



Zavod  
Republike  
Slovenije  
za šolstvo

# šd šolsko svetovalno delo

REVIIJA ZA SVETOVALNE DELAVCE  
V VRTCIH, ŠOLAH IN DOMOVIH  
letnik XXI, številka 2/3, 2017

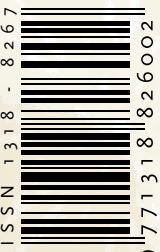
Vodilna tema:

## Duševno zdravje v vrtcu in šoli

- Socialno, čustveno in medkulturno učenje na ravni šol kot način zmanjševanja anksioznosti in agresivnosti: pregled obstoječih programov v Sloveniji in širše
- Preventivne aktivnosti v šolah
- Samomorilno vedenje otrok in mladostnikov - prepoznava in možnosti intervencij v šolskem okolju

# 2/3

Poštirina  
plačana  
pri pošti  
1102  
Ljubljana



ISSN 1318 - 8267

ISSN 9771318826002

# Razširjajmo znanje

Učenje in nenehno strokovno spopolnjevanje sta pomemben del poklicne poti vsakega posameznika, zato vas vabimo, da se udeležite usposabljanj, ki jih ponuja Zavod RS za šolstvo.

**Pripravili smo različna usposabljanja, razvrščena so v šest tem:**

- \* Vseživljenjsko učenje
- \* Jezikovne kompetence učiteljev in vzgojiteljev
- \* Učne težave in učenje učenja
- \* Inovativni pristopi k poučevanju
- \* Vodenje javnega zavoda z uporabo IKT
- \* Kakovost z uporabo podatkov NPZ in mature, podpora procesom samoevalvacije in izboljšanje učenja in poučevanja

**Usposabljanja so namenjena:**

- kolektivom vzgojno-izobraževalnih organizacij,
- strokovnim delavcem s posameznih področij in predmetov ter
- vodstvenim delavcem.

Pester nabor seminarjev in konferenc je dostopen v spletni aplikaciji KATIS, kjer se tudi prijavite.

**Razširjajmo znanje je zgodba, ki nas vse povezuje.**



ŠOLSKO SVETOVALNO DELO,  
letnik XXI,  
številka 2-3  
Ljubljana 2017  
ISSN 1318-8267

Uredništvo:  
mag. Cvetka Bizjak  
(odgovorna urednica),  
mag. Tanja Bezić,  
Ivica Gracelj,  
dr. Petra Gregorčič Mrvar,  
mag. Tamara Malešević,  
Urška Margan  
(gostujoča urednica),  
dr. Milko Poštrak,  
dr. Melita Puklek Levpušček,  
dr. Tomaž Vec

Urednica založbe:  
Simona Vozelj

Jezikovni pregled:  
Mira Turk Škraba

Prevod povzetkov v angleščini:  
Ensitra prevajanje,  
Brigita Vogrinec s.p.

Oblikovanje:  
Suzana Kogoj

Računalniški prelom in tisk:  
Design Demšar d. o. o.,  
Present d. o. o.

Naklada:  
580 izvodov

Izdajatelj in založnik:  
Zavod Republike Slovenije za  
šolstvo

Predstavniki:  
dr. Vinko Logaj

Naročila:  
Zavod RS za šolstvo – Založba,  
Poljanska cesta 28,  
1000 Ljubljana  
faks: 01/30 05 199  
e-pošta: zalozba@zrss.si

Letna naročnina (3 številke):  
31 EUR; fizične osebe imajo  
25 % popust; cena posamezne  
številke v prosti prodaji je  
11,00 EUR.  
V cenah je vključen DDV.

Revija je vpisana v evidenco  
javnih glasil, ki jo vodi  
Ministrstvo za kulturo, pod  
zaporedno številko 576.

© Zavod Republike Slovenije za šolstvo,  
2018

Vse pravice pridržane. Brez  
založnikovega pisnega dovoljenja ni  
dovoljeno nobenega dela revije na  
kakršenkoli način reproducirati, kopirati  
ali kako drugače razširjati. Ta prepoved  
se nanaša tako na mehanske oblike  
reprodukcije (fotokopiranje) kot na  
elektronske (snemanje ali prepisovanje  
na kakršenkoli pomnilniški medij)  
medijske oblike reprodukcije.

Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

# Tisti,

ki ste se udeležili lanskoletnega strokovnega posveta za svetovalne delavce, ki smo ga pod naslovom Duševno zdravje v vrtcu in šoli izpeljali v začetku aprila, boste našo tokratno tematsko številko

verjetno prelistali s posebnim zanimanjem.

Pri njenem nastajanju smo upoštevali tudi vaše predloge iz evalvacije posveta, v katerih ste poudarili pomen, ki jo ima – nekoliko zapostavljena – problematika duševnega zdravja v našem šolskem prostoru: da bi jo bilo treba sistemsko umestiti v vzgojno-izobraževalne programe od vrtca naprej, na vseh ravneh povezati institucije, ki na tem področju delujejo v izobraževanju, zdravstvu in socialnem varstvu, ter nadaljevati s sistematičnim izobraževanjem in praktičnim usposabljanjem.

S kolegico Tamaro Malešević sva pri načrtovanju vsebine strokovnega srečanja in pripravi revije k sodelovanju povabili strokovnjake iz različnih ustanov in nevladnih organizacij, tako boste med avtorji prispevkov našli mnoge, ki so sodelovali na posvetu.

Čeprav si želimo, da bi lahko zapisali, da je šola prostor varovanja duševnega zdravja mladih, ne moremo mimo dejstev, ki govorijo tudi o nasprotnem; v ilustracijo in izziv vsem omenimo raziskavo, ki so jo na začetku letošnjega leta opravili na srednji ekonomski šoli v Celju. Dijaki navajajo, da je šola najmočnejši stresogeni dejavnik v njihovem življenju (močnejši od slabih finančnih pogojev ali slabe telesne samopodobe). Pri premagovanju težav si pomagajo večinoma sami – z računalniškimi igrami, prenegotovanjem, neodgovorno spolno aktivnostjo, samopoškodovanjem, prekomernim kajenjem, uživanjem alkohola in prepovedanih drog od konoplje do kokaina in heroina. Ta primer zajema ključne vidike problema in osvetljuje realnost mnogih srednješolcev. Dejstvo, ki ga navaja Vita Poštuvan v svojem prispevku in apelira na našo strokovno vest ter opravičuje zahteve po intenzivnejšem delu na področju duševnega zdravja mladih, je podatek, da je samomor v obdobju pozne adolescence drugi vzrok smrti v svetu in tudi pri nas – takoj za prometnimi nesrečami in nezgodami. V preteklem letu je bilo teh nepotrebnih smrti v Sloveniji kar dvajset. Če smo že pri grobi statistiki, po povzemimo isti avtorici, da je za preprečitev tovrstnih tragičnih dejanj potrebna zaščitna socialna mreža 77 ljudi za enega potencialnega samomorilca – kar konkretno pomeni, da je za doseg tega cilja treba toliko otrok vključiti v usposabljanje za preprečevanje samomora. To pomeni, da potrebujemo široko zasnovano preventivo, predvsem v promociji duševnega zdravja že od zgodnjega otroštva naprej.

O širših vidikih duševnega zdravja mladih v svetovnih okvirih izčrpano pišejo Eva Klemenčič, Mojca Zvezdana Dernovšek in Leonida Zalokar. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) ima 10 do 20 odstotkov otrok in mladostnikov

težave in motnje na področju duševnega zdravja, med katerimi izstopajo strah in tesnoba pri mlajših ter tesnoba in depresivnost pri starejših, zlasti adolescentih in odrasli populaciji nasploh. O povezanosti in medsebojni pogojenosti anksioznosti (tesnobe) in agresivnosti govori Ana Kozina in slikovito opisuje program opolnomočenja otrok in učiteljev, ki ravnokar poteka v okviru mednarodnega projekta ROKA v ROKI.

