznosti.

Ključne besede: matematična anksioznost, učne težave pri matematiki, samoregulacija, čustva, model učenja, rasti in anksioznosti

Abstract

Math skills are indispensable for living in our digitalized world. Early math skills, attitudes and beliefs about math exert considerable influences on later math performance and lifelong wellbeing. From this reason mathematic anxiety becomes a topic of high interest in recent decades. It is defined as a negative reaction to math and to all mathematical situations, a feeling of tension and anxiety that interferes with the manipulation of numbers and the solving of mathematical problems in a wide variety of ordinary life and academic situations. Math anxiety is related to a wide range of psychophysiological, emotional, behavioral and environmental factors. In this regard, math anxiety is measurable in a reliable and valid way. There are several self-report tools available to support such testing and math achievement. Because of multifaceted phenomenon of math anxiety, consisting of a combination of factors, the goal of support is to develop self-awareness and mathematical resilience. In the middle is The Growth Zone Model.

Keywords: math anxiety, math learning disability, self-regulation, emotion, the Growth Zone Model

Uvod

Matematične spretnosti so izjemno pomembne za izbiro poklica, obvladovanje vsakodnevnih zahtev (npr. kuhanje, urejanje denarnih zadev, nakupovanje (Mazzoco, 2008; National Mathematics Advisory Panel, 2008; Sousa idr., 2017) in za globalno ekonomijo, zato so pričakovana do razvoja, poučevanja in do uporabe matematičnih spretnosti vedno pomembnejša (Fisher idr., 2012; Jordan idr., 2009, v Cheung idr., 2025; Doabler idr., 2025). Kompleksnost matematike kot učnega predmeta – od aritmetike, algebre, geometrije, verjetnosti do statistike (Benavides - Varela, 2021) – je nekaterim učencem težko razumeti (Dowker, 2005) in težave pri matematiki imajo lahko zanje zelo resne posledice, tj. od slabšega učnega uspeha in ocen do negativnega odnosa in občutkov, ki jih doživljajo pri matematiki (Mammarella idr., 2019). Strah pred matematiko je pogost negativen občutek (Dowker, 2019). Anksioznost je sicer običajen odziv na dogodke v življenju in tudi motivator za spremembe v življenju (Peters Mayer, 2008), če to posameznika ovira pri funkcioniranju oz. napredovanju, pa govorimo o motnji. PISA (2022) govori o specifičnem občutku zaskrbljenosti 15-letnikov, ko so soočeni z nalogami ali matematičnim testom (Šterman Ivančič idr., 2023). Učenci in učenke poročajo o precej višji zaskrbljenosti, povezani z matematiko, kot njihovi vrstniki (povprečna vrednost indeksa je 0,20, v državah članicah OECD 0,00, in precej višja, kot je bila leta 2012). Kar 62 % jih skrbi težavnost matematike, 64 % pa jih skrbi, da bodo imeli pri tem predmetu slabe ocene. 42 % jih poroča o občutku živčnosti pri reševanju matematičnih nalog (Šterman Ivančič idr., 2023). Otroci z nevrorazvojnimi motnjami (specifične učne težave, hiperkinetična motnja, motnja avtističnega spektra ...) so lahko učno neuspešni, socialno izolirani in stigmatizirani ter rizični za razvoj anksioznosti in depresije (Eyre idr., 2019; Peters Mayer, 2008).

Matematična anksioznost

Anksioznost je emocionalno stanje, ki se pri posamezniku pojavi ob določeni nevarnosti, ki ogroža obstoj, rutino, navade (Johnson - Laird in Oatley, 1989, v Avancini in Szűcs, 2019) in se razlikuje od strahu. Strah je točno določen, specifičen in zunanji odziv na nevarnost, anksioznost pa je nespecifičen, nejasen, nedoločen fenomen, ki neposredno ne izkazuje nevarnosti za naše telo ali nas. Vsakega človeka je včasih strah, nenehna izpostavljenost strahovom in stresu pa lahko vodi v anksioznost. Matematiko kot predmet, ki mu takoj za slovenščino pripada največ ur pouka, imajo nekateri otroci zelo radi in so nad njo navdušeni, spet drugi pa je ne marajo, imajo do nje negativen odnos, ker jim povzroča občutja nelagodja, strahu in anksioznosti (Dowker, 2019). Učenci ne postanejo samo nervozni, ko dobijo matematično nalogo, ampak spremenijo tudi odnos do predmeta matematike, se ga izogibajo, s tem pa izgubljajo uspeh, karierne priložnosti in zaslužek (Hembree, 1990; Chipman idr., 1992, v Beilock in Maloney, 2015).

Definicij matematične anksioznosti (MA) je veliko. Dreger in Aiken (1957, v Kirkland in Hunt, 2025) sta jo najprej poimenovala kot »anksioznost pred števili«. Tobias in Weissbrod (1980), pionirja raziskovanja MA v Ameriki, uporabita zanjo poimenovanja: panika, nemoč, ohromelost in mentalna dezorganizacija. Pogosto uporabljena je definicija MA Richardsona in Suinna iz leta 1972 (Kirkland in Hunt, 2025, str. 10): »MA obsega občutek izrazite tenzije, strahu, ki ga občutijo ljudje ob soočenju s števili in pri reševanju matematičnih problemov v vsakdanjem življenju in pri šolanju oziroma v akademskem okolju«.

Ameriško psihološko združenje (APA) opisuje MA kot izraz zaskrbljenosti in neprijetnega občutka tesnobe ob reševanju aritmetičnih in drugih matematičnih nalog.

Vse definicije MA vključujejo napetost, ki posameznika mentalno, fizično in čustveno obremeni (Kirkland in Hunt, 2025).

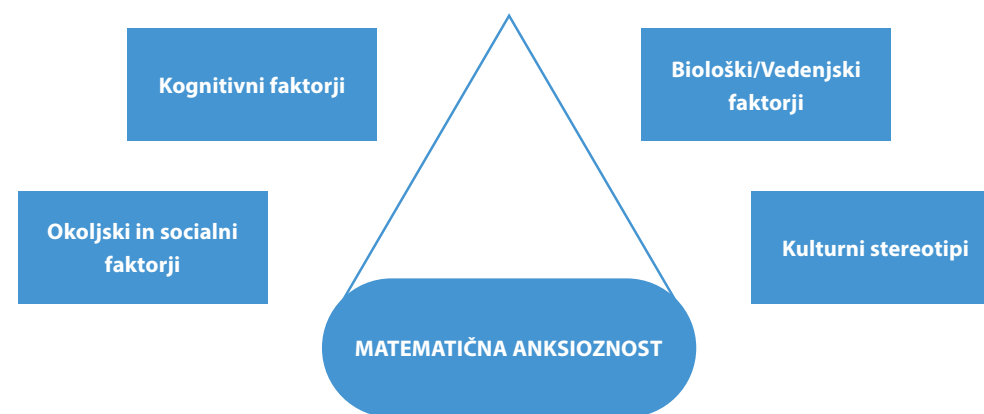
Mednarodne klasifikacije (ICD-11, DSM-5) ne vključujejo MA kot samostojne entitete. Ameriško psihiatrično združenje (APA) v DSM-5, v poglavju Specifične fobije, navaja diagnostična merila, ki so podobna MA: nerazumljiv, poudarjen, obsežen strah, takojšen odgovor nanj, izogibanje ali izredna stiska pri doživljanju anksiozne situacije ter odsotnost drugih motenj.

Nekateri raziskovalci izpostavljajo mednarodne raziskave, npr. Pisa, v katerih je prevalenca MA okoli 30-odstotna (Cipora idr., 2019). 36 % ljudi, starih od 15 do 24 let v Veliki Britaniji, občuti strah pred matematiko. Eden izmed petih staršev ima aritmofobijo (strah pred števili). Ženske dvakrat pogosteje doživljajo strah pred števili in matematičnimi nalogami. Eden izmed štirih staršev ne zmore učiti svojega otroka osnovnih računskih operacij seštevanja in odštevanja, ne da bi pri tem uporabil preprosto računalno za računanje ali preverjanje rezultata (A Guide to Tackling Maths Anxiety, 2025). V Združenih državah Amerike približno 25 % dijakov srednjih strokovnih šol in do 80 % študentov izkazuje zmerno do visoko stopnjo MA (Beilock in Willingham, v Beilock in Maloney, 2015; Hunt in Maloney, 2022). Podatki OECD (Hunt in Maloney, 2022) kažejo, da je 59 % učenecem matematika težka, v študiji odraslih ($N = 1000$) pa se je MA gibala na kontinuumu od nekaj MA do zmerne MA (prav tam).

Zgradba MA

Beilock in Maloney (2015) MA razumeta kot kombinacijo kognitivnih predispozicij in izpostavljenosti matematiki, Caiola idr. (2019) prav tako vidi MA kot večdimenzionalni konstrukt različnih odzivov: emocionalnih (negativne misli in občutki), kognitivnih (misli vsiljivke), fizioloških (stres, vznemirjenje, telesni odzivi) in vedenjskih (izogibanje vsebinam, ki zahtevajo matematične spretnosti ...). Kirkland in Hunt (2025) navajata, da k nastanku MA prispevajo: rezultati testov in ocene, delovni spomin, način razmišljanja, samozaupanje, motivacija in izogibalni način vedenja. Mitchel (2018, str. 29) MA vidi kot kompleksen fenomen medsebojnega vplivanja kognitivnih, bioloških/vedenjskih dejavnikov, kulturnih stereotipov in okoljskih/socijalnih dejavnikov (slika 1).

Slika 1
MA kot multifaktorski fenomen



Mitchell, K. M. (2018). *Best practices to reduce math anxiety*. Teze in disertacija. <https://digitalcommons.pepperdine.edu/etd/1013>.

Kognitivni faktorji

MA ni sinonim za nižje sposobnosti, kar ne pomeni, da imajo ljudje, ki imajo slabše kognitivne sposobnosti, več MA (Ashcrat in Kirk, 2001; Hembree, 1990, v Beilock in Maloney, 2015). Obstajajo pa negativne povezave med MA in dosežki (Hembree, 1990; Ma in Kishor, 1997, v Dowker, 2019). Aschraft in Faust (1994, v Passolunghi idr., 2019) sta ugotovila, da izrazita MA ne vpliva negativno na reševanje preprostih matematičnih nalog (npr. seštevanje enomestnih števil), ampak na reševanje kompleksnih, nerutinskih nalog (npr. seštevanje dvomestnih števil s prehodom, $46 + 25$). Navajata, da ima na splošno centralna izvršilna komponenta delovnega spomina, ki nadzira delovanje oziroma procesiranje, zelo pomembno vlogo in je tudi ob veliki MA najbolj ovirani del delovnega spomina.

Tako oslavljen delovni spomin generira MA (Kirkland in Hunt, 2025; NMAP, 2008), hkrati pa velika obremenitev delovnega spomina

vodi tudi do pogostejših napak, zlasti če gre za kompleksne račune in druge naloge (Mammarella idr., 2019).

MA vodi tudi k stalni mentalni ruminaciji in miselnim preokupacijam, kar ponovno bremeni delovni spomin (Dowker, 2019).

Izjemno pomembne so tudi specialne sposobnosti, ki spreminjajo simbolne informacije ter odkrivajo prostorske relacije med predmeti in v prostoru (Mitchel, 2018).

Biološki/Vedenjski faktorji

Med vedenjske faktorje prištevamo izogibanje matematiki, ki je ključni pokazatelj prisotnosti MA (Kirkland in Hunt, 2025). Ker je matematika povsod okrog nas in ker je tudi najboljši napovedovalec poznejšega uspeha v šoli (Claessens idr. 2009, v Nelson in Powell, 2018), se učenju matematike ne moremo izogniti. Raziskave kažejo, da je izogibanje matematiki največje ravno pri anksioznih učencih (Ashcraft, 2002).

Okoljski/socialni faktorji

Pogosto na pojav MA vplivajo: poučevanje, npr. avtoritarni učitelj in ravnatelj, izpostavljanje (npr. računanje pred razredom ali reševanje naloge na tabli) in omejen čas reševanja matematičnih nalog (Passolunghi idr., 2019). Na matematične zmožnosti otroka vplivajo tudi prepričanja in odnos staršev, ne samo učiteljev (prav tam). Maloney, idr. (2015, v Passolunghi, 2019) ugotavljajo negativno korelirajo med MA staršev in otrokovim učenjem matematike. Taki starši imajo velik negativni odnos do matematike, kar vodi do transgeneracijske travme (Hembree, 1990, v Passolunghi, 2019). Zato je za preprečevanje MA pri učencih potrebno delo z učitelji in s starši, predvsem spreminjanje negativnih načinov interakcije pri matematiki in graditev učenčevega ustreznjšega odnosa do predmeta (Ramirez idr., 2013).

Kulturni stereotipi

Poznani so miti, da so fantje in moški boljši v matematiki (Casad idr., 2015, Jameson, 2014, v Mitchell, 2018) ter da imajo dekleta in ženske več MA (Beth, 1978; Hopko idr., 2003; Wigfield in Meece, 1988, v Ashcraft, 2019). Mogoče pa je, da imajo dekleta in ženske več MA zaradi ponotranjanja stereotipa, da je matematika domena moških (Ashcraft, 2019; Gutbezahl, 1995; Halpern idr., 2007, v Mitchell). Obstajajo razlike med narodi v matematičnih dosežkih, saj učenci azijskih držav dosegajo veliko boljše rezultate v matematiki kot evropski in ameriški učenci (Mullis idr., 2016, v Dowker, 2019), kar je vezano tudi na MA. Učenci v državah z dobrimi matematičnimi rezultati imajo pozitivnejši odnos do matematike, se veliko in kakovostno učijo, hkrati pa imajo lahko več MA, ker uspešne države pogosto povezujejo oceno matematike s splošnim uspehom, kar poveča pritisk na otroke in povzroča strah pred napakami. Tako učenci v azijskih visokotehnološko razvitih državah, kot sta Koreja in Japonska, doživljajo tudi več anksioznosti, medtem ko učenci v uspešnih zahodno-evropskih državah, kot so npr. Finska, Nizozemska, Lichtenstein in Švica, doživljajo manj MA (Askew idr., 2010; Dulaney idr., 2017; Lee, 2009, v Dowker, 2019).

Veliko avtorjev v multifaktorskem modelu MA vključuje tudi čustvene dimenzije MA, kamor sodijo: zaupanje, odnos in čustva, ki nastajajo pri učenju in izkazovanju matematičnega znanja, zlasti strah, nervoznost, napetost (Lee in Johnston - Wilder, 2018).

Učenci, ki so prepričani, da so slabi matematiki, so anksioznejši (Mammarella idr., 2019). V primerjavi z učenci, ki imajo pozitivno stališče do matematike, manj vadijo, njihovo znanje je šibko, učni uspeh je nižji.

Pomemben je tudi odnos. Učenec z negativnim odnosom se bo matematiki izogibal, ne bo vztrajal in ne bo delal domačih nalog (Kirkland in Hunt, 2025).

Slabo samozaupanje v lastne kapacitete je pogosto in povezano z binarno percepcijo: če je rezultat pravilen, se učenec doživlja dobroga v matematiki in nasprotno (Kirkland in Hunt, 2025).

Hembre (1990, v Kirkland in Hunt, 2025) ugotavljajo, da so učenci z MA manj motivirani za učenje matematike, $r = -0,64$, saj pasivno poslušajo (ležanje na mizi, podpiranje glave, zehanje), naloge počasi rešujejo in se izogibajo matematiki. Pride do začaranega kroga, saj slabo znanje, nizko samozaupanje in nizka motivacija lahko povzročijo negativni odnos do matematike.

Posledice MA

MA pogosto vodi v izogibanje delu s števili, učenec se ne čuti sposobnega učenja matematike, pojavita se občutka krivde in sramu, zato ima manj raznolike možnosti izbire poklice in zaposlitve (Ma, 1999, v Young idr., 2012; Petronzi idr., 2019).

MA ni vedno lahko prepoznati, ne konča se s koncem izobraževanja, človeka spremlja in ovira tudi v odraslosti (Johnston - Wilder, 2025). Škoduje zdravju, vodi v bolezni, ker se izkazuje na fizični in mentalni ravni (Peters Mayer, 2008). Ashcraft in Faust (1994, v Dowker, 2019) ugotavljata, da posamezniki z izraženo MA rešujejo matematične naloge hitreje, z več napakami, kot manj anksiozni. MA je pomembno negativno povezana s preteklimi matematičnimi izkušnjami, z matematično rezilientnostjo in odnosom do matematike (Hunt in Maloney, 2022).

Ocenjevanje MA

Ocenjevanje MA vključuje: fiziološke meritve, merjenje možganske aktivnosti, izpolnjevanje samoocenjevalnih preglednic oziroma vprašalnikov, opazovanje in intervjuje (Kirkland in Hunt, 2025). Matematično anksiozna oseba se namreč lahko odzove s telesnimi,

fiziološkimi znaki, kot so npr.: povečan srčni utrip, povečana telesna toplota, sproščanje stresnega hormona kortizola, spremenjen vzorec dihanja, hitro premikanje oči in širjenje (dilatacija) zenice, povečano znojenje ter povišan galvanski kožni odziv (Avancini in Szűcs, 2019; Kirkland in Hunt, 2025). Aktivira se avtonomni živčni sistem, odgovoren za kardiovaskularni in visceralni sistem (Avancini in Szűcs, 2019). Podobni znaki se kažejo pri generalizirani obliki in drugih oblikah anksioznosti, vendar pa je merjenje fizioloških odzivov v razredu gotovo neprimerno. Lahko pa učitelj z opazovanjem otroka prepozna znake MA: strah in rdečica na obrazu, brisanje znojnega čela (prav tam).

Magnetna resonanca (fMRI) omogoča merjenje možganske aktivnosti v predelih možganov, ki se aktivirajo ob določeni kognitivni dejavnosti (Avancini in Szűcs, 2019). Ob stresu prefrontalni korteks, ki je odgovoren za sprejemanje odločitev, pozornost, osebnost in za socialno vedenje (prav tam), deluje drugače. Prav tako je amigdala v limbičnem sistemu, odgovorna za varovanje človeka po modelu »fight or flight«, močno povezana z matematično anksioznostjo (Kirkland in Hunt, 2025). Tudi z elektroencefalografijo oziroma EEG (Avancini in Szűcs, 2019) lahko izmerimo električno aktivnost ob dražljaju, ki je v tem primeru matematična naloga. Prikaže področja možganov, ki so aktivni med MA (Kirkland in Hunt, 2025).

Prikazani načini so uporabni v klinični in ne šolski praksi. Kako lahko učitelj, svetovalni delavec prepozna in izmeri MA?

MA lahko ocenjujemo tudi s samoocenjevalnimi vprašalniki oziroma lestvicami, ki opisujejo vsakodnevne življenjske situacije, povezane z matematiko (Avancini in Szűcs, 2019), in ki so uporabni v razredu pa tudi v individualni situaciji. Gre za kvantitativno metodo merjenja MA, kjer osebe obkrožijo odgovore v obliki števil na ordinalni lestvici (Kirkland in Hunt, 2025). Zelo uporabna za merjenje MA v šoli danes je AMAS (*Abbreviated Math Anxiety Rating Scale*, Feifer, 2017, str. 84, slika 2) z devetimi trditvami (Hopko idr., 2003, v Cipora, 2019). Učenec na Likertovi lestvici označi trditve od 1 (nizka MA) do 5 (visoka

MA). Lestvica ima dobre merske karakteristike (Hopko idr., 2003, v Cipora idr., 2019). Primerna je za učence v starostni skupini od 8 do 13 let (Carec idr., 2012, v Cipora idr., 2019).

Slika 2
Abbreviated Math Anxiety Rating Scale (Lestvica matematične anksioznosti, krajša verzija)

Trditev	Obkroži				
	1 – ni izrazita MA	2	3	4	5 – izrazita MA
1. Uporabljam preglednice na koncu matematičnega učbenika.	1	2	3	4	5
2. Že dan prej razmišljam o matematičnem testu.	1	2	3	4	5
3. Spremljam učitelja, ki na tablo rešuje težko enačbo.	1	2	3	4	5
4. Pišem matematični test.	1	2	3	4	5
5. Do jutri moram rešiti veliko težkih matematičnih nalog.	1	2	3	4	5
6. Poslušam razlago pri matematiki.	1	2	3	4	5
7. Poslušam sošolca, ki razlaga matematično nalogo.	1	2	3	4	5
8. Rešujem mini test pri matematiki.	1	2	3	4	5
9. Dobim novo snov pri matematiki.	1	2	3	4	5

Feifer, S. G. (2017). *The Neuropsychology of Mathematics: An Introduction to the FAM*. School Neuropsych Press, LLC.

V procesu prepoznavanja in ocenjevanja MA poleg kvantitativnih pristopov uporabljamo tudi nekatere kvalitativne, kot so: opazovanje v razredu, opazovanje v individualni situaciji in pogovor. Opazovanje učenca daje informacije o vedenju, vedenjskih vzorcih, ki se jih učenec ne zaveda; lahko gre le za zelo majhne spremembe vedenja, npr. telesni drobni nemir, izogibanje očesnemu stiku. Skozi pogovor zaznamo, kako učenec doživlja različne situacije pri matematiki, zlasti pri ocenjevanju.

Odpravljanje oziroma zmanjševanje MA – model učenja, rasti in anksioznosti

Šola kot prostor učenja je tudi prostor vsestranskega razvoja učenca, zato bi moral biti učenec sprejet s svojimi močnimi in šibkimi področji. Strokovni delavci šole so tisti, ki prepoznajo učenca s težavami in iščejo zanj vire pomoči. Zato je pomembno, da ima učenec z MA v šoli in doma ustrezno okolje in podporo. Raziskave kažejo, da starševska in učiteljeva prepričanja ter odnos vplivajo na učenčev napredek in uspeh (Park idr., 2016; Gunderson idr., 2018; Schaeffer idr., 2018, v Herts idr., 2019). Biti izločen ali stigmatiziran v razredu je za učenca stresno (Tomasetto, 2019). Zaradi multifaktorske zgradbe MA je težko upoštevati vse vidike pri oblikovanju načrta pomoči, vendar pa mora pomoč vsebovati čim več implikacij za vsakodnevno življenje učenca in pozneje odraslega (Mammarella idr., 2019). Hembree (1990, v Mammarella idr., 2019) meni, da so spremembe v urniku, relaksacijske terapije in skupinski pogovori neučinkoviti; kognitivno-vedenjski pristopi so tisti, ki najučinkoviteje zmanjšujejo MA in generalizirano anksioznost. Poznejše študije so dokazovale učinkovitost tudi drugih pomoči. Kirkland in Hunt (2025) navajata, da se mora upoštevati vse učenčeve izkušnje z učenjem matematike, spreminjati učenčevo miselno naravnost in doživljanje (angl. *mindset*), čustva ter vedenje. Izogibati se je treba izločenosti ali stigmatizaciji učenca (Tomasetto, 2019).

Vsak učenec MA doživlja na svoj način, splošnih nasvetov pomoči ni (Kirkland in Hunt, 2025). Zato Sheffield in Hunt (2007, v Kirkland in Hunt, 2025) poudarjata, da morajo biti **načini pomoči personalizirani in osredinjeni na hitra orodja pomoči**, tj. od redukcije matematičnih snovi za takega učenca, učenja s pomočjo učiteljevih videoposnetkov, vrstniške pomoči, kooperativnega učenja do osebne pristopa učitelja k učencu.

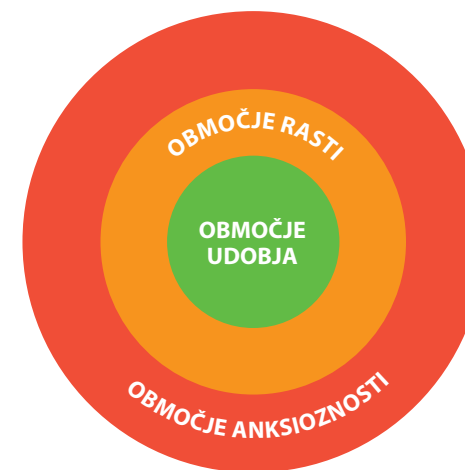
Med uspešne pristope dodajata skupno iskanje izogibalnega vedenja in njihovo odpravljanje, spodbujanje samozaupanja, dihalne tehnike, tehnike sproščanja, sistematično desenzitizacijo, psihodramo, branje in poslušanje zgodb drugih otrok s podobnimi ali istimi težavami, pisno sporočanje o doživljanju matematike, kognitivno restrukturacijo, spreminjanje matematičnega razmišljanja (matematični mindset) in razvijanje matematične odpornosti (rezilientnosti) (prav tam).

Ker MA negativno korelira z veseljem do učenja matematike, s samozaupanjem v matematično znanje, z motivacijo in oceno, da je matematika koristna (Aschcraft, 2019), je zelo pomembno, da spreminjamo učenčevo razmišljanje in doživljanje. Učenec mora pri učenju matematike zaznavati, kdaj se dobro počuti, kdaj mu je neprijetno, kdaj je v stiski in kdaj ga postaja strah. Ker gre pri MA običajno za zelo negativno čustveno izkušnjo učenca, je treba to občutenje spremeniti, odpraviti, šele po tem lahko pričakujemo napredek pri učenju in razumevanju matematike. Redko imata učenec in učitelj priložnost pogovora o čustvih pri učenju matematike.

Lee in Johnston - Wilder (2024) sta oblikovala model učenja, rasti in anksioznosti (angl. *The growth zone model*) (slika 3), ki je učencu in učitelju v pomoč pri učenju in poučevanju matematike v smislu zmanjšanja MA, hkrati pa učencu omogoča ustrezno čustveno regulacijo. Učenec se nauči zaznati in poimenovati svoja, sicer skrita čustvena stanja in izkušnje pri učenju matematike.

Slika 3

Model učenja, rasti in anksioznosti



Johnston - Wilder, S., in Lee, C. (2024). Tools for building mathematical resilience. V Johnston - Wilder in Lee, C. *The Mathematical resilience book. How Everyone Can Progress in Mathematics*, str. 40.

V območju udobja (območje zelene barve) se učenec počuti varno, ni stresa in skrbi, se dobro počuti, ukvarja se z idejami, ki jih razume, ter utrjuje znanje, ki ga ima (Thomas, 2020). Čeprav učenec ves čas utrjuje učno snov, se ne nauči veliko novega, kar sčasoma postane dolgočasno (Kirkland in Hunt, 2025). Če želi spoznati nekaj novega, izkusiti nekaj vznemirljivega, se mora pomakniti v cono rasti.

V območju rasti (območje oranžne barve) učenec že čuti večjo težo učenja, pojavijo se prvi izzivi, ki so še vedno pozitivni in spodbujajo učenca (Kirkland in Hunt, 2025). Razumevanje snovi se večja, učenec se še vedno uči, dela napake, obstane in nadaljuje. Naraščata vznemirjenje, nervoznost, počutje ni več prijetno. Učenec začuti nevarnost nove snovi ali spretnosti. Zaveda se naraščajoče nevarnosti ob novi snovi. Če ima pri tem pomoč, se čuti podprtega, seveda, če ga okolica spodbuja, posluša, mu postavlja vprašanja – takrat je velika verjetnost, da bo dlje časa ostal v coni rasti in pridobival znanje. Če ni ustrezne podpore, se premakne v rdečo cono ali cono anksioznosti.

V območju anksioznosti (območje rdeče barve) učenec občuti strah, paniko, anksioznost, ki povsem preplavi njegove kapacitete za učenje in razmišljanje, ter začne negativno vplivati na počutje. Učenec je tako preplavljen s strahom in z negotovostjo, da nima nadzora nad dogajanjem in da se ne počuti varno (Kirkland in Hunt, 2025). V vedenju prevlada limbični sistem možganov, ki je odgovoren za motivacijo in čustva (Bregant, 2025). Ker je MA po definiciji negativni čustveni odziv (Mammarella idr., 2019), vodenje prevzame amigdala kot osrednji del limbičnega sistema; čustveni regulator, torej odgovor učenca je boj, beg ali zamrznitev. Informacij iz čelnega režnja ni več, saj telo poskrbi najprej zase, vključijo se nižji možganski predeli, ki omogočajo le preživetje (Bregant, 2025). Učenec deluje na »avtopilotu« (prav tam). Učenec je jezen, joka, bega, ne čuti se sposobnega za matematiko. Če gre za kronični pojav in se začarani krog ponavlja, učenec sčasoma ne verjame več, da se lahko nauči matematike in da je tudi uspešen pri njej.

Učenec najbolj napreduje v območju rasti (Lee in Johnston - Wilder, 2024). Pogosto učenci ob predstavitvi modela ugotovijo, da je območje rasti izjemno ozko, majhno in da zelo hitro lahko zdrsnejo v območje anksioznosti.

Cilj modela učenja, rasti in anksioznosti je pomoč učencu, da razume svoja emocionalna stanja pri učenju matematike. Začne se zavedati svojih čustev in se jih nauči izražati. Učencu pomaga, da izide z območja udobja oziroma učenja na območje rasti oziroma razvoja, hkrati pa se zaveda, da mora poskrbeti za svoja doživljanja in pomoč.

Cilj vsakega učenca z MA mora biti, da začuti, kje je znotraj območij, in če ni v območju, ki mu omogoča napredek, začne razmišljati, kako bo do njega prišel. To pa zahteva veliko časa in pogovorov. Ni dovolj, da učenec samo razume posamezna območja, ampak je potreben tudi načrt pomoči.

Zaključek

Matematika je za veliko učencev zahteven predmet in menijo, da je ne bodo obvladali. Matematično znanje je danes marsikje osnova za zasedbo delovnega mesta. Na razvoj MA vpliva več dejavnikov, poleg kognitivnih sposobnosti tudi čustveni faktorji in odnos do predmeta, zato je MA večfaktorski konstrukt (Ashcraft in Ridley, 2005). Ker prinaša številne izobraževalne in osebne posledice, jo je treba preprečevati, pravočasno odkriti in odpravljati.

Nedvomno so učitelji, poleg staršev in pozneje delodajalcev, ti, ki imajo moč, da zmanjšajo MA z bolj inkluzivno naravnanim okoljem in pristopom.

Vpogled v učenčevo MA podajo številne lestvice, intervjuji in pogovori, saj le tako lahko identificiramo tiste komponente, čustvene, kognitivne ali vedenjske, ki jih z intervencijskimi programi nato ustrezno obravnavamo. Učinkovite intervence so tiste, ki obravnavajo nekoristne misli in prepričanja, hkrati pa pomagajo posamezniku razumeti njemu lastne odzive do matematike. Pri tem koristi model učenja, rasti in anksioznosti.

Literatura

- Ashcraft, M. H. (2002). Math anxiety: Personal, educational, and cognitive consequences. *Durrent Directions in Psychological Science*, 11(5), 181–185.
- Ashcraft, M. H. (2005). Math anxiety and its cognitive consequences. A tutorial review. V J. I. D. Campbell (ur.), *Handbook of mathematical cognition* (str. 315–327). Psychology Press.
- Ashcraft, M. H. (2019). Models of math anxiety. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 1–19). Routledge.
- Beilock, S. L., in Maloney E. A. (2015). Math anxiety: A factor in math achievement not to be ignored. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 4–12.
- Benavides - Varela, S. (2021). Introduction. V D. Lucangeli (ur.), *Understanding Dyscalculia: A guide to symptoms, management and treatment* (str. 1–4). Routledge.
- Bregant, T. (2025). *Vznemirljivo potovanje po razvijajočih se možganih [An exciting journey through the developing brain]*. Slovenska matematika.
- Caviola, S., Mammarella, I. C., in Kovas Y. (2019). Math anxiety in children with and without mathematical difficulties. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 141–155). Routledge.
- Cheung, S.K., McBride, C., Purpura, D.J., Pui lam Ho, A., in Yhi Ying Ng, M. (2025). Associations

- among parents' math anxiety, math-related leisure activities, children's early numeracy interest and skills. *Learning and Individual Differences*, 117(3). <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2024.102596>
- Chinn, S. (2012). Beliefs, anxiety, and avoiding failure in mathematics. *Child Development Research*, 5, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2012/396071>
- Cipora K., Artemenko, C., in Nuerk H. C. (2019). Different ways to measure math anxiety. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 20–41). Routledge.
- Doabler, C. T., Rojo, M., Gersib, J. A., Fall, A., Longhi, M. A., E. Lovette, G., Roberts, G. Uy, J., Johnson, K., Ghafghazi, S., Phelps, J. B., Powell, S. R., in Therrien, W. J. (2025). Do mathematics and reading skills impact, student science outcomes? *Journal of Learning Disabilities*, 58(2), 81–160.
- Dowker, A. (2019). Mathematics anxiety and performance. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 62–76). Routledge.
- DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association
- Dweck, C. S. (2016). *Mindset: The new psychology of success*. Ballantine Books.
- Eyre, O., Hughes, R. A., Thapar, A. K., Leibenluft, E., Stringaris, A., Davey, S. G., Stergiakouli, E., Collishaw, S., in Thapar, A. (2019). Childhood neurodevelopmental difficulties and risk of adolescent depression: The role of irritability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(8), 866–874.
- Feifer, S. G. (2017). *The neuropsychology of mathematics: An introduction to the FAM*. School Neuropsych Press, LLC.
- Herts, J. B., Beilock S. L., in Levine S. C. (2019). The role of parents' and teachers' math anxiety in children's math learning and attitudes. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 190–210). Routledge.
- Hornigold, J. (2015). *Dyscalculia Pocketbook*. <https://colegiopspchubut.com.ar/storage/2023/02/Teachers-Pocketbooks-Judy-Hornigold-efex-Ltd.-Dyscalculia-Pocketbook-2015-Teachers-Pocketbooks-2015.pdf>.
- Hunt, T. E., in Maloney E. A. (2022). Appraisals of previous math experiences play an important role in math anxiety. *Ann NY Acad Sci*, 1515(1), 143–154. <https://doi.org/10.1111/nyas.14805>
- Johnston - Wilder, S. (2025). *A guide to tackling maths anxiety: Building more confident and resilient learners, teachers and communities*. Pearson. <https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/uk/documents/subjects/mathematics/guide-to-tackling-maths-anxiety-power-maths-report.pdf>
- Johnston - Wilder, S., in Lee, C. (2024). Tools for building mathematical resilience. V S. Johnston - Wilder in L. Clare (ur.), *The Mathematical Resilience Book. How Everyone Can Progress in Mathematics* (str. 40–57). A David Fulton Book.
- Kirkland, H., in Hunt, T. (2025). *Maths Anxiety*. Routledge.
- Lee, C., in Johnston - Wilder, S. (2018). Getting into and staying in the growth zone. <https://nrch.maths.org/content/id/13491/Getting%20into%20and%20staying%20in%20the%20Growth%20Zone.pdf>
- Mammarella, I. C., Caviola, S., in Dowker, A. (2019). Concluding remarks. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 211–221). Routledge.
- Mazzocco, M. (2008). Introduction: Mathematics ability, performance, and achievement. *Developmental Neuropsychology*, 33, 197–204.
- Mitchell, K. M. (2018). *Best practices to reduce math anxiety*. Teze in disertacija. <https://digitalcommons.pepperdine.edu/etd/1013>
- National Mathematics Advisory Panel (2008). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED500486.pdf>
- Passolunghi, M. C., Živković, M., in Pellizzoni, S. (2019). Mathematics anxiety and working memory. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is*

known and what is still to be understood (str. 103–125). Routledge.

Perini N., Sella, F., in Blakey, E. (2021). Developmental dyscalculia. V D. Lucangeli (ur.), *Understanding Dyscalculia: A Guide to Symptoms, Management and Treatment*. Routledge.

Peters Mayer D. (2008). *Overcoming school anxiety: How to help your child deal with separation, tests, homework, bullies, math phobia, and other worries*. Amacom.

Petronzi, D., Staples, P., Sheffield, D., in Hunt, T. (2019). Acquisition, development and maintenance of maths anxiety in young Children. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 77–102). Routledge.

Ramirez, G., Gunderson, E. A., Levine, S. C., in Beilock, S. L. (2013). Math anxiety, working memory, and math achievement in early elementary school. *Journal of Cognition and Development*, 14, 187–202.

Sousa, P., C., Dias, P., in Cadime, I. (2017). Predictors of primary school teachers' knowledge about developmental dyscalculia. *European Journal of Special needs education*, 32(2), 204–220.

Suinn, R. M., Taylor, S., in Edwards, R. W. (1988). Suinn mathematics anxiety rating scale for elementary school students (MARS-E): psychometric and normative data. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 979–985.

Šterman Ivančič, K., Štigl, S., Čuček, M., in Mlekuž A. (2023). *PISA 2022: Nacionalno poročilo s primeri nalog iz matematike [National report with examples of mathematics tasks]*. https://www.pei.si/wp-content/uploads/2023/12/Porocilo_PISA22_FINAL.pdf

Thomas, J. (2020). Using the Growth Zone Model to limit the effect of mathematics anxiety on highly academic secondary students. V R. Marks (ur.), *Proceedings of the British Society for Research into Learning Mathematics*, 40(2), 1–8.

Tobias, S., in Weissbrod, C. (1980). Anxiety and mathematics: an update. *Harvard Educational Review*, 50(1), 63–70.

Tomasetto, C. (2019). Gender stereotypes, anxiety, and math outcomes in adults and children. V I. C. Mammarella, S. Caviola in A. Dowker (ur.), *Mathematics anxiety: What is known and what is still to be understood* (str. 178–189). Routledge.

Young, C. B., Wu, S. S., in Menon V. (2012). The neurodevelopmental basis of math anxiety. *Psychology Science*, 23(5), 492–501.

Analize in prikazi skupinskega dela

Moč skupine pri učenju socialnih veščin

Irena Andolšek, univ. dipl. soc. del.,
geštalt izkustvena družinska terapevtka

Povzetek

Vsak dan je večina ljudi izpostavljena širokemu spektru medosebnih odnosov (družina, šola, delovno okolje, različni uradi, trgovine, zdravstvene ustanove ...). V vsakem izmed teh okolij nam življenje lahko bistveno olajšajo ustrezne socialne spretnosti. Ljudje smo socialna bitja in pomanjkanje socialnih veščin nas lahko pripelje do osamljenosti, tesnobe, depresije; dobre socialne spretnosti pa nam pomagajo, da spoznamo zanimive ljudi, dobimo službo, ki si jo želimo, napredujemo v karieri in odnosih. Prispevek predstavlja delo z otroki/mladostniki s težavami na socialnem in čustvenem področju, ki so vključeni v terapevtsko skupino za učenje socialnih veščin v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. V skupini se lahko v varnem in terapevtsko naravnem okolju učijo in razvijajo nove vzorce vedenja, komunikacije in izražanja sebe. To dosežemo z uporabo različnih iger, kreativnih medijev in izkustvenih tehnik ter z razreševanjem konfliktnih situacij. Učinki skupinskega dela so opazni predvsem v izboljšanju samopodobe, tolerantnosti za medsebojne razlike in v povečani asertivnosti, o čemer poročajo vključeni otroci, starši, strokovnjaki, ki otroke obravnavajo, ter njihovi učitelji.

Ključne besede: otroci, težave na socialnem področju, čustvene težave, terapevtska skupina, socialne veščine, socialne igre

Abstract

Each day, most people are exposed to a wide range of interpersonal relationships (family, school, workplace, offices, shops, health facilities, etc.). In these environments, having the right social skills can make life much easier. We are social beings and a lack of social skills can lead to loneliness, anxiety, depression; good skills help us to meet interesting people, get the job we want, improve our careers and relationships. This paper presents group work with children/adolescents with social and emotional difficulties, who are involved in a therapeutic social skills program in The Counselling centre for children, adolescents and parents Ljubljana. By joining the therapeutic group, we empower them to learn and develop new patterns of behaviour, communication and self-expression in a safe and therapeutic environment. This is achieved through the use of different games, creative media, experiential techniques and conflict resolution. The effects of group work are particularly noticeable in the improvement of self-esteem, tolerance of differences and increased assertiveness. About improvement report children themselves, professionals who treat them, parents and teachers.

Keywords: children, social difficulties, emotional difficulties, therapeutic group, social skills, social games

Uvod

Sproščena in pristna komunikacija med ljudmi je ena izmed najpomembnejših sestavin življenja. Vsak dan je večina ljudi izpostavljena širokemu spektru medosebnih odnosov (družina, šola, delovno okolje, trgovina, zdravstvene ustanove, različni uradi, soseska itn.). V vsaki izmed naštetih situacij nam življenje lahko bistveno olajšajo ustrezne socialne spretnosti – veščine. V najširšem pomenu so to veščine, ki jih potrebujemo za reševanje problemov, situacij, izzivov,

ki jih pred nas postavlja življenje. V socialnem smislu je to sklop veščin vzdrževanja avtonomije v medsebojnih odnosih, ki jo nekateri avtorji poimenujejo tudi asertivnost⁴.

Potreba po obvladovanju socialnih veščin se postavlja vedno bolj v ospredje, saj usvajanje le akademskega znanja ne prinaša uspeha, odgovornosti in zadovoljstva v življenju.

Rezultati različnih raziskav (npr. Qu idr., 2023) in opazovanje stanja v družbi kažejo, da razvoj sodobnih tehnologij, družabnih omrežij in videoigric vpliva na mlade, da so vedno v večjem številu socialno neustrezno ali pomanjkljivo opremljeni.

Otroci zaradi različnih razlogov lahko že v zgodnjih letih šolanja doživljajo izločanje iz vrstniške skupine, kar prinaša negativne izkušnje in veliko tveganje za resne težave na področjih vedenja, čustvovanja in duševnega zdravja (Grmšek Svetlin idr., 2023; Ye idr., 2023).

Socialno uspešen mladostnik

Socialno uspešen mladostnik je mladostnik, ki se zaveda samega sebe, ljudi okrog sebe in družbe v širšem smislu. Ima postavljen neki osnovni sistem vrednot, ki jih je sčasoma privzel za sebi lastne in pomembne, ter se ga v svojem življenju tudi skuša držati. Zna si zastavljati kratkoročne in dolgoročne cilje, zanje se je pripravljen potruditi, zna pa se tudi odrekati stvarjem, ki bi ga pri tem ovirale. Zna se spopadati s problemi, ki mu prihajajo na pot; zaveda se, da so rešljivi, da je vedno mogoče izbirati med več rešitvami, in zna se odločiti za ustrezno (Metelko Lisec, 2004, str. 106).

⁴ Asertivnost je osebnostna značilnost, ki sooblikuje doživljanje sebe kot osebe, sposobne obvladovati svoje življenje in obremenitve ter reševati probleme. Tako krepimo občutek lastne vrednosti in samozaupanja ter povečamo izkoriščanje obstoječih socialnih mrež oz. socialne podpore, vendar na način avtonomnega izkustva pri razpolaganju s seboj (Žnidarec Demšar in Petrovič Erelah, 2005, str. 67).

Socialno uspešen mladostnik že obvlada številne življenjske veščine, ki jih je pridobil skozi socializacijo in šolanje ter jih ustrezno uril v okolju, ki mu pripada (družina, šola, vrstniška skupina, interesne in športne skupine, delovno okolje itn.).

Zaradi najrazličnejših vzrokov pa pri vseh posameznikih pridobivanje teh veščin ne poteka skladno s pričakovani razvoja in mimogrede skozi odraščanje, zato je treba njihovem pridobivanju nameniti posebno pozornost. Naloga staršev, vzgojiteljev, učiteljev in strokovnjakov, ki se ukvarjajo z otroki in mladostniki, je, da zaznajo oz. ocenijo pomanjkanje socialnih veščin ter načrtujejo, kako bi to področje pri posameznem otroku izboljšali in kako bi v skupini, ki ji pripada, vsi skupaj razvijali socialne kompetence in pozitivno razredno klimo.

Kaj so socialne veščine?

Obstajajo številne definicije, ki so usmerjene v različna področja otrokovega socialnega delovanja. Hargie je s sodelavcema Saundersonom in Dicksonom (v Moder, 1996, str. 33) definiral socialne veščine kot **skupino ciljno usmerjenih, medsebojno povezanih, situacijsko ustreznih socialnih vedenj, ki se jih lahko naučimo in so pod nadzorom posameznika.**

Vrste socialnih veščin

Joseph (1994) razvršča široko polje socialnih veščin v dva osnovna okvira, in sicer kot intrapersonalne (angl. *Self-awareness skills*) in interpersonalne (angl. *Interpersonal skills*) (preglednica 1).

Preglednica 1

Razvrstitev socialnih veščin po Josephu

Intrapersonalne veščine so spretnosti, ki zajemajo procese samozavedanja in neposredno vplivajo na kakovost socialnih interakcij.	<ul style="list-style-type: none">• prepoznavanje lastnih čustev in občutij• prepoznavanje načina, kako čustva vplivajo na naše vedenje• zavedanje in sprejemanje lastnih močnih področij in pomanjkljivosti pri sebi in drugih
Interpersonalne veščine so spretnosti, ki zajemajo posameznikovo usposobljenost za socialne interakcije in kakovostne medosebne odnose.	komunikacijske veščine: <ul style="list-style-type: none">• sposobnost prepoznavanja verbalnih in neverbalnih sporočil s strani drugih• sposobnost ustreznega odzivanja na verbalna in neverbalna sporočila s strani drugih• sposobnost aktivnega poslušanja• sposobnost sprejemanja pozitivnih in negativnih emocij s strani drugih• sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja konverzacije z drugimi• veščine prevzemanja perspektive drugega:• sposobnost prepoznavanja, kako čustvena stanja drugih vplivajo na njihova vedenja• sposobnost izražanja empatije• sposobnost prepoznavanja vpliva različnih situacij na vedenje drugih• sposobnost sodelovanja (angl. <i>sharing, taking turns, helping out</i>)• veščine reševanja problemov:• sposobnost iskanja alternativnih rešitev• sposobnost evalvacije alternativ in ustrezno odzivanje• sposobnost samokontrole• sposobnost obvladovanja konfliktnih situacij• sposobnost objektivnega gledanja na situacije• samosprejemanje• tolerantnost do drugih

McGrathova in Franceyeva (1996, str. 3) sta se v svojem preučevanju otrokovega vedenja usmerili na področje socialnih veščin in skozi prakso ugotovili, da je za socialno kompetenco šolskih otrok bistvenih 21 socialnih veščin, ki sta jih razvrstili na šest področij (preglednica 2).

Preglednica 2

Razvrstitev socialnih veščin po McGrathovi in Franceyevi

ZNATI IGRATI SE	<ul style="list-style-type: none"> • upoštevanje drugih • znati zmagati • znati prenesti poraz
BITI POZITIVEN	<ul style="list-style-type: none"> • pozitiven zgled • dajanje in sprejemanje poklonov
TVEGATI	<ul style="list-style-type: none"> • približati se in sodelovati • govoriti, nastopiti pred drugimi
SODELOVATI	<ul style="list-style-type: none"> • pogajati se • ravnati s konflikti in z nestrinjanji • sugerirati in prepričevati • se skupinsko odločati • upoštevati mnenja drugih • vključevati druge
BITI ZANIMIV	<ul style="list-style-type: none"> • poslušati in spraševati/pripovedovati • zanimivo se pogovarjati
ZAVZETI SE ZASE	<ul style="list-style-type: none"> • prepričati, da bi te drugi jezili • ne zmeniti se za tistega, ki ti povzroča probleme • reči NE • prositi odraslega za pomoč

Avtorici navajata, da so otroci že v 3. razredu dovolj zreli za učenje vseh omenjenih veščin. Socialne veščine so nekaj, kar se učimo **postopoma** in skozi odraščanje. **Skozi razvojne faze se socialne veščine preoblikujejo**, postajajo vse bolj prefinjene in izdelane, posameznik z njimi vedno lažje in spretneje rokuje (Moder, 1996, str. 36). Razvoj socialnih veščin ima svojo **kontinuiteto**, ki jo

upoštevamo pri načrtovanju in izvajanju socialnih treningov za spodbujanje socialnega razvoja.

Skupine

Skupine so socialne mreže oz. okolja, v katerih preživimo večino življenja. V njih se udejanjamo kot socialna bitja, najprej v primarni družini, nato v šolskih skupnostih, pozneje v delovnih skupinah in ob oblikovanju lastne družine. Skupine so sprožilo človekovega socialnega življenja in so nujne za njegov razvoj, saj v njih v prvi vrsti zadovoljujemo lastne potrebe (Vec, 2019, str. 4).

Flaker (2022, str. 95) zapiše, da je skupina bolj nekaj, kar ljudje ustvarijo, kot nekaj, kar se jim dogaja. Skupine lahko dizajniramo – načrtujemo, vodimo; spremljamo in vrednotimo, včasih to celo moramo početi, vendar pa mora biti dizajn odprt, omogočati fleksibilnost, ustvarjalnost in svobodo. Biti mora okvir, samo itinerar, skica poti, ki naj jo skupina ubere – z mogočimi spremembami smeri, a pri tem moramo vedeti, kje in kam smo jo preusmerili.

Skupina je določeno število ljudi, pri čemer posamezniki doživljajo medsebojno pripadnost oziroma so med seboj povezani s skupinsko zavestjo. Izberejo si lahko lastno ime skupine. Vsi ljudje v skupini neposredno med seboj komunicirajo, izmenjavajo mnenja in tudi občutke (odnos jaz – ti). V skupini ljudje tvorijo sorazmerno trajno celoto oziroma kontinuiran sistem. Posamezniki v skupini imajo določene cilje, vrednote, norme (vedo, kaj hočejo) in opravljajo temu primerne dejavnosti. Vsak izmed posameznikov ima v skupini mesto, ki mu pripada. Vsak izmed njih igra lastno vlogo in zavzame tisti položaj, ki mu najbolj ustreza.

V majhnih skupinah intenzivneje kot v velikih potekata dva temeljna procesa – socialni vpliv in socialne interakcije. Kobolt (2009, str. 362) povzema več avtorjev in pravi, da je psihološka skupina vsaka majhna skupina, sestavljena iz dveh ali več oseb, ki so v medsebojni interakciji. Nadaljuje, da je za psihološke skupine značilno predvsem

to, da se v njih razvijajo pomembni psihološki procesi – čustvena in kognitivna povezanost, skupni cilji, intenzivne emocije, ki se izražajo skozi sodelovanje ali tekmovanje, zaupanje ali nezaupanje, ki pomenijo izkustvo čustvene podpore ter so izziv socialnemu in osebno-stnemu razvoju.

Skupinski cilj mora biti za večino udeležencev dovolj privlačen, da so se zaradi njega pripravljene odpovedati nekaterim svojim individualnim ciljem.

Socialna sprejetost in prijateljstvo sta za posameznika izjemno pomembna. Bajzek (1989, str. 22) meni: **»Če je nekdo sprejet v skupino, ima že to dejstvo tako velik vpliv na posameznika, da se spremeni.«** Biti sprejet pomeni več kot imeti samo določeno funkcijo ali nalogo. Šolski otroci imajo raje vrstnike, ki se vedejo prosocialno, izražajo večjo naklonjenost svojim vrstnikom, se lažje vključijo v skupinske aktivnosti in učinkoviteje obvladujejo medosebne spore. Med priljubljenimi otroki so v razredu tudi duhoviti, fizično aktivni in zdravi otroci, ki so samozavestni, v bližini katerih se drugi otroci dobro počutijo.

Otroci, ki jih drugi ne sprejemajo, se pogosto zavedajo svoje neprijetnosti, svoje negativne socialne izkušnje pa pogosto zadržijo tudi v poznejših razvojnih obdobjih. Tisti, ki niso sprejeti med vrstniki, so bolj rizični za razvojne in psihosocialne težave, kot so: alkoholizem, depresija, učna neuspešnost in odklonsko vedenje (Smrtnik Vitulić, 2009, str. 389).

Socialno učenje je učenje v skupini

Ramovš (v Moreno, 2000, str. 371) pravi, da je skupinsko delo premišljeno delo s skupino, ki **želi zblížati ljudi v temeljno človeško skupino ali jim omogočiti učenje nekega pomanjkljivega vidika za delo in sožitje v njihovih temeljnih skupinah v oseb- nem življenju ali v družbeni skupnosti.** Ima primeren program dejavnosti in vodenja, da doseže cilje v določenem času.

Po mnenju Northen in Kurland (2001) je skupinsko delo pozitivna in optimistična smer dela z ljudmi, ki iz ljudi potegne in potrjuje, kar je najboljše v njih. Pri formiranju skupine nas vodita prepričanje o človeški moči in to, da ima vsaka oseba nekaj ponuditi oz. da lahko prispeva v življenje drugih. Učinkovito skupinsko delo, v katerem ljudje vzajemno delujejo, spodbujajo drug drugega, razumejo, spoštujejo, cenijo in se razvijajo na podlagi izkušenj, situacij, problemov, dilem, mišljenja drugih, je danes, ko živimo v naraščajoče neoseb- nem svetu, potrebno bolj kot do zdaj. Avtorici poudarjata, da učinkovito skupinsko delo zahteva upoštevanje etičnih načel, znanja in profesionalnih veščin. Od vodje zahteva večine vodenja, poznavanje težav, s katerimi se spopadajo člani, vključeni v skupino, poznavanje skupinske dinamike in pripravljenost biti udeležen v procesih, ki se v skupini odvijajo.

Socialno učenje lahko poteka skozi različne pristope in tehnike. Plavčak (2021, str. 178) je na populaciji otrok z lažjo motnjo v duševnem razvoju, ki so bili vključeni v trening socialnih veščin, ugotavljala, da so se kot najučinkovitejši pristopi izkazali naslednji: lutkovni in likovni pristop, individualni svetovalni pogovori, igre (družabne, sodelovalne, socialne) ter učenje strategij za medsebojno razumevanje, primerno vedenje in oblikovanje vrednot.

Tudi druge raziskave so pokazale, npr., da mlajši odrasli ocenjujejo, da jim je igra pomagala pri učenju socialnih spretnosti, izbiri konjičkov in pogosto tudi pri izbiri poklica (Smrtnik Vitulić, 2009, str. 385).

Igralne dejavnosti

Če želimo razumeti značilnosti otroške igre v določenih obdobjih, je nujno potrebno poznavanje razvojnopsiholoških procesov. Igra je namreč podrejena določeni stopnji telesnega, socialnega, čustvenega in miselnega razvoja posameznika, kar pomeni, da se otroci želijo igrati tiste igre, ki jim pomenijo razvojnopsihološki izziv (Smrtnik Vitulić, 2009). Igra je notranje motivirana dejavnost, pri kateri je pomemben potek, in ne njen cilj (isto tam). Gre za svobodno,

samoorganizirano dejavnost, ki se je posameznik loti brez kakršne koli zunanje prisile. Potek in smisel sta v njej sami, zato otroku ni toliko pomemben končni rezultat, ampak predvsem proces, uživanje in zadovoljstvo pri igri. Kot taka ne služi prihodnosti, ampak je umeščena v sedanost, kar pomeni v »tukaj in zdaj« (Smrtnik Vitulić, 2009). **Edini motiv za igro je torej posameznikovo zadovoljstvo, ki ga ob tem doživi.** Igra zahteva posameznikovo aktivno udeležnost, pri kateri se izrazijo: domišljija, nerealne komponente, pravila igre pa sprotno nastajajo in se (pre)oblikujejo (Marjanovič Umek in Zupančič, 2009).

Rubin idr. (1983, v Batistič Zorec, 2002) so postavili nekaj ključnih opisnih meril za prepoznavanje igre:

1. prostovoljnost, notranja motivacija in pozitivna čustva (užitek);
2. usmerjenost pozornosti na igralne dejavnosti in ne na cilje (rezultate) teh dejavnosti (otrok npr. lahko med igro pozabi na svoj prvotni namen);
3. »preučevanje« igralnega materiala;
4. prisotno tudi neresnično, nestvarno vedenje;
5. fleksibilnost, zaradi katere igra poteka po pravilih, ki jih postavljajo udeleženci igre sami, in jih, če je treba, med igro tudi spreminjajo;
6. aktivna udeležba posameznikov v igri.

Igra omogoča tudi spodbujanje otrokovega socialnega, čustvenega, telesnega in kognitivnega razvoja. Razvojni psihologi jo razumejo kot spontano dejavnost, ki jo otrok izbira sam in pri kateri končni cilj (izdelek) ni bistven. Igra je pomembna za optimalen razvoj otrok tudi v srednjem in poznem otroštvu. Otrokov razvoj lahko spodbudimo tudi s t. i. interakcijskimi igrami, ki so vnaprej načrtovane in se najpogosteje uporabljajo z namenom izkustvenega učenja socialnih veščin v manjših skupinah (povzeto po Smrtnik Vitulić, 2009, str. 385).

Osnovni namen teh iger je vzgajati (učiti, spodbujati, razvijati, izboljševati) za socialne odnose. Skozi primerno izbrane in vodene igre skupina postaja vedno bolj povezana, člani pa se počutijo vedno bolj prijeto, varno in sprejeto.

Žižak, (2009, str. 399) ugotavlja, da je namen igralnih dejavnosti tudi dvig motivacije, dodajanje nove energije, zabava in sproščanje.

Prikaz skupinske oblike terapevtskega dela

V skupinsko obliko terapevtskega dela v Svetovalnem centru za otroke mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) vključujemo otroke, za katere starši poiščejo pomoč in so najpogosteje v obravnavi pri specialistkah/specialistih klinične psihologije, specialistkah/specialistih otroške in mladostniške psihiatrije ali pri specialnih in rehabilitacijskih pedagoginjah/pedagogih. Če strokovnjak oceni, da bi otrok potreboval učenje socialnih spretnosti ali korekcijo vedenjskih vzorcev, ki ga ovirajo pri vzpostavljanju ali vzdrževanju zadovoljujočih odnosov z vrstniki, ga napoti v skupino.

Skupino mlajših otrok, starih 10 in 11 let, ki obiskujejo 5. ali 6. razred osnovne šole in ki jo bomo v nadaljevanju predstavili, vodita specialistka klinične psihologije in socialna delavka, obe educirani integrativni terapevtki (po avtorju Petzoldu).

Otroci se srečujejo enkrat tedensko skozi vse šolsko leto. V skupini je od šest do devet otrok obeh spolov. V preteklosti so bile skupine izrazito fantovske, v zadnjih letih pa so po spolu izenačene. Skupina je zaprta, tudi če pride med šolskim letom do osipa, ne vključujemo novih. Prihajanje je prostovoljno. Otroci se pred vključitvijo v skupino med seboj ne poznajo, kar je prednost, saj se morajo medsebojni odnosi oblikovati na novo. Njihovih težav in vedenja ne poznamo, niti vodji niti otroci, zato se na njihove vzorce vedenja odzovemo drugače, kot so sicer navajeni. Tako imajo priložnost, pridobiti nove izkušnje in se odzvati drugače.

Značilnosti vključenih otrok in organizacija skupine

Na prvi pogled so nekateri otroci zelo mirni in vase umaknjeni, drugi po glasni, nemirni in brez ustreznega nadzora. Za njihovim vedenjem se skrivajo različni vzroki, ki jih postopoma odkrivamo. Otroci opazujejo sami sebe in druge člane skupine ter se v določenih situacijah sprašujejo o razlogih obiskovanja skupine.

Glede na ugotovitve multidisciplinarnе timske obravnave v SCOMS povzemamo, da so:

1. glavne značilnosti vključenih otrok v mlajšo skupino:
 - slabo razumevanje socialnih situacij
 - nespretno izražanje sebe (želja, lastnega mnenja, počutja)
 - pomanjkanje socialnih izkušenj z vrstniki (dolgotrajno bolni)
 - slabša kontrola vedenja
 - izkušnje medvrstniškega nasilja, izločanja itn.
 - anksioznost
 - značilnosti motnje avtističnega spektra (MAS)
 - nizka samopodoba
 - pomanjkanje samozavesti
 - nemirnost in pomanjkanje koncentracije
2. nekateri med njimi tudi otroci s posebnimi potrebami in imajo po odločbi o usmeritvi v šoli dodeljeno dodatno strokovno pomoč;
3. pogosto niso vključeni v nobeno interesno dejavnost niti v šoli niti zunaj nje in že sama vključenost v skupino pozitivno deluje, ker:
 - nekam pripadajo
 - spoznavajo otroke, ki imajo podobne ali drugačne težave kot oni sami

- imajo novo priložnost (niso zapleteni v utrjene vzorce in vloge, ki so jih pridobili v šoli)
 - lažje se uveljavijo (manjša skupina, izkazujejo lahko svoja močna področja, dobijo vzpodbude, pozitivno vlogo)
 - njihovih težav in motečega vedenja se ne izpostavlja
 - opazujejo sebe in druge člane skupine ter se učijo o razlikah
4. za večino vključenih otrok je značilno, da se ne znajo konstruktivno pogovarjati, zato se pri načrtovanju vsebin in aktivnosti izogibamo nalogam, ki bi temeljile samo na verbalnem izražanju. Cilje dosegamo predvsem prek socialnih iger, interakcijskih vaj in različnih kreativnih medijev (risanje, igranje vlog, uporaba različnih materialov ...).

Pri vodenju in izbiri aktivnosti se usmerjamo na njihova močna področja in krepitev moči. To dosegamo z izbiro različnih iger in vsebin ter drugih aktivnosti, s katerimi se lahko izrazijo in izkažejo.

Z namenom učinkovitejšega načrtovanja programa in ocene, kako otroci sami pri sebi doživljajo posamezne veščine, smo ugotovitve Mc Grath in Francey (1996, str. 3) spremenili v 21 trditev, jih oblikovali v vprašalnik, opremili s petstopenjsko lestvico in prosili otroke, da sami ocenijo, v kolikšni meri posamezne veščine obvladajo. Vprašalnik otroci izpolnijo v začetni fazi oblikovanja skupine. Ko smo primerjali njihove odgovore in stopnjo veščin, ki so jih »uporabljali« na srečanjih, smo pogosto opazili velik razkorak. Večina se jih je ocenila boljše, kot so dejansko funkcionirali. Menimo, da sta kljub omenjenemu razkoraku enako pomembna njihovo lastno razumevanje in doživljanje, saj so se mogoče ob tem vprašalniku prvič srečali s pomenovanjem katere izmed veščin in o njih razmišljali pri sebi.

Analiza vprašalnika o do zdaj pridobljenih socialnih veščinah

Vprašalnik o do zdaj pridobljenih socialnih veščinah uporabljamo od leta 2017. Med ukrepi zaradi covid-19 skupina ni delovala. Za namen tega prispevka smo analizirali vse do zdaj zbrane odgovore 10 in 11 let starih otrok, ki so redno obiskovali skupinska srečanja – teh je bilo 39. Kot pomanjkljive veščine pri sebi izpostavljajo (krepko označene so tiste, pri katerih vidijo največji primanjkljaj):

- **znam/zmorem biti pozitiven zgled;**
- **znam tvegati: se približati drugim in sodelovati;**
- **znam se pogajati;**
- zmorem govoriti pred drugimi;
- **znam ravnati s konflikti in z nestrinjanji;**
- znam predlagati svoje mnenje in prepričati druge;
- znam sodelovati pri skupinskem odločanju;
- znam zanimivo pripovedovati;
- **znam se zanimivo pogovarjati;**
- **zmorem prepričati, da bi me drugi jezili;**
- **zmorem se ne meniti za tistega, ki mi povzroča težave.**

Pri načrtovanju skupinskih aktivnosti iščemo in izbiramo aktivnosti, ki omogočajo razvijanje veščin, ki jih članom skupine primanjkuje. V priročniku McGrathove in Franceyjeve so opisane številne aktivnosti, a jih je večina namenjena razredu – veliki skupini, veliko aktivnosti temelji na pisanju in izključno na pogovoru, zato za to skupino otrok niso najprimernejše. Veliko vključenih otrok ima težave z branjem in s pisanjem, zato aktivnosti, ki zahtevajo te spretnosti, po večini ne načrtujemo. Igra je zanje varnejši prostor, v katerem lahko eksperimentirajo, sodelujejo ali ne, odločajo o tem, ali bodo prevzeli tveganje, ali se bodo izpostavili in izpolnili naloge pred preostalimi člani skupine.