Helena Jeriček Klanšček predstavlja ugotovitve mednarodne študije Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC), ki jo vsaka štiri leta izvaja SZO. Za našo populacijo leta 2014 postreže s podatkom, da slovenski mladostniki pogosteje poročajo o obremenjenosti s šolo kot njihovi vrstniki v drugih državah. Če te podatke povežemo z odličnimi dosežki na mednarodnih preizkusih znanja in sistematičnim padanjem motivacije za šolsko delo, dobimo dokaj zaskrbljujočo sliko našega mladega rodu. Kar 20 odstotkov dečkov in več kot 30 odstotkov deklic v starosti 11, 13 in 15 let je poročalo o doživljanju vsaj dveh različnih psihosomatskih simptomov tedensko. Raven stopnje zadovoljstva s svojim življenjem, o kateri poročajo naši mladostniki, je povezana s finančnim stanjem družine, podporo, ki jo prejemajo od staršev in učiteljev, ter kakovostjo odnosa s sovrstniki. V skladu s temi podatki je treba brati tako evropsko strategijo SZO kot nacionalni akcijski program za spodbujanje duševnega zdravja mladih do leta 2020.

Na nastanek duševnih motenj poleg bioloških danosti in osebnih psiholoških dejavnikov v veliki meri vplivajo tudi zunanje življenjske razmere v najširšem smislu kot tudi subjektivni odnos do njih, kar kot nov pogled na njihovo razumevanje obravnava Tina Kavčič.

V svojem celostnem pogledu na vzročnost, značilnosti in varovanje duševnega zdravja otrok Anica Mikuš Kos duhovito poudari, da je šola »zainteresirana« za duševno zdravje otrok – taka šola ima višje dosežke, manj vedenjsko problematičnih učencev, bolj zadovoljne in motivirane učitelje.

Ker je duševno zdravje otrok v veliki meri pogojeno s kakovostjo njihovega življenja, je vloga šole kot potencialno varovalnega dejavnika eden bolj pomembnih pogojev za njihovo dobrobit. Pozitivno socialno-emocionalno vzdušje, z izkušnjami dobrih sodelovalnih odnosov, sprejemanja in vključevanja, ima veliko vlogo v prizadevanjih za izboljšanje učne uspešnosti, počutja in motivacije vseh otrok, oblikovanje njihove samopodobe, odpornosti in osebne prožnosti.

Neugodne socialno-ekonomske razmere, kultura družinskega okolja in nespodbudni načini ravnanj pogojujejo, da bolj ranljivi otroci, ki so lahko kronično bolni, čustveno zanemarjeni, ustrašeni in zlorabljeni, izpostavljeni nasilju in revščini, ki živijo v strahu in socialni nesprejetosti, pogosto izkazujejo težave in motnje v duševnem zdravju z nižjim kognitivnim delovanjem in posledično šolsko neuspešnostjo, čustvenimi težavami in vedenjskimi odstopanji, ki odpirajo negativno spiralo neuspeha in socialne nesprejetosti. Pred pritiski, ki jih doživljajo od vrstnikov in medijev, z nekritičnim sprejemanjem uveljavljenih »norm« predvsem glede videza in vedenja, se v nezadovoljstvu s samim seboj pogosto »rešujejo« z umikom v virtualni svet, zasvojenostmi, motnjami prehranjevanja in hranjenja, samopoškodovalnim vedenjem, samomorilnostjo.

O spoprijemanju s temi težavami neposredno v šoli, sodelovanju s starši ter možnostih učinkovitih ukrepov v okviru specialističnih obravnav in različnih terapevtskih pristopov pišejo v svojih prispevkih Sanela Talič, Špela Reš, Andreja Švab Modrin, Maja Drobnič Radobuljac in Matejka Pintar Babič. Zadnji dve v svoj prispevek umeščata tudi zloženko z ukrepi za preprečevanje samopoškodovanja s strokovnimi pojasnili o značilnostih samopoškodovalnega vedenja, njegovega prepoznavanja, zagotavljanja opore otroku v čustveni stiski in oblikovanja varovalnega načrta, pri katerem praviloma sodeluje tudi otrok.

Da bi bili v naših prizadevanjih za duševno zdravje vseh otrok bolj uspešni, bi morali v večji meri slišati tudi njihov glas.

Kljub temu da je dostopnost strokovnih obravnav pomanjkljiva in počasna, naše moralne in strokovne zaveze ostajajo velike. Veliko dela je pred nami.

Urška Margan



## Uvodnik

- > Urška Margan 1



## Vodilna tema

### Duševno zdravje v vrtcu in šoli

- Šola, vrtec in duševno zdravje 4

> Anica Mikuš Kos

- Skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov – zakaj je to medsektorska odgovornost 13

> Eva Klemenčič, Mojca Zvezdana Dernovšek, Leonida Zalokar

- Duševno zdravje slovenskih petnajstletnikov – izsledki mednarodne študije 21

> Helena Jeriček Klanšček, Karmen Hribar, Lucija Furman

- Pomen osebnosti za psihično blagostanje otrok, učiteljev in staršev 29

> Tina Kavčič

- Socialno, čustveno in medkulturno učenje na ravni šol kot način zmanjševanja anksioznosti in agresivnosti: pregled obstoječih programov v Sloveniji in širše 36

> Ana Kozina, Manja Veldin, Ana Mlekuž, Maša Vidmar,

Tina Vršnik Perše

- Preventivne aktivnosti v šolah 46

> Sanela Talić

- Samomorilno vedenje in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena v otroštvu in mladostništvu 54

> Maja Drobnič Radobuljac, Matejka Pintar Babič

- Samomorilno vedenje otrok in mladostnikov – prepoznava in možnosti intervencij v šolskem okolju 62

> Vita Poštuvan

- Ko hrana ni več »hrana« – kako preprečujemo in zdravimo motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih 70

> Andreja Modrin Švab

- Prekomerna uporaba in zasvojenost s spletom ter digitalnimi tehnologijami pri otrocih in mladostnikih 84

> Špela Reš, Zala Janežič

## Teorija v praksi

- Dolgotrajno bolni učenci – podpora svetovalne službe 92

> Maja Gorenc Šulc

- Razvijanje osebnih in socialnih kompetenc učencev 99

> Maja Šebjanič Oražem

- Izbrana poglavja iz priročnika Vključujoča šola 106



# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Šola, vrtec in duševno zdravje

ANICA MIKUŠ KOS

Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva

---

● **Povzetek:** V članku so opisani pomen, vloga in možnosti šole ter vrtca pri varovanju duševnega zdravja otrok. Predstavljeni so tudi argumenti za sistemsko vgrajevanje zaščitnih dejavnikov duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalni sistem, ki izhajajo iz socialno-ekološke paradigme, raziskav o varovalnih dejavnikih in odpornosti ter raziskav o pomenu podpornih socialnih omrežij za duševno zdravje in psihosocialno blagostanje. Članek opozarja na možnosti aktiviranja virov v šolskem okolju in v širši skupnosti za pomoč otrokom v stiski ter otrokom z visokim tveganjem za razvoj motenj. Predstavljene so strategije varstva duševnega zdravja otrok, ki jih je mogoče izvajati v vzgojno-izobraževalnih zavodih.

**Ključne besede:** duševno zdravje, psihosocialno blagostanje, čustvene stiske, duševne motnje, psihosocialna pomoč.

School, kindergarten, and mental health

● **Abstract:** This article describes the meaning, role and possibilities that schools and kindergartens have with regard to the protection of children's mental health. It also presents arguments as to why mental health protective factors, which were derived from social ecological paradigm, studies on protective factors and resistance, and studies on the supportive role that social networks have in mental health and psychosocial well-being, should be systemically integrated into the educational system. Pointed out is the

possibility of activating resources within school environment and broader community in order to help the children in need, and those at high risk for developing disorders. The article also represents strategies for the protection of children's mental health which could be performed within educational institutions.