Cilji skupinske oblike terapevtskega dela

Pri delu z otroki izhajamo iz predpostavke, da ima vsak posameznik številne spretnosti, znanje, talente, izkušnje in lastnosti, ki jih lahko prispeva, da se skupina oblikuje in bogati. Iskanje in odkrivanje pozitivnih lastnosti in spretnosti okrepi moč posameznika, da začuti lastno vrednost in sprejetost od preostalih članov skupine. Iz tega se postopoma razvija občutek varnosti, ki je osnovni pogoj za učenje in sprejemanje povratnih sporočil. Da bi lahko aktivirali obstoječe vire, moramo pripraviti raznolike aktivnosti, da pridejo do izraza njihovi potenciali in močna področja. To jim omogoča, da lahko pridobijo nove informacije o sebi, saj je mogoče, da do takrat sploh niso vedeli, da nekaj zmorejo oz. znajo.

Postavljamo si preproste cilje:

- skupno preživljanje časa;
- spoznavanje in prepuščanje novim aktivnostim;
- spoznavanje sebe in drugih članov skupine;
- učenje sprejemanja razlik;
- učenje drug od drugega;
- igranje in zabava.

Gre torej za učenje prek lastnih izkušenj – spreminjanje vedenja, kar pa je že terapevtski cilj, ki prinaša možnosti za ustvarjanje novih vedenjskih vzorcev na mikroravni posameznika. To obsega: ozaveščanje vedenja, spoznavanje in sprejemanje samega sebe, izboljšanje medsebojne komunikacije, konstruktivno reševanje konfliktov.

Otroke vzpodbujamo, da spoznajo, da je vsak odgovoren za svoje vedenje in da smo vsi odgovorni za to, kar se dogaja med nami.

Za doseganje teh ciljev morata vodji poskrbeti in ustvariti sproščeno in ustvarjalno vzdušje: 1) v katerem se bodo otroci počutili varno; 2) v katerem bodo lahko izražali svoja prijetna in neprijetna čustva;

3) v katerem bodo lahko preizkušali; 4) v katerem se bodo učili novih vzorcev vedenja.

Pravila skupine

Pravila in struktura skupine pomagajo ustvariti pogoje za učenje. Čeprav otroci spontano prenašajo nekatera pravila iz šole (vikanje vodje, naslavljanje z učiteljico, obrambno vedenje »jaz nisem kriv«, pričakujejo kazen, iščejo koalicije za boj proti vodji itn.), pa se za pravila skupine dogovorimo skupaj. Z izdelavo individualnih semaforjev, kamor napišejo, kaj je po njihovem prepovedano in kaj zaželeno, pridobimo trditve in jih, če so konstruktivne, prenesemo na semafor celotne skupine. Postavimo ga na vidno mesto in se nanj sklicujemo v situacijah, ko odstopajo od dogovorjenih pravil.

Vsi otroci potrebujejo meje, strukturo in pravila, ker jim to daje občutek varnosti in predvidljivosti. Za nekatere otroke (npr. z značilnostmi MAS) pa je jasna struktura ključnega pomena. Ta jim pomaga pri orientaciji v času, prostoru in v odnosih ter jim omogoča konstruktivno sodelovanje. Skozi leta se je razvila struktura – zaporedje dejavnosti, ki je otrokom blizu in omogoča ustvarjanje smiselnega ritma celotnega dogajanja.

Sestava posameznega srečanja

- 1. Zbiranje otrok, žoganje** (15 minut): fizična sprostitev, uglasjevanje na skupino (pozdrav, obnovitev imen, kratek pogovor, pripoved o pomembnem dogodku ...).
- 2. Priprava na glavno temo** (15 minut): kratka igra, vaja, pogovor.
- 3. Osrednja tema** (45 minut).
- 4. Zaključevanje** (10 minut): razgovor o glavni temi, igra ali vaja za sprostitev.
- 5. Zaključni krog** (5 minut): vsak pove o svojem počutju, o tem, kaj mu je bilo všeč in kaj ne.

Program ni v naprej določen in strogo strukturiran. Glede na potrebe otrok, dogajanje in skupinsko dinamiko se odločamo za posamezne teme in načine, kako jih predstaviti. Najpogosteje uporabljamo socialne igre, interakcijske vaje, igre vlog, družabne igre in kreativna sredstva (risanje, glina, lutke, odpadni materiali) in druge tehnike. Po končanem srečanju vodi naredita analizo dogajanja in načrtujeta naslednje srečanje. Pozorni smo na teme, ki se pojavljajo pri posameznem otroku in v skupini, ter iščemo način, kako jim dati obliko in smisel.

Učinki skupinskega dela

Pri otrocih, ki skupino obiskujejo eno leto, opazimo:

- povečano stopnjo samozavesti;
- povečano tolerantnost za moteče vedenje drugih;
- večjo iniciativnost v komunikaciji in pri aktivnostih;
- izboljšano samopodobo;
- povečano asertivnost.

Učinkov ne merimo s posebnimi merskimi instrumenti, ampak o spremembah poročajo starši na zaključnem roditeljskem sestanku, učitelji, strokovnjaki, ki jih obravnavajo v SCOMS, in otroci sami, ko izpolnijo evalvacijski vprašalnik o doživljanju sodelovanja v skupini.

Analiza evalvacijskega vprašalnika

Na zadnjem srečanju prosimo otroke, da izpolnijo evalvacijski vprašalnik o počutju in zadovoljstvu v skupini, ki vsebuje 5-stopenjsko lestvico Likertovega tipa, pri čemer pomeni 1 – zelo slabo in 5 – zelo dobro ali opisno, npr.: zelo dobro, dobro, slabo in zelo slabo. Otroci vedno označijo oceno na lestvici, pri odprtih vprašanih pa se pogosto zgodi, da pustijo prostor prazen ali napišejo ne vem, nič, vse.

Zbrali smo podatke od 43 otrok, ki so obiskovali skupino od šolskega leta 2017/18 do vključno šolskega leta 2023/24. Razen leta 2020, ko je bila skupina zaradi ukrepov ob epidemiji covid-19 skrajšana, smo imeli vsako leto redna tedenska srečanja – od oktobra do začetka junija (približno 32 srečanj).

V preglednici 3 predstavljamo odgovore na naslednja vprašanja:

- Kako pogosto si obiskoval skupino?
- Kako rad si prihajal na srečanja?
- Kako dobro si se počutil na večini srečanj?
- Kako si se večinoma počutil sprejetega od drugih članov skupine?

Na podlagi analize odgovorov v evalvacijskih vprašalnikih povzema-
mo, da so otroci po večini zelo radi in zelo redno prihajali na sku-
pino, da so se na srečanjih skupine počutili zelo dobro in da so se
počutili sprejete (preglednica 3).

Preglednica 3

Prikaz odgovorov otrok na evalvacijskem vprašalniku



Opomba: N = 43

Na vprašanje, »zakaj si se dobro počutil«, vključeni otroci odgo-
varjajo, da: zaradi iger, igranja (16), bilo je zabavno (4), smo se razu-
meli, prijateljev (9), vse ali ne vem (6) idr. Na vprašanje, zakaj se nisi
dobro počutil, vključeni otroci odgovarjajo, da zaradi: člana, ki je ve-
denjsko izstopal (7), kričanja, zvokov, glasnosti, neposlušanja (5), zba-
danja, nasilnosti (2), nič (9), prepiranja, pogovarjanja (2), ne vem (3).

Iz zgornjih podatkov in odgovorov na preostala odprta vprašanja
(več v članku Tomšič Ivie in Andolšek) lahko sklepamo, da so ti-
sti **otroci, ki so redno prihajali na srečanja in vztrajali tudi v
manj prijetnih fazah skupinske dinamike (dolgčas, konflikti,
prenašanje motenj, spoprijemanje z razlikami), uspeli doži-
veti pripadnost, občutek sodelovanja, sprejetosti in poveza-
nosti**. S tem so naredili pomemben napredek pri razvijanju nekate-
rih socialnih veščin, hkrati pa smo skupaj ustvarili okolje, v katerem
so se počutili sprejete, doživeli uspehe, tvegali pri usvajanju novih
vzorcev vedenja, nekateri pa so našli prijatelje, s katerimi so se dru-
žili tudi zunaj skupine. Po poročanju staršev in učiteljev pa so uspeli
pridobljene vzorce prenesti tudi v druga okolja.

Iz nabora socialnih veščin, ki jih opredeljuje Joseph (1994), lahko pri
otrocih, ki so redno obiskovali skupino, prepoznamo napredek na
naslednjih področjih: prepoznavanje lastnih čustev in občutij; za-
vedanje in sprejemanje lastnih močnih področij in pomanjkljivosti
pri sebi in drugih; sposobnost sprejemanja pozitivnih in negativnih
emocij na strani drugih; sposobnost izražanja empatije; sposobnost
prepoznavanja vpliva različnih situacij na vedenje drugih; sposob-
nost sodelovanja; sposobnost iskanja alternativnih rešitev; sposob-
nost samokontrole; sposobnost obvladovanja konfliktnih situacij;
samosprejemanje in tolerantnost do drugih.

Čeprav nam dobljeni rezultati kažejo, da izvajanje programa prinaša
številne pozitivne spremembe, pa je treba izpopolniti način njivo-
vega merjenja. Za krepitev širšega nabora veščin in utrjevanje pri-
dobljenih bi otroci potrebovali vsaj še eno leto terapevtskega dela
v skupini, da bi pridobili na veščinah komunikacije, prepoznavanju,
kako čustva vplivajo na naše vedenje, na sposobnosti obvladovanja

konfliktnih situacij itn. Ugotavljamo tudi, da bi **vzporedno potrebovali program za starše teh otrok**, saj so pogosto tudi oni pomankljivo opremljeni s posameznimi socialnimi veščinami, s katerimi bi lahko podprli svoje otroke.

Zaključek

Odrasli ne moremo prisiliti otrok, da imajo radi drugega otroka, da postanejo z nekom prijatelji, da se navežejo na nekoga, ki jim ni blizu po interesih, osebnostnih lastnostih itn. Odgovorni in dolžni pa smo, da preprečimo nasilje, izločanje iz vrstniške skupine in potiskanje na rob tistih, ki niso spretni pri vzpostavljanju socialnih odnosov. To je dolžnost staršev, vzgojiteljev, učiteljev in vseh, ki se ukvarjamo z otroki. Poleg izobraževalne in vzgojne vloge, ki jo ima šola, je to tudi pomemben prostor socializacije in učenja veščin sodelovanja, komunikacije, razvijanja empatije ter vzpodbujanja socialnega razvoja otrok in mladostnikov.

Otroci so vedno bolj večji uporabniki sodobnih tehnologij, vedno več časa preživijo na spletu in raznih aplikacijah. Za njihov zdrav razvoj pa je še vedno pomembno zadovoljevanje potreb po ljubezni, varnosti, pozornosti, pripadnosti, sodelovanju, po sprejetosti ...

Za zadovoljujoče vključevanje v skupnost potrebujejo večšine, ki se jih lahko naučijo le v odnosih z drugimi.

Vsi otroci se tega ne naučijo z lahkoto in mimogrede, zato je pomembno, da jim to omogočimo z ustvarjanjem priložnosti v obliki skupin, jih vzpodbujamo k vključevanju ter se z njimi veselimo uspehov in napredka.

Literatura

Andolšek, I., in Tomšič, J. (2010). Pozitivni vplivi skupinske obravnave otrok s težavami na socialnem in čustvenem področju [Positive effects of group treatment of children with social and emotional difficulties]. V I. Andol-

šek in M. Hudoklin (ur.), *Izzivi in pasti otroštva in adolescence [The Challenges and Pleasure of Childhood and Adolescence]* (str. 143–155). Svetovalni center za otroke mladostnike in starše Ljubljana.

Bajzek, J. (1989). *Mladostno zorenje v skupini [Adolescent maturation in a group]*. Ognjišče.

Dokmanac, M. (2018). *Igra kot metoda za uravnavanje vedenja učencev in učenk ter vzpostavljanje dobrih medosebnih odnosov v razredu [The game as a method for regulating the behaviour of pupils and establishing good interpersonal relationships in the classroom]*. *Socialna pedagogika*, 22(1–2), 141–159.

Flaker, V. (2022). *Moč skupine [The power of a group]*. Založba Univerze.

Grmšek Svetin, A., Jerina, N., Lipovšek, A., Smajlovič, M., Ličen, S., in Prosen, M. (2024). Socialna izključenost in nasilništvo med mladostniki [Social exclusion and violence among adolescents]. *Socialna pedagogika*, 28(1–2), 103–130.

Kobolt, A. (2009). Skupina kot prostor socialnega učenja [The group as a social learning space]. *Socialna pedagogika*, 13(4), 359–382.

Levec, A. (2000). *To smo mi [That' us]*. Center-Kontura.

Marjanovič Umek, L., in Zupančič, M. (2009). *Razvojna psihologija [Developmental psychology]*. Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Marlowe, M. J., in Hayden, T. (2013). *Teaching children who are hard to reach*. Corwin A Sage Company.

Mate, G. (2023). *Raztreseni um [A distracted mind]*. Primus.

McGrath, H., in Francey, S. M. (1996). *Prijazni učenci, prijazni razredi: učenje socialnih veščin in samozaupanja v razredu [Friendly kids, friendly classrooms: Teaching social skills and confidence in the classroom]*. DZS.

Medvešek, T. (2004). *Pomen socialnega dela pri sodelovanju z mladostniki v skupini [Diplomsko delo] [The importance of social work in working with adolescents in a group - Thesis]*. Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Metelko Lisec, T. (2004). Socialne veščine – orodje za večjo socialno uspešnost [Social skills – a tool for a greater social success]. *Socialna pedagogika*, 8(1), 97–112.

Moder, D. (1996). *Možnosti vzpodbujanja socialnega razvoja [Diplomsko delo] [Possibilities*

for promoting social development - Thesis]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Moreno, J. L., in Moreno, Z. T. (2000). *Skupine, njihova dinamika in psihodrama [Groups, their dynamics and psychodrama]*. Inštitut Antona Trstenjaka.

Neufeld, G., in Mate, G. (2004). *Otroci nas potrebujejo [Hold on to your kids]*. Primus.

Petrovič Erlah, P., in Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost: zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo [Assertiveness: why we need it and how to acquire it.]*. Argos.

Plavčak, D. (2021). Spodbujanje socialnih spretnosti otrok z lažjo motnjo v duševnem razvoju [Developing the social skills of children with mild intellectual disability]. *Socialna pedagogika*, 25(3/4), 155–188.

Qu, G., Hu, W., Meng, J., Wang, X., Su, W., Liu, H., Ma, S., Sun, C., Huang, C., Lowe, S., in Sun, Y. (2023). Association between screen time and developmental and behavioral problems among children in the United States: Evidence from 2018 to 2020 NSCH. *Journal of Psychiatric Research*, 161, 140–149. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.014>

Smrtnik Vitulič, H. (2009). Razvojnopsihološki pomen iger v srednjem in poznem otroštvu [Developmental and psychological significance of games in middle and late childhood]. *Socialna pedagogika*, 13(4), 383–398.

Vec, T., in Andrinek, M. (2019). Vpliv skupinske dinamike na nasilje v razredu [The impact of group dynamics on classroom violence]. *Socialna pedagogika*, 23(1/2), 1–20.

Ye, Z., Wu, D., He, X., Ma, Q., Peng, J., Mao, G. ... in Tong, Y. (2023). Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC psychiatry*, 23(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04681-4>

Žižak, A. (2009). Pomen interaktivnih igralnih dejavnosti za trening socialnih veščin [Significance of interactive play activities for social skills training]. *Socialna pedagogika*, 13(4), 399–416.

Psihosocialni vidiki razvijanja socialnih veščin – prikaz terapevtske skupine za učenje socialnih veščin pri otrocih

Julia Tomšič Ivie, univ. dipl. psih.,
spec. klin. psih., integrativna terapevtka

Irena Andolšek, univ. dipl. soc. del.,
geštalt izkustvena družinska terapevtka

Povzetek

Pridobivanje socialnih spretnosti poteka vse življenje. Z vstopom v šolo se že pokažejo razlike med otroki, v kolikšni meri obvladujejo socialne veščine. Nekateri otroci imajo na socialnem področju izrazitejša težava, zato potrebujejo terapevtsko obravnavo in možnost, da se v vodenem in varnem okolju učijo asertivnega vedenja, spretnosti komunikacije, pridobivanja in vzdrževanja prijateljskih odnosov, razumevanja in regulacije čustev. Žal daje naš šolski sistem večji poudarek akademskemu znanju, čustvena inteligenca pa je zapostavljena. Učenje v skupini, ki poteka daljše časovno obdobje, nudi možnost za spoznavanje sebe, drugih, prepoznavanje čustev in učenje komunikacije. V prispevku so predstavljene nekatere konkretne vsebine in terapevtske intervence z uporabo kreativnih medijev.

Ključne besede: socialne veščine, čustvena inteligentnost (Bar-Onov model), izkustveno učenje, socialne kompetence, terapevtske tehnike

Abstract

Acquiring social skills takes place throughout life. By entering school, differences between children in the extent to which they master social skills become apparent. Some children have more pronounced problems in the social area, so they need therapeutic treatment and the opportunity to learn assertive behavior, communication skills, acquiring and maintaining friendly relationships, understanding and regulating emotions in a guided and safe environment. Unfortunately, our school system places greater emphasis on academic knowledge, while emotional intelligence is neglected. Learning in a group, which takes place over a longer period of time, offers the opportunity to get to know oneself and others, recognize emotions and learn communication. The article presents some specific content and therapeutic interventions using creative media.

Keywords: social skills, emotional intelligence (Bar-On model), experiential learning, social competences, therapeutic techniques

Uvod

Dandanes je odraščanje otrok v našem prehitro spreminjajočem se svetu v znamenju visoke tehnologije in s tem čedalje večje prisotnosti umetne inteligence, čedalje težje, saj otroci nimajo več toliko vsakodnevnih priložnosti za razvijanje socialnih spretnosti, ki jih nujno potrebujejo za doseganje življenjskih ciljev. V preteklosti so se otroci lahko naučili različnih iger na ulicah ali igriščih in s tem pridobili pomembne izkušnje pri vzpostavljanju medsebojnih odnosov z vrstniki. Starši so v današnjem hitrem tempu pogosto preobremenjeni in so po opravljenih obveznostih preveč izčrpani, da bi se lahko čustveno povezali s svojimi otroki ter jim nudili dober odnos in z njimi kakovostno preživeli prosti čas. Avtorici opažava, da je v nekaterih družinah **uporaba različnih elektronskih naprav pogosto prva izbira za preživljanje prostega časa**. Otroci se pri tem vse večkrat srečujejo z informacijami ali s konkretnimi prizori, ki jih čustveno pretresejo, ker jih ne razumejo ali si jih napačno

razlagajo. Teme, kot so: vojne, nasilje, begunci, podnebne spremembe, medvrstniško nasilje, pornografija, nestrpnost do drugačnosti itn., zahtevajo od staršev primerno mero pripravljenosti za pogovor in razlago, da bi otroci lažje razumeli za njih zahtevne teme. Če otroci sami ostajajo s predelovanjem za njih prezahtevnih vsebin, jim to lahko povzroča zaskrbljenost, ki lahko vodi v psihične stiske ali celo duševne motnje. Čedalje več otrok preživlja več časa v virtualnem kot resničnem svetu. S tem otroci **izgubljajo svoj kompas širšega razumevanja sveta, kar vpliva na izgubo »pravih« vrednot**. Izgubljajo pozitiven pogled na prihodnost. Ob tem se avtorici sprašujeva, kako lahko v naši postindustrijski dobi pomagamo otrokom, da se učijo zdravih medsebojnih odnosov, ki so ključni za doseganje zdravega čustvenega in socialnega razvoja.

Pomen čustveno-socialnega razvoja

Avtorici na podlagi kliničnega dela z otroki opažava, da je naš šolski sistem usmerjen predvsem na pridobivanje učnih sposobnosti naših otrok in da je razvoj čustvene inteligentnosti zapostavljen. Čustveno-socialni razvoj pomembno vpliva na psihosocialni razvoj otroka, kar determinira njegovo življenjsko pot. Ko se pogovarjamo o otrokovih značilnostih in kompetencah, nimamo v ospredju samo njegovih kognitivnih sposobnosti, ampak je pomembno pogledati tudi, kakšne so njegove socialne in čustvene spretnosti, saj čustva vodijo in sooblikujejo naše misli, vedenje in telesni odziv. Z boljšim zavedanjem o svojem čustvovanju lahko sami sebe in druge bolje razumemo.

Kaj je torej čustvena inteligenca? Goleman (2001) navaja, da čustvena inteligenca določa našo zmogljivost za boljše zavedanje sebe, obvladovanje čustvene regulacije, razvoj motivacije in empatije ter s tem tudi za izboljšanje spretnosti v navezovanju stikov z drugimi in reševanju medosebnih nesporazumov ali celo konfliktov.

Salovey (2003) povzema po Gardnerju svojo definicijo čustvene inteligentnosti, ki jo razvršča v pet pomembnih skupin osebne inteligentnosti:

- **Poznavanje svojih čustev:** Zavedanje sebe ter prepoznavanje svojih občutkov in čustev je temelj čustvene inteligentnosti (Goleman, str. 75). Če so ljudje sposobni prepoznati svoja čustva in jih tudi samoregulirajo, so bolj v stiku s seboj in s tem bolj trdni v svojih občutkih pri majhnih in velikih odločitvah, kot je npr. izbira prijatelja, pozneje zakonskega partnerja ali interesne dejavnosti, službe.
- **Obvladovanje čustev:** Prilagajanje občutkov, da ustrezajo okoliščinam, je sposobnost, ki nadgrajuje zavest o sebi (prav tam).
- **Spodbujanje sebe:** Sposobnost čustvenega samoobvladovanja pomeni, da se ne prepustimo svojim vzgibom in da se odločimo, da bomo neko zadovoljitev preložili na pozneje, da se lahko usmerimo na svoj cilj in smo s tem učinkovitejši in zadovoljnejši.
- **Prepoznavanje čustev drugih:** Empatija je osnovna spretnost, ki jo potrebujemo v komunikaciji z drugimi; človek z empatijo hitreje vidi, katere potrebe imajo drugi, in so zaradi tega uspešnejši v pomagajočih poklicih, kot so: negovalci, učitelji, trgovci in vodilni delavci (prav tam).
- **Urnavanje odnosov:** Umetnost ustvarjanja in ohranjanja medosebnih odnosov je pravzaprav spretnost uravnavanja čustev pri drugih (prav tam).

Bar-Onov model emocionalne inteligentnosti vključuje emocionalne, osebne in socialne dimenzije inteligentnosti. Emocionalna inteligentnost opredeljuje kot »vrsto nekognitivnih sposobnosti, kompetenc in spretnosti, ki vplivajo na uspešnost posameznika pri njegovem spoprijemanju z zahtevami in pritiski okolja« (Bar-On, 1997, str. 14). Razvil je *Vprašalnik emocionalnega količnika* ali *Emotional Quotient Inventory* (prav tam), ki je predstavljen v preglednici 1.

Preglednica 1

Področja emocionalne inteligentnosti, vključena v Vprašalnik EQ-i

Kompozitne lestvice	Lestvice	Opis lestvice
Intrapersonalna inteligentnost	Emocionalno zavedanje	Sposobnost prepoznavanja lastnih čustev (zavedanje, sposobnost njihovega ločevanja in poznavanja njihovih vzrokov).
	Asertivnost	Sposobnost sprejemanja in izražanja lastnih čustev, prepričanj in misli, zavzemanja za svoje pravice (ne dovoliti, da vas drugi izkoriščajo) na nedestruktiven način.
	Samospoštovanje	Sposobnost sprejemanja zaznanih pozitivnih in negativnih vidikov sebe, svojih omejitev in možnosti, spoštovanje sebe in sprejemanje sebe kot v osnovi dobrega.
	Samoaktualizacija	Sposobnost realiziranja lastnih potencialov – gre za dolgoročen, dinamičen proces, usmerjen k maksimalnemu razvoju posameznikovih sposobnosti, kapacitet in talentov.
	Neodvisnost	Sposobnost samousmerjenosti in samokontrole pri mišljenju in akcijah ter emocionalna neodvisnost; zanašanje nase pri načrtovanju in odločanju pri pomembnih odločitvah.
Interpersonalna inteligentnost	Empatija	Sposobnost zavedanja, razumevanja in upoštevanja čustev drugih; občutljivost na to, kaj, kako in zakaj drugi čutijo to, kar čutijo.
	Medosebni odnosi	Sposobnost ustvarjanja in vzdrževanja vzajemno zadovoljnih medosebnih odnosov, za katere so značilni: intimnost in vzajemno dajanje ter sprejemanje naklonjenosti.
	Družbena odgovornost	Sposobnost biti kooperativen in konstruktiven član socialne skupine (vedenje na odgovoren način, socialna zavest in temeljna skrb za druge).

Kompozitne lestvice	Lestvice	Opis lestvice
Prilagodljivost	Reševanje problemov	Sposobnost identificiranja in definiranja problemov ter oblikovanje in uporaba potencialno učinkovitih rešitev.
	Preverjanje realnosti	Sposobnost doseganja skladnosti med tem, kaj doživljamo, in tem, kar objektivno obstaja.
	Fleksibilnost	Sposobnost prilagajanja emocij, misli in vedenja spreminjajoči se situaciji in pogojem.
Spoprijemanje s stresom	Frustracijska toleranca	Sposobnost aktivnega in pozitivnega spoprijemanja z neprijetnimi dogodki in s stresnimi situacijami, ne da bi bili preveč prizadeti.
	Kontrola impulzov	Sposobnost upiranja oziroma sposobnost odložitve impulza/nagona po določenem vedenju.
Splošno razpoloženje	Sreča	Sposobnost uživanja v življenju, zadovoljstvo z drugimi in življenjem na splošno.
	Optimizem	Sposobnost gledanja na življenje s svetle plati in vzdrževanje pozitivnega stališča, tudi ob težavah.

Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory. A measure of emotional intelligence. Multi-Health Systems.*

Poznejša validacija tega vprašalnika (Bar-On, 2000) pa je pokazala, da na ravni konstrukta govorimo o desetih glavnih komponentah emocionalne in socialne inteligentnosti (emocionalnem samozavedanju, samospoštovanju, asertivnosti, empatiji, medosebnih odnosih, frustracijski toleranci, kontroli impulzov, preverjanju realnosti, fleksibilnosti in reševanju problemov) ter o petih spodbujevalcih emocionalno in socialno inteligentnega vedenja (optimizmu, sreči, samoaktualizaciji, neodvisnosti in družbeni odgovornosti). Bar-On (prav tam) še navaja, da samoocenjevalni vprašalnik bolj kot stopnjo emocionalne inteligentnosti posameznika ugotavlja njegovo oceno lastne emocionalne in socialne kompetentnosti.

Razvoj socialnih veščin

Kaj je socialna kompetenca? Socialno je povezano z medčloveškim odnosom, kompetenca pa je vezana na sredstva, sposobnosti, prevzemanje odgovornosti, oblast. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je opisano, da kompetenca izhaja iz latinskega glagola *competere*, kar vključuje veliko večji pomen: *obseg, mera odločanja, navadno določena z zakonom; pristojnost, pooblastilo*.

Socialna kompetenca je prisotna takrat, kadar oseba v določeni situaciji lahko pokaže primerno vedenje. K temu spada tudi to, da se ta oseba lahko prilagodi novi situaciji. Po Gardnerju ni samo inteligenčni kvocient, ki meri akademske sposobnosti matematičnega logičnega razmišljanja in besednega razumevanja, odgovoren za življenjski uspeh. Inteligenca se kaže tudi v prostorskih, kinestetičnih, glasbenih in personalnih sposobnostih. Personalna inteligentnost se razdeli na interpersonalne in intrapersonalne sposobnosti. Interpersonalne sposobnosti so: čustva, motivacija, želje in temperament drugih ljudi zaznati in se primerno odzvati. Intrapersonalne sposobnosti pa pomenijo, da zaznavaš lastna čustva in svoje vedenje.

Kanadski razvojni psiholog dr. Gordon Neufeld (2021) opisuje, kak naj bi bil socializiran človek: »Socializiran človek je posameznik z integriteto, ki jo je ob interakciji z drugimi sposoben obdržati, a je hkrati tudi sposoben sobivati v harmoniji z drugimi ljudmi.«

Otroški psiholog Lawrence Shapiro (1997) je opredelil naslednje socialne veščine:

- vljudna komunikacija in interakcija;
- vzpostavljanje stikov;
- pripravljenost pomagati;
- empatija;
- odločnost;

- zavedanje čustev;
- obvladovanje čustev;
- komunikacija o čustvih;
- samozavedanje;
- pozitivno razmišljanje;
- prevzemanje odgovornosti;
- odločanje;
- družbena ozaveščenost;
- zavedanje drugačnosti;
- medsebojno spoštovanje;
- ustvarjanje soglasja;
- spoprijemanje s težavami.

208

Otroci socialne spretnosti razvijajo predvsem skozi igro s sovrstniki, pri kateri se odvijajo različni učni procesi. V igri se otroci naučijo veliko o sebi in drugih, kako vzpostaviti komunikacijo in odnos z drugimi, spoznavajo svoja čustva, kako drugi odreagirajo na njih in njihov čustven odziv, učijo se komunicirati in deliti, postavljeni so v situacije, v katerih lahko krepijo veščine odločanja.

Za ozaveščanje teh procesov potrebujejo otroci in tudi še najstniki **varen odnos z odraslimi**, znotraj katerega se lahko pogovarjajo o tem, kaj se jim je dogajalo, kaj so doživeli in kaj so čutili. S pomočjo odraslih otrok pridobi pravo orodje za opis svojega zaznavanja, saj se mora naučiti poimenovati svoja občutja in jih integrirati. Problem pa nastane, kadar odrasli v otrokovem primarnem okolju nimajo dovolj razvitih socialnih spretnosti, tako da morajo potem zunanje ustanove, kot so: vrtci, šole in različna športna društva, ta primanjkljaj socialnih veščin nadomestiti s spodbujanjem krepitve socialnih kompetenc.

Predstavitev terapevtske skupine za učenje socialnih veščin

Indikacije za vključitev

V Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) poleg individualnih obravnav omogočamo tudi vključitev v različne skupinske oblike terapevtskega dela z otroki in mladostniki. Če strokovna delavka prepozna oz. oceni, da bi otrok potreboval učenje socialnih spretnosti, ga napoti v skupino, ki se vsako šolsko leto znova formira. Mlajša skupina otrok, ki so v petem ali šestem razredu (10–11 let stari), prihaja na skupino SOVE (skupina za učenje socialnih veščin) enkrat tedensko za dve šolski uri, od začetka oktobra do začetka junija, kar zajema približno 30 srečanj. Skupina je zaprtega tipa, vključenih je od osem do dvanajst otrok, prihajanje na skupino je prostovoljno, čeprav v mlajši skupini avtorici opažava, da so pogosto starši, vsaj na začetku, bolj kot njihovi otroci motivirani za udeležbo. Zaradi katerih težav so otroci vključeni v terapevtsko skupino SOVE?

209

Glavne značilnosti teh otrok so:

- šibko ali slabo razumevanje socialnih situacij;
- povečana tesnoba ali strah v različnih socialnih situacijah;
- nizka samopodoba;
- pomanjkanje socialnih izkušenj z otroki;
- pomanjkanje pozornosti in prisotnost motorične nemirnosti;
- slabša kontrola vedenja oz. impulzivno vedenje;
- nespretno izražanje sebe (svojih želja, lastnega mnenja in počutja);
- prekomerna telesna teža;
- slab učni uspeh.

Namen terapevtske skupine

Otroci se v terapevtsko skupino SOVE vključijo z namenom spoznavanja sebe in iskanja svojega mesta v skupini, znotraj katere imajo možnost, da se v vodenem in varnem okolju na ustreznejši način spoznajo in izražajo s pomočjo sodelovanja v različnih socialnih igrah in terapevtskih vajah. Avtorici – voditeljici skupine – želiva, da ima vsak otrok možnost, da svoje različne lastnosti, izkušnje in spretnosti ter močna področja pokaže in izrazi, saj se s tem skupina oblikuje in bogati. Neredko so otroci presenečeni, kaj vse zmorejo in kako lahko prispevajo k zanimivemu dogajanju na srečanjih, kar jih okrepi in jim prinese nove izkušnje. Sčasoma lahko začutijo lastno vrednost in sprejetost preostalih članov skupine. Avtorici že na začetku poudarjajo, da vsak član skupine sooblikuje dogajanje in da smo vsi soodgovorni za dogajanje na skupini.

Avtorici želiva nuditi nove priložnosti za:

- spoznavanje in sprejemanje samega sebe;
- spoznavanje in sprejemanje drugih;
- izražanje skozi pogovore in različne kreativne medije (likovne in dramske);
- spoznavanje in izražanje lastnih čustev;
- ozaveščanje svojega vedenja;
- preizkušanje in učenje novih vzorcev vedenja;
- učenje konstruktivne komunikacije;
- sprejemanje razlik med člani skupine;
- učenje konstruktivnega reševanja problemov ali konfliktov.

Procesne faze in teme posameznih srečanj

Avtorici sva skupinska srečanja razdelili na sedem glavnih procesnih faz (preglednica 2), ki so se izkazale kot zelo učinkovite.

Uvodno srečanje je namenjeno temu, da se voditeljici terapevtske skupine in otroci ter njihovi starši na kratko predstavijo. Sledijo: opis programa, organizacijske in vsebinske informacije ter na koncu še priložnost za vprašanja.

Prvi sklop srečanj temelji na medsebojnem spoznavanju otrok in voditeljic s pomočjo spoznavnih iger, kot je na primer »Peter nosi pošto ...«. V začetni fazi je zanimivo opazovati otroke, kako se previdno »tipajo« in kako se začnejo postopoma povezovati. Prva faza je pomembna za oblikovanje varnega in sprejemajočega okolja, kar je ključno za nadaljnje poglobljeno terapevtsko delo.

Drugi sklop srečanj je namenjen postavljanju skupinskih pravil, saj otroci že začnejo testiranje meja med seboj in tudi do voditeljic. Temu je namenjen tudi prikaz prve terapevtske aktivnosti. Prav tako imajo možnost raziskovati svoje potencialne, kar se pravzaprav nadaljuje skozi vse faze skupinskega dela.

V tretjem sklopu voditeljici omogočava, da lahko otroci s pomočjo terapevtskih tehnik izražajo svoja močna področja, kar je prikazano z nadaljnjimi prikazi terapevtskih aktivnosti. Na koncu tretje faze je bilo zadnje srečanje v koledarskem letu namenjeno novoletnemu praznovanju. Že v predhodnem srečanju smo se pogovarjali, kako bi ga želeli preživeti. Otroci so predlagali, da se bodo pripravili za »Skupina ima talent«, kar so na koncu ocenili za najboljše srečanje. Zadnje srečanje v koledarskem letu pa tudi zadnje srečanje v šolskem letu podaljšamo za pol ure in je praznično obarvano (pica, sladice, pijača).

Četrty sklop srečanj je namenjen glavni temi, tj. komunikaciji, znotraj katere nudiva različne igre vlog. V ta sklop tudi sovpade čas pustovanja. Otroci imajo na podlagi izbranega kostuma možnost prevzeti določeno vlogo. Sledi kreativno povezovanje izbranih vlog v smiselno zgodbo, ki jo potem improvizirano predstavijo.

Peti sklop srečanj je namenjen spoznavanju, zaznavanju in izražanju čustev. Opažava, da imajo otroci, ki so deležni dodatne strokovne pomoči v šoli, veliko znanja o čustvih.

V šestem sklopu srečanj voditeljici predstaviva terapevtske vaje na temo skupinske dinamike, znotraj katere imajo otroci možnost doživeti, da so se v sklopu skupine SOVE povezali in drug drugega bolje spoznali.

Sedmi in zadnji sklop srečanj je namenjen zaključevanju, praznovanju in poslavljanju. Z izdelovanjem marjetice za vsakega člana skupine ima vsak možnost napisati pozitivno sporočilo za vsakega.

Na zaključnem sestanku s starši voditeljici na kratko predstaviva potek skupinskega dela in rezultate vprašalnika o zadovoljstvu. Starši imajo možnost poročati o svojih opažanjih glede doživljanja skupinskega dogajanja pri otrocih, spremembah in o usvojenih novih veščinah.

Preglednica 2
Glavne teme posameznih terapevtskih srečanj

212

Faze	Naslovi procesnih faz skupine	Glavne teme posameznih srečanj
	Uvodno srečanje za otroke in starše	Predstavitev skupinske oblike dela
I. faza	Spoznavanje	Spoznavne igre Igre z imeni, vreča s predmeti Predstavitev osebnih predmetov, iskanje skupnih interesov z baloni Dirigent, pogovor o imenih, vprašalnik o samopodobi Razvrščanje po lastnostih, kloпка volne
II. faza	Pravila in testiranje meja	Pogovor o pravilih in izdelava semaforja
	Raziskovanje potencialov	Pogovor o vitejih in izdelovanje ščitov Spremembe Začarana žival in risanje te živali Izdelovanje kolažev – predstavitev sebe

Faze	Naslovi procesnih faz skupine	Glavne teme posameznih srečanj
III. faza	Izražanje potencialov	Izdelovanje zgodbe s pomočjo terapevtskih kart Ugotavljanje skritega motiva s pomočjo asociacij Predpriprave na praznovanje
	Praznovanje	Skupina ima talent
	Izražanje potencialov	Igra vlog z lutkami – lutkovne predstave
IV. faza	Komunikacija	Igra vlog iz realnega življenja, npr. iz šolskega okolja Izdelava mask Pustovanje – preizkušanje v novi vlogi, ustvarjanje zgodbe in njena improvizacija
V. faza	Čustva – spoznavanje čustev	Travniki počutja, termometer počutja v skupini Poimenovanje čustev, barvanje emotikonov, pantomima
	Čustva – izražanje čustev	Izbiranje kart z različnimi čustvi – opis karte, risanje obrazov s čustvenimi izrazi Ustvarjanje z glino na temo čustva Razpoloženske karte – pogovor, risanje osnovnih čustev na telesno shemo
VI. faza	Skupinska dinamika	Pogovor o medvrstniškem nasilju in treh načinih odzivanja, gibalna vaja Tri resnice in ena laž o sebi, sestavljanje kvadrata Pogovor o medvrstniškem nasilju, igranje vlog: nasilnež – žrtev Gibalna vaja ABC, postavitev izbranih živali kot prikaz skupinske dinamike Jaz in moja skupina – izpolnjevanje sociograma

213

Faze	Naslovi procesnih faz skupine	Glavne teme posameznih srečanj
VII. faza	Zaključevanje	Načrtovanje zadnjega srečanja, izpolnjevanje vprašalnika o zadovoljstvu
	Praznovanje	Izdelava marjetice – vsak napiše nekaj lepega za vsakega člana/članico skupine
	Zaključni sestanek s starši	Predstavitve poteka skupinskega dela, izpostavljanje določenih tem in kako so se otroci povezovali, sodelovali; predstavitev vprašalnika o zadovoljstvu

V vsakem šolskem letu se torej zvrsti od 30 do 32 skupinskih srečanj in prav vsak otrok pridobi na boljšem izražanju sebe in ugotovitvi, da ni edini z določenimi težavami. Večina otrok bi si želela nadaljevati tovrstno terapevtsko skupino v naslednjem šolskem letu, vendar žal to ni mogoče, saj na tovrstno skupino že čakajo drugi otroci.

S spodnjimi šestimi prikazi terapevtskih aktivnosti želiva avtorici predstaviti primere vsebin in uporabo kreativnih tehnik na srečanjih.

Delo s kreativnimi mediji zajema iste medije, ki prihajajo do izraza tudi v umetnosti: glina, glasba, ples, pravljice itn., ki jih otroci uporabljajo med svojim razvojem.

Kreativni mediji omogočajo enako kot otroške igre, boljše spoznavanje in razumevanje, možnosti preizkušanja in izražanja.

Delo s kreativnimi mediji se neposredno naslanja na perceptivno, ekspresivno in na memorativno telo (Petzold, 1993).

Dostop k nezavednemu je navadno veliko bolj neposreden kot pri delu z govornim izražanjem. Lažje je tudi ravnanje z odporom, ker odpore »zaobidemo«. Kreativno delo je prijetno, povezano z veseljem. Odkrivajo in izražajo se posameznikove moči in potenciali. Zaradi tega delo s kreativnimi mediji zavzema pomembno mesto na naših terapevtskih srečanjih.

Izmed veliko kreativnih medijev bova omenili le najpomembnejše:

- barve (različne barve, voščenke, krede, vodenke, barvni svinčniki, oglje);
- glina, pesek, zemlja, lepilo, glina za gnetenje;
- kuhanje;
- glasba (glasbila za ritem, gong, petje, meditativna glasba);
- fotografije (iz življenja);
- vreča za tipanje, vonjavna ikona;
- lutke, plišaste živali, plastične živali;
- slike, kolaži (barve, papir, volna, časopisi);
- naravni materiali (kamenje, zemlja, lubje, storži, kostanj, šipek, listje);
- pravljice, knjige, poezija;
- maske, pantomima;
- ples, gibanje;
- domišljajska potovanja.

Prikaz terapevtske aktivnosti – pravila

Da bi lahko oblikovali pravila skupine, se najprej pogovarjamo, kakšna pravila imajo doma. Izkušnje preteklih let so podobne: z vključenimi otroki se pogovarjamo npr. o tem, kdaj imajo uro za spanje, koliko časa so lahko na zaslonih, katera domača opravila morajo opraviti itn.

V skupini, ki se je srečevala v lanskem šolskem letu, je potekal pogovor o pravilih takole: (imena so izmišljena)

Gašper: **Mi se vse skupaj zmenimo.**

Luka (žalostno): Mi pa nimamo pravil.

Vodja: Kako to?

Luka: Oči in mami nimata časa zame.

Preostali člani se mu približajo in pokažejo sočutje.

V nadaljevanju se pogovarjamo o tem, kakšna pravila želijo, da bi veljala v skupini.

Matej: Jaz potrebujem veliko pozornosti.

Vodja: Kaj pa to pomeni? Začne risati termometer. Med pogovorom se razporedijo na lestvici 1–10. Opazijo lahko, na kako različnih mestih so.

Vodja: Katera pravila bi še potrebovali?

Gašper: Nič. (tišina) Vprašanja o zasebnih stvareh.

Vodja: Kaj pa so zasebne stvari?

Gašper: Take ... o družinskih problemih.

Vodja: Na primer?

Dan: ... koliko denarja imaš ...

Ažbe: ... o zdravstvenih težavah ...

Luka: ... o veri.

Med pogovorom je eden izmed vključenih otrok izgovoril besedo DEMOKRACIJA, ki so jo nekaj sekund skandirali.

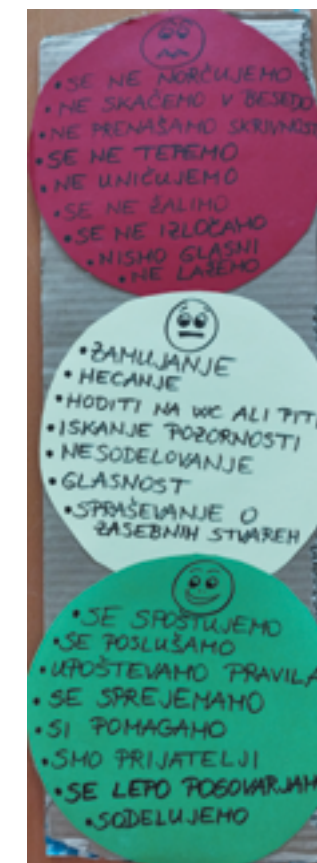
Vodja: **Kaj je demokracija?**

Vsak pove svojo misel ... različne so ... Zaključimo, da demokracija za skupino pomeni, da vsak lahko pove svoje mnenje in da si ne ukazujemo.

Primer oblikovanja in uporabe skupinskega semaforja

Za uravnavanje vedenja v skupini voditeljici uporabiva primerjavo s prometom in z vlogo semaforja pri postavljanju in preprečevanju kaosa. Vsak izdela svoj osebni semafor (slika 1). V ta namen dobi vsak najprej rdeč krog, na katerega napiše vse vrste vedenja, za katere želi, da so v skupini prepovedana oz. nesprijemljiva. Na zelen krog napišejo zelene vrste vedenja in na rumenega tiste vrste vedenja, ki niso preveč moteče in jih še lahko toleriramo (npr. zamujanje, šaljivanje, žvečenje). Nekateri otroci napišejo tudi kaj takega, česar ne moremo uvrstiti na skupinski semafor, smiselne predloge pa napišemo in ga vsakokrat prinesemo, da nas spomni, za katere vrste vedenja si prizadevamo. Kadar je v skupini več živahnih otrok, potrebujemo tudi rumen in rdeč karton (kot pri nogometu), ki nam pomagata pri obravnavi kršitev. Rdečega kartona še nisva uporabili, saj se želimo vedno najprej pogovoriti o situacijah, ki niso ustrezne, in šele nato ukrepati. Otroci želijo vedeti, kaj se bo zgodilo, če nekdo počne stvari, ki niso skladne s pravili (npr. fizično obračunavanje, zelo moteče vedenje, žaljenje, neupoštevanje meja, kljub opozorilom itn.). Dodali sva tudi zelen karton, ki je namenjen pohvali.

Slika 1
Semafor



Prikaz terapevtske aktivnosti – Ustvarjanje zgodbe s pomočjo terapevtskih kart

Za to dejavnost potrebujemo več kompletov terapevtskih kart (OH-Cards), da imajo otroci možnost izbrati različne motive, ki jih nagovorijo. Pripovedovanje zgodb, nastajanje mitov in pravljič je pomembna dejavnost, ki jo je človek

skozi ves svoj razvoj potreboval in ustvarjal. Miti in pravljice imajo svojo notranjo logiko: imajo junaka, ki ima težko nalogo; premagati mora številne ovire; na tej poti sreča različne pomočnike, ki mu jih pomagajo premagati, in običajno se srečno končajo.

Otroci si izberejo šest kart in iz njih sestavijo zgodbo. Da lažje sledijo strukturi, dobijo predlogo s ključnimi besedami: junak, naloga, ovire, pomočniki, premagovanje ovir, konec. Zgodbi dajo naslov in jo povedo pred celotno skupino. Voditeljica jo zapiše. Včasih se zgodi, da kateri izmed otrok ne zmore pred skupino povedati svoje zgodbe; to je lahko izhodišče za pogovor, kako se spopadajo z nastopanjem v šoli; zgodilo se je tudi, da so deklici, ki ni zmogla začeti pripovedovanja svoje zgodbe, svetovali, kako naj začne, in ji nudili precej vzpodbud. Spodaj prikazane terapevtske karte so iz OH Publishing MORENÁ.

218

Slika 2
Primer izbranih terapevtskih kart



Na podlagi izbranih kart (slika 2) je Aljaž sestavil zgodbo z naslovom »SPOR«.

Aljaževa zgodba z naslovom SPOR

»Nekoč so živeli Karim in njegova sestra Luana. Karim je imel ptička, ki mu je bilo ime Sonček. Brat in sestra sta se stalno prepirala. Karim je imel velik stik z naravo, medtem ko je Luana raje poprijela za delo. Luana je želela, da ji Karim začne pomagati pri delu. Karim pa je mislil, da bi si tudi ona morala vzeti malo prostega časa. To ptičku Sončku ni bilo niti malo všeč. Zato se je odločil, da bo ta spor rešil. Vsi skupaj so se pogovorili in potem sta bratec in sestrica ugotovila, da bi lahko začela delati usklajeno. Zdaj se Luana kdaj s Karimom igra v naravi in Karim Luani pomaga pri delu.«

Prikaz terapevtske aktivnosti – Začarana žival

Po uvodnem ogrevanju z žogo, igrali smo pepčka, smo pripravili prostor z blazinami, tako da je vsak član skupine sedel/ležal na svoji blazini. Sledilo je kratko sproščanje z globokim trebušnim dihanjem, nakar naj bi si vsak zamislil, v katero žival bi se najraje spremenil, če bi mu bilo to omogočeno. Tega niso smeli takoj izdati, saj se je nadaljevalo tako, da je šel posamezen otrok v sredino kroga in začel oponašati to žival, drugi pa so morali ugibati, v katero žival bi se najraje spremenil. Začetno navodilo je bilo, da naj ne izbirajo že izumrlih živali.

219

Slika 3
Začarana žival



Nadaljnji korak pa je bil, da naj bi izbrano žival narisali na velikem papirju A1 z voščenkami (slika 3). Imeli so 20 minut časa, da narišejo svojo žival. Nato so napisali še tri lastnosti ali tudi več o tej živali. Sledila je »razstava« likovnih del, nakar je vsak predstavil svojo žival in se identificiral z eno izmed napisanih lastnosti.

Prikaz terapevtske aktivnosti – Travnik počutja

V peti fazi skupinskega dela se začnemo z vključenimi otroki poglobljeno pogovarjati o čustvih. V ta namen se pogovorimo o vseh čustvih, ki jih otroci poznajo. Voditeljici jih napiševa na tablo in se ob nepoznanih čustvih za posameznega otroka ustavimo in razložimo. S spodnjo vajo želiva voditeljici ugotoviti, kako se otroci počutijo v šoli, doma in v skupini. Razdeliva delovni list z naslovom *Travnik počutja* in najprej si otroci napišejo legendo: z rdečo barvo označijo, kako se počutijo v šoli, z modro barvo označijo, kako se počutijo doma, in z zeleno barvo označijo, kako se počutijo v skupini.

Po končanem individualnem delu otroci predstavijo pred skupino, kako se počutijo v zgoraj navedenih okoljih. Ena izmed vodij skupine posredovane informacije napiše na tablo, da je za vsakogar razvidno, kako se otroci opredeljujejo glede svojega počutja v treh pomembnih okoljih (slika 4).

Ob pregledu zapisanih čustev opazimo, kako pogosto otroci izražajo negativno naravnost do šole; veliko se jih počuti izključene, šola ni prostor, v katerem bi se varno počutili in ustvarjalno izrazili. Sami so želeli več povedati o tem, kaj se jim dogaja v šoli. Veliko jih zaznava in opisuje konkretne situacije nasilja, pojava drog med učenci višjih razredov, učitelje in vodstvo šole pa doživljajo kot ne-močne in neučinkovite odrasle.

Kaj pa dom in skupina? Eden izmed otrok je izjemno veliko neprijetnih čustev prepoznal doma. Zaupal nam je, kaj se mu je dogajalo, ko je bil še mlajši. Ima starejšega brata, ki ima MAS in so se starši pretežno ukvarjali z njim, od njega pa so pričakovali, da se prilagaja. Spremlja ga občutek, da je bil za marsikaj prikrajšan. To se je opazilo

tudi v skupinski dinamiki, ko je pretirano reagiral, ko je vodja posvečala pozornost težavam kateremu izmed drugih otrok. Vodji sva njegovemu terapevtu posredovali opažanja, o katerih se je pogovoril z otrokom v sklopu individualne obravnave.

Počutje, ki se nanaša na skupino, poskušamo v pogovoru osvetliti in pojasniti, tj. v katerih situacijah znotraj skupine se počutijo: negotovo, jezno, potrebno pomoči, zmedeno ...

Slika 4

Razpredelnica o počutju otrok doma, v šoli in skupini

MODRA DOM	RDEČA ŠOLA	ZELENA SKUPINA
v redu	mozasto rofno	nesigurno
jezno	Srečno neprijetno	Zmedeno
Srečno	Zainteresirano sproščujoče	Zanimivo
odgovorno	pozitivno žalostno	samozavestno
čudovito	zadovoljno zamišljeno	v redu
pozitivno	izločeno zmedeno	energetično
krasno	pretvarjajoče z dolgočasno	Srečno
Zadovoljno	odgovorno samozavestno	sproščujoče
negativno	v redu	pozitivno
Samozavestno	Zanimivo	krasno +
brezupno	jezno	pomoči potrebno
žalostno	negativno	jezno
	jezno	
	nesigurno	

Prikaz terapevtske aktivnosti – Delo z glino na temo čustva

Za izražanje čustev je izjemno primerno kreativno sredstvo glina, ki je primerna za izražanje masivnih občutkov: jeze, veselja itn. Po navadi imajo otroci že izkušnje z izdelovanjem nečesa iz gline. Po uvodnem sproščanju sledi vodenje rokovanja z glino (slika 5). Vodja poda besedilo, povzeto po Oaklander (1978).

Za izdelovanje izdelka iz gline imajo približno 20 minut časa, nakar na že pripravljen karton napišejo še naslov za svojo kreacijo. Po končanem delu se vsi sprehodimo okrog mize in si vzamemo čas, da si lahko ogledamo še kreacije drugih članov skupine. Sledi predstavitev izdelkov.

Slika 5
Izdelki iz gline



Prikaz terapevtske aktivnosti – Igra z lutkami

V glavnem delu srečanja skupine so si otroci lahko ogledali lutke, izbrali eno ali dve izmed njih ter ju poimenovali. Nekdo si je izbral krokodila, ki ga je poimenoval Godzila, drugi si je izbral kravo Sigma, tretji se je odločil za roparja Idiota, četrti za krokarja z imenom Tim, deklica si je izbrala zajčka in ga imenovala Jennie ter medvedka Jisoo, nadalje si je nekdo izbral volka Skubidoo, nekdo drug si je izbral zmaja in ga poimenoval Plamen, nekdo si je izbral mačko in jo poimenoval Čarobna Tačka ter ovco z imenom Yeil. Nato so pogledali, s katerimi lutkami bi si v manjši skupini želeli sodelovati, s katerimi se ujemajo (slika 6). Nastale so tri skupine in vsaka je dobila nalogo,

da naj si v desetih minutah izmisli zgodbo, ki jo bodo v nadaljevanju predstavili preostalim članom skupine. Pred nastopom so se dogovorili še za naslov zgodbe, ki so ga povedali, preden so začeli nastopati. Medtem sva voditeljici skupine pripravili oder.

Slika 6
Uporabljene lutke za izvedbo treh zgodb



Ena izmed nastalih zgodb z lutkami je bila poučna zgodba Lana in Tristana (imeni sta izmišljeni) z naslovom *Iskanje rešitve*.

»Plamen (zmaj) se je zagozdil v globokem breznu in nikakor ni uspel priti ven. Priletel je krokar Tim in mu je ponudil pomoč. Plamen ga je poslal na sever po čarobni napoj k Čarobni Tački (mački), ki je edina na svetu, ki mu lahko pomaga. Krokar se je najprej zmotil v smeri, potem pa je le našel pot na sever, kjer je prišel do Čarobne Tačke. Ko ji je krokar zaupal težave svojega prijatelja Plamena, se je Čarobna Tačka hitro spravila k pripravi čarobnega napoja. Skupaj s krokarjem sta priletela do Plamena, ki je ves nesrečen čakal na prijatelja. Ves vesel je spil čarobni napoj in ta mu je v hipu pomagal, da se je lahko rešil globokega brezna.«

Evalvacija terapevtskega procesa

Za evalvacijo terapevtskega procesa sva vključenim otrokom posredovali vprašalnik o zadovoljstvu, ki so ga izpolnili na zadnjem srečanju. S pomočjo vprašalnika voditeljici pridobiva nekatere podatke o doživljanju in občutkih otrok ter o spretnostih, ki so jih pridobili s sodelovanjem v skupini. Za ponazoritev sva izbrali odgovore na tri vprašanja. Evalvacija preostalih odgovorov je prikazana v prispevku »Moč skupine pri učenju socialnih veščin«.

Na vprašanje, »kaj je bilo tisto, zaradi česar se nisi dobro počutil/-a«, so vključeni otroci odgovarjali: *ker so člani odhajali in ko so se eni afnali v angleškem jeziku; ker se je T. jezila na privat stvari med B. in mano; prepiri med T. in A.; zaradi kregov med nami; nič, razen, ko se kregamo; pogovarjanje.*

Na vprašanje, »kaj si se naučil/-a o sebi«, so otroci odgovarjali: *da reagiram drugače kot ostali; veliko stvari, npr. vzpodbujanost; nič novega; vse sem že vedela, npr. da lahko vse zmorem; da sem prijazen; veliko; da se lahko zaščitim pred nevarnostmi.*

Na vprašanje, »kaj si se naučil/-a o drugih«, so otroci odgovarjali: *da niso vsi taki, kot sem navajena; da so dobrosrčni in prijazni; da imajo vsi drugačno mnenje in smisel za humor; njihove lastnosti; da so prijatelji; da smo vsi različni; vsi smo si drugačni.*

Pomembno spoznanje, ki je razvidno iz pogovorov z vključenimi otroki in njihovimi starši pa tudi iz odgovorov na vprašalnikih, je, da otroci prepoznavajo, da smo vsi različni in da imajo tudi drugi otroci težave.

Dejstvo, da so sprejeli medsebojne razlike in da so sprejeti od drugih otrok, jim prinaša občutek pripadnosti in občutek, da so skupina, skupnost, v kateri lahko izrazijo samega sebe in prispevajo k skupnemu dogajanju.

Za to spremembo v razmišljanju je potrebnih kar veliko srečanj. Vodji opažava, da se šele proti koncu srečevanj zavedajo občutka pripadnosti, ki pa se zares pokaže na zaključnem srečanju. Izrazijo žalost. Slovo jim skušava olajšati s posebnim dogajanjem, ki ima značilnosti praznovanja. Pripravimo program (pogosto je imenovan Skupina ima talent), hrano (naročimo pico), pijačo, sladice, ki jih največkrat sami spečejo, in ob zaključku aktivnost, ki je imenovana »Lov na zaklad«, ki ga pripravita voditeljici.

Zaključek

Zaradi številnih razlogov, kot so: individualne posebnosti v nevrološkem razvoju, vedno večje število otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, spremembe v načinu življenja in funkcioniranju družin, pretirana uporaba zaslonskih tehnologij in socialnih omrežij, so otroci izpostavljeni različnim vplivom, ki ne vzpodbujajo razvoja socialnih veščin in kompetenc.

Terapevtski pristop, opisan v tem prispevku, je namenjen otrokom, ki imajo zmerne do težke motnje na področju razvoja socialnih spretnosti. Avtorici s terapevtskim znanjem in strokovnimi izkušnjami za obravnavo otrok s težavami na socialnem in čustvenem področju v skupino vključujeta le otroke, ki so obravnavani pri strokovnem timu SCOMS. To pa še zdaleč ne pokrije potreb, ki nastajajo v naši družbi.

Procesi, ki se dogajajo med otroki že v nižjih razredih OŠ, npr. nesprejemanje drugačnosti, izločanje posameznika iz vrstniške skupine, elitistična miselnost, pretirano poseganje staršev v medvrstniške odnose svojih otrok itn., omogočajo stigmatizacijo in izolacijo določenih posameznikov, ki so manj asertivni, plahi oz. imajo manjši socialni potencial in potrebujejo pomoč okolice, da se vključijo v igro in druge aktivnosti.

Nastale situacije in s tem povezane teme je treba obravnavati že zelo zgodaj in pomagati otrokom, da situacije prepoznavajo, se pogovarjajo in konflikte sproti konstruktivno rešujejo. Tako se vsi učijo socialnega vedenja ter razvijajo in krepijo socialne veščine.

Učitelji imajo priložnost, da že ob vstopu v šolo prepoznajo, kateri otroci so »zvezde« in kateri ostajajo ob robu ali zunaj kroga. Nekateri otroci so zares zahtevni – učitelji pri njihovi integraciji potrebujejo nasvete in podporo, da lahko te procese v korist vseh dobro vodijo. Šolske svetovalne službe imajo pri tem pomembno vlogo.

Razvijanje dobre razredne klime in sodelujoča naravnost na šoli sta pogoja, da vsakdo najde svoje mesto, in priložnost, da prispeva kar in kolikor lahko.

226

Z namenom, da senzibiliziramo in opolnomočimo pedagoške in zdravstvene delavke za izvajanje treningov socialnih veščin, že vrsto let organizirava izkustveni seminar, na katerem udeleženske poleg teoretičnega znanja pridobijo tudi neposredne izkušnje pri socialnih igrah in uporabi posameznih kreativnih tehnikah.

Pozitivne izkušnje in ugodne povratne informacije pri izvajanju skupin in izkustvenih seminarjev nama dajejo motivacijo za razvijanje in širjenje tega pristopa.

Literatura

Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory. A measure of emotional intelligence*. Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (2000). *Emotional and social intelligence. Insight from the Emotional Quotient Inventory*. V R. Bar-On in J. D. A. Parker (ur.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assesment, and application at home, school and in the workplace* (str. 363–388). Jossey-Bass.

Bastašič, Z. (1988). *Lutka ima srce i pamet [The doll has a heart and a mind]*. Školska knjiga.

Gardner, H. (2005). *Abschied vom IQ: Die Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen* (4. Aufl.). Klett-Cotta

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence. Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam.

Kobolt, A. (2009). Skupina kot prostor socialnega učenja [The group as a space for social learning]. *Socialna pedagogika*, 13(4), 359–382.

Lawrence E. Shapiro (1997). *How to Raise a Child with a High EQ: A Parent's Guide to Emotional Intelligence*. HarperCollins Publishers.

McGrath, H., in Francey, S. M. (1996). *Prijazni učenci, prijazni razredi: učenje socialnih veščin in samozaupanja v razredu [Friendly students, friendly classrooms: teaching social skills and self-confidence in the classroom]*. DZS.

Metelko Lisec, T. (2004). Socialne veščine – orodje za večjo socialno uspešnost [Social skills – a tool for greater social success] *Socialna pedagogika*, 8(1), 97–112.

Neufeld, G., in Mate G. (2021). *Otroci nas potrebujejo: zakaj so starši pomembnejši od vrstnikov [Children need us: why parents are more important than peers]*. Primus.

Oaklander, V. (1978). *Windows to Our Children*. Real people press. Moab, Utah.

Oaklandet, V. (2007). *Hidden Treasure*. Karnac books.

Petrovič Erlah, P., in Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost: zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo [Assertiveness: why we need it and how to acquire it]*. Argos.

Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie*. Paderborn.

Salovey, P., Mayer, J. D., Caruso, D., in Lopes, P. N. (2003). Measuring emotional intelligence as a set of abilities with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. V S. J. Lopez in C. R. Snyder (ur.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (str. 251–265). American Psychological Association.

Schilling D. (2000). *50 dejavnosti za razvijanje čustvene inteligence (3 stopnje) [50 Activities to Develop Emotional Intelligence - Three levels]*. Inštitut za razvijanje osebne kakovosti, Ljubljana.

Siegl, D. (2013). *Celostni razvoj otroških možganov [Holistic development of children's brain]*. Družinski terapevtski center Pogled.

Vec, T., in Andrinek, M. (2019). Vpliv skupinske dinamike na nasilje v razredu [The impact of group dynamics on classroom violence]. *Socialna pedagogika*, 23(1/2), 1–20.

Warden, D., in Christie, D. (2001). *Spodbujanje socialnega vedenja [Promoting social behavior]*. Inštitut za psihologijo osebnosti, Ljubljana.

Žižak, A. (2009). Pomen interaktivnih igralnih dejavnosti za trening socialnih veščin [The importance of interactive play activities for social skills training]. *Socialna pedagogika*, 13(4), 399–416.