**Keywords:** mental health, psychosocial well-being, emotional distress, mental disorders, psychosocial help.

## 1 Uvod

Število otrok z motnjami na kognitivnem, čustvenem, psihosocialnem in vedenjskem področju je veliko. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO 2004) jih je od 10 do 20 odstotkov. Izobraževalni sistem je edinstven, univerzalen institucionalni prostor, ki na ravni osnovne šole vključuje vse otroke ter veliko večino otrok v vrtcu in srednji šoli. S primernimi strategijami lahko družbena skupnost v tem sistemu pomembno vpliva na psihosocialno dobrobit in duševno zdravje otrok. Članek predstavlja teoretske osnove ter opisuje možnosti, ki jih ima izobraževalni sistem za udejanjanje teh ciljev.

Besedo otrok uporabljamo v skladu z opredelitvijo Združenih narodov za osebe v starosti do 19 let, torej tudi za mladostnike. Ugotovitve se nanašajo predvsem na osnovno šolo, čeprav je večina veljavnih tako za srednje stopnje izobraževanja kot za predšolske ustanove.

## 2 Duševno zdravje otrok – stiske in duševne motnje

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2003) opredeljuje duševno zdravje kot stanje dobrobiti, v katerem posameznik lahko udejanji svoje sposobnosti in obvladuje običajne življenjske stresorje, dela produktivno in koristno in je zmožen prispevati k svoji skupnosti. Vse bolj je v rabi pojem psihosocialno ali čustveno bla-

gostanje, ki se predvsem nanaša na subjektivno komponento duševnega zdravja. To je otrokova ocena kakovosti lastnega življenja, zadovoljstvo z življenjem, čustveno dobro počutje in v kolikšni meri se počuti srečnega. Pojma psihosocialno blagostanje in duševno

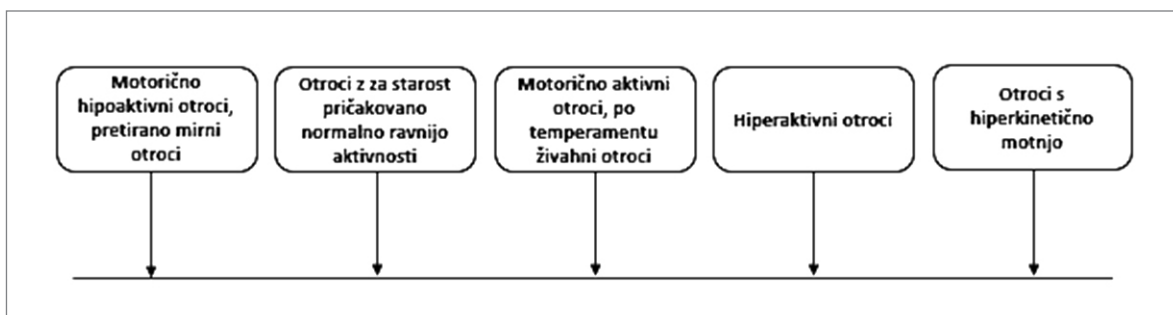
zdravje se delno prekrivata, nekateri avtorji oba izraza uporabljajo celo komplementarno. Vse večje poudarjanje psihosocialnega blagostanja je nekakšna protiutež storilnostni naravnosti staršev, šole, pa tudi mnogih služb pomoči.

Duševne motnje so odklonske oblike čustvovanja, vedenja, mišljenja, medosebnih odnosov, delovnega vedenja in širšega socialnega vedenja. Pogosto povzročajo veliko trpljenje otrok in njihovega okolja, lahko ogrožajo

### Vse večje poudarjanje psihosocialnega blagostanja je nekakšna protiutež storilnostni naravnosti staršev, šole, pa tudi mnogih služb pomoči.

telesno zdravje, prizadenejo različna področja delovanja, omejujejo možnosti - skratka, negativno vplivajo na kakovost življenja otrok. Duševne motnje v otroškem obdobju so lahko zametek duševne motnje v odraslosti.

Duševno zdravje in duševne motnje nista dve ločeni kategoriji. Med tako označenimi ekstremnimi stanji je niz različic čustvovanja, mišljenja, vedenja, odzivanja, ki se razlikujejo po kakovosti, intenzivnosti in trajanju pojavov. Ločnica med duševnim zdravjem in duševno motnjo je dogovorna (npr. za težave, ki še nimajo značaja duševnih motenj, uporabljamo izraz čustvene stiske). Odvisna je od družbenih vrednot in ideala zdrave osebnosti, od prevladujoče družbene filozofije o zdravju in boleznih, od strpnosti okolja do osebnostnih razlik >



Slika 1: Kontinuum prevladujoče aktivnosti otrok

med ljudmi in (v razvitem svetu) od tega, kar psihiatrična stroka določi kot bolezen. Za primer vzemimo gibalno nemirnost, ki je vodilni simptom ADHD (motnja pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti). Spodnja shema predstavlja razvrstitev lastnosti »raven gibalne aktivnosti otroka« na premici, ki seže od hipoaktivnosti preko tega, kar ocenjujemo kot normalno raven aktivnosti, do hiperaktivnosti.

Nekatere težave in motnje terjajo le strpnost in podporo okolja, druge pa specialistično mentalnohigiensko pomoč.

Izraz duševne motnje je v strokovnem jeziku rezerviran za skupke pojavov (znakov), ki so kot kategorije navedeni v mednarodnih klasifikacijah bolezni. Žal ta medicinski pojmovni koncept in terminologija teh klasifikacij prehajata tudi na druga strokovna področja, npr. na področje specialne in rehabilitacijske pedagogike. Opisano širjenje vpliva medicinskega načina razmišljanja na druga strokovna področja uvršča mnoge otroke z nevrokognitivnimi posebnostmi ali specifičnimi učnimi težavami v kategorijo bolnih.

Največkrat je to, kar imenujemo duševna motnja, presečišče dogajanj med lastnostmi posameznega otroka in lastnostmi okolja. Je izid interaktivnih dogajanj med zunanjimi neugodnimi vplivi, biološkimi predispozicijami in nastavki motenj, pri čemer je vplivnost biološkega in socialno-okoljskega pri različnih motnjah različna. Pri večini otrok so motnje predvsem posledica neugodnih življenjskih okoliščin in zunanjih dejavnikov tveganja, ki povzročajo trpljenje. Trpljenje je stalnica v življenju mnogih otrok z duševnimi motnjami, pa tudi tistih brez tovrstne medicinske diagnoze. To so otroci, ki doživljajo skrajno revščino, družinsko nasilje, trpinčenje, zlorabo, ki so doživeli vojne, begunstvo, izgube, a zaradi svoje psihične odpornosti, zmogljivosti obvladovanja preteklih slabih izkušenj in sedanjih

## Neuspeh, neustrezno vedenje v šoli ali druge šolske težave lahko preplavijo otrokovo življenje in poslabšajo kakovost njegovega življenja v družini in v zunajšolskem prostoru.

neugodnih življenjskih okoliščin niso razvili duševne motnje. Toda izgube, travme so globoko zaorale v njihovo čustveno blagostanje, srečo. Ti otroci potrebujejo psihosocialno podporo vrta in šole.

Duševne motnje se največkrat povezujejo s prizadetostjo otrokovega šolskega delovanja. Otroci z duševnimi motnjami več izostajajo iz šole, njihov šolski uspeh je slabši glede na zmogljivosti, imajo več možnosti, da bodo prešolani ali izključeni iz srednje šole, osip iz šole je v tej skupini večji (Masi in Cooper 2006). Šols-

ki neuspeh je eden najbolj pogostih spremljevalcev duševne motnje.

**V šoli (redkeje v vrtcu) so vir otrokove čustvene prizadetosti in trpljenja lahko slabi vrstniški odnosi, izključenost, medvrstniško nasilje in ponižanje, slabi odnosi z učiteljem ali vzgojiteljico, nezmožnost zadostiti zahtevam šole ali vrta, neuspešnost, obup.** Ko beremo o šolskem neuspehu, najdemo le malo razmišljanj o tem, kako se počuti otrok, ki ne zmore, ki šolski neuspeh doživlja kot brezizhoden položaj, ki se zaveda, da bo moral devet let ostati na »delovnem mestu«, katerega zahteve presegajo njegove zmožnosti, ki vsak dan prejme povratne informacije o svoji nesposobnosti, kazni (slabe ocene, socialne kazni) za svojo nezmožnost obvladati šolsko snov, ki nima nikogar, da bi mu pomagal. Šolski neuspeh poslabša otrokove odnose s starši, negativno vpliva na otrokov prosti čas - na kakovost otrokovega življenja v celoti.

V razpravah o duševnih motnjah otrok je malokrat omenjeno, da otrokove zgodnje negativne izkušnje močno vplivajo na njegovo doživljanje sveta. Doživetje sveta je lahko lepo, lepo in slabo hkrati ali predvsem slabo (neprijazno in nevarno okolje, ki mu ne smeš zaupati ali se mu je treba maščevati itd.). Videnje sveta je odvisno od nevrobioloških lastnosti posameznika, predvsem pa od kakovosti otrokovega življenjskega okolja in kakovosti odnosov z njim. Podoba sveta sodoloča otrokovo počutje, odnos do sveta in delovanje v svetu.

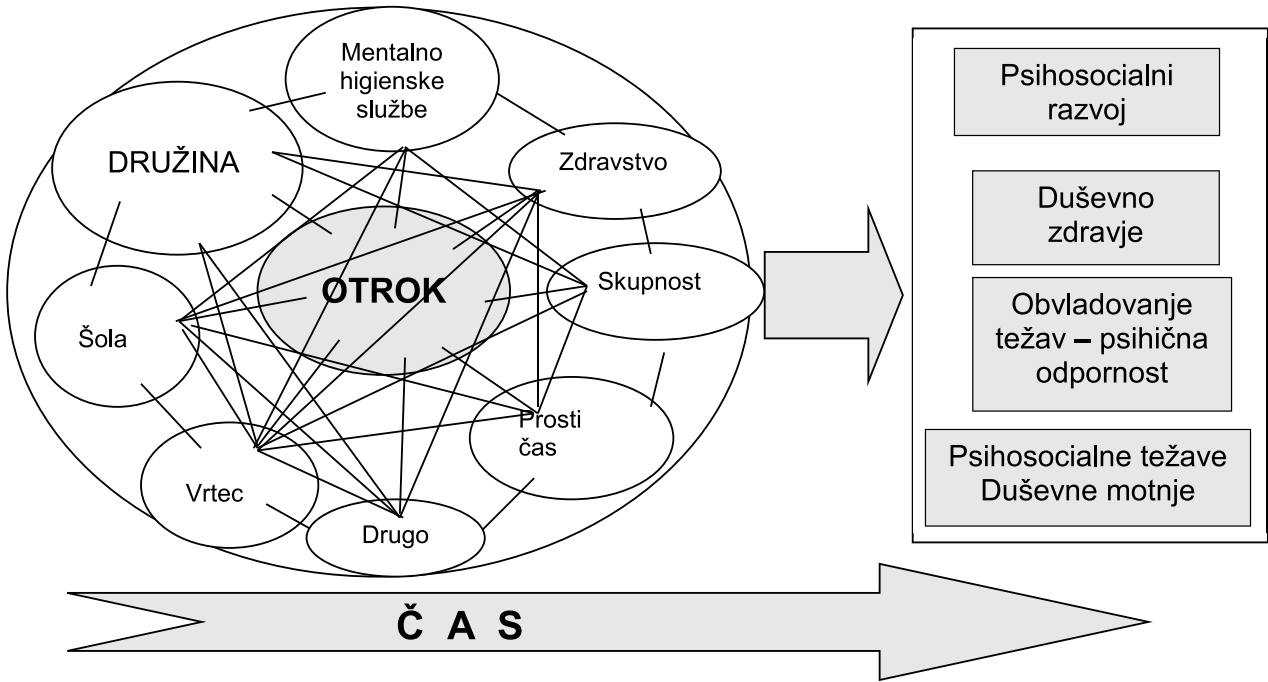
### 3 Teoretska ozadja duševnega zdravja in njegovega varovanja

Duševno zdravje izhaja iz celotnega spleta odnosov med posameznikom in okoljem. Sodoločajo ga lastnosti posameznika, družine, institucij, skupnosti, politike, države, kakovost vsakodnevnega življenja. Opisana **systemska ekosocialna paradigma** (Profefrenner, Morris 2006) je podlaga za vključevanje šole

in vrta v prizadevanja za varovanje duševnega zdravja otrok.

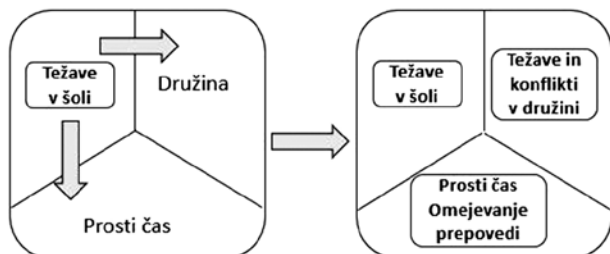
Psihosocialni razvoj, duševno zdravje, duševne motnje so rezultat soigre številnih bioloških in okoljskih dejavnikov. Otrok je del sistema. S svojimi lastnostmi, načinom odzivanja, vedenjem, mišljenjem, čustvovanjem, celo s svojo zunanostjo vpliva na odnose z drugimi, na svojo uspešnost v šoli, na položaj in odnose v skupini vrstnikov. Spodnja shema predstavlja otrokov življenjski prostor ter podsisteme, ki ga tvorijo.





Slika 2: Ekosocialno sistemsko pojmovanje duševnega zdravja in motenj (Mikuš Kos 2017)

Spremembe v enem podsistemu vplivajo na druge podsisteme, npr. šolska neuspešnost in z njo povezane težave v šoli vplivajo na druga področja otrokovega življenja. Otrokovе šolske težave (neuspeh, neustrezno vedenje v šoli) povzročajo konflikte med otrokom in starši, otrok je izpostavljen pritiskom in kaznim staršev. Zaradi otrokovih težav v šoli starši doživljajo dodatne obremenitve, občutja krivde in stiske. Motnja v šoli se prenaša tudi na otrokov prosti čas. Starši otrokom omejujejo igro z vrstniki, športne dejavnosti in druga razvedrila. Torej neuspeh, neustrezno vedenje v šoli ali druge šolske težave lahko preplavijo otrokovo življenje in poslabšajo kakovost njegovega življenja v družini in v zunajšolskem prostoru.



Slika 3: Vpliv šolskih težav na otrokove odnose v družini in na prosti čas

Ogrožajoči dejavniki ali dejavniki tveganja povečujejo možnost, da bo otrok razvil motnje na področju čustvanja, vedenja, na kognitivnem področju, psihosomatske motnje. Vendar prisotnost ogrožajočih dejavnikov še

ne pomeni, da pri otroku obstajajo duševne motnje ali pa da se bodo v prihodnosti pojavile. Otroci iz zelo neugodnih družinskih okolij so bolj ogroženi glede psihosocialnega razvoja, toda vsi nikakor ne izkazujejo duševnih motenj.

**Varovalni dejavniki** so tisti vplivi in dogajanja, ki otroke, izpostavljene ogrožajočim vplivom, ščitijo pred nastankom ali vzdrževanjem motenj. Zmanjšujejo verjetnost neugodnega izida ob izpostavljenosti travmatskim dogodkom in dolgotrajnim neugodnim okoliščinam. Tako kot ogrožajoči dejavniki so tudi varovalni dejavniki lastnosti otroka, družine, šole, vrta, socialnih okoliščin, torej celote otrokovega življenja. Prisotnost varovalnih dejavnikov ohranja duševno in psihosocialno zdravje ter ustrezno delovanje posameznika, ki je izpostavljen dejavnikom tveganja biološke, družinske ali socialne narave. Z notranjimi in zunanji varovalnimi dejavniki se povezuje tudi psihična odpornost ter sposobnost obvladovanja težav.