227

Podpornoedukativna skupina za starše otrok z ADHD

Dr. Bojana Caf, prof. def., spec. terapije z umetnostjo
Mag. Leonida Rotvejn Pajič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Povzetek

Prispevek osvetli dinamiko starševstva pri otrocih z ADHD in težave, s katerimi se spoprijemajo starši pri vzgoji in pomoči svojim otrokom. Predstavljeni so: nekatera teoretična izhodišča in izsledki raziskav na področju duševnega zdravja staršev otrok z ADHD in doživljanja starševskega stresa ter ugotovitve glede izvedbe uspešnih starševskih programov. V nadaljevanju se prispevek osredini na pomen skupinskega dela s starši otrok z ADHD in predstavitev skupine za starše otrok z ADHD, ki jo izvajajo v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Avtorici predstavita vsebino skupine za starše otrok z ADHD, namen skupine in posamezne tematske sklope, ki se smiselno nadgrajujejo in dopolnjujejo skozi posamezna srečanja v obdobju enega šolskega leta. Sledi analiza dveh skupin za starše, ki smo ju izvedli v šolskih letih 2018/19 in 2023/24. Rezultati in tudi naše izkušnje kažejo, da skupina za starše lahko predstavlja pomembno dopolnilo individualne obravnave. Skupina ob psihoedukacijski, podporni in izkustveni vlogi staršem nudi možnost pridobivanja dodatnih informacij ter odgovorov na vprašanja in dileme, s katerimi se srečujejo med starševstvom in individualno obravnavo, hkrati pa ponudi tudi dragoceno medsebojno izmenjavo izkušenj z

drugimi starši in predstavlja dodatno obliko pomoči. Starši izražajo visoko stopnjo zadovoljstva s tovrstno možnostjo in kažejo željo po še bolj sistematični in poglobljeni obliki skupine za starše otrok z ADHD.

Ključne besede: otroci z ADHD, starši, duševno zdravje, podporno-educativna skupina za starše, strategije podpore in pomoči

Abstract

The article sheds light on the dynamics of parenthood and the difficulties encountered by parents while rearing and helping their children with ADHD. Theoretical standpoints and research results in the fields of mental health and stress in parents of children with ADHD are outlined, including findings about implementation of successful programmes for parents. The paper then focuses on the relevance of group work with parents of children with ADHD and describes a supportive-educative group for such parents organised at the Counselling Centre for Children, Adolescents and Parents Ljubljana. Purposes of such work are outlined, as well as its contents including a number of thematic blocks carried out in a meaningful progression of sessions for parents in the academic years 2018/2019 and 2023/2024. The obtained results and our experiences show that such a group for parents can present an important addition to individual treatment. Besides its psycho-educational, supportive, and experiential role for parents, such a group offers possibilities for parents to obtain additional information and answers to their questions and dilemmas encountered in their parenthood and raised during individual sessions. Furthermore, it enables a valuable exchange of observations between parents having different experiences and represents an additional mode of help. Parents are very content with this kind of programmes and express a wish for more systematic and insightful practice in groups for parents of children with ADHD.

Keywords: children with ADHD, parents of children with ADHD, mental health, supportive-educative group for parents, strategies of support and help

Uvod

V Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) že vrsto let vodimo skupino za starše otrok z motnjo pomankljive pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD), ki je zasnovana kot edukativna, podporna in izkustvena skupina. Pri izvedbi skupine sodeluje več strokovnjakov: psihologi, specialni pedagogi ter specialisti otroške in mladostniške psihiatrije. Program, ki smo ga oblikovali, temelji na različnih vsebinah, skozi katere skušamo starše seznaniti z naravo težav, ki izhajajo iz ADHD, ter jih opolnomočiti, da se bodo lažje spoprijemali z izzivi, ki jih prinaša starševstvo otroku z ADHD, ter se posluževali učinkovitih vzgojnih pristopov in strategij pomoči, hkrati pa znali poskrbeti tudi zase.

Ideja za skupino se je porodila, ko smo zaznali, da individualna pomoč otroku in konkretni družini ni dovolj, saj je ADHD kompleksna razvojno-nevrološka motnja, katere posledice niso omejene samo na otroka z ADHD, ampak vplivajo tudi na socialni in družinski kontekst.

Starši otrok z ADHD namreč pogosteje poročajo o manjšem zadovoljstvu s svojo družinsko vlogo in starševstvom kot starši otrok brez ADHD (Leitch idr., 2019). Prav tako avtorji raziskav navajajo, da starši otrok z ADHD doživljajo večjo mero stresa kot starši otrok z običajnim razvojem (Theule idr., 2013). V avstralski študiji (Leitch idr., 2019) starši svojo visoko stopnjo stresa pripisujejo vedenju in socialnim težavam svojih otrok, njihovim neizpolnjenim potrebam po podpori in izkušnjam družbene stigme. **Stisko doživljajo predvsem zaradi sodb skupnosti in nerazumevanja vedenja njihovih otrok, diagnoze ADHD, uporabe zdravil in njihovih lastnih**

starševskih praks. Prav tako so nekatere študije pokazale, da starši otrok z ADHD poročajo o višji stopnji depresije in simptomih anksioznosti kot starši otrok brez ADHD (Harvey, 2000; Mezzeschi, 2019). Zasedimo pa tudi, da sta za družine otrok z ADHD značilna manjše starševsko strinjanje ali doslednost glede vodenja svojih otrok in višja stopnja konfliktov v zakonskih odnosih (Harvey, 2000; Kvist in Nielsen, 2013; Shelton idr., 1998).

Povečan starševski stres je povezan s številnimi negativnimi posledicami za otroke in starše, vključno s poslabšanjem otrokovih simptomov ADHD, z zmanjšanim odzivom na intervencije, zmanjšano kakovostjo odnosa med staršem in otrokom ter s slabšim duševnim zdravjem staršev (Johnston in Mash, 2001).

232

Sung idr. (2008) poročajo o dvosmerni povezavi med duševnim zdravjem staršev in težavah s spanjem pri otrocih z ADHD. Navajajo, da lahko povečana mera starševskega stresa vpliva na motnje spanja pri otrocih z ADHD. Po drugi strani pa obstaja pri starših otrok z ADHD, ki imajo motnje spanja, večja verjetnost, da bodo podvrženi starševskemu stresu in težavam v duševnem zdravju.

Prav tako avtorji nekaterih študij (Chronis idr., 2003; Minde idr., 2003) ugotavljajo povišano stopnjo simptomov ADHD pri starših otrok z ADHD. Težave, s katerimi se srečujejo starši z ADHD, lahko vplivajo na družinsko delovanje in manj učinkovito starševstvo. Družinsko okolje namreč velja za pomemben vidik pri razvoju, izraženi in izidu motnje pri otrocih z ADHD. **Starševstvo otroka z ADHD je že samo po sebi zahtevno, starševstvo otroka z ADHD, ko ima eden od staršev sam motnjo ADHD, pa je lahko še posebej stresno.** Ta dodatni stres lahko povzroči več konfliktov v družini. Študije o starševstvu (Harvey idr., 2003; Psychogiou idr., 2008) so pokazale, da so bili simptomi ADHD pri starših povezani z zmanjšanim pozitivnim in vključujočim starševstvom ter bolj izraženimi negativnimi čustvi. Ugotovljeno je bilo tudi, da so simptomi ADHD pri starših najmočnejši napovedovalec starševske stiske.

Učinkovitost skupinskih programov pomoči za starše otrok z ADHD

Strokovnjaki poudarjajo pomen izobraževanja staršev otrok z ADHD, tj. z namenom razumevanja delovanja otrok z ADHD in uporabe naučenih strategij v domačem okolju. Dobro znane programe za usposabljanje staršev so pred leti oblikovali Forehand in McMahon (1981) ter Barkley (1987), in sicer z namenom izboljšanja starševskih veščin in zmanjšanja vedenjskih težav pri otrocih z ADHD. Obstajajo pa tudi drugi programi usposabljanja staršev, katerih cilj je na primer izboljšanje socialnih veščin in veščin reševanja problemov pri otrocih z ADHD (Blakemore idr., 1993; Sheridan in Dee, 1996).

Kohut in Andrews (2004) sta pregledala različne evalvacijske študije skupin za starše otrok z ADHD, pri čemer je bila starost otrok 4–12 let, skupina za starše pa je bila sestavni del pomoči otrokom z ADHD. Študije sta analizirala po naslednjih spremenljivkah: vrsta usposabljanja staršev, program skupin, psihopatološka ocena staršev, vključenost staršev in uporaba zdravil pri otrocih.

233

Ugotovila sta, da so programi usposabljanja staršev uspešni pri premagovanju primarnih simptomov ADHD pri otrocih, hkrati pa vplivajo na zmanjšanje starševskega stresa ter povečanje samozaupanja in samozavesti staršev pri vzgoji.

Anastopoulos, Shelton, Du Paul in Guevremont (1993, v Kohut in Andrews, 2004) so izvedli program usposabljanja za starše po programu, ki ga je zasnoval Barkley (1987) in ki je obsegal devet tedenskih enournih skupinskih srečanj. Ta so bila osredinjena na poučevanje vedenjskih tehnik pri otrocih z ADHD. Sodelovalo je 36 mamic in njihovih otrok z diagnosticirano motnjo ADHD (25 fantov in 9 deklet); od tega je sedem otrok prejelo zdravila (stimulanse). Avtorji so poročali o pozitivnih spremembah pri materah po končanem programu, in sicer o zmanjšanem doživljanju stresa, povečani samozavesti in o zmanjšanju simptomov ADHD pri otrocih.

Erhardt in Baker (1990, v Kohut, Andrews, 2004) sta izvedla študijo primera dveh družin, v katerih sta imeli sinova diagnozo ADHD. Izvedeno je bilo desettedensko usposabljanje za starše. Program je temeljil na Barkleyjevem programu (1987), vendar je vseboval tudi določene vsebine iz programa, ki so ga oblikovali Forehand in McMahon (1981) ter Patterson in Reid (1973). Vključeval je šest dvehurnih skupinskih srečanj za starše in štiri enourne individualne konzultacije. Namen individualnih srečanj je bil, da strategije in načela, ki so se jih starši naučili v skupini, prilagodijo potrebam svojih družin. Učinek programa se je pokazal v večjem zaupanju staršev do svojih otrok ter boljšem poznavanju različnih tehnik in principov spreminjanja vedenja. Poleg tega so se pri obeh fantih zmanjšale vedenjske težave, kot so izbruhi jeze in agresija, materi pa sta uvideli več pozitivnih lastnosti svojih otrok.

Smith in Barrett (2000, v Kohut, Andrews, 2004) sta izvedla študijo primera, v katero sta vključila tri družine, ki so imele hčere z ADHD. Izvedla sta desettedenski program usposabljanja za starše, ki je prav tako temeljil na Barkleyjevem programu (1987), dodatno pa je vključeval še »osvežitveno« srečanje. Učinkovitost programa sta ocenjevala na podlagi ocen vedenja in čustvenega stanja pri hčerah na podlagi vprašalnikov ter opazovanja mater in hčera doma. Pri vseh dekletih je prišlo do izboljšanja primarnih simptomov ADHD, torej na področjih pozornosti, impulzivnosti in nemirnosti, prav tako so se pri vseh treh dekletih zmanjšali simptomi tesnobe in depresije.

Weinberg (1999, v Kohut, Andrews, 2004) je preučeval učinek šesttedenskega programa usposabljanja za starše otrok z ADHD, temelječem na Barkleyjevem programu (1987). Vključenih je bilo 34 staršev (devet družin, šestnajst mater) 25 otrok z ADHD (20 fantov, 5 deklet). Program usposabljanja za starše je obsegal šesttedenska 90-minutna skupinska srečanja. Vsi otroci z ADHD, vključeni v raziskavo, so prejeli stimulanse za boljše obvladovanje simptomov ADHD. Podatki o učinkovitosti skupin za starše so bili pridobljeni takoj po zaključku skupine in so pokazali znatno izboljšanje na področjih znanja staršev o ADHD, razumevanja ADHD ter veščin obvladovanja

vedenja. Prav tako je prišlo do blagega zmanjšanja stresa pri starših in zmanjšanja problematičnega vedenja otrok doma.

Raziskava, ki so jo izvedli Horn in sodelavci (1990, v Kohut in Andrews, 2004), je vključevala 42 osnovnošolskih otrok z ADHD. Program usposabljanja za starše je trajal dvanajst tednov in je temeljil na programih, ki so jih zasnovali Barkley (1987), Forehand in McMahon (1981) ter Patterson (1973). Udeleženci so bili naključno razdeljeni v dve skupini, pri čemer je bila ena skupina deležna vedenjskega treninga, druga kognitivno-vedenjske terapije, ki je temeljila na poučevanju strategij samokontrole, tretja pa je bila deležna obeh pristopov. Evalvacija je bila narejena takoj po koncu programa in ponovno osem mesecev po končanem programu. Izsledki raziskave so pokazali, da je kombinirana oblika usposabljanja pomembno bolj vplivala na zmanjšanje vedenjskih težav v domačem okolju. Prav tako so učitelji v šoli ugotavljali, da se je takoj po koncu usposabljanja izboljšalo vedenje otrok z ADHD v šoli. Po osmih mesecih se je izboljšano vedenje doma ohranilo, medtem ko v šoli otroci niso nadalje vzdrževali izboljšane vedenja oz. se to ni ohranilo.

Predstavitev podpornoedukativne skupine za starše otrok z ADHD v SCOMS

Program skupine za starše otrok z ADHD, ki so ga zasnovali strokovnjaki znotraj multidisciplinarnega tima (klinična psihologinja, specialist otroške in mladostniške psihiatrije, specialni pedagogi), sledi posameznim vsebinskim sklopom v okviru devetih srečanj, ki potekajo vsakih štirinajst dni po 90 minut.

Teme srečanj so naslednje:

- Razumeti otroka z ADHD (osnovne značilnosti in narava težav ADHD, nevrobiološke osnove, komorbidnost, vpliv ADHD na otroka, družino, šolsko situacijo, medosebne odnose, pomen staršev pri tem).

- Pomoč otroku pri razvijanju šolskih spretnosti – tema v okviru dveh srečanj (učna motivacija, metakognicija, učna samoregulacija, priprava na učenje in proces učenja, konkretne strategije podpore pri učenju šolskih spretnosti).
- Otrok z ADHD in izzivi v šoli (komunikacija starši – šola, oblike pomoči v šoli).
- Biti starš otroku z ADHD (izzivi pri vzgoji, strategije za kakovostno starševstvo, možnosti ravnanja ob različnih težavah, kot so: čustvene stiske, izbruhi jeze, druge pridružene težave idr.).
- Vloga zdravil kot ene izmed oblik pomoči in pomen zdravega življenjskega sloga pri otroku z ADHD (kako delujejo zdravila in kdaj so potrebna, morebitni neželeni učinki zdravil, telesna aktivnost, spanje, prehrana).
- Samoopazovanje in zmožnost sprostitev kot osnova za spoprijemanje s težavami (samoopazovanje in samoocenjevanje lastnega vedenja, počutja in doživljanja stresa ter tehnike sproščanja za starše in otroke).
- Sklepno srečanje (povratna informacija staršev, izmenjava mnenj in izkušenj ter predlogi za nadaljnje oblike podpore in pomoči).

Skozi leta prilagajamo in dopolnjujemo vsebino skupine in prav tako trajanje skupine glede na izražene potrebe staršev. V nadaljevanju je predstavljena analiza evalvacije izvedenih skupin za starše za dve šolski leti.

Analiza rezultatov podpornoedukativne skupine za starše otrok z ADHD v SCOMS

Namen analize je bil ugotoviti, kakšni so učinki skupine za starše otrok z ADHD, pri čemer podajamo analizo dveh skupin, ki smo ju izvedli v šolskih letih 2018/19 in 2023/24. Rezultati evalvacije obeh izvedb skupine zaradi uporabe različnih merskih instrumentov in poteka analize niso neposredno primerljivi med seboj, zato jih predstavljamo ločeno.

V študiji, ki smo jo izvedli v letu 2018/19, smo preučevali učinke skupine na naslednjih področjih:

- doživljanje sebe kot starša;
- samoocena svojega pristopa k vzgoji;
- ocena vzdušja v družini;
- ocena zadovoljstva staršev z izvedbo programa.

V poznejši študiji v letu 2023/24 pa smo želeli ugotoviti, kako starši doživljajo:

- program oz. vsebino skupine;
- uporabnost pridobljenih informacij in znanja;
- organizacijo skupine;
- možnost izmenjave izkušenj in pogovora v skupini;
- predavateljce in predavateljice.

Zanimale pa so nas tudi pozitivne in negativne izkušnje staršev v skupini ter komentarji staršev in njihovi predlogi za nadaljnje skupine ter nadaljnje oblike podpore in pomoči.

Metoda

Udeleženci

V šolskem letu 2018/19 je bilo v skupino vključenih 60 staršev otrok z ADHD, starih od 6 do 12 let; od tega sta bila pri 13 otrocih vključena oba starša. V šolskem letu 2023/24 pa je bilo v skupino vključenih 25 staršev otrok z ADHD, starih od 6 do 12 let; od tega sta bila pri petih otrocih vključena oba starša.

Viri podatkov

Učinke prve izvedbe programa v šolskem letu 2018/19 smo merili z uporabo evalvacijskih vprašalnikov ob začetku in koncu skupine za starše. Uporabili smo naslednje vprašalnike in ocenjevalne lestvice: *Ocenjevalna lestvica vedenja za otroke (CBCL)*, *Vprašalnik samoocena*

staršev (doživljanje sebe kot starša, pristop k vzgoji, vzdušje v družini), *Interni vprašalnik za oceno izvedbe skupine za starše*.

Učinke druge izvedbe programa v šolskem letu 2023/24 smo ugotavljali ob koncu skupine na podlagi *Internega vprašalnika za oceno izvedbe skupine*. Starši so na 4-stopenjski lestvici ocenjevali program oz. vsebino skupine, uporabnost pridobljenih informacij, organizacijo, možnost izmenjave izkušenj in pogovora ter predavatelje in predavateljice. Nato so se na 10-stopenjski lestvici opredelili, v kolikšni meri bi udeležbo na skupini za starše priporočili drugim staršem. Sledila so odprta vprašanja:

- Kaj bi poudarili kot pozitivno v skupini?
- Kaj bi izpostavili kot negativno v skupini?
- Vaši predlogi in komentarji.

Obdelava podatkov

Pri analizi rezultatov sta bili izvedeni osnovna deskriptivna statistika in kvalitativna analiza odgovorov na odprta vprašanja.

Rezultati in interpretacija

Rezultati in ugotovitve na podlagi analize vprašalnikov po posameznih tematskih področjih za izvedbo skupine v šolskem letu 2018/19

1. Doživljanje sebe kot starša

Starši so v povprečju opažali največ razlik na področju doživljanja uspešnosti sebe kot starša. Navajali so, da so nekoliko manj nemočni in samozavestnejši, hkrati pa tudi nekoliko manj zadovoljni kot starši in izčrpani.

2. Samoocena svojega pristopa k vzgoji

Glede samoocene pristopa k vzgoji pred skupino in po njej se je na večstopenjskem vprašalniku pokazala največja razlika v doslednosti oz. nedoslednosti pri vzgoji. Starši so se po koncu

skupine ocenili kot doslednejše in malo strožje, nekoliko bolj umirjene in manj vzkipljive.

3. Ocena vzdušja v družini

Razlika pred udeležbo v skupini in po njej se je pri starših pokazala v večjem zaupanju vase, večji meri sproščenosti in manjši meri sporov v družini.

4. Ocena zadovoljstva staršev z izvedbo programa

Na lestvici od 1 do 5 so starši ocenili visoko stopnjo zadovoljstva z izvedbo programa, in sicer so jo ocenili s povprečno oceno 4,5.

Starši so podali tudi pisno izjavo o svojem doživljanju skupine, pri čemer navajamo le nekatere:

»Nama z možem so delavnice zelo koristile in sva na njih dobila precej informacij ali smernic, ki nama pomagajo. Delavnice se mi zdijo koristne tudi zato, ker si takrat starši vzamemo čas in premislimo, kaj že izvajamo doma in kaj bi bilo še pametno storiti. Tudi zato si želim še več takšnih delavnic in srečanj. Pa tudi za to, da se srečamo z drugimi starši, ki imajo podobne težave, in si na ta način izmenjamo izkušnje. Še enkrat iskrena hvala vsem predavateljem za res kakovostne delavnice.«

»Skupina je koristna, ker najdeš sebe, in s tem, ko pomagaš sebi, pomagaš tudi otroku.«

»Veliko berem in se informiram. Na srečanjih ste me spomnili na že prebrano. Tako sem določene že opuščene aktivnosti ponovno začela izvajati. Dobila sem tudi potrditev, da po intuiciji delam prave stvari.«

»Koristno je bilo prav vse, od teorije do prakse. Najbolj pa, ko so predavatelji podajali primere iz prakse, kako oni delujejo oz. usmerjajo otroke z ADHD.«

»Zdaj bolje razumem svojega otroka.«

Rezultati in ugotovitve na podlagi analize Vprašalnika za oceno izvedbe skupine, ki smo jo izvedli v šolskem letu 2023/24

Preglednica 1

Analiza Vprašalnika za oceno izvedbe skupine za starše otrok z ADHD

Spremenljivka	Odgovor	f	%
Program/vsebina skupine	slaba	0	0
	ne morem se opredeliti	0	0
	dobra	9	36
	zelo dobra	16	64
Uporabnost pridoljenih informacij in znanja	slaba	0	0
	ne morem se opredeliti	1	4
	dobra	13	52
	zelo dobra	11	44
Organizacija	slaba	0	0
	ne morem se opredeliti	0	0
	dobra	9	36
	zelo dobra	16	64
Možnost izmenjave izkušenj, pogovora	slaba	1	4
	ne morem se opredeliti	0	0
	dobra	14	56
	zelo dobra	10	40
Predavatelji in predavateljice	strokovno nepodkovani	0	0
	ne morem se opredeliti	0	0
	strok. dobro podkovani	4	16
	strokovno zelo dobro podkovani	21	84

Legenda: f – število odgovorov; % – odstotek odgovorov

Večina staršev je dobro ocenila program oz. vsebino skupine (64 % zelo dobro, 36 % dobro) in uporabnost pridobljenega znanja (52 % dobro, 44 % zelo dobro), organizacijo (64 % zelo dobro, 36 % dobro), možnost izmenjave izkušenj in pogovora (56 % dobro, 40 % zelo dobro) ter predavatelje in predavateljice (84 % zelo dobro, 16 % dobro). Ocene 4 % staršev pa so pokazale na slabo možnost izmenjave izkušenj in pogovora (preglednica 1).

Preglednica 2

Odgovori na vprašanje »Ali bi udeležbo na skupini priporočali tudi drugim staršem?«

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f									3	1	21
%									12	4	84

Legenda: f – število odgovorov; % – odstotek odgovorov

Starši so se na vprašanje »Ali bi udeležbo na skupini priporočali tudi drugim staršem?« na lestvici od 0 do 10 (pri čemer 0 pomeni – sploh ne priporočam in 10 – zelo priporočam) v velikem deležu odločili, da bi skupino priporočili drugim staršem (preglednica 2).

Sledijo odgovori staršev na odprta vprašanja.

Odgovori na vprašanje: »Kaj bi poudarili kot pozitivno?«

Udeleženci so kot pozitivno posebej poudarili vsebino in organizacijo predavanj, saj so bila predavanja po njihovem mnenju sistematično zasnovana, razumljivo podana in strokovno poglobljena, hkrati pa obogatena s konkretnimi primeri iz prakse. Cenili so empatičen in čustveno inteligenten pristop predavateljev, ki je bil podkrepljen z uporabnimi informacijami, s praktičnimi rešitvami in tehnikami za obvladovanje težav, vključno z razlago simptomov in strategij delovanja oseb z ADHD. Všeč so jim bile: raznolikost, izčrpnost in dobra organizacija predavanj.

Veliko pohval so namenili tudi predavateljem, ki so s strokovnostjo in z jasnim načinom podajanja snovi omogočili boljši vpogled v razumevanje otrok z ADHD. Poudarili so, da so bile vsebine kljub zahtevnosti predstavljene na način, ki je bil dostopen vsem udeležencem. Še posebej pomembno se jim je zdelo razumevanje otrok z ADHD in njihovih staršev. Predavanja so jim pomagala bolje razumeti, zakaj se otrok vede na določen način, hkrati pa so okrepila tudi razumevanje motnje ADHD. Udeleženci so kot dragoceno poudarili tudi medsebojno podporo in izmenjavo izkušenj. Občutek, da niso sami, in spoznanje, da imajo podobne izzive tudi drugi starši, so jih opolnomočili. Cenili so priložnost za deljenje mnenj in izkušenj ob strokovnem vodenju predavateljev ter pozitivno ustvarjanje prostora, ki je »normaliziral« ADHD in občutke nemoči, s katerimi se starši pogosto srečujejo.

Odgovori na vprašanje »Kaj bi izpostavili kot negativno?«

Udeleženci so med negativnimi vidiki predavanj izpostavili prevelik poudarek na teoriji in premalo priložnosti za diskusijo s preostalimi starši. Nekateri vsebine so ocenili kot preveč strokovne in težje razumljive. Opozorili so, da so predavanja včasih ostala nedokončana zaradi številnih vprašanj slušateljev in pomanjkanja časa.

Na področju organizacije predavanj so kot težavo navedli preveliko skupino, kar je otežilo obravnavo konkretnih primerov. Nekateri so izrazili željo po več predavanjih, saj se jim je deset srečanj zdelo premalo, ob tem pa so predlagali tudi bolj poglobljeno in razširjeno vsebino.

Med drugimi vidiki so omenili klepetavost staršev med predavanji in pomanjkanje uvodne predstavitve družin, kar bi po njihovem mnenju pripomoglo k boljšemu medsebojnemu povezovanju.

Odgovori na vprašanje: »Vaši komentarji, predlogi za naprej.«

Udeleženci so med predlogi za prihodnost najpogosteje izrazili željo po več praktičnih primerih in vajah, saj bi jim konkretne in interaktivne aktivnosti pomagale pri spoprijemanju z vsakodnevnimi

izzivi. Poudarili so pomen individualnih nasvetov glede specifičnih težav, s katerimi se srečujejo, ter izrazili potrebo po skupinah, ki bi hkrati obravnavale ADHD in Aspergerjev sindrom. Kot dobrodošle so navedli vsebine o podpori sorojencem otrok z ADHD, dodatna predavanja o prehrani in alternativnih pristopih ter predstavitve možnosti alternativnega zdravljenja. Nekateri so predlagali tudi krajše predavanje skupaj z otroki in samopomočno skupino za starše. Prav tako so izrazili zanimanje za vodene tematske večere, namenjene izmenjavi izkušenj in strategij.

Na področju organizacije so predlagali manjše skupine, več časa za vprašanja in diskusijo ter več prostora za izmenjavo izkušenj med starši. Omenili so tudi potrebo po večjem številu gradiv in nalog za domov ter po bolj usmerjenem vodenju razprav, da starši ne bi preusmerjali pogovora od glavne teme. Med drugimi predlogi so poudarili pomen širšega ozaveščanja o ADHD – med otroki, starši pa tudi v šolstvu –, ob tem pa dodali, da naj bodo vsebine predstavljene preprosto in jasno.

Predstavljeni rezultati se ujemajo tudi s subjektivnimi opažanji izvajalcev, ki so med srečevanji s starši opažali predvsem naslednje značilnosti:

- Pri večini udeležencev sta v ospredju starševski stres in izjemna obremenjenost, vezana na vzgojno zahtevnost pa tudi pritiske okolice, predvsem šole. Ob tem pa je veliko staršev na skupini spregovorilo tudi o lastnih težavah s pozornostjo in z nemirnostjo, pri čemer so nekateri to prepoznali šele na skupini, nekateri pa so zaradi tega že vključeni v strokovno obravnavo. Posebej zanimive so bile izkušnje staršev, ki so spregovorili o lastnem ADHD in spoprijemanju s tem skozi odraščanje in v odraslosti.
- Medtem ko so nekateri starši v skupini delovali zelo zavzeto in motivirano ter so med posameznimi srečanji skušali prenašati določene vsebine v svoj starševski vsakdan, je imelo veliko staršev težave pri uporabi novih spoznanj in pristopov, kar kaže na še večjo potrebo po bolj poglobljenem delu v skupini in

možnosti sprotnih refleksij, usmeritev in vodenja pri usvajanju določenih veščin.

- Nemalo staršev še vedno pričakuje predvsem »recepte« ali točna navodila, ki jim bodo pomagala pri vzgoji otrok in reševanju težav, ki se pojavljajo v vsakdanjih situacijah.
- Nekateri starši so težje sledili vsebinski in organizacijski strukturi skupin in so včasih spregovorili tudi o drugih osebnih temah ali podrobnostih težav, s katerimi se srečujejo pri svojem otroku z ADHD, kar kaže na to, da je zelo pomembno, da starši ob vključitvi v skupino ne prekinejo individualne obravnave. V okviru te lahko pridobijo dodatne spodbude in napotke, ki so vezani na njihovo osebno in družinsko situacijo.
- Medtem ko smo v preteklih letih opazali večji osip pri obiskovanju posameznih srečanj med izvajanjem, je v zadnjem času osip zelo nizek. Pogosto se skupine udeležujeta tudi oba starša. Opažamo, da večina staršev v programu sodeluje do konca. Sklepamo, da je k temu pripomogel skrajšan interval med srečanji (prehod s srečanja enkrat mesečno na srečanje dvakrat mesečno oz. na 14 dni), ob tem pa najverjetneje tudi koristnost vsebin in oblik dela v skupini.

Zaključek

Podpornoedukativna skupina za starše otrok z ADHD v SCOMS, v kateri sodelujejo različni strokovnjaki (klinična psihologinja, specialist otroške in mladostniške psihiatrije, specialni pedagogi), se je izkazala kot pomembno dopolnilo individualni obravnavi otrok z ADHD. Starši so pridobili dodatno znanje za lažje prepoznavanje, razumevanje in shajanje z otroki z ADHD, hkrati pa so imeli možnost izmenjave izkušenj z drugimi starši in bili deležni medsebojne podpore staršev, ki se srečujejo s podobnimi težavami. Ocene zadovoljstva s programom so visoke, pri čemer starši kot posebno koristno poudarijo strokovno in praktično uporabno vrednost srečanj. Opozorijo

tudi na nekatere pomanjkljivosti (npr. časovna in vsebinska omejenost) in predlagajo določene izboljšave za nadaljnje programe (še več praktičnih primerov in vaj, konkretnih nasvetov in izmenjave izkušenj z drugimi starši, vsebinske in časovne razširitve, možnost sočasne skupine za otroke in starše oz. možnost dodatnih podobnih skupin tudi za otroke, npr. razvijanje strategij).

Predstavljene analize skupin (ki jih sicer v prilagojeni obliki skušamo izvajati po vsakem končanem sklopu) nam kljub statističnim omejitvam predstavljajo pomemben vir informacij pri načrtovanju nadaljnjih skupin, ki jih vsako šolsko leto – glede na povratne informacije staršev, naša opažanja in glede na novejša strokovna spoznanja – nekoliko prilagodimo in nadgradimo. V tem šolskem letu smo tako dodali novo temo družine in zaslone, v preteklem pa uvedli tudi srečanja, namenjena predvsem medsebojnemu pogovoru in izmenjavi izkušenj.

Povratne informacije staršev in naše izkušnje kažejo, da je tovrstno obliko skupine za starše otrok z ADHD smiselno nadaljevati in jo še naprej nadgrajevati, pri tem pa v nadaljevanju omogočiti predvsem več časa – za podajanje in usvajanje novih strokovnih vsebin ter pomoč staršem pri njihovem prenosu v domače okolje.

Za starše sta zelo dobrodošli izmenjava izkušenj in podpora staršev, ki se spoprijemajo s podobnimi izzivi.

Hkrati pa je smiselno nadaljevati individualno obravnavo otroka/družine ter po potrebi staršem pomagati tudi pri iskanju ustreznih strokovnih podpor (še zlasti, kadar navajajo, da tudi pri sebi opažajo značilnosti ADHD, ki jih pomembno ovirajo pri vsakodnevem osebnem, družinskem in poklicnem življenju). V podporo staršem in za lažje sledenje vsebini posameznih srečanj smo v SCOMS pripravili knjižico Biti starš otroku z ADHD, katere vsebina temelji na našem strokovnem znanju in dozdajšnjih izkušnjah pri delu s starši otrok z ADHD v SCOMS. Za hitro seznanitev z vsebinami pa smo oblikovali tudi zloženko za starše.