Če v podsisteme, ki so dostopni za intervencije, uvedemo pozitivne vplive in zaščitne dejavnike, lahko preprečimo, omilimo ali celo odpravimo mnoge težave, stiske in duševne motnje mnogih otrok tudi takrat, ko ne moremo vplivati na njihove neposredne vzroke (denimo v družinskem podsistemu). Pri tem imata šola in vrtec veliko možnosti.

**Razkorak med otrokovimi lastnostmi in zmožnostmi ter zahtevami okolja je najbolj pogosto vzlišče težav in motenj šolskih otrok.** Individualne razlike med otroki na kognitivnem področju, razlike v temperamentu, >

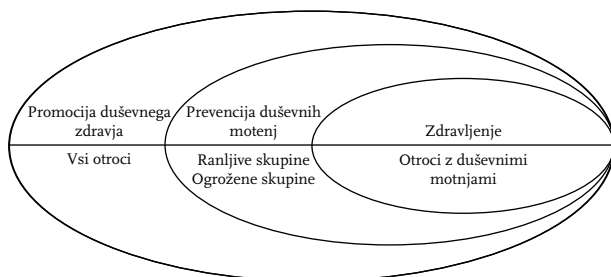
duševni odpornosti, v telesnem zdravju, življenjski energiji pogojujejo neskladnost mnogih otrok z zahtevami šole ali vrtca. Ob tem opažamo nekakšen paradoks: čim večja je različnost otroka (denimo v intelektualnem delovanju), tem večja je verjetnost, da bo zanj ustrezno poskrbljeno in bo deležen prilagoditev njegovim zmogljivostim in potrebam. Ko pa so te razlike majhne ali na področjih, ki jih še ne prepoznavamo kot pomembne, ostaja tudi njihov vpliv manj prepoznan, čeprav lahko zelo ogrožajo otrokovo psihosocialno blagostanje. Dober primer za to so individualne razlike v temperamentu. Temperament nekaterih otrok je povsem po meri šole ali vrtca, obstajajo pa otroci, ki se zaradi svojih temperamentalnih značilnosti zelo težko prilagodijo zahtevam vrtca in šole.

## 4 Zaščita duševnega zdravja otrok

Dejavnosti varovanja duševnega zdravja otrok razvrščamo v tri kategorije:

- promocija duševnega zdravja,
- prevenција duševnih težav in motenj,
- zdravljenje motenj.

Področja niso ostro razmejena, npr. ista dejavnost ima lahko hkrati značaj prevencije in zdravljenja.



**Slika 4: Promocija, prevenција in zdravljenje (prirejeno po Waddell, McEwan, Shepherd, Offord in Hua 2005)**

**Promocija duševnega zdravja** je namenjena vsej populaciji otrok. Usmerjena je predvsem v razvijanje pozitivnega duševnega zdravja in krepitev psihične odpornosti vse populacije otrok (npr. v oddelku ali na šoli).

**Univerzalna prevenција** je namenjena odpravljanju dejavnikov tveganja v vsej populaciji otrok v vrtcu in šoli ali v podskupini normalne populacije otrok (npr. otroci določene starosti).

**Selektivna prevenција** je namenjena skupinam otrok, pri katerih je ogroženost za nastanek motnje višja od povprečne ogroženosti zaradi prisotnosti dejavnikov tveganja biološke, psihološke ali socialne narave. Ime-

nujemo jo tudi ciljana prevenција. Namenjena je otrokom, ki ne kažejo motenj in ne potrebujejo individualne terapevtske obravnave, a potrebujejo podporo.

**Indicirana prevenција** je namenjena otrokom, ki imajo duševne težave ali zaznavne posamične znake ali predznake duševnih motenj, nimajo pa še duševnih motenj, ki bi ustrezale medicinskim klasifikacijam bolezni. Vključuje podporo in psihosocialno pomoč.

**Zdravljenje oz. terapija** je namenjena otrokom z duševnimi motnjami, ki ustrezajo medicinskim klasifikacijam bolezni.

Varovanje duševnega zdravja temelji predvsem na spoznanjih o pomenu psihosocialne kakovosti življenja otroka, njegovih izkušenj z ljudmi in o možnostih aktiviranja virov pomoči otrokom v stiski v njihovih življenjskih okoljih - zlasti v šoli in v vrtcu.

## 5 Pomen vrtca in šole za duševno zdravje otrok in njune možnosti za varovanje duševnega zdravja

Šola in vrtec kot instituciji, v kateri so vključeni vsi (osnovna šola) ali skoraj vsi (vrtec) otroci, imata mnoge in edinstvene možnosti za varovanje duševnega zdravja. Sta najpomembnejši prostor socializacije ter prvo »delovno mesto«. V njem otroci lahko doživljajo kroničen stres in slabe izkušnje (npr. šolska neuspešnost z njenimi psihosocialnimi posledicami, medvrstniško nasilje, neustrezen odnos učitelja do učenca). Lahko pa ima mnoge varovalne učinke. Varovalni dejavniki v vrtcu in šoli so še posebno pomembni za tiste otroke, ki doraščajo v neugodnih družinskih in socialnih okoljih in so obremenjeni s številnimi dejavniki tveganja. Zato v mnogih državah v šole uvajajo obogatitvene in preventivne programe za otroke iz neugodnih družinskih okolij ali za socialno prikrajšane otroke. Učitelji in vzgojitelji imajo veliko možnosti za prepoznavanje težav in motenj pri otrocih. Poleg tega imajo veliko priložnosti za podporo in psihosocialno pomoč otrokom. So v stiku s starši in v sodelovanju z njimi lahko pomagajo mnogim otrokom v težavah. Šola ima tudi veliko možnosti za zmanjševanje ali odpravljanje stigme duševnih težav in motenj.

Številni otroci, katerih razvoj je ogrožen zaradi neugodnih družinskih ali drugih socialnih okoliščin, bi potrebovali specializirano strokovno pomoč, vendar ne pridejo do mentalnohigienskih ustanov. Otroci namreč pri koriščenju strokovnih služb odvisen od svojih staršev. V mnogih primerih ti ne morejo ali pa niso pripravljeni hoditi z otroki v mentalnohigienske ustanove. Za mnoge otroke s težavami in motnjami

bodo učitelji, vzgojiteljice, sošolci, šolski svetovalni delavci, prostovoljci edini vir pomoči zunaj družine.

Najbolj razširjene in potrebne dejavnosti varovanja duševnega zdravja (Mikuš Kos 2017) v okviru vrtca in šole so skrb za varno, podporno, otrokom prijazno psihosocialno vzdušje, preprečevanje škodljivih dogajanj znotraj vrtca in šole, spodbujanje učenja in preprečevanje šolske neuspešnosti, prepoznavanje in spodbujanje razvoja močnih področij in sposobnosti ter zagotavljanje možnosti, da otroci pokažejo tudi tiste lastnosti in nadarjenosti, ki niso pomembne za šolsko uspešnost, kot so prosocialne lastnosti, praktične veščine, umetniški darovi, športni talenti, ozaveščanje učencev, učiteljev, staršev o pomenu duševnega zdravja in čustvenem blagostanju otrok, širjenje informacij in znanj pri vseh skupinah in deležnikih vzgojno-izobraževalnega dogajanja, sistematično usposabljanje vzgojiteljic in učiteljic o področju duševnega zdravja, razvijanje veščin socialnih in učnih strategij pri otrocih, vključevanje otrok v športne in druge obšolske dejavnosti, spodbujanje udeležnosti otrok v socialnih dogajanjih v vrtcu, v šoli in v skupnosti, spodbujanje prosocialnega vedenja in razvijanje socialne odgovornosti, delo s skupinami in individualno svetovanje ter učna pomoč za otroke s težavami, podpora v kriznih okoliščinah, delo in sodelovanje s starši, aktiviranje virov za pomoč v stiski v okviru šole in skupnosti. Pri tem je pomembno, da se strategije varovanja duševnega zdravja čim bolj integrirajo v pouk ter v vse življenje in delo šole/vrtca. Dejavnosti naj ne bodo ločene od prizadevanj za izboljšanje šolske uspešnosti učencev.

**Eden najpomembnejših stebrov duševnega zdravja je dobro psihosocialno vzdušje vrtca, skupine, oddelka in šole.** To je vzdušje, v katerem se vsi počutijo varne in vključene, vzdušje, ki spodbuja dobre odnose med otroki ter med otroki, vzgojiteljicami in učitelji, vzdušje, ki nagrajuje pozitivno in prosocialno vedenje, spoštuje individualne razlike med otroki. Pozitivno šolsko vzdušje je osnovna komponenta dobrega počutja otrok in preprečevanja neustreznega vedenja. Vključuje pa tudi zahteve in jasne omejitve šole, ki prispevajo k sposobnosti premagovanja ovir, krepijo odpornost, pripravljajo otroka na zahteve življenja, s katerimi se bo srečeval v odrasli dobi.

Adelman in Taylor (2010) opredeljujeta tri ravni varovanja duševnega zdravja v okviru šole:

- pomoč posameznemu otroku s težavami ali motnjami (npr. otroku z ADHD),
- odpravljanje ali preprečevanje posameznega prob-

lema v oddelku ali vzgojno-izobraževalni ustanovi (npr. medvrstniško nasilje),

- univerzalne intervencije, ki vplivajo na psihosocialno ozračje in okoliščine delovanja celotne vzgojno-izobraževalne ustanove (npr. vgrajevanje socialnega in emocionalnega učenja v kurikulum).

Večina šolskih programov je usmerjena v preprečevanje posamičnega specifičnega problema, npr. uživanja drog, medvrstniškega nasilja, preprečevanje samomo-

## Varovanje duševnega zdravja temelji na spoznanjih o pomenu psihosocialne kakovosti življenja otroka, njegovih izkušenj z ljudmi in o možnostih aktiviranja virov pomoči otrokom v stiski v njihovih življenjskih okoljih – zlasti v šoli in v vrtcu.

rov ali samopoškodb. Veliko več bi bilo treba storiti za izboljšanje psihosocialnega ozračja in etosa šole.

## 6 Psihosocialna pomoč otrokom s težavami in pomoč otrokom z duševnimi motnjami v šoli in v vrtcu

V širšem pomenu besede je psihosocialna pomoč vsako dejanje, ki je usmerjeno k drugi osebi, družini ali skupnosti s ciljem zmanjšati stisko, odstraniti neugodje, trpljenje in psihosocialne težave ter pospešiti proces okrevanja. Pomoč lahko poteka v okviru posebnih psihosocialnih programov, še bolj pomembna je psihosocialna pomoč otroku, ki poteka v okviru običajnih dejavnosti skupine ali oddelka. V okviru psihosocialnih programov se izvajajo predvsem nespecifične oblike pomoči - posredovanje novih pozitivnih izkušenj, razvijanje socialnih spretnosti, krepitev samozavesti in samopodobe, izražanje skozi risbo, igro, relaksacijske vaje in druge dejavnosti. Marsikdaj pa vsebujejo tudi specifične oblike pomoči nizke intenzitete, denimo pristope vedenjsko-kognitivne terapije. Pogosto se pri otroku psihosocialna pomoč kombinira z učno pomočjo. Vendar učna pomoč ni nekaj, kar se dogaja v socialnem vakuumu. Vsebuje odnos med pomočnikom in otrokom, torej tudi psihosocialno komponento.

Psihosocialna podpora ali psihosocialna pomoč otrokom v stiski (razlika je v intenziteti intervencij) se v vrtcu in šoli običajno dogajata spontano. Izhajata iz občutljivosti in humanizma vzgojiteljice ali učitelja, ravnatelja, sošolcev. Spodbuja ju predvsem dobro psihosocialno ozračje vrtca in šole. Veliko dobrega se do-

gaja brez programov, brez deklarirane in organizirane dejavnosti varovanja duševnega zdravja, preprosto na ravni medčloveških odnosov - kot odraz človečnosti.

Otroci z duševnimi motnjami potrebujejo specifično strokovno pomoč. Vprašanje je, ali so na voljo strokov-

ali vojna dogajanja). Med varovalnimi dejavniki šole so predvsem šolski uspeh ali vsaj uspeh pri nekem predmetu ali na nekem področju, dobri odnosi z vsaj enim učiteljem ali dobri odnosi s sošolcem ali skupino sošolcev. Med najbolj vplivne varovalne lastnosti spadajo otrokom prijazno in podporno psihosocialno vzdušje vrtca in šole. Tudi vključenost otroka v interesne dejavnosti, kot so športne, izrazne in kulturne dejavnosti, je prepoznana kot pomemben varovalni dejavnik. V teh dejavnostih ima otrok možnosti za doseganje uspehov, razvijanje dobre samopo-

dobe, pridobivanje novih ugodnih izkušenj v medosebnih odnosih. Dobre šolske izkušnje popravljajo pesimistično ali sovražno videnje sveta otrokom, ki doživijo veliko slabega v svoji družini ali v drugih okoljih.

**Pozitivna usmeritev v otrokova močna področja.** Varovanje duševnega zdravja v okviru šole naj bo predvsem usmerjeno v razvijanje otrokovih močnih področij in pozitivnih lastnosti, strategij obvladovanja težav, s katerimi se otrok srečuje, v krepitev psihične odpornosti.

**Upoštevanje povezav med čustvi in učenjem.** V prizadevanjih za varovanje duševnega zdravja je treba upoštevati spoznanja o tem, da čustva vplivajo na motivacijo učencev ter na učno učinkovitost. Negativna čustva zavirajo sposobnost učenja, strah onemogoča otroku, da pokaže svoje znanje, šolska neuspešnost čustveno prizadene otroka in je znaten dejavnik tveganja duševnih motenj.

**Razvijanje dobrih medvrstniških odnosov.** Dobri medvrstniški odnosi v razredni skupnosti in vrtčevski skupini so nadvse pomemben del varovanja duševnega zdravja in psihosocialnega blagostanja otrok. Učitelji lahko ustvarijo številne priložnosti za sodelovanje, vzajemno podporo otrok, razvijanje skupinske povezanosti in preprečevanje izključevanja.

**Pogovori z otroki o duševnem zdravju, težavah in motnjah** lahko veliko prispevajo k samoopazovanju, večji skrbi otrok za lastno duševno zdravje in k destigmatizaciji težav in motenj. Pri tem se ne smemo omejiti le na velike probleme, kot je zasvojenost z drogami. Pogovori naj obravnavajo tudi običajne vsakodnevne čustvene in vedenjske težave otrok. Sem spadajo tudi programi socialnega in čustvenega učenja, ki razvijajo čustveno in socialno inteligentnost. Pogovori naj bodo usmerjeni tudi v zmanjševanje stigme duševnih motenj in prikazovanje čustvenih, psihosocialnih in razvojnih težav kot sestavine odraščanja in življenja.

**Sodelovanje otrok in mladih pri varovanju duševnega zdravja.** Otroci so lahko aktivni deležniki pri varovanju

## Za večino otrok s psihosocialnimi težavami ali duševnimi motnjami je najbolj učinkovita pomoč, ki povezuje več pristopov hkrati – torej vzpostavitev kombinacije pozitivnih kumulativnih in interaktivnih učinkov pomoči.

ne službe ter kakšna je njihova dosegljivost in sprejemljivost za starše in otroke. Mreža strokovnih služb je v Sloveniji močno pomanjkljiva, čakalne dobe trajajo nekaj mesecev. Za veliko otrok, ki bi potrebovali specialistično pomoč, sta vrtec in šola edini dosegljivi vir pomoči. Vendar tudi otroci z duševnimi motnjami poleg v problem usmerjene terapije specialistov za duševno zdravje otrok potrebujejo psihosocialno podporo ali pomoč v svojem vrtčevskem ali šolskem vsakdanu. Šolski svetovalni delavci so lahko izvajalci in katalizatorji pomoči znotraj vrtca in šole. Glede na svoje izkušnje in znanja imajo možnost izvajati tudi terapevtsko pomoč. Pri tem je koristno, da se, ko je to potrebno, povežejo z mentalnohigijenski strokovnimi službami.