Naše ugotovitve se ujemajo s podobnimi študijami, ki prav tako ugotavljajo pozitivne učinke skupin za starše otrok z ADHD. Te se kažejo predvsem v boljšem sprejemanju, prilagajanju in spopadanju z vedenjskimi težavami otrok z ADHD (Fuengfoo idr., 2024), v izboljšanju odnosa med staršem in otrokom, v zmanjšanju starševskega stresa (Anastopoulos, Shelton, Du Paul in Guevremont, 1993, v Kohut, Andrews, 2004; Weinberg, 1999, v Kohut, Andrews, 2004; Danforth idr., 2006) in v zmanjšanju vedenjskih težav pri otrocih (Erhardt in Baker, 1990, v Kohut, Andrews, 2004; Hamed Abd Elaleem idr., 2023). Nekateri avtorji študij ugotavljajo tudi zmanjšanje simptomov tesnobe in depresije pri mladostnicah z ADHD (Smith in Barrett, 2000, v Kohut, Andrews, 2004).

Literatura

Barkley, R. (1987). *Defiant children: A clinical manual for parent training*. Guilford.

Blakemore, B., Shindler, S., in Conte, R. (1993). A problem solving training program for parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 9(1), 66–85.

Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Bauman, B. L., in Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424–2432. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00009>

Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszek, W. R., in EberhardMcKee, T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 188–205. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.009>

Forehand, R., in McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinicians guide to parent training*. Guilford.

Fuengfoo, A., Poonsawat, R., Leelathanasorn, S., in Mekrungharas, T. (2024). Effect

of Parental-Group Intervention ob Parents' Growth Mindset and Behaviors of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Science*, 14(01), 47–54. <http://doi:10.1055/s-0044-1788291>

Hamed Abd Elaleem, A. E. D. M., Abd El Halim Osman, Z., in Osman Abd El Fatah, W. (2023). The effect of behavioral training program for parents on disruptive behavior among children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), 137. <https://ejnnpn.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-023-00738-z>

Harvey, E. A. (2000). Parenting similarity in children with ADHD. *Child and family Behavior Therapy*, 22, 39–54.

Harvey, E., Danforth, J. S., MsKee, T. E., Ulaszek, W. R., in Friedman, J. L. (2003). Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), 31–42.

Johnston C., in Mash E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207.

Kvist, A. P., Nielsen H. S., in Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science and Medicine*, 88(July), 30–38.

Kohut, C. S., in Andrews, J. (2004). The efficacy of parent training programs for ADHD children: A fifteen-year review. *Developmental Disabilities Bulletin*, 23(2), 155–172.

Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., in Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 14(1), 1–12.

Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., in Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 637–646.

Mezzeschi, C., Buratta, L., Germani, A., Cavalline, C., Ghignoni, R., Margheriti, M., in Pazzagli, C. (2019). Parental Reflective Functioning in Mothers and Fathers of Children With ADHD: Issues Regarding Assessment and Implications for Intervention. *Front Public Health*, 7, 263. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00263>

Patterson, G. R., in Reid, J. B. (1973). Interventions for families of aggressive boys: A replication study. *Behavior research and Therapy*, 11(4), 383–394.

Psychogiou, L., Daley, D. M., Thompson, M. J., in Sonuga-Barke, E. J. (2008). Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on parenting? *Development and Psychopathology*, 20(1), 121–137.

Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Morehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S. ..., in Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(6), 475–94.

Sheridan, S., in Dee, C. (1996). A multimethod intervention for social skills deficits in children with ADHD and their parents. *School Psychology Review*, 25(1), 57–76.

Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., in Efron, D. (2002). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and the effect on the child and family. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(4), 336–342.

Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., in Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17.

Samoregulacijsko učenje učencev s specifičnimi učnimi težavami in sopojavnimi motnjami – evalvacija desetletnega strokovnega specialnopedagoškega delovanja

Dr. Tanja Černe, prof. def.

Povzetek

Učence s specifičnimi učnimi težavami in sopojavnimi motnjami (motnja pozornosti in aktivnosti ter motnja avtističnega spektra) lahko pri sledenju pouka, domačem učenju in pri izkazovanju znanja pomembno ovirajo vztrajajoči specifični kognitivni in metakognitivni primanjkljaji ter primanjkljaji na področju izvršilnega funkcioniranja in uporabe ustreznih motivacijskih strategij, zato potrebujejo pri krepitvi učne samostojnosti ter doseganju ustreznih izobrazbenih dosežkov podporo v domačem, šolskem okolju ter v multidisciplinarnem timu v strokovni ustanovi.

V prispevku je predstavljena evalvacija desetletnega strokovnega specialnopedagoškega delovanja v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana na področju krepitve samoregulacijskega učenja, kar obsega: vključevanje učencev s specifičnimi učnimi težavami ter sopojavnimi motnjami v individualno obravnavo, v skupino za učenje učenja, izobraževanje staršev in pedagoških delavcev ter izdajo publikacij na temo samoregulacijskega učenja, kar zaokrožuje strokovna prizadevanja za ustrezno svetovalno in korektivno delovanje v različnih podpornih okoljih.

Ključne besede: samoregulacijsko učenje, učenci s specifičnimi učnimi težavami, sopojavne motnje, specialnopedagoška obravnavna, izobraževanje

Abstract

Students with specific learning difficulties and comorbid conditions (attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder) may be hindered (significantly) by persistent specific cognitive and metacognitive deficits and deficits in executive functioning while following lessons, the use of appropriate motivational strategies, learning at home or demonstrating their knowledge, therefore they need support from both home and school environment as well as from a multidisciplinary team in a professional institution, to strengthen their independent learning and achieve appropriate educational performance.

This article presents an evaluation of ten years of professional special education work in the field of strengthening self-regulated learning, which involves the inclusion of students - younger adolescents with specific learning difficulties and comorbid conditions in individual treatment and in a learning-to-learn group, education of parents and pedagogical workers and issuing learning-to-learn publications, in the Counselling Centre for Children, Adolescents and Parents Ljubljana, which rounds off professional efforts for appropriate counselling and corrective action in various supportive environments.

Keywords: self-regulated learning, students with specific learning difficulties and comorbid conditions, special educational treatment, educational activities

Uvod

Samoregulacijsko učenje je namensko, samousmerjevalno, reflektivno in strateško (Bakračevič Vukman idr., 2012), saj vpliva na načrtovanje, izvedbo in na evalvacijo lastnega učnega procesa; spodbuja razvoj učne motivacije in omogoča generalizacijo pridobljenega znanja na vsa učna področja, saj vključuje različne vedenjske strategije samoopazovanja in samoojačevanja (Stipek, 1996; v Černe, 2020).

Zimmerman (1995) je opredelil samoregulacijsko učenje prek treh splošnih vidikov učenja kot samoregulacijo vedenja, motivacije in čustev. Ugotovil je, da pomanjkanje socialnih izkušenj vodi v disfunkcijo samoregulacijskih spretnosti ter ustvarja občutek apatije in dolgočasje (Zimmerman, 2000), kar je pogost pojav v obdobju mladostništva, tudi med učenci s specifičnimi učnimi težavami (SUT) (Černe, 2020). Ker težje razvijajo samoregulacijsko učenje, so v šoli manj uspešni (Paulino in Lopes da Silva, 2011), kar lahko velja tudi za učence s SUT in sopojavnimi motnjami: motnjo pozornosti in aktivnosti (ADHD) ter motnjo avtističnega spektra (MAS). Samoregulacija je ena izmed glavnih izvršilnih funkcij, ki posamezniku služijo pri odločanju, katere naloge bo izvedel in kako jih bo izvedel (Dawson in Guare, 2009) ter pomembno oblikujejo učenčevo aktivno učno vlogo.

Teoretična izhodišča

Učenci s SUT izkazujejo vztrajajoče kognitivne primanjkljaje na nekaterih področjih akademskih veščin; ob nenehnem doživljanju neuspeha doživljajo občutek nemoči in več negativnih emocij (Seršen Fras, 2016). Prepričanja o slabši učni učinkovitosti vplivajo na njihovo učno samopodobo, zmanjšujejo učno učinkovitost in možnost uspeha (Spafford in Grosser, 1993; Mitchell, 2014). Njihova samoučinkovitost je pomembno nižja od vrstnikov. Sebe zaznavajo kot manj uspešne, nekompetentne in necenjene. Prav tako

nižje vrednotijo sebe in svoje sposobnosti, hitreje odnehajo ob težjih učnih nalogah in se učijo le lažjih vsebin (Bakračević Vukman idr., 2013). Pogosto se pojavljajo: naučena nemoč, samooviranje in pasivnost (povzeto po Sideridis, 2009), večja kognitivna angažiranost in utrudljivost (Magajna, 2015). Učenci z disleksijo in disortografijo se od večine vrstnikov razlikujejo po načinu vzpostavljanja in ohranjanja pozornosti, zaznavanja, spomina, mišljenja in jezika (Černe, 2025). Učenci z disgrafijo imajo zaradi počasnega tempa zapisovanja pogosto neurejen in zelo slabo berljiv rokopis. Njihovi zapiski so pogosto nedokončani. Zaradi odstopanj v delovnem pomnjenju ne uspejo upoštevati vseh pomembnih vsebinskih in oblikoslovnih vidikov pisanja (Černe, 2024b).

Učenci z MAS izkazujejo različna odstopanja, motnje oz. primanjkljaje v prilagoditvenih vedenjih, komunikacijskih in interakcijskih spretnostih ter fleksibilnosti mišljenja ne glede na kognitivni potencial. Izkazujejo primanjkljaje v delovanju možganskih funkcij, kot so izvršilne funkcije (Baron Cohen idr., 2009), ki se izkazujejo kot slabša zmožnost inhibicije odzivov (impulzivnost), težave z delovnim spominom in slabša uporaba novih strategij za reševanje problemov (npr. manj učinkovito učenje iz svojih napak, težave pri razumevanju koncepta časa oz. slabše razvite veščine časovnega razvrščanja dogodkov, težave z začenjanjem učenja, slabša zmožnost integracije in združevanja informacij oziroma šibka centralna koherenca možganskih funkcij) (Crespi, 2013; Just idr., 2004, v Macedoni Lukšič idr., 2009).

Učenci z ADHD izkazujejo vedenja, ki so bolj povezana s trenutnimi okoliščinami kot pa z notranjo reprezentacijo informacij (Nigg, 2006). Zanje so najpomembnejše neposredne posledice in trenutne okoliščine (notranji interes, zanimivost, novost situacije, stanje spočitosti/utrujenosti, takojšnja posledica). Odvisnost od trenutnih okoliščin jim otežuje razmislek med dražljajem in odzivom (oceniti situacijo, predvideti možnost, priklicati si dogovor ...). Primanjkljaji v delovnem spominu, nezrela samoregulacija čustev, motivacije in vznurjenja pa pomembno vplivajo na kompetenco učenje učenja

(Carlson idr., 2002). Pri učenju so pogosto neučinkoviti, ker se učijo površinsko, kar se posledično odraža v upadu pozornosti, večji občutljivosti za distraktorje ter v neugodju ob učenju in nasprotno, občutek ugodja v učni situaciji vpliva na razumevanje, uporabo na novo pridobljenega znanja, oblikuje občutek uspeha ter spodbuja razvoj pozitivne šolske samopodobe (povzeto po Reid, 2006).

V individualni specialnopedagoški obravnavi je pri delu z učenci poleg korekcije in kompenzacije primanjkljajev, ki se izkazujejo na akademskem področju, pomembno tudi individualizirano poučevanje posameznih komponent (kategorij) samoregulacijskega učenja, torej krepitev kognitivnih in metakognitivnih strategij, prepoznavanje metakognitivnega znanja ter prepoznavanje in spreminjanje motivacijskih prepričanj in strategij (Černe, 2025).

V procesu individualne specialnopedagoške ter multidisciplinarne obravnave v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) sem avtorica prispevka pred 20 leti prepoznala potrebo po redni, tedenski, skupinski, specialnopedagoški obravnavi s področja **krepitev samoregulacijskega učenja**, in sicer v **skupini učencev** od sedmega do devetega razreda osnovne šole, s SUT in sopojava motnjami ter sekundarnimi blažjimi čustveno-vedenjskimi težavami.

V zadnjih 10 letih se je srečanj skupine za učenje učenja udeležilo 73 učencev zadnjega triletja osnovne šole in njihovi starši, ki so bili v SCOMS deležni multidisciplinarnih timske diagnostične, svetovalne in korektivne obravnave, in sicer pred vključitvijo in po vključitvi v skupino za učenje učenja. Od tega je bilo vključenih 52 fantov in 21 deklet.

Vrstniška skupina je v obdobju mladostništva pomembna, saj se pospešeno razvijajo abstraktno mišljenje, sposobnost refleksije o lastnem učnem procesu, sprejemanje odločitev in zmanjševanje emocionalne odvisnosti (Bakračević Vukman, 2010); gre za intenzivno

obdobje socializacije in osebnostnega razvoja, prav tako pa so jasneje izražena pričakovanja domačega in šolskega okolja do učnega uspeha (Boekaerts, 2002), kar zvišuje motivacijsko naravnost za učne dosežke. Empirične raziskave o hierarhičnih kontekstualnih dejavnikih (povzeto po Benu Eliyahu in Bernacki, 2015), ki vplivajo na razvoj in krepitev samoregulacijskega učenja ter zajemajo značilnosti učenčevega ožjega in širšega učnega okolja, potrjujejo pomembno odločitev za svetovalno delovanje, ki je širše od individualne obravnave učenca in njegovega mikrosistema. Ob krepitevi samoregulacijskega učenja v skupini je posebna pozornost usmerjena na koregulacijsko učenje, ki v proces učenja vključuje vpliv socialne dimenzije, saj imajo vključeni učenci različno predmetno znanje, kompetence ali cilje, zato s pomočjo mehanizmov za regulacijo kognicije, čustev, vedenja in motivacije lažje dosežajo akademske cilje (Chan, 2012; Hadwin idr., 2011). Gre za premik iz potreb posameznika na skupino kot odgovor na potrebe članov znotraj skupine pa tudi celotne skupine (Järvelä in Hadwin, 2013; Hadwin idr., 2018; Panadero in Järvelä, 2015).

Svetovanje staršem in izvedba predavanj za starše vključenih učencev

Srečanja skupine so tesno povezana z individualnim ali s skupinskim svetovanjem, z izobraževanjem in usposabljanjem staršev, saj učenci s SUT in sopojavnimi motnjami pri domačem učenju v zadnjem triletju osnovne šole še niso povsem samostojni.

Pomembni izzivi se pojavljajo na učnih področjih, na katerih primanjkljaji, motnje oz. ovire vztrajajo, zlasti pa takrat, ko so učenci utrujeni, nezainteresirani ali nezavzeti, saj obstaja velika verjetnost, da bodo pri reševanju nalog opustili stopnjo samonadzora ali stopnjo samoregulacije, ki so jo že usvojili, ker vključujeta dodaten miselni napor (Zimmerman in Kitsantas, 1997, v Zimmerman, 2000).

Ker ne dosegajo primerljivih učnih dosežkov kot njihovi vrstniki, so starši razočarani ter povečujejo pritisk na njihov učni proces in učne dosežke. Pomembno je, da starši dobro poznajo naravo primanjkljajev, ovir oz. motenj ter se posledično počutijo opolnomočene in samozavestne pri oblikovanju ustreznih pričakovanj ter sprejemanju odločitev znotraj šolskega sistema (Stoner idr., 2005). **Izobraževanje in usposabljanje staršev** lahko vpliva na: 1) intenzivnejšo mladostnikovo samoregulacijsko učenje; 2) pridobivanje metakognitivnega znanja, ki ga učenci pridobijo od staršev, vrstnikov in od učiteljev (povzeto po Bakračević Vukman, 2010); 3) razumevanje pomena koregulacije v odnosu starši – mladostnik, ki pomeni proces souravnavanja mladostnikovih čustev in čutenj, ko starši empatično in umirjeno zdržijo ob mladostniku v stiski ter ob tem izkazujejo sočutje do njega in sebe (povzeto po Shanker, 2017); 4) razumevanje pomena in razvoja proaktivnih regulacijskih vzorcev, ki vključujejo elemente, kot so: občutek osebnega nadzora, pripisovanje uspeha trudu, lastna učinkovitost, postavljanje učnih ciljev, regulacija napa, delovno prostorsko in časovno uravnavanje, strategije spoprijemanja, učne strategije, strategije regulacije ter razumevanje depresivnega vzorca samoregulacije, ki vključuje samouničevalne kognicije, odsotnost motivacije in samoregulacijskih naporov (Černe, 2024a); 5) povečevanje starševskih kompetenc in samozaupanje ter v skupini staršev vzpostavljanje socialne podporne mreže.

Svetovanje staršem z različnimi vsebinskimi poudarki in cilji poteka pri različnih strokovnjakih znotraj multidisciplinarnega tima SCOMS. Specialnopedagoško delo je v desetletnem obdobju obsegalo več različnih organizacijskih oblik, ki sem jih avtorica izbirala glede na učenčeve posebne vzgojno-izobraževalne potrebe in učne priložnosti v domačem okolju; vsebine sem po potrebi modificirala. Obsegalo je: 1) srečanje s starši po prvem in končanem srečanju skupine za učenje učenja (pogovor s starši o pričakovanjih do skupine, o načinih domačega učenja, o razmerju med pomočjo, mladostnikovo odvisnostjo ter samostojnostjo, o razliki med koregulacijo in regulacijo, ovrednotenju pričakovanj ter opredelitev ciljev z evalvacijo

dosežkov ter izpolnjevanje vprašalnikov); 2) seznanitev staršev s predstavljeno konkretno učno strategijo, ki smo jo z vključenimi učenci na srečanju spoznali, in spodbuda k uporabi ustreznih strategij v domače okolje; 3) staršem in učencu posredujem datum za demonstracijo skupnega učenja ob prisotnosti strokovnjaka z namenom podkrepitve že obstoječih, učinkovitih učnih strategij in korigiranja neustreznih; 4) priprava predavanj in delavnic z medsebojno izmenjavo odprtih vprašanj ter izkušenj in starševsko podporo z naslednjimi naslovi: Podpora učencev s SUT in sopoječnimi motnjami pri domačem učenju in opolnomočenje staršev, Krepitev virov učencev s SUT in sopoječnimi motnjami, Razvijanje samoregulacijskega učenja učencev s SUT in sopoječnimi motnjami (Černe, 2024).

Ob izvedbi skupine za učence so starši izražali potrebo po predstavitvi konkretnih vsebin in oblik pomoči otrokom ali mladostnikom z različnimi učnimi težavami. Srečanja s starši so bila zastavljena kot predavanja, na katerih sem predstavila pomen učnih navad, različnih učnih strategij in oblik korektivnih pomoči pri otrocih ali mladostnikih s splošnimi učnimi težavami in SUT. Za individualna vprašanja in s tem povezane napotke sem jih napotila k strokovnjakom, pri katerih so ali bodo njihovi mladostniki v diagnostični in korektivni obravnavi, saj predavanja ne morejo nadomestiti individualne diagnostične, korektivne obravnave in svetovanja, lahko pa predstavljajo dopolnitev celostne oblike pomoči na področju duševnega zdravja ranljive populacije učencev s splošnimi učnimi težavami in SUT. Za podporo pri krepitvi samoregulacijskega učenja sem avtorica prispevka pripravila zloženke za učence in njihove starše ter druga učna gradiva.

V preglednici 1 so predstavljeni primeri odgovorov na vprašanje, ki sem jih zastavila učencem in staršem pred vključitvijo v skupino za učenje učenja, in sicer: »Kako poteka tvoje učenje doma?«, ter primeri odgovorov na vprašanje, ki sem ga učencem in staršem zastavila po koncu skupine za učenje učenja, in sicer: »Kaj si/je pri svojem učenju izboljšal?«

Preglednica 1

Primeri odgovorov učencev in staršev pred vključitvijo v skupino za učenje učenja ter po koncu

Primeri odgovorov učencev – mlajših mladostnikov in staršev

Pred vključitvijo v skupino so učenci/starši poročali:	Po koncu skupine so učenci poročali:	Po koncu skupine so starši poročali:
Učim/uči se z branjem zapiskov in s prepisovanjem učne snovi, odgovarjam/odgovarja tudi na vprašanja.	Naučila sem se več različnih načinov učenja. Najbolje mi je bilo, ko smo si pisali vprašanja in je potem drugi v paru odgovarjal nanje.	Zdaj se zna hčerka bolj samostojno lotiti učenja, čeprav je še vedno potrebna pomoč staršev.
Učim/uči se z branjem vsega, kar imam napisano v zvezku ter risanjem miselnih vzorcev.	Naučila sem se, na katere načine se lahko (na)učim. Všeč mi je bilo, da smo pregledali vse slike in delali povzetke ter kako se učiti iz učnih kartic.	Hčerka se lažje uči, bolje razumeva snov in bolj obvlada tehnike učenja. Začela je uporabljati učne kartice.
Učim/uči se samo pred kontrolkami, učno snov večkrat preberem/prebere iz zvezka, starši me/ga sprašujejo/sprašujemo.	Naučil sem se drugačnega učenja. Všeč mi je bilo, ko sem bil »učitelj«, ter ko smo igrali vloge. Želel bi si še večkrat takega učenja/igranja.	Sin je pridobil bogatejši besedni zaklad; zdaj je lažji prenos oz. posredovanje podatkov otroka meni in drugim, večji je tudi stik med nama.
Učim/uči se zelo malo, poskušam poslušati pri pouku. Učim/uči se, ko mi/mu starši rečejo/rečemo.	Naučil sem se, kako se učiti in pisati miselne vzorce. Doma zdaj pijem vodo, se učim in upoštevam odmore.	Menim, da se je sinu dvignila samozavest, je manj vzkipljiv, kot je bil prej. Učenje v skupini me je kot starša v veliki meri razbremenilo.

Izobraževanja za pedagoške in druge strokovne delavce iz vsebin samoregulacijskega učenja

Izobraževanja za pedagoške in druge strokovne delavce, ki potekajo v SCOMS v krajši ali daljši obliki, vodimo različni strokovnjaki. Namejnena so utrjevanju strokovnih kompetenc, strokovnem povezovanju, presojanju in izboljševanju pedagoškega dela ter spremljanju in razvijanju lastne strokovnosti (MacBeath 2006).

Izobraževanja pedagoških delavcev iz vsebin samoregulacijskega učenja so pomembna, saj krepijo usposobljenost za koregulacijo, za eksplicitno poučevanje učinkovitih samoregulacijskih strategij, ki jih je pomembno izvajati znotraj šolskih ur, z namenom, da je prenos znanj v domače okolje uspešnejši, ob tem gre za prihranek časa (Yan idr., 2024) in za preoblikovanje subjektivnih miselnih modelov o učenju (Carpenter idr., 2022).

258

Na usposabljanju pedagoških in drugih strokovnih delavcev za krepitev samoregulacijskega učenja se udeleženci seznanijo z razvojem samoregulacijskega učenja (Zimmerman, 2000), ki se odvija prek: 1) stopnje opazovanja; 2) stopnje konkurenčnosti samoregulacijskih sposobnosti; 3) stopnje samonadzora; 4) stopnje samoregulacije (Zimmerman, 2000).

Ob tem zavedanju sem v zadnjem desetletju avtorica vodila tudi izobraževanja v SCOMS (preglednica 2). Na izobraževanjih so bile uporabljene metode dela v skupini, individualnega, zlasti praktičnega dela, metode razlage, razgovora, izpolnjevanja delovnih listov in reševanja problemov. Zaradi manjšega števila udeleženk v posamezni skupini so imele vse udeleženke možnost aktivnega sodelovanja, samospraševanja in samoopazovanja ter izmenjave strokovnih izkušenj, na kar so se v evalvacijskem vprašalniku tudi pohvalno odzvale. V preglednici 2 so predstavljena izobraževanja, ki sem jih vodila avtorica prispevka v povezavi s samoregulacijskim učenjem v zadnjem

petletnem obdobju. Razvrščena so po naslovu izobraževanja, obsegu in po številu udeleženk.

Preglednica 2

Predstavitev izobraževanj iz vsebin samoregulacijskega učenja po naslovu, obsegu in po številu udeleženk

Izobraževanja v SCOMS iz vsebin samoregulacijskega učenja, ki so potekala od leta 2020 do leta 2025

Razvoj učne motivacije pri učencih s SUT v okviru samoregulacijskega učenja	Krepitev metakognitivnih učnih strategij pri učencih s SUT v okviru samoregulacijskega učenja	Vodenje skupin za učenje učenja, zlasti za učence s SUT, in sicer v treh delih: osnovna, nadaljevalna stopnja in nadaljevalna stopnja – portfolio
8 pedagoških ur 35 udeleženk, po večini SRP	8 pedagoških ur 27 udeleženk, po večini SRP	24 pedagoških ur 19 + 7 udeleženk (izvajalke dodatne strokovne pomoči (DSP), svetovalna delavka in SRP v zdravstveni dejavnosti)

259

Izobraževanje z naslovom **Razvoj učne motivacije pri učencih s SUT v okviru samoregulacijskega učenja** je potekalo prek platforme Zoom in v živo. Udeleženke so imele možnost poglobljenega pogleda v naravo in pojavnost samoregulacijskega učenja pri populaciji učencev s SUT, s poudarkom na relevantnih motivacijskih teorijah. Večina časa je bila namenjena seznanjanju s samodeterminacijsko teorijo ter seznanjanju s strategijami spodbujanja avtonomije, kompetence in socialne povezanosti v šolskem in domačem okolju. Udeleženke so v času med obema srečanjema pridobljeno znanje uporabile pri delu z izbranim učencem in na naslednjem srečanju evalvirale pridobljene strokovne izkušnje. Ovrednotile so vsebino ur DSP ali obravnave izbranega učenca, in sicer z vidika uporabe motivacijskih učnih strategij po Woltersu in Pintrichu. Kot predavateljica na izobraževanju sem vsebino komentirala ter nudila formativno povratno informacijo o izvedenih vsebinah in uporabljenih strategijah. Z izvedbo so udeleženke pridobile dodatno strokovno znanje,

sistematično in poglobljeno so razumele pomen motivacijskega znanja in strategij ter njihove samoregulacije znotraj vsebine samoregulacijskega učenja. Ob tem so krepile strokovne kompetence.

Izobraževanje z naslovom **Krepitev metakognitivnih učnih strategij pri učencih s SUT v okviru samoregulacijskega učenja** je potekalo prek platforme Zoom in v živo. Udeleženke so se seznanile z individualnim pristopom pri razvoju metakognitivnih spretnosti, in sicer s strategijami spremljanja, samopoučevanja s samonavodili, strategijami samospraševanja, samorazlaganja, strategijami evalvacije ter s skupinskim pristopom in strategijami recipročnega spraševanja in poučevanja, ki spodbujajo koregulacijske procese. Spoznale so metakognitivne bralne učne strategije, ovrednotile pomen branja v funkciji učenja ter razmišljale o aplikaciji pridobljenih znanj v različne oblike in načine poučevanja; v pouk, DSP, individualno in skupinsko pomoč. Na prvem srečanju so izpolnjevale *Vprašalnik zavedanja metakognitivnih bralnih strategij in ozaveščale svoje bralne strategije*. Med prvim in drugim srečanjem so opredelile in ovrednotile izvedbo ur DSP ali pouka z vidika krepitve metakognitivnih učnih strategij ter razmišljale, kako pri učencih spodbujati razvoj in njihovo uporabo.

Izobraževanja z naslovom **Vodenje skupin za učenje učenja, zlasti za učence s SUT** se je glede na potrebe udeleženk nadgrajevalo in je v končni obliki potekalo v treh delih: osnovna, nadaljevalna stopnja in nadaljevalna stopnja – portfolio. Potekalo je prek platforme Zoom in v živo. Na izobraževanju so imele udeleženke možnost poglobljenega pogleda v naravo in pojavnost samoregulacijskega učenja pri populaciji učencev s SUT ter sopojavnimi motnjami, v uporabo preprostih in kompleksnih bralnih strategij, metakognitivnih bralnih strategij ter motivacijskih učnih strategij. Udeleženke so izpolnjevali vprašalnike in delovne liste z namenom samoopazovanja in samoevalvacije samoregulacijskih strategij ter utrjevanja predstavljenih kompleksnih bralnih strategij, vključno z grafičnimi organizatorji. Podrobno so se seznanile z *modelom šeststopenjskega prilagodljivega učenja* (Boekaerts, 1997), ki vključuje kognitivno in

motivacijsko samoregulacijo in posledično učenčevu aktivno vlogo v procesu učenja ter z *modelom za izvedbo skupine za učenje učenja* (Černe, 2022); imele so možnost aktivnega sodelovanja. Spoznale so primanjkljaje učencev s SUT na področju učenja in vire, ki jih potrebujejo za uspešno učenje. Seznanile so se z nameni in s cilji skupinskega dela, organizacijo, vsebino, z metodami in s principi ter z različnimi učnimi strategijami ter s procesom postavljanja ciljev, s prepoznavanjem in z reguliranjem lastnih in učenčevih kognitivnih in motivacijskih strategij ter s krepitvijo in regulacijo lastnih in učenčevih metakognitivnih učnih in metakognitivnih bralnih strategij. Med prvim in drugim srečanjem so udeleženke reflektirale lastno izkušnjo prilagodljivega učenja.

V letu 2021 so udeleženke oblikovale, predstavile in oddale program za izvedbo skupine za učenje učenja tudi v pisni obliki ter ga predstavile v skupini. Avtorica prispevka in predavateljica sem nudila formativno povratno informacijo o vsebini, organizaciji in o mogoči izvedbi programa. Nekaterne udeleženke so začele voditi skupine za učenje učenja že kmalu po koncu izobraževanja, kar je spodbudno; preostale pa so jih začele voditi v novem šolskem letu, kar je bilo tudi smiselno. Z isto skupino udeleženk smo izvedle še spremljevalno srečanje **oz. nadaljevalno izobraževanje – portfolio**. Udeleženke so spoznale vsebine iz profesionalnega razvoja izvajalcev DSP ter portfolia kot vidika pisne profesionalne (samo)refleksije. Usposobile so se za spremljanje lastnega profesionalnega razvoja ob vodenju skupine za učenje učenja. V vmesnem času sem se avtorica prispevka in predavateljica srečala z vsako udeleženko prek platforme Zoom ter nudila formativno povratno informacijo glede izvedbe skupine in oblikovanja pisne naloge, ki je predstavljala pogoj za zaključek izobraževanja. Med izobraževanjem so udeleženke izražale zaskrbljenost nad zahtevnostjo podanih vsebin, zlasti glede samorefleksije samoregulacijskih metakognitivnih in motivacijskih strategij znotraj modelov samoregulacijskega učenja. Ob koncu izobraževanja so ugotovile, da je bil način učenja prek lastne aktivnosti ustrezen in učinkovit, saj so problematiko bolj poglobljeno razumele in jo lažje aplicirale na strokovno delo z učenci. Spraševale so se

o organizacijskih, izvedbenih oblikah skupine za učenje učenja v šolskem prostoru in o pomenu pridobivanja strokovnih kompetenc za skupinsko delo. Poročale so, da jim je bilo v veliko pomoč tudi strokovno spremljanje s formativno povratno informacijo, zlasti ob pojavljanju vsakodnevnih strokovnih izzivov. Pogovor s predavateljico, avtorico prispevka se jim je zdel učinkovit, saj so bile deležne dodatnih usmeritev in spodbud za nadaljnje delo.

Zaključek

Ker predstavlja samoregulacijsko učenje pomemben izziv za učence s SUT in sopojavnimi motnjami ter za njihove starše, pedagoške delavce in druge strokovne delavce, je treba tudi v prihodnje to strokovno področje ustrezno ovrednotiti, razvijati in si prizadevati za multidisciplinarno sodelovanje ter poglobljeno specialpedagoško individualno in skupinsko obravnavo, ki vključuje poučevanje in krepitev kognitivnih, metakognitivnih in motivacijskih spretnosti in strategij ter njihovo koregulacijo in samoregulacijo.

Še naprej si je treba prizadevati za poglobljeno razumevanje hierarhičnih kontekstualnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj in krepitev samoregulacijskega učenja, za multidisciplinarno raziskovanje področja, usposabljanje staršev, pedagoških in drugih strokovnih delavcev ter za nadaljnjo založniško dejavnost, kar v končnem koraku prispeva učencem s SUT in sopojavnimi motnjami višje akademske dosežke, krepí njihovo osebno zadovoljstvo in obogati njih same ter celotno skupnost.

Literatura

Bakračević Vukman, K. (2010). *Psihološki korlati učenja učenja. Študije metakognicije in samoregulacije: razvoj in možne praktične aplikacije* [Psychological correlates of learning learning: Studies of metacognition and self-regulation: Development and potential practical applications]. Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Bakračević Vukman, K., Čagran, B., in Ivanuš Grmek, M. (2012). Kompetenca učenje učenja v prenovljenih gimnazijskih učnih načrtih, [Learning to learn competence in the revised high school curriculum]. *Vzgoja in izobraževanje*, 43(6), 34–38.

Bakračević Vukman, K., Funčič Masič, T., in Schmidt, M. (2013). Self-regulation of learning in secondary school students with special educational needs and other students of vocational and technical schools. *The New Educational Review*, 33(3), 295–208.

Baron Cohen, S., Ashwin, E., Ashwin, C., Tavassoli, T., in Chakrabarti, B. (2009). Talent in autism: Hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 364(1522), 1377–1383. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0337>

Ben Elyahu, A., in Bernacki, M. L. (2015). Addressing complexities in self-regulated learning: A focus on contextual factors, contingencies, and dynamic relations. *Metacognition and Learning*, 10(1), 1–13.

Boekaerts, M. (1997). Self-regulated learning: A new concept embraced by researcher, policy makers, educators, teachers and students. *Learning and Instruction*, 7(2), 161–186.

Boekaerts, M. (2002). *Motivation to learn*. IAE IBE. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001280/128056e.pdf>

Bronson, M. B. (2000). *Self-regulation in early childhood: Nature and nurture*. Guilford Press.

Carlson, C. L., Booth, J. E., Shin, M., in Canu, W. H. (2002). Parent-teacher-and self rated motivational styles in ADHD subtypes. *Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 104–113.

Carpenter, S. K., Pan, S. C., in Butler, A. C. (2022). The science of effective learning with spacing and retrieval practice. *Nature Reviews Psychology*, 1(9), 496–511. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00089-1>

Chan, C.K. (2012). Co-regulation of learning in computer-supported collaborative learning environments: A discussion. *Metacognition and Learning*, 7, 63–73. <https://doi: 10.1007/s11409-012-9086-z>

Černe, T. (2020). *Vpliv tipa intervencijskega treninga na učno motivacijo mlajših mladostnikov z disleksijo* [Doktorska disertacija] [The influence of the type of intervention training on the learning motivation of young adolescents with dyslexia – Doctoral dissertation]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Černe, T. (2022). Samoregulacijsko učenja mlajših mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami in sopojavnimi motnjami v skupini za učenje učenja [Self-regulated learning of younger adolescents with specific learning disabilities and comorbid disorders in a learning-to-learn group]. *Šolsko svetovalno delo*, 26(2), 5–16.

Černe, T. (2024a). *Ocenjevanje in krepitev metakognicije pri učencih in dijakih z učnimi težavami* [Assessing and strengthening metacognition in students with learning disabilities]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T. (2024b). *Razumeti disleksijo, disortografijo in disgrafijo* [Understanding dyslexia, dysorthography, and dysgraphia]. Rokus Klett.

Černe, T. (2025). *Ocenjevanje in krepitev učne motivacije pri učencih in dijakih z učnimi težavami* [Assessing and strengthening learning motivation in students with learning difficulties]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T., in Jazbinšek, D. (2019) Diagnostično ocenjevanje kompetence učenje učenja pri mlajših mladostnikih z disleksijo ter sopojavno motnjo pozornosti in aktivnosti [Diagnostic assessment of learning-to-learn competence in young adolescents with dyslexia and comorbid attention deficit hyperactivity disorder]. V P. Janjušević (ur.), *Komorbidnost psihosocialnih motenj pri otrocih in mladostnikih* [Comorbidities of Psychosocial Disorders in Children and Adolescents] (str. 51–70). Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Dawson, P., in Guare, R. (2009). *Smart but scattered: The revolutionary "Executive Skills" approach to helping kids reach their potential*. The Guildford Press.

Hadwin, A. F., Järvelä, S., in Miller, M. (2011). Self-regulated, co-regulated, and socially shared regulation of learning. V B. Zimmerman in D. Schunk (ur.), *Handbook of Self-Regulation of Learning and Performance*, Vol. 30, (str. 65–84). Routledge.

Hadwin, A.F., Jarvela, S., in Miller, M. (2018). Self-regulated, co-regulated and socially-shared

- regulation in collaborative learning environments. V D. H. Schunk in J. A. Greene (ur.), *Handbook of Self-Regulation, Learning, and Performance* (str. 83–106). Routledge.
- Järvelä, S., in Hadwin, A. F. (2013). New frontiers: regulating learning in CSCL. *Educational Psychologist*, 48(1), 25–39. [https://doi:10.1080/00461520.2012.748006](https://doi.org/10.1080/00461520.2012.748006)
- MacBeath, J. (2006). *School inspection and self-evaluation. Working with the new relationship*. Routledge.
- Macedoni Lukšič, M., Jurišič, B. D., Rovšek, M., Melenšek, V., Potočnik Dajčman, N., Bužan, V., Cotič Pajntar, J., in Davidovič Primožič B. (2009). *Smernice za celostno obravnavo oseb s spektroatističnimi motnjami [Guidelines for the comprehensive treatment of people with autism spectrum disorders]*. Ministrstvo za zdravje.
- Magajna, L. (2015). Sodobne raziskave spoznavnih procesov in psiholoških virov pri specifičnih motnjah učenja: Izzivi za razvojno delo in prakso [Contemporary research on cognitive processes and psychological resources in specific learning disorders: Challenges for developmental work and practice]. V Z. Pavlovič (ur.), *60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju [60 Years of Support in Upbringing, Learning, and Growing Up]*. (str. 141–160). Sve-tovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.
- Mitchell, D. (2014). *What really works in special education and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies* (2nd ed.). Routledge.
- Novljan, E. (2004). *Sodelovanje s starši otrok s posebnimi potrebami pri zgodnji obravnavi [Collaboration with parents of children with special needs in early intervention]*. Zveza Sožitje.
- Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. The Guilford Press.
- Panadero, E., in Järvelä, S. (2015). Socially shared regulation of learning: a review. *European Psychologist*, 20(3), 190–203. [https://doi:10.1027/1016-9040/a000226](https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000226)
- Paulino, P., in Lopes da Silva, A. (2011). *Knowing how to learn and how to teach motivation: Contributions from self-regulation of motivation to more a effective learning*. <https://www.10.1016/j.sbspo.2011.11.289>
- Reid, G. (2006). Managing attention difficulties in the classroom: A learning styles perspective. V G. Lloyd in G. J. Stead (ur.), *Critical new perspectives on AD/HD* (str. 198–215). Routledge.
- Seršen Fras, A. (2016). *Afektivni dejavniki samoregulacijskega učenja pri učencih s specifičnimi učnimi težavami [Magistrska naloga] [Affective factors of self-regulated learning in students with specific learning difficulties – Master's thesis]*. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Sideridis, G. D. (2009). Motivation and learning disabilities: Past, present, future. V K. R. Wentzel in A. Wigfield (ur.), *Handbook of Motivation at School* (str. 604–625). Routledge.
- Shanker, S. (2017) *Self-Reg: How to help your child (and you) break the stress cycle and successfully engage with life*. Penguin Books.
- Spafford, C., in Grosser, G. S. (1993). The social misperception syndrome in children with learning disabilities. Social causes versus neurological variables. *Journal of Learning Disabilities*, 26(3), 178–189.
- Stoner, J. B., Bock, S. J., Thompson, J. R., Angell, M. E., Heyl, B. S., in Crowley, E. P. (2005). Welcome to our world: Parent perceptions of interactions between parents of young children with ASD and educational professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(1), 39–51.
- Yan, V. X., Schuetze, B. A., in Rea, S. D. (2024). Becoming Better Learners, Becoming Better Teachers: Augmenting Learning via Cognitive and Motivational Theories. *Hu Arenas* 7, 451–469. <https://doi.org/10.1007/s42087-023-00383-1>
- Zimmerman, B. J. (1995). Self-regulation involves more than metacognition: A social cognitive perspective. *Educational Psychologist*, 30(4), 217–221.
- Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining Self-Regulation: A Social Cognitive Perspective*. V M. Boekaerts, P. R. Pintrich in M. Zeidner (ur.). *Handbook of Self-Regulation* (str. 13–39). Academic Press.

Obravnava otrok ali mladostnikov z disleksijo, disortografijo in disgrafijo – evalvacija desetletnega strokovnega specialnopedagoškega delovanja

Dr. Tanja Černe, prof. def.

266

Povzetek

Otroci in mladostniki z disleksijo, disortografijo in disgrafijo ter z drugimi sopojavnimi motnjami potrebujejo zlasti v osnovnošolskem obdobju, ko se spretnosti opismenjevanja intenzivno razvijajo, ustrezno multidisciplinarno diagnostično, svetovalno in korektivno-intervencijsko obravnavo ter svetovanje. V prispevku predstavljamo značilnosti, pojavnost in vzročnost disleksije, disortografije in disgrafije. Korekcija in kompenzacija heterogenih primanjkljajev iz iste ali različnih diagnostičnih skupin je sestavni del korektivno-intervencijske obravnave v strokovni ustanovi. V prispevku predstavljamo vključitev otrok in mladostnikov v individualno specialnopedagoško obravnavo ter evalvacijo delavnic za krepitev šibkih (pred)opismenjevalnih spretnosti. Analiza evalvacijskih vprašalnikov in razgovorov s starši nakazuje, da delavnice pripomorejo k izboljšanju (pred)opismenjevalnih spretnosti vključenih otrok.

Ključne besede: disleksija, disortografija, disgrafija, specialnopedagoško svetovanje, korektivno-intervencijska obravnava

Abstract

Children and adolescents with dyslexia, dysorthography and dysgraphia and comorbid conditions, need appropriate multidisciplinary treatment in the areas of diagnostics, counselling and corrective intervention. In this article we present the symptomatology, prevalence and etiology of dyslexia, dysorthography and dysgraphia. In order to correct and compensate for heterogeneous deficits of the same or different diagnostic groups, in this article, we also present corrective intervention is advised in a professional institution to include the child/adolescent in individual special educational treatment, and evaluation of classes to strengthen weak pre-literacy skills. Analysis of questionnaires and interviews with parents indicates that these classes help to improve the pre-literacy skills of children who were involved.

Keywords: dyslexia, dysorthography, dysgraphia, special educational counselling, corrective-intervention treatment

267

Uvod

Disleksija (motnja branja), disortografija (motnja pravopisnega pisanja) in disgrafija (motnja rokopisnega, grafomotoričnega pisanja) so specifične nevrorazvojne motnje, ki jih lahko opredelimo ob otrokovih ali mladostnikovih normativnih ali nadpovprečnih kognitivnih sposobnostih, neodvisno od oblik poučevanja, kulturnih vplivov, senzornih primanjkljajev ali čustveno-vedenjskih težav, lahko pa se pojavljajo skupaj z njimi.

Sopojavljanje disleksije, disortografije in disgrafije z drugimi motnjami

Disleksija, disortografija in disgrafija se lahko sopojavljajo **z motnjami znotraj iste diagnostične skupine** ali pa **z motnjami iz drugih diagnostičnih skupin** (npr. anksiozno-depresivne motnje ali

motnje pozornosti in aktivnosti). Pogosto je prisotno sopojavljanje (komorbidnost) z dispraksijo – razvojno motnjo koordinacije (Dewey idr., 2002), z ADHD (Maughan in Carroll, 2006) in razvojno-jezikovno motnjo (RJM). Pri otrocih in mladostnikih z RJM se **disleksija** lahko pojavlja **kot sopojavna ali sekundarna motnja**, s primanjkljaji na receptivnem in fonološkem področju. 17–36 % otrok z RJM v vrtcu je imelo v šoli diagnosticirano disleksijo (Adlof, 2020). Pri otrocih in mladostnikih z RJM se lahko **disgrafija** pojavlja kot **sopojavna ali sekundarna motnja**, in sicer kot fonološka disgrafija (kot artikulacijsko-akustična disgrafija, pri kateri gre za težave pri izgovarjavi glasov in napakah v izgovarjavi, ki se prenašajo na pisanje), kot fonemska ali akustična disgrafija, pri kateri gre za težave pri slušnem razlikovanju glasov, ki podobno zvenijo in se podobno izgovarjajo), jezikovna disgrafija (težave jezikovne analize in sinteze) in disgramatična disgrafija (gramatične težave pri oblikovanju besed in stavkov) (Černe, 2024).

268

Kaplan idr. (2001) ugotavljajo, da približno polovica vseh otrok ali mladostnikov s prepoznanimi nevrorazvojnimi motnjami izpolnjuje merilo za sopojavljanje dveh ali več motenj, kar pomeni, da je treba specifične primanjkljaje natančno diferencialno diagnostično ocenjevati ter izbirati ustrezne korektivno-intervencijske pristope za korekcijo in kompenzacijo vseh motenj, tj. primarnih ter sopojavnih in sekundarnih, poleg tega pa načrtovati korekcijo šibkih procesov po ustreznem vrstnem redu glede na pomen in vpliv procesa na posameznikovo učenje in življenje (Černe, 2024b).

Ob tem je treba upoštevati otrokova ali mladostnikova močna področja – dobro ohranjene ali razvite funkcije in sposobnosti (npr. vizualni delovni spomin, avditivna pozornost) ter na njih graditi kompenzatorne mehanizme in učne strategije.

Značilnosti, vzročnost in pojavnost disleksije, disortografije in disgrafije

V **osnovnošolskem obdobju** se **značilnosti (simptomi) disleksije** lahko izkazujejo kot primanjkljaji, ovire oz. motnje na področjih vizualne diskriminacije, vizualne pozornosti, vizualnega spomina in vizualnega sledenja, prepoznavanja grafemov, dekodiranja besed, bralne vezave, povezovanja grafemov in fonemov, avditivnega razločevanja, avditivnega pomnjenja, glaskovanja, fonološkega zavedanja ter na področjih delovnega pomnjenja, manipuliranja abstraktnih pojmov, hitrega priklica, zaznavanja časa, psihomotornega tempa in akademskih spretnosti (Kavkler idr., 2012). Mednarodna zveza za disleksijo opredeli disleksijo kot težavo na področju natančnega in/ali fluentnega prepoznavanja besed oziroma šibkih veččin črkovanja in dekodiranja (*International Dyslexia Association*, 2002). Težave so običajno posledica primanjkljaja v fonološki komponenti jezika, kar je največkrat nepričakovano glede na razvite posameznikove kognitivne sposobnosti in učinkovito poučevanje v razredu. Ob disleksiji se lahko pojavljajo tudi težave z bralnim razumevanjem. Pomanjkanje bralnih izkušenj pa ovira širjenje besednjaka in tudi pridobivanje druga znanja. Za namene ustrezne specialpedagoške diagnostične ocene ter korektivno-intervencijske obravnave je treba poznati stopnjo izraženosti značilnosti (lažja, zmerna, težja in težka stopnja) ter tip motnje.

269

Ločimo različne **tipe disleksije** (Boder in Jarrico, 1982; v Lerner, 1997): disfonetična disleksija ali fonološka disleksija (primanjkljaji, zaradi katerih otrok ali mladostnik težko povezuje posamezne glavoše z ustreznimi simboli), diseidetična disleksija (površinska oz. vizualna disleksija – prisotna so izrazita odstopanja v črkovanju besed, vizualizaciji in obdelavi podatkov, sprejetih po vizualni poti), in disfonetična – diseidetična disleksija (kombinirana motnja, ki vključuje primanjkljaje na fonološkem in vizualnem področju). Lovett idr. (2000) ter Wolf in Lundberg (2002) so ugotovili, da je imela več kot polovica otrok ali mladostnikov z diagnosticirano disleksijo hkrati

fonološki in vizualni primanjkljaj, 25 % le fonološki primanjkljaj in 15 % primanjkljaj v hitrosti vizualnega poimenovanja. Pri razlagi etiologije ne gre za eno izolirano teorijo, ki bi lahko pojasnila pojav različnih značilnosti in sopojavnost primanjkljajev ali motenj. Nekateri avtorji, npr. Boets (2014), Boets idr. (2007), Pennington (2006) razvijajo multifaktorske modele, v katerih pojasnjujejo, da je **vzrok disleksije kombinacija različnih dejavnikov**, kot so primanjkljaji v vizualni zaznavi, spominu in v pozornosti. V študijah o genomu so bila pri posameznih osebah z disleksijo ugotovljena odstopanja na določenih kromosomih (Fischer in de Fries, 2002); locirali so kromosom, ki ima najmočnejši vpliv na branje posameznih besed, fonološko zavedanje in na ortografsko kodiranje.

Pogostost disleksije se v šolski populaciji v svetovnem merilu giblje okoli 10 %; od tega je prepoznanih 4 % težjih in težkih ter 6 % zmernih oblik disleksije (Györfi in Smythe, 2010). V literaturi se pojavljajo podatki med 1,3 in 10 % (Salter in Smythe, 1997, v Györfi in Smythe, 2010).

V **osnovnošolskem obdobju** se **značilnosti disortografije** lahko izkazujejo kot primanjkljaji, ovire oz. motnje na področjih rabe pravopisnih pravil, upoštevanja morfoloških, sintaktičnih in fonoloških pravil jezika, kar se kaže v trajnih in tipičnih napakah pravega (ortografskega) pisanja: pojavlja se nenavadno črkovanje oz. nepravilen zapis besed in nepovezanost med grafemi (Golubović, 2011). Slovnice težave vključujejo nepravilno rabo časov, ločil, velike začetnice, neustrezno krajšanje besed ali napačno oz. neustrezno rabo besed (Dunworth, 2023), npr. razcepljena beseda (pisanje narazen), zamenjan soglasnik (pod vplivom premene, npr. *opčutim* namesto občutim; *gosa* namesto gozd), nepravilno zapisan dvoglasnik, nepravilno zapisana lj, nj, npr. vojn namesto vonj) nepravilno zapisan podvojeni soglasnik (npr. *odaljeni* namesto oddaljeni) ali napake na stavčni ravni, npr.: združena beseda (npr. *vnajhujšem* namesto v najhujšem), izpuščen predlog, izpuščena beseda, skrajšan stavek, fraza ali poved (Ferlež, 2016). **Disortografija se navadno pojavlja le ob disleksiji in odstopajočem govorno-jezikovnem razvoju.**

V Italiji so v letu 2010 ugotavljali **pogostost pojavljanja disortografije** pri šolski populaciji in ugotovili, da ta prizadene od 2,5 % do 3,5 % otrok (Ferlež, 2016). V **osnovnošolskem obdobju** se **značilnosti disgrafije** lahko izkazujejo kot primanjkljaji, ovire oz. motnje na področjih avtonomne motiviranosti za pisanje, drže telesa nad pisalno površino, tritočkovnega dinamičnega prijema pisala, tempa pisanja, oblikovanja grafemov, zapomnitve oblike in poteze grafemov, razmerij med deli grafemov in presledki, grafomotorične izpeljave, sledenja liniji zapisa, organizacije zapisa, orientacije na pisalni površini, v zvezku itn., usvajanja slike vizualno podobnih grafemov, berljivosti rokopisa, vizualno-motorične in avditivno-motorične integracije, lateralnosti ter usvajanja besedišča. Gre za motnjo v grafomotoričnem razvoju, ki se kaže v posameznikovi pisni izdelkih in načinu pisanja. Motorična disgrafija je najpogostejša oblika disgrafije (Drozdova, 2005; Caisin in Racu, 2011, v Lupuleac, 2014) in pogosto pomeni sinonim za disgrafijo.

Disgrafijo delimo na (Posokhova, 2007): **vzrok nastanka** (dedna disgrafija, disgrafija zaradi vpliva zunanjih dejavnikov, kombinirana oblika), **stopnjo izraženosti** (lažja disgrafija, izrazita disgrafija, agrafija oz. popolna nesposobnost pisanja) in **prevladujočo značilnost** (vizualna, fonološka ali grafomotorična oz. motorična).

Katusic idr. (2009) so v longitudinalni študiji v Minnesoti v ZDA ugotovili, da je disgrafija pogostejša kot disleksija in da je v šolskem obdobju pogostejše prisotna pri dečkih kot pri deklicah (**pojavnost** se giblje od približno 7 % do 15 %). Brakus (2003) opozarja na porast pojava disgrafije v šolski populaciji (0,20 %–20 %), ki ni samo posledica razlik v pravopisu, ki se uporablja na določenem jezikovnem področju, različne starosti otrok, uporabljenih inštrumentarijev ali merila ocenjevalca (Černe, 2024b).

Diagnostična obravnava otrok ali mladostnikov z disleksijo, disortografijo in disgrafijo

Diagnostična, svetovalna in korektivno-intervencijska obravnava otrok ali mladostnikov s pritožbo glede pojavljanja značilnosti disleksije, disortografije in disgrafije poteka v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (SCOMS) v multidisciplinarnem timu. **Procesno-diagnostično ocenjevanje** lahko poteka v daljšem časovnem obdobju pri (kliničnem) psihologu ter specialnem in rehabilitacijskem pedagogu (specialnem pedagogu), v posameznih primerih od predšolskega in osnovnošolskega do končnega srednješolskega obdobja. Ob primarni ali sopojavni RJM poteka obravnava tudi pri klinični logopedinji, ob sopojavni ali primarni motnji aktivnosti in pozornosti ali čustveno-vedenjskih težavah (npr. anksiozno-depresivni motnji, vedenjski motnji), motnji avtističnega spektra (MAS) pa tudi pri specialistu otroške in mladostniške psihatrije.

Specialnopedagoško diagnostično ocenjevanje tveganja za razvoj teh specifičnih učnih težav obsega delno strukturiran intervju z otrokom ali mladostnikom in s starši, analizo vprašalnikov ter kvantitativno in kvalitativno opazovanje in ocenjevanje. V **delno strukturiranem intervjuju** z otrokom ali mladostnikom in s starši specialni pedagog pridobi podatke iz otrokove **razvojne in šolske anamneze**. V procesu diagnostičnega ocenjevanja **uporablja standardizirane teste in nestandardizirane preizkuse za diagnosticiranje disleksije, disortografije in disgrafije, kot so:** *Test zgodnjih bralnih zmožnosti* (Jurišič, 2001), *Profil ocene posebnih potreb SNAP* (Weedon in Reid, 2008; prevod in priredba: Grobler idr., 2018), *ACADIO-test razvoja sposobnosti* (Atkinson idr., 1972; standardizacija Novosel, 1989), *Test fonološkega zavedanja* (Magajna, 1994), *Test hitrega avtomatiziranega poimenovanja* (Denckla in Rudel, 1976), *Preizkus zaznavno-motoričnih sposobnosti* (Mitić Petek, 2001), *Test motenosti v branju in pisanju* (Šali, 1971), *Bralni test* (Pečjak idr., 2011),

Ocenjevalno shemo bralnih zmožnosti (Pečjak idr., 2012), *Lestvico tveganja za disleksijo* (Bogdanowicz, 2002), *Lestvico znakov rizičnosti za SUT* (Mardell Czudnowski in Goldenberg, 1998), *Lestvico ocenjevanja začetnega branja in pisanja* (Magajna in Žerdin, 2003, v Žerdin, 2003), *Lestvico splošne razvitosti in posebnih potreb* (Galeša, 1995), *Test grafomotoričnih sposobnosti VMI* (Beery, 1997; Beery in Berry, 2010), *Lestvico za oceno disgrafičnosti rokopisa* (Ajuriaguerra in Auzias, 1971, v Čordič in Bojanin, 2011), *Test ABC-gibanja* (Henderson idr., 2014) in *Oceno kakovosti lineacije* (Čordič in Bojanin, 2011), *Ocenjevalni instrument za oceno pripravljenosti za pisanje* (*Writing Readiness Inventory Tool in Context*, WRITIC (van Hartingsveldt idr., 2014)).

Ob sopojavljanju motenj iz iste diagnostične skupine ali drugih diagnostičnih skupin specialni pedagog in drugi strokovnjaki v multidisciplinarnem timu uporabljajo tudi druge ocenjevalne pripomočke, ki so namenjeni diferencialno-diagnostični opredelitvi ovir, motenj oz. primanjkljajev.

Poleg kvantitativnega ocenjevanja je za specialnega pedagoga pomembno tudi **kvalitativno ocenjevanje**, ki zajema analizo otrokovih ali mladostnikovih risb in pisnih izdelkov, delovnih listov, preizkusov znanja, zapisov v zvezke in analizo dokumentov (Černe, 2024). **Kvalitativno opazovanje z udeležbo** je pomembna metoda v procesu diagnostičnega ocenjevanja, pri kateri specialni pedagog opazuje otroke ali mladostnike pri reševanju nalog ali učenju s pomočjo kontrolnih seznamov uporabe kognitivnih, metakognitivnih in motivacijskih učnih strategij, učinkovitosti izvršilnega funkcioniranja, delovnega pomnjenja, raven pozornosti in koncentracije, otrokovo ali mladostnikovo učljivost in avtomatizacijo akademskih spretnosti.

Svetovalna obravnava otrok ali mladostnikov z diagnosticirano disleksijo, disortografijo in disgrafijo

Pri interpretaciji diagnostičnih ugotovitev specialni pedagog pridobljene rezultate pojasni v okviru celotnega otrokovega ali mladostnikovega življenjskega konteksta, sociokulturnega okolja, motiviranosti za reševanje testnih preizkusov, morebitne utrudljivosti, splošne poučenosti, jezikovnih spretnosti, tipa odstopanj v bralni tehniki in bralnem razumevanju ter načina izvedbe diagnostičnega ocenjevanja (prav tam). Po opravljeni diagnostični oceni se z otrokom ali mladostnikom ter s starši dogovori glede prihodnjega individualnega ali skupinskega svetovanja, vključitve v **skupino za podporo samoregulacijskega učenja**, spremljanja ali **korektivno-intervencijske obravnave** ter strategij pomoči v domačem in/ali šolskem okolju.

274

Vsak otrok ali mladostnik izkazuje edinstveno kombinacijo in izraženost značilnosti motnje, potencialov, močnih področij in učnih priložnosti.

Od vrste in izraženosti specifičnih učnih težav, posameznikovih kognitivnih, metakognitivnih, kompenzatornih sposobnosti, motivacijskih strategij, sopojavnih motenj, njegove rezilientnosti (čustvene prožnosti v situacijah povečanih pritiskov in obremenitev), razvitosti izvršilnih funkcij ter podpore v socialnem (domačem in šolskem) okolju sta namreč odvisni vrsta in stopnja pomoči. Specialni pedagog starše spodbudi k vključitvi v **podporno-edukativno skupino staršev** osnovnošolcev z disleksijo, disortografijo in z disgrafijo.

V **mnenju in priporočilu**, ki ga multidisciplinarni tim, ki otroka ali mladostnika obravnava, oblikuje po končani fazi diagnostične in svetovalne obravnave, poleg opredeljenih ovir, motenj oz. primanjkljajev opredeli tudi otrokove ali mladostnikove posebne

vzgojno-izobraževalne potrebe in učne priložnosti. Glede na otrokove ali mladostnikove posebne vzgojno-izobraževalne potrebe strokovnjaki svetujemo vključitev v oblike pomoči skladno s *Konceptom učne težave v osnovni šoli* (2008).

Na medinstitucionalnih multidisciplinarnih sestankih specialni pedagog svetuje dejavnosti in strategije, ki podpirajo in zagotavljajo inkluzivno naravnost šole, torej **prilagoditve na ravni šole, razreda, metodično-didaktične prilagoditve, uporabo tehnično-didaktičnih pripomočkov ter prilagoditve pri preverjanju in ocenjevanju znanja**.

Upoštevanje in izvajanje prilagoditev v svojem bistvu pomeni razumevanje nevrobiološke osnove motnje, otrokove ali mladostnikove enkratne osebnosti, kar vpliva na razvoj pozitivne samopodobe, ki je varovalni dejavnik, da ne prihaja do razvoja sekundarnih čustveno-vedenjskih težav (Černe, 2023, 2024b).

275

Z upoštevanjem in izvajanjem prilagoditev učitelj sporoča tudi staršem, da upošteva dostojanstvo njihovega otroka/mladostnika, da spoštuje njihov vsakodnevni napor in trud ter jim pomaga pri lažjem sprejemanju in spoprijemanju z otrokovimi primanjkljaji. S svojim delovanjem nevsiljivo vzpostavlja zaupanje in aktivira partnerski odnos (prav tam).

Učitelje in druge strokovne delavce specialni pedagog **povabi k vključitvi v skupino za strokovno spremljanje in svetovanje s supervizijsko obliko dela** ali k vključitvi v **izobraževanje** o otrocih ali mladostnikih z disleksijo, disortografijo in z disgrafijo ter svetuje o načinih podpore v šolskem okolju.

Nekateri strokovnjaki iz SCOMS Ljubljana sodelujemo tudi v **okviru Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami pri ZRSŠ**. Otroke ali mladostnike diagnostično, svetovalno in korektivno-intervencijsko obravnavamo in spremljamo ter svetujemo

staršem, pedagoškim in drugim strokovnim delavcem na večkrat dolgotrajni ter zahtevni poti do usmeritve v izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo.

Korektivno-intervencijska specialnopedagoška obravnava otrok ali mladostnikov z diagnosticirano disleksijo, disortografijo in disgrafijo

Otrokom ali mladostnikom, ki izkazujejo povečano tveganje za razvoj disleksije, disortografije in disgrafije ter otrokom z že diagnosticirano disleksijo, disortografijo in disgrafijo v **prvem triletju osnovnošolskega izobraževanja specialni pedagog svetuje** vsakodnevno, vztrajno in sistematično izvajanje **izbranih aktivnosti in strategij**, ki razvijajo temeljne spretnosti branja in pisanja (Černe, 2002), in sicer aktivnosti in strategij za: razvoj velikih gibov, stabilizacijo trupa, sproščanje roke pred pisanjem ali med pisanjem, premikanje roke po površini, moč in kontrolo finomotoričnih gibov, tekočnost pisanja, lineacijo, razvoj taktilne občutljivosti, razvoj propriocepcije, zrel dinamičen tritočkovni prijem pisala, orientacijo, avtomatizacijo oblike simbolov z uporabo veččutnega učenja, vizualno pozornost, vizualno pomnjenje in vizualno-motorično koordinacijo, bralno tekočnost, bralno točnost, bralno motiviranost in bralno razumevanje, avditivno razločevanje, pomnjenje in pozornost, fonološko zavedanje, orientacijo ter krepitev besednjaka, morfologije, semantike in sintakse verbalnega delovnega spomina, samoregulacijskega učenja in izvršilnega funkcioniranja.

V drugem in tretjem triletju osnovnošolskega izobraževanja specialni pedagog svetuje učenje učinkovitih strategij zapisovanja (iskanje in zapisovanje ključnih besed, miselnih vzorcev, učenje desetprstnega slepega tipkanja, uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije), strategij za: krepitev bralne tekočnosti,

bralne točnosti, bralne motivacije, metakognitivnih bralnih strategij, bralnega razumevanja, pisanja spisa in eseja, oblikovanja zgodbe, uporabe pravopisnih pravil, strategij in aktivnosti za krepitev besednjaka, morfologije, semantike in sintakse, neposrednega slušnega pomnjenja in verbalnega delovnega pomnjenja, samoregulacijskega učenja ter izvršilnega funkcioniranja (Černe, 2023).

V procesu spremljanja in svetovanja ter korektivno-intervencijske obravnave krepiti tudi otrokove/mladostnikove **potencialne in močne področja**, kar je razlog, da ne pride do sekundarnih čustvenih ali vedenjskih težav ali da se te pojavljajo v manjši meri. Zato je pomembna tudi krepitev **samozagovorniških in samodeterminacijskih spretnosti**, med katere uvrščamo: iskanje ustreznih motivacijskih dejavnosti, upoštevanje izbire interesov, omogočanje izbire vrstnega reda učenja posameznih učnih predmetov, osmišljanje povezave med čustvovanjem in odločanjem, krepitev učenja ob samoregulacijskem vedenju, krepitev samoopazovanja pri uresničevanju ciljev, podpiranje pomena samostojnosti in učinkovitosti, poslušanje in upoštevanje otrokovega ali mladostnikovega mnenja (povzeto po Holverstott, 2011, v Černe, 2024b).