Za večino otrok s psihosocialnimi težavami ali duševnimi motnjami je najbolj učinkovita pomoč, ki povezuje več pristopov hkrati, na primer čustvena podpora ali psihoterapija otroka, učna ali specialnopedagoška pomoč otroku, svetovanje staršem, sodelovanje med pedagoškimi delavci in psihologom ali otroškimi psihiatrom - torej vzpostavitev kombinacije pozitivnih kumulativnih in interaktivnih učinkov pomoči.

## 7 Povzetek dejavnosti varovanja duševnega zdravja otrok v vrtcu in šoli

Vzgojno-izobraževalni sistem se poslužuje različnih strategij in pristopov varovanja duševnega zdravja.

**Odpravljanje dejavnikov tveganja.** Gre predvsem za odpravljanje dejavnikov tveganja in škodljivih dogajanj znotraj vrtca in šole. Stresni dejavniki, kot so slabo razredno ali šolsko vzdušje, nerazumevajoče vzgojiteljice in učiteljice, slabi odnosi med otroki, povečujejo verjetnost in tveganje glede duševnih motenj otrok.

**Uvajanje varovalnih dejavnikov.** Ti lahko delujejo kot protiutež dejavnikom tveganja, na katere šola ne more vplivati (npr. neugodna družinska dogajanja, revščina

lastnega duševnega zdravja in pri pomoči vrstnikom s težavami. Razvijanje aktivne vloge otrok in mladih pri varovanju lastnega duševnega zdravja je v praksi premalo prisoten pristop. V mnogih državah zahodnega sveta so razviti vrstniško svetovanje (peer counseling) - svetovanje usposobljenih dijakov vrstnikom ali mlajšim dijakom, vrstniško poučevanje (peer education) in druge oblike medvrstniške pomoči.

**Prosocialno delovanje otrok.** Delovanje in udeležnost otrok in mladih v socialnih procesih, sprejemanje odgovornosti in izpolnjevanje dolžnosti v razredu, skupini, skupnosti in v širšem družbenem okolju imajo pozitivne vplive na osebnostni razvoj. Ob ugotavljanju sprememb, ki jih je povzročilo lastno delovanje, se krepi vera v zmožnost in sposobnost upravljanja s svojim življenjem in vplivanja na dogajanja v okolju. Prostovoljno delo ima številne pozitivne učinke na mlade prostovoljce. V okviru prostovoljnega dela se povezuje in prepletata psihološki jaz in družbeni jaz. Prostovoljno delo je učenje prosocialnega vedenja skozi delovanje, skozi izkušnjo in doživljanje socialnih nagrad, priznanja, zadovoljstva ob tem, da si storil nekaj koristnega za drugega, za skupnost. Izboljšuje samozaupanje in samopodobo.

Zato je pomembno, da otroci s težavami niso le prejemniki pomoči drugih, temveč tudi sami delujejo kot pomočniki.

**Vključenost varovanja duševnega zdravja v kurikulum in v vsakdan vrtca, šole, skupine in razreda.** Osnovno vodilo je, da varovanje duševnega zdravja ne sme potekati zgolj v obliki nekih posebnih dejavnosti - krožkov, delavnic, skupin. Vgrajeno mora biti v kurikulum in v vsakdan vzgojno-izobraževalnega zavoda.

**Sodelovanje s starši.** V sestanke s starši je mogoče vključiti krajšo razpravo o duševnem zdravju, npr. kako se otrok počuti pred koncem šolskega leta, ali ga je strah zaradi ocen, kakšne težave imajo starši, ko poskušajo pomagati svojim otrokom pri učenju itd. Pri sodelovanju s starši morda podcenjujemo pomembnost informiranja staršev o naravi otrokove težave. Mnogi starši ne vedo, zakaj so njihovi otroci v šoli nemirni, zakaj grdo pišejo, zakaj niso zbrani. Učitelj ima možnost posredovati osnovne informacije o motnjah otrok, priporočiti primerno literaturo ali posvet pri strokovnjaku. Zlasti pomembno je sodelovanje med učitelji in starši ob otrokovih težavah.

**Širjenje znanja o duševnem zdravju otrok med odrasle odgovorne za otroke - psihoedukacija.** Znanje je treba širiti med pedagoške delavce, tudi med šolsko teh-

nično osebje, med starše, med odločevalce na ravni lokalne in državne politike. Usposabljanje pedagoških delavcev v vrtcih in šolah o duševnem zdravju in psihosocialnem blagostanju je pogoj za zagotavljanje ustreznega delovanja vzgojno-izobraževalnega zavoda na področju varovanja duševnega zdravja.

**Povezovanje s skupnostjo.** Vire za varovanje duševnega zdravja je mogoče najti v vrtčevskem ali šolskem okolju, v drugih šolah, v skupnosti. Prijateljska in učna pomoč prostovoljcev otrokom je dragocen vir, ki ga ni težko aktivirati v skupnosti. Prostovoljci izboljšujejo kakovost otrokovega življenja, omogočajo nove ugodne socialne izkušnje, otroke uvajajo v interesne dejavnosti in še po mnogih drugih poteh pomagajo otrokom, izpostavljenim ogrožajočim dejavnikom, pri vzdrževanju njihovega psihosocialnega ravnovesja. Sem spada tudi povezovanje z nevladnimi organizacijami, ki v današnjem času ponujajo različne oblike pomoči otrokom v stiskah

Svetovalne službe bi lahko imele bolj aktivno vlogo pri usposabljanju vzgojiteljic in učiteljev na področju varovanja duševnega zdravja, saj mnogo bolje kot zunanji mentalnohigienski delavci poznajo stvarnost vzgojno-izobraževalnih ustanov.

in njihovim družinam. Povezovanje med vzgojno-izobraževalnimi ustanovami različnih ravni (vrtec, osnovna in srednja šola), s krajevno skupnostjo, pa tudi s kakim podjetjem lahko prinese koristi vsem stranem.

**Vloga svetovalnih služb.** Ta je dobro prikazana v Programskih smernicah za svetovalno službo (Zavod Republike Slovenije za šolstvo 2008). Vendar so svetovalne delavke v praksi preveč obremenjene z administrativnimi nalogami. Zdi se tudi, da specializirane mentalnohigienske službe ne prepoznajo dovolj vrednosti svetovalnih služb pri pomoči otrokom s težavami in njihovim staršem in da je premalo povezav med svetovalnimi delavkami in mentalnohigienskimi službami. Svetovalne službe bi lahko imele bolj aktivno vlogo pri usposabljanju vzgojiteljic in učiteljev na področju varovanja duševnega zdravja, saj mnogo bolje kot zunanji mentalnohigienski delavci poznajo stvarnost vzgojno-izobraževalnih ustanov.