V multidisciplinarnem timu posebno pozornost namenjamo tudi t. i. **dvojno izjemnim otrokom ali mladostnikom**, pri katerih se pogosteje razvijajo sekundarne učne, čustvene in vedenjske težave. Krepimo: socialno vključenost, rezilientnost, emocionalno-moralni razvoj in prilagoditvene vrste vedenja. Svetujemo spodbujanje celostnega razvoja, npr. vključitev v projektno skupinsko delo, ki vključuje njihove izjemne sposobnosti, krepiti optimalen razvoj in zajema kompenzacijo šibkih funkcij, npr. samoregulacijskega učenja in izvršilnih funkcij (povzeto po Černe, 2024b), ter krepitev kognitivnih, metakognitivnih in motivacijskih spretnosti in strategij v individualnem oz. skupinskem, tj. sodelovalnem kontekstu (Černe, 2024a).

Ena določena vrsta obravnave, za katero bi lahko z gotovostjo trdili, da je najboljša in edina ustrezna za vse otroke ali mladostnike z disleksijo, disortografijo in z disgrafijo, ne obstaja.

Zato je treba korektivno-intervencijske aktivnosti in strategije izbirati, evalvirati in spreminjati glede na otrokov ali mladostnikov odziv na obravnavo, glede na njegovo starost in razvojno obdobje, glede na njegov napredek in razvoj (Vladislavljević, 1987, v Golubović, 2005), in sicer v sodelovanju z njim samim, njegovimi starši, s pedagoškimi in z drugimi strokovnimi delavci.

Delavnice za podporo opismenjevanju

278

Proces opismenjevanja pri otrocih, ki izkazujejo tveganje za razvoj disleksije, disortografije in disgrafije, ali otrocih, ki imajo RJM, poteka **upočasnjeno in oteženo**, zato je za krepitev tega procesa potrebna dodatna strokovna skrb, ki vsebuje korektivno-intervencijske treninge ter svetovanje staršem in njihovim otrokom. Glede na potrebe, ki so se pojavljale ob oteženem procesu opismenjevanja ter individualni korektivno-intervencijski obravnavi, sem avtorica prispevka pred več kot 10 leti v SCOMS oblikovala delavnice za podporo opismenjevanju. V zadnjem obdobju sem zaradi RJM ter pojavljanja disleksije, disortografije in disgrafije k sodelovanju povabila tudi klinično logopedinjo.

Vsebine delavnic za podporo opismenjevanju vključujejo **krepitev posameznih stopenj branja. Delavnice na začetku vsebujejo krepitev druge ali začetne stopnje branja – stopnjo prave pismenosti** (Duffy in Roehler, 1993; v Pečjak, 2010), ki poteka v 1. razredu in prvi polovici 2. razreda. V tem obdobju izvajamo aktivnosti in strategije za krepitev predbralnih spretnosti, prepoznavanje besed in za razvijanje bralne tehnike. Bralno tehniko dodatno krepimo z vizualnimi, avditivnimi strategijami, s spodbujanjem ritma, koncentracije in delovnega pomnjenja. Delavnice pa **spodbujajo tudi**

tretjo bralno stopnjo ali podaljšano začetno stopnjo (prav tam), ki poteka v drugi polovici 2. razreda in v 3. razredu, tj. pri populaciji otrok, ki imajo povečano tveganje za razvoj disleksije. V tem obdobju izbiramo malce obsežnejša besedila, čeprav pri otrocih, ki izkazujejo tveganje za razvoj disleksije, disortografije in disgrafije ter RJM, izbiramo preprosta besedila ter s podvprašanji krepimo bralno razumevanje. **Četrto stopnjo**, ki jo označuje **uporaba prebranega**, in **peto stopnjo** kot **stopnjo moči** pa krepimo v individualni korektivno-intervencijski specialnopedagoški obravnavi. Spodbujanje strategij za krepitev posameznih bralnih stopenj svetujemo tudi staršem in izvajalcem dodatne strokovne pomoči.

Na delavnicah **krepimo tudi naslednje stopnje usvajanja pisanja** (Gentry, 1982, v Černe, 2024b): delno fonetično, fonetično stopnjo in prehodno stopnjo. S poznavanjem stopenj razvoja začetnega branja in pisanja lahko ugotovljamo, kakšne so otrokove domneve o različnih sestavinah sistema pisanja ter njegove hipoteze o pravopisu in pretvarjanju grafemov, tj. črk v glasove (Magajna, 1995). Ugotovljamo tudi, na kateri stopnji razvoja se nahaja otrok, ki izkazuje tveganje za razvoj disleksije, disortografije in disgrafije, ali otrok, ki ima diagnosticirano RJM. Glede na strokovne izkušnje pri delu z otroki, ki imajo povečano tveganje ali že prepoznane motnje, pogosto ugotovljamo, da se nahajajo na fonetični ali prehodni stopnji; nekateri pa zaradi izrazitih in vztrajajočih sopojavnih specifičnih kognitivnih primanjkljajev tudi v mladostništvu ali odraslosti v polnosti ne dosegajo prehodne ali fonološko-ortografske stopnje pisanja (Černe, 2024b).

Vsebine na delavnici individualiziramo in diferenciramo glede na starostno strukturo vključenih otrok ter glede na njihove posebne vzgojno-izobraževalne potrebe in učne priložnosti.

Delavniška oblika je primerna za predstavitev sklopa strategij in aktivnosti, ki omogočajo krepitev šibkih veščin in korekcijo primanjkljajev, ovir oz. motenj ter predstavlja osnovo za poglobljeno razumevanje individualne korektivne obravnave (Černe, 2024b).

279

Delavnice potekajo v 3–4 zaporednih srečanjih, v skupnem obsegu 6–8 pedagoških ur, s skupinsko metodo dela. Vanje se vključujejo otroci prvega triletja in njihovi starši, ki so že obravnavani v SCOMS. Korektivne aktivnosti in strategije predstavimo staršem in otrokom z metodo modeliranja, kar vpliva na lažji transfer aktivnosti in strategij v domače okolje.

Delavnice obsegajo naslednje vsebine:

- Predstavitev govorno-jezikovnih odstopanj, ki vplivajo na razvoj nevrorazvojnih motenj.
- Predstavitev aktivnosti in strategij za krepitev fonološkega in fonemičnega zavedanja.
- Predstavitev nevrorazvojnih motenj in načinov korekcije v domačem okolju.
- Predstavitev korekcijskih vaj za razvoj šibkih funkcij: avditivnega in vizualnega procesiranja, pozornosti in orientacije, delovnega spomina, bralne motivacije, ustnega in pisnega izražanja.
- Predstavitev grobomotoričnih, finomotoričnih in grafomotoričnih aktivnosti za usvajanje vizualno-motorične koordinacije, vizualnega sledenja, tekočnosti gibanja roke po površini, za usvajanje zrelega dinamičnega tritočkovnega prijema pisala in za avtomatizacijo simbolov.
- Predstavitev korektivno-intervencijskih pristopov in strategij za korekcijo disleksije, disortografije in disgrafije ter ustrezne literature.
- Predstavitev primerov prilagoditev pri pouku za otroke z disleksijo, disortografijo in z disgrafijo.

Evalvacija delavnic temelji na povratnih informacijah staršev otrok, ki so bili v delavnice vključeni, in sicer v obdobju od leta 2016 do leta 2022, ko smo štirikrat izvedli delavnice. Vanje je bilo vključenih 18 otrok. Po enem letu po izvedbi delavnic so starši odgovorili na evalvacijski vprašalnik in vprašanja v polstrukturiranem intervjuju.

Iz evalvacije vprašalnikov izhaja, da starši prepoznavajo delno izboljšanje otrokovih spretnosti in veščin na področju podpore na podaljšani začetni stopnji branja (78 %) ter pomembno izboljšanje (22 %). Starši ugotavljajo, da otroci po enem letu od udeležbe berejo zahtevnejša besedila in se pri branju na podlagi podvprašanj usmerjajo k razumevanju prebranega. Opažajo tudi pomembno (33 %) do delno (67 %) izboljšanje otrokovih spretnosti pisanja na fonetični in prehodni stopnji krepitev prave pismenosti. **Vključeni starši na odprto vprašanje o počutju in sodelovanju otrok takoj po koncu izvedbe delavnic poročajo**, da so se njihovi otroci ob podpori skupine na delavnicah dobro počutili, da so bili sproščeni, da so aktivno sodelovali pri spoznavanju korektivnih strategij in aktivnosti. Sami poudarijo pomen edukacijskega in podpornega vidika delavnic, pomen predstavitve korakov posameznih korektivnih strategij in aktivnosti ter razumevanje pomena prenosa teh strategij in aktivnosti v domače okolje.

Domnevamo, da na pridobljen rezultat na delavnicah za podporo opismenjevanju **vpliva več dejavnikov**, med drugimi: opolnomočenje in razbremenitev staršev, dosledno izvajanje korekcijskih vaj doma in v šoli ter svetovanje znotraj individualne specialpedagoške korektivno-intervencijske obravnave, ki je potekalo vzporedno z vključitvijo otroka in staršev v delavnico za podporo opismenjevanju. Zato je treba tudi v prihodnje sistematično spremljati in evalvirati rezultate ter načrtovati časovno in stroškovno učinkovite podporne intervencije, ki v zgodnjem obdobju opismenjevanja pri otrocih vplivajo na zmanjševanje tveganja za razvoj disleksije, disortografije in disgrafije.

Zaključek

Diagnostično ocenjevanje disleksije, disortografije in disgrafije, prepoznavanje sopojavnih in sekundarnih motenj ter življenjskih priložnosti je v sodobnem multidisciplinarnem delu ključno

za ustrezno korektivno-intervencijsko obravnavo ter svetovanje otrokom, ki izkazujejo tveganje za pojav nevrorazvojnih motenj, in tudi otrokom ali mladostnikom z diagnosticirano disleksijo, disortografijo in disgrafijo ter sopoječnimi motnjami, njihovim staršem, pedagoškimi in drugim strokovnim delavcem.

Zato je pomembno, da se multidisciplinarni tim v SCOMS v prihodnje poglobljeno raziskovalno in izobraževalno posveča zahtevnim vprašanjem zgodnje opredelitve značilnosti pojavljanja disleksije, disortografije in disgrafije ter RJM, diferencialno-diagnostične opredelitve teh ovir, motenj oz. primanjkljajev z mislijo na otrokovo ali mladostnikovo prihodnje izobraževanje, zaposlitvene možnosti in osebno zadovoljstvo ter tudi poglobljenim, učinkovitim in evalviranim metodam svetovanja, opolnomočenja in razbremenitve otrok ali mladostnikov, njihovih staršev in družin pa kot tudi pedagoških in drugih strokovnih delavcev.

Literatura

- Adlof, S. M. (2020). Promoting reading achievement in children with developmental language disorders: What can we learn from research on specific language impairment and dyslexia? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 63(10), 3277–3292.
- Atkinson, J. S., Jonston, E. E., in Lindsay, A. J. (1972). *The Acadia test of developmental abilities*. University of Acadia, Wolfville, Nova Scotia, Canada.
- Beery, K. E. (1997). *The Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration, VMI* (4th ed., revised). Modern Curriculum Press.
- Beery, K. E., in Beery, N. A. (2010). *Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration: Administration, scoring and teaching material* (7th ed.). NCS Pearson, Inc.
- Bogdanowicz, M. (2002). *Lestvica tveganja za disleksijo*. <http://www.logopedia.net.pl/artykuly/41/skala-ryzyka-dysleksji-srd-prof-marty-bogdanowicz.html>http://www.društvo-bravo.si/web/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=18:-p&Itemid=16&start=20
- Boets B. (2014). Dyslexia: Reconciling controversies within an integrative developmental perspective. *Trends in cognitive sciences*, 18(10), 501–503. <https://doi: 10.1016/j.tics.2014.06.003>
- Boets, B., Ghesquière, P., van Wieringen, A., in Wouters, J. (2007). Speech perception in preschoolers at family risk for dyslexia: Relations with low-level auditory processing and phonological ability. *Brain Language*, 101(1), 19–30. <https://doi: 10.1016/j.bandl.2006.06.009>
- Brakus, R. N. (2003). *Razvojne disleksije i disgrafije*. Zadužbina Andrejević.
- Černe, T. (2020). *Vpliv tipa intervencijskega treninga na učno motivacijo mlajših mladostnikov z disleksijo* [Doktorska disertacija]. [The influence of the type of intervention training on the learning motivation of young adolescents with dyslexia – Doctoral dissertation]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Černe, T. (2022). Samoregulacijsko učenja mlajših mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami in sopoječnimi motnjami v skupini za učenje učenja [Self-regulated learning of younger adolescents with specific learning disabilities and comorbid disorders in a learning-to-learn group]. *Šolsko svetovalno delo*, 26(2), 5–16.

Černe, T. (2023). Disleksija, disortografija in disgrafija – prepoznavanje in strategije pomoči v šolskem okolju [Dyslexia, dysorthography and dysgraphia – recognition and support strategies in the school environment]. V J. J. Beg, M. Hočevnar in N. Kočnik (ur.), *Naslavljajanje raznolikosti v jeziku in književnosti* [Addressing diversity in language and literature] (str. 357–366). Zveza društev Slavistično društvo Slovenije.

Černe, T. (2024a). *Ocenjevanje in krepitev metakognicije pri učencih in dijakih z učnimi težavami* [Assessing and strengthening meta-cognition in students with learning disabilities]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T. (2024b). *Razumeti disleksijo, disortografijo in disgrafijo* [Understanding dyslexia, dysorthography, and dysgraphia]. Rokus Klett.

Černe, T. (2025). *Ocenjevanje in krepitev učne motivacije pri učencih in dijakih z učnimi težavami* [Assessing and strengthening learning motivation in students with learning difficulties]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T., in Jazbinšek, D. (2019) Diagnostično ocenjevanje kompetence učenja učenja pri mlajših mladostnikih z disleksijo ter sopoječno pozornostjo in aktivnostjo [Diagnostic assessment of learning-to-learn competence in young adolescents with dyslexia and comorbid attention deficit hyperactivity disorder]. V P. Janjušević (ur.), *Komorbidnost psihosocialnih motenj pri otrocih in mladostnikih* [Comorbidity of psychosocial disorders in children and adolescents] (str. 51–70). Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T., in Jurišević, M. (2018). Metakognitivno zavedanje bralnih strategij pri mlajših mladostnikih z disleksijo ter mlajših mladostnikih brez disleksije. [The self-regulated learning of

younger adolescents with and without learning difficulties – a comparative multiple case study]. V M. Košak Babuder idr. (ur.), *5. mednarodna konferenca o specifičnih učnih težavah* [5th International Conference on Specific Learning Disabilities] (str. 183–194). Društvo Bravo – društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami,

Ćordić, A., in Bojanin, S. (2011). *Opšta defektološka dijagnostika*. Zavod za udžbenike.

Denckla, M. B., in Rudel, R. G. (1976). Rapid “automatized” naming (R. A. N.): Dyslexia differentiated from other learning disabilities. *Neuropsychologia*, 14(4), 471–479.

Dewey, D., Kaplan, B. J., Crawford, S. G., in Wilson, B. N. (2002). Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science*, 21(5–6), 905–918.

Dunworth, C. (2023). What is dysorthography? <https://www.topdoctors.co.uk/medical-dictionary/dysorthography/>

Ferlež, M. (2016). *Analiza zapisa nareka pri otrocih z govorno-jezikovnimi motnjami* [Diplomsko delo]. [Analysis of dictation in children with speech-language disorders, Graduation thesis]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Fisher, S. E., in de Fries, J. C. (2002). Developmental dyslexia: Genetic dissection of a complex cognitive trait. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(10), 767–780.

Galeša, M. (1995). *Specialna metodika individualizacije* [Special methodology of individualization]. Didakta.

Golubović, S. (2005). *Smetnje u razvoju kod dece mlađeg školskog uzrasta*. Univerzitet u Beogradu: Defektološki fakultet.

Györfi, A., in Smythe, I. (2010). *Dyslexia report. Dyslexia in Europe: A pan-european survey*. https://doi: tprofiler.co.za/media/13299/dyslexia_report_2010_final_mep.pdf

Henderson, S. E., Sudgen, D. A., in Barnett, A. L. (2014). *Baterija za oceno otrokovega gibanja – ABC gibanja-2*. [Battery for assessment of children’s movements – ABC of movements-2]. Center za psihodiagnostična sredstva.

International Dyslexia Association (2002). *Definition of dyslexia*. <http://eida.org/definition-of-dyslexia/>

Jurišič, B. (2001). *Ugotavljanje zgodnjih bralnih zmožnosti otrok pred vstopom v šolo* [Doktorska disertacija]. [Determining the early reading abilities of children before entering school – Doctoral dissertation]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Kaplan, B. J., Dewey, D., Crawford, S. G., in Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 555–565.

Kavkler, M., Magajna, L., Košak Babuder, M., Zemljak, B., Janželj, L., Andrejčič, M., in Ward, V. (2012). *Disleksija – vodnik za samostojno učenje študentov in dijakov*. [Dyslexia - a guide for independent learning of students and pupils]. Bravo – društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami.

Katusic, K. S., Colligan, C. R., Weaver, L. A., in Barbaresi, J. W. (2009). The forgotten learning disability: Epidemiology of written-language disorder in population-based birth cohort (1976–1982), Rochester, Minnesota. *Pediatrics*, 123(5), 1306–1313.

Lerner, J. (1997). *Learning disabilities: Theories, diagnosis and teaching strategies*. Houghton Mifflin Company.

Lovett, M., Lacerenza, L., in Borden, L. S. (2000). Putting struggling readers on the PHAST track: A program to integrate phonological and strategy-based remedial reading instruction and maximize outcomes. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 458–76.

Lupuleac, V. (2014). Physical education for correction of dysgraphia in primary school pupils. *Pelestrica of the third millennium-Civilization and Sport*, 14(2), 122–126. <http://www.pm3.ro/pdf/56/RO/10%20-%20lupuleac%20122-126.pdf>

Mitič Petek, A. (2001). *Preizkus zaznavno-motoričnih sposobnosti*. [A test of perceptual-motor skills]. Center za psihodiagnostična sredstva.

Magajna, L. (1994). *Razvoj bralnih strategij – vloga kognitivnega in fonološkega razvoja ter fonološke strukture jezika* [Doktorska disertacija]. [The development of reading strategies – the role of cognitive and phonological development and the phonological structure of language – Doctoral dissertation]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Magajna, L. (1995). Razvojne teorije branja in pisanja kot osnova za sodobne pristope k začetnemu opismenjevanju. [Developmental theories of reading and writing as a basis for modern approaches to initial literacy]. *Jezik in slovnost*, 41(1995–1996).

Magajna, L., Kavkler, M., Čačinovič Vogrinčič, G., Pečjak, S., in Bregar Golobič, K. (2008). *Koncept dela Učne težave v osnovni šoli*. [The concept of learning difficulties in primary school]. Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Mardell Czudnowski, C., in Goldenberg D. S. (2010). *Developmental indicators for the assessment of learning manual* (2nd ed.). Pearson.

Maughan, B., in Carroll, J. (2006). Literacy and mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 350–354. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228752.79990.41>

Pečjak, S. (2010). *Psihološki vidiki bralne pismenosti*. [Psychological aspects of reading literacy]. Univerza v Ljubljani: Filozofska fakulteta.

Pečjak, S., Magajna, L., Potočnik, N., in Podlessek, A. (2011). *Ocenjevanje bralnih zmožnosti učencev*. [Assessment of students' reading abilities]. Center za psihodiagnostična sredstva.

Pečjak, S., Magajna, L., in Podlessek, A. (2012). *Ocenjevalna shema bralnih zmožnosti učencev 1.–3. razreda: OSBZ*. [Evaluation scheme for reading abilities of students in grades 1.–3. class: OSBZ]. Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101, 385–413.

Posokhova, I. (2007). *Kako pomoči djetetu s teškočama u čitanju i pisanju: Praktični priručnik*. Ostvarenje.

Salter, R., in Smythe, I. (1997). *The international book of dyslexia*. World Dyslexia Network Foundation.

Schunk, D. H., in Zimmerman, B. J. (ur.) (1998). *Self-regulated learning: From teaching to self reflective practice*. Guilford Press.

Šali, B. (1975). *Motnje v branju in pisanju*. [Disabilities in reading and writing]. Zavod RS za rehabilitacijo invalidov Ljubljana.

van Hartingsveldt, M. J., Cup, E. H. C., de Groot, I. J. M., in Nijhuis - van der Sanden, M. W. G. (2014). *Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC)* [Database record]. APA PsycTests.

Weedon, C., in Reid, G. (2018). *Profil ocene posebnih potreb (SNAP – Združen)*. [Special Needs Assessment Profile (SNAP – Combined)]. Center za psihodiagnostična sredstva.

Wolff, U., in Lundberg, I. (2002). The prevalence of dyslexia among art students. *Dyslexia*, 8(1), 34–42.

Žerdin, T. (2003). *Motnje v razvoju jezika, branja in pisanja: priročnik za pomoč specialnim pedagogom in učiteljem pri odpravljanju motenj v razvoju jezika, branja in pisanja*. [Language, Reading, and Writing Disabilities: A Guide to Help Special Educators and Teachers Address Language, Reading, and Writing Disabilities]. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Društvo Bravo.

Zaposleni in sodelavci SCOMS v obdobju od 2015 do 2025

DIREKTORJI	Trajanje zaposlitve
dr. Zoran Pavlovič, psiholog	2008 – 2020
dr. Mateja Hudoklin, klinična psihologinja	2020 –

PSIHOLOGI/ KLINIČNI PSIHOLOGI	
Vera Slodnjak, klinična psihologinja	1973 – 2015
dr. Lidija Magajna, psihologinja	1974 – 2016
mag. Leonida Rotvejn Pajič, klinična psihologinja	1995 –
mag. Jasna Božič, psihologinja	1997 –
Nada Hribar, klinična psihologinja	1998 – 2022
dr. Peter Janjušević, klinični psiholog	2003 –
Natalija Baumgartner, klinična psihologinja	2006 –
Julia Tomšič Ivie, klinična psihologinja	2005 –
dr. Mateja Hudoklin, klinična psihologinja	2005 –
Jana Jarm, klinična psihologinja	2010 –
Polonca Čas, klinična psihologinja	2010 –
Ana Lazić Ulčar, klinična psihologinja	2012 –
Daša Vervega, klinična psihologinja	2015 –
Katarina Ogrin, psihologinja	2015 – 2016
Tina Djekić, psihologinja	2016 – 2018, 2020 –
dr. Bernarda Dobnik Renko, klinična psihologinja	2017 – 2023
Lara Pirc, psihologinja	2018 – 2019

Katja Stres Kaučič, klinična psihologinja	2020 –
Maruša Kavčič, psihologinja	2024 –
Anja Umičević, psihologinja	2024 –
Lucija Hrastnik, psihologinja	2025 –
mag. Tadeja Batagelj, psihologinja	2025 –

PSIHIATRI/PEDOPSIHIATRI

Bojan Belec, psihiater	2007 –
Nataša Mihevc, otročka in mladostniška psihiatrinja	2015 –
Vesna Lenart, otročka in mladostniška psihiatrinja	2024 –

SPECIALNI PEDAGOGI

dr. Tanja Černe, specialna pedagoginja	1997 –
dr. Bojana Caf, specialna pedagoginja	2006 –
Barbara Bogdanič Petek, specialna pedagoginja	2007 –
Diana Vali, specialna pedagoginja	2007 – 2015
dr. Marko Kalan, specialni pedagog	2009 –
Kristina Čižman, specialna pedagoginja	2013 – 2014, 2016 –
dr. Jerneja Terčon, specialna pedagoginja	2015 – 2017
Tina Kolar, specialna pedagoginja	2016 –

LOGOPEDINJA

Herta Filipič Stojanović, klinična logopedinja	2010–
--	-------

PEDAGOGI

Barbara Zemljak, pedagoginja	2010 –
Damjana Jazbinšek, pedagoginja	2017 – 2018

SOCIALNI DELAVCI

Marta Vodeb Bonač, specialna socialna delavka	1978 – 2018
Irena Andolšek, socialna delavka	1987 –
Katja Čibašek, socialna delavka	2018 – 2024
Špela Klemenčič, socialna delavka	2020 – 2021
Gaja Brezovar, socialna delavka	2024 –

ADMINISTRACIJA

Lidija Zagrajšek	1978 – 2016
Franci Šuštar	2001 –
Petra Polajnar	2008 –
Mojca Tomšič	2009 – 2021
Katarina Gačnik Pestotnik	2014 –
Maja Lampič	2016 –
Jasna Ramovš	2019 –
Eva Šober	2021 – 2023
Edina Budimlič	2023 – 2025
Pia Lotrič	2025 –

TEHNIČNI DELAVCI

Franci Šuštar	2001 –
Doris Gorjup	2014 –

ZUNANJI SODELAVCI

Katarina Marn, otroška in mladostniška psihiatrinja

Jasna Rujevič, otroška in mladostniška psihiatrinja

Nadja Hriberšek, otroška in mladostniška psihiatrinja

Breda Jelen Sobočan, psihiatrinja, supervizorka

dr. Marinka Grobler, logopedinja, supervizorka

Ajda Eiselt Čreslovník, defektologinja, supervizorka

mag. Nada Anič, klinična psihologinja, supervizorka

Maja Glonar Vodpivec, klinična psihologinja, supervizorka

dr. Onja Grad Tekavčič, klinična psihologinja, supervizorka

mag. Ivan Janko Bohak, klinični psiholog, supervizor

dr. Tomaž Vec, psiholog, supervizor

Marta Vodeb Bonač, specialna soc. delavka, supervizorka

Danila Bartol, knjižničarka

Milena Gams, knjižničarka

Vesna Slabe, knjižničarka

Vera Gačnik (Rudman), administrativna pomoč

Radojka Krnetič, tehnična pomoč

Alenka Malenšek Breznik, pravna pomoč

Janez Zavrl, pravna pomoč

Vanja Panjan, pravna pomoč

Seznam publikacij

Publikacije so urejene po vrsti izdaje od leta 2025 do leta 2015. Vključeni so: znanstvene in strokovne monografije, konferenčni zborniki, priročniki, delovni zvezki, zloženke in interna gradiva. Nekaterne publikacije so financirane preko Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

- Ocenjevanje in krepitev učne motivacije pri učencih in dijakih z učnimi težavami: strokovni napotki za osnovnošolske in srednješolske učitelje, za učitelje individualne, skupinske ter dodatne strokovne pomoči, svetovalne delavce ter študente pedagoških smeri (Černe, T., 2025)
- Ocenjevanje in krepitev metakognicije pri učencih in dijakih z učnimi težavami: strokovni napotki za osnovnošolske in srednješolske učitelje, svetovalne delavce in izvajalce dodatne strokovne pomoči (Černe, T., 2024)
- Chilled: program za otroke in mladostnike z avtizmom. Delovni zvezek za dekleta: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo za otroke in mladostnike z avtizmom, 2. izdaja, 2024] (Janjušević, P., urednik)
- Chilled: program za otroke in mladostnike z avtizmom. Delovni zvezek za fante: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo za otroke in mladostnike z avtizmom, 2. izdaja, 2024] (Janjušević, P., urednik)
- Cool kids, chilled: priredba za otroke in mladostnike z avtizmom. Delovni zvezek za starše: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, priredba za otroke in mladostnike z avtizmom, 2. izdaja, 2024] (Janjušević, P., urednik)
- Cool kids, chilled: priredba za otroke in mladostnike z avtizmom. Priročnik za terapevte: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, priredba za otroke in mladostnike z avtizmom, 2. izdaja, 2024] (Lyneham, H. J., avtorica, Janjušević, P., urednik in prevajalec)

- Cool kids: program za otroke z avtizmom. Delovni zvezek za dečke: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo za otroke z avtizmom, 2. izdaja, 2024] (Janjušević, P., urednik)
- Cool Kids: program za otroke z avtizmom. Delovni zvezek za deklice: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo za otroke z avtizmom, 2. izdaja, 2024] (Janjušević, P., urednik)
- Biti starš otroku z ADHD (Belec, B. idr., 2023, 2. izdaja)
- Gibalno-plesna terapija za otroke in mladostnike (Caf, B., 2023)
- Moj otrok noče v šolo: preprečevanje odklanjanja šole – kako lahko pomagata starši in kako poteka strokovna pomoč? (Seršen Fras, A. idr., 2023)
- Odklanjanje šole: preprečevanje, prepoznavanje in pomoč: priročnik za osnovne in srednje šole (urednik Janjušević, P., 2023)
- Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti (Černe, T., 2023, 2. izdaja)
- Vodenje skupin za učenje učenja: strokovni napotki za učitelje individualne, skupinske in dodatne strokovne pomoči ter svetovalne delavce (Černe, T. idr., 2023)
- Kako lahko pomagata otroku pri učenju?: napotki za starše [interna izdaja] (Černe, T., 2023)
- Pomoč anksioznemu učencu: priročnik za učitelje (Čas, P. idr., 2022)
- Cool kids. Delovni zvezek za dečke: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, 2. izdaja, 2021] (Rapee, R. M., avtor, Janjušević, P., urednik)

- Cool Kids. Delovni zvezek za deklice: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, 2. izdaja, 2021] (Rapee, R. M., avtor, Janjušević, P., urednik)
- Kako otroku razložiti ločitev?: napotki za starše [interna izdaja] (Dobnik Renko, B., in Andolšek, I., 2021)
- Katere učne strategije naj uporabljajo otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami pri učenju?: napotki za starše in učitelje – zloženska (Černe, T., 2021)
- Kako spodbujamo pridobivanje učnih navad pri otrocih in mladostnikih s specifičnimi učnimi težavami?: napotki za starše – zloženska (Černe, T., 2021)
- Kako spodbujamo učno motivacijo pri otrocih in mladostnikih s specifičnimi učnimi težavami?: napotki za starše in učitelje – zloženska (Černe, T., 2021)
- Katere vire potrebujejo otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami za uspešno učenje?: napotki za starše in učitelje – zloženska (Černe, T., 2021)
- Kako naj otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami rešujejo domače naloge?: napotki za starše, učitelje, otroke in mladostnike – zloženska (Černe, T., 2021)
- Chilled. Delovni zvezek za dekleta: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, 2. izdaja, 2020] (Rapee, R. M., avtor, Janjušević, P., urednik)
- Chilled. Delovni zvezek za fante: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, 2. izdaja, 2020] (Rapee, R. M., avtor, Janjušević, P., urednik)
- Delovni zvezek za starše: [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo, 2. izdaja, 2020] (Rapee, R. M., avtor, Janjušević, P., urednik)



- Cool kids, chilled. Priročnik za terapevte : [Cool Kids program za pomoč pri spoprijemanju z anksioznostjo. 2. izdaja, 2020] (Rapee, R. M., avtor, Janjušević, P., prireditelj in urednik)
- Izzivi staršev otrok z ADHD – zložanka (Belec, B. idr., 2019)
- Kako se najboljše učim?: učne kartice (Černe, T., 2019)
- Biti starš otroku z ADHD (Belec, B. idr., 2019)
- Odklanjanje šole: preprečevanje, prepoznavanje in pomoč: priročnik za osnovne in srednje šole (urednik Janjušević, P., 2019)
- Komorbidnost psihosocialnih motenj pri otrocih in mladostnikih (urednik Janjušević, P., 2019)
- Poročilo o delu za leto 2018 (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana)
- Moj otrok noče v šolo: preprečevanje odklanjanja šole – kako lahko pomagata starši in kako poteka strokovna pomoč? (Seršen Fras, A. idr., 2018)
- Preprečevanje odklanjanja šole: delovno gradivo za izobraževanje (Janjušević, P., 2017, 2018, 2019)
- Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti: nasveti za starše in učitelje (Černe, T., 2016)
- Nesrečko!: zgodbe za otroke, ki ne marajo brati (Žerdin, T., 2016)
- 60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju: zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra (Pavlovič, Z., urednik, 2015)
- Hiperaktiven, nemiren ali samo živahen otrok?: brošura za starše (Rotvejn Pajič, L., 2015)