**Povezovanje z mentalnohigienskimi in drugimi strokovnimi službami na področju varovanja duševnega zdravja.** Pri povezovanju s sorodnimi strokovnimi službami, zlasti z mentalnohigienskimi, zdravstvenimi in socialnimi službami se srečujemo z ovirami, ki izhajajo iz zakona o varovanju osebnih podatkov. Povezovanje ni le zadeva svetovalnih služb. Neposredno sodelovanje učitelja s kliničnim psihologom ali otroškim psihiatrom >

ob otroku z duševnimi motnjami ni le v korist otroku. V takem sodelovanju se tako učitelj kot klinični delavec veliko naučita drug od drugega. Takšno sodelovanje je priporočljivo in koristno, ko gre za motnje, ki zadevajo otrokovo šolsko delovanje. Zanj je potrebna pisna privolitev staršev.

raževalne institucije dobrega prispevajo na tem področju, javnost nikoli ne izve. Čeprav njihov osnovni namen ni skrb za duševno zdravje, so, kot vsi otrokovi življenjski podsistemi, soodgovorne za njihovo duševno zdravje. Imajo poseben pomen in vplivnost na kakovost otrokovega življenja, njegove izkušnje in razvoj, kar jih zavezuje k proaktivnemu pristopu k varovanju duševnega zdravja. <

## Sklep

**Na področju varovanja duševnega zdravja se v vrtcih in šolah dogaja mnogo dobrega.** Za marsikaj, kar izob-

## Viri in literatura

- Adelman H. S., Taylor L. (b. d.). Moving in new Directions - UCLA School Mental Health Project. Dostopno na <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/contschpsych.pdf> (1. 10. 2017).
- Bronfenbrenner, U. in Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. V: Lerner W. in Damon C. M. (ur.), Handbook of child psychology, str. 793-828. Hoboken, New Jersey: Wiley J. & Sons. Inc.
- Goleman, D. (1993). Emotional intelligence. New York: Bantam, Books.
- Kutash, K., Duchnowski, A. J. in Lynn, N. (2006). School-based mental health: An empirical guide for decision-makers. Tampa, FL: University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Department of Child & Family Studies., Research and Training Center for Children's Mental Health.
- Lendrum, A., Humohrey, N., Wigelworth, M. (2013). Social and emotional aspects of learning (SEAL) for secondary school: implementation difficulties and their implication for school-based mental health promotion. Child and Adolescent Mental Health 18 (3).
- Manual for Promoting mental Health and Well-Being: Educational Setting. ProMenPol Project (2009). European Network for Mental Health Promotion. Dostopno na [www.mentalhealthpromotion.net/.../toolit-manuals/manual-for-educational-setting.pdf](http://www.mentalhealthpromotion.net/.../toolit-manuals/manual-for-educational-setting.pdf) (25. 9. 2017).
- Masi, R., in Cooper, J. (2006). Children's mental health: Facts for policymakers. National Center for Children in Poverty, Columbia University Mailman School of Public Health.
- Meldrum, L., Venn, D., Kutcher, S. (b. d.). Mental Health in Schools - Canadian Teachers' Federation. Dostopno na [https://www.ctf-fce.ca/Research-Library/Issue8\\_Article1\\_EN.pdf](https://www.ctf-fce.ca/Research-Library/Issue8_Article1_EN.pdf) (28. 9. 2017).
- Mental Health in Schools: Becoming an Integrated Part of the School Improving Agenda. Dostopno na <http://smhp.psych.ucla.edu/mhpresentation.htm> (22. 6. 2017).
- Mental health and behaviour in schools - Departmental advice for school staff. (2016). GOV.UK. Department for Education. Dostopno na <https://www.gov.uk/government/publications/behaviour-and-discipline-in-schools> (25. 6. 2017).
- Mikuš Kos, A. (2017). Duševno zdravje otrok današnjega časa. Radovljica: Didakta.
- Mrazek, P. J. in Haggerty, R. J. (ur.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National Academies Press.
- Programske smernice SVETOVALNA SLUŽBA (2008). Kurikularna komisija za svetovalno delo (skupina avtorjev). Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Social and emotional wellbeing in secondary education. Public health guideline (2009). National Institute for Health and Care, United Kingdom. Dostopno na <https://www.nice.org.uk/guidance/ph12> (28. 7. 2017).
- Social and emotional wellbeing in primary education. Public health guideline. (2008). National Institute for Health and Care, United Kingdom. Dostopno na <https://www.nice.org.uk/guidance/ph12> (28. 7. 2017).
- Supporting Minds. An Educator's Guide to Promoting Student's Mental Health and Well-being. (2013) Ontario Government. Ministry of Education. Dostopno na [www.edu.gov.on.ca/eng/document/reports/SupportingMinds.pdf](http://www.edu.gov.on.ca/eng/document/reports/SupportingMinds.pdf) (10. 10. 2017).
- UNICEF (2015). United Nations Children's Fund, Growing Up in Conflict: The impact on children's mental health and psychosocial well-being Report on the symposium, str. 26-28. The Hague: New Babylon Meeting Center, New York: UNICEF.
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R. in Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. The Canadian Journal of Psychiatry, let. 50, št. 4, str. 226-233.
- Weisz, J., Sandler, I., Durlak, J. in Anton, B. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. American Psychologist, let. 60, št. 6, str. 628-648.
- Well-Being in Post-Primary Schools. Guidelines for Mental Health Promotion and Suicide Prevention. (2013). Department of Education and Skills/Health Service Executive/Department for Health, Irska. Dostopno na [https://www.education.ie/en/.../Well\\_Being\\_PP\\_Schools\\_Guidelines\\_Summary.pdf](https://www.education.ie/en/.../Well_Being_PP_Schools_Guidelines_Summary.pdf) (15. 9. 2017).
- Well Being in Primary Schools: Guidelines for Mental Health Promotion. (2013). Department of Education and Skills/Health Service Executive/Department for Health, Irska. Dostopno na <https://www.education.ie/.../Education.../Well-Being-in-Primary-Schools-Guidelines> (15. 9. 2017).
- WHO definition of Health. (2003). World Health Organization. Dostopno na <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (10. 10. 2017).

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov – zakaj je to medsektorska odgovornost

EVA KLEMENČIČ, Pedagoški inštitut  
eva.klemencic@pei.si

MOJCA ZVEZDANA DERNOVŠEK, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta  
mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

LEONIDA ZALOKAR, Vzgojni zavod Planina  
leonida.zalokar@guest.arnes.si

● **Povzetek:** Duševno zdravje otrok in mladostnikov razvite družbe uvrščajo med prioritete in hkrati ugotavljajo, da so službe oziroma storitve nezadostne glede na potrebe ter da je promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj premalo poudarjena, čeprav so na voljo znanstveni dokazi o učinkovitosti. Hkrati povsod po svetu ugotavljajo, da je bilo duševno zdravje otrok in mladostnikov v času povečane skrbi za duševno zdravje odraslih precej prezrto. To stališče nas je vodilo pri ciljnem raziskovalnem projektu »Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, V5-1504«, katerega cilji so bili sicer širši od tega prispevka. Vendar v prispevku predstavljamo nekaj znanstvenih izhodišč ter dokumentov na mednarodni ravni, ki osvetlijo prav to – skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov –, zakaj si moramo za to (tudi v Sloveniji) prizadevati.

**Ključne besede:** duševno zdravje, otroci, mladostniki.

## Caring for the mental health of children and youth – why is it an intersectoral responsibility

● **Abstract:** While the mental health of children and youth is considered a priority in developed societies, it has simultaneously been determined that the number of services that would be able to meet current demands is insufficient, and that not enough stress is put on the promotion of mental health and the prevention of mental disorders, even though it has been proved efficient by scientific evidence. At the same time, it has been established on a global scale that the mental health of children and youth has been rather overlooked on account of increased concern for the mental health of adults. With that in mind, the target research project “Development of a model of a national network of services for the mental health of children and youth, V5-1504” was conducted, which contained broader goals than those that were covered in this article. The article, however, sets forth a few scientific starting-points and documents at international level which highlight exactly why taking care of the mental health of children and youth is something we should strive for (in Slovenia as well).

**Keywords:** mental health, children, youth.

### Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) (2003) v svojih dokumentih navaja, da duševnemu zdravju otrok in mladostnikov do sedaj nismo posvečali tolikšne pozornosti kot duševnemu zdravju odraslih. O tem priča tudi razvoj politik in programov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki opazno zaostaja za razvojem politik in programov za duševno zdravje odraslih (WHO 2005a), kljub temu da je v konvenciji o otrokovih pravicah v 3. členu (tretja alineja) jasno zapisano, da »države pogodbenice zagotovijo, da se bodo ustanove, službe in zavodi, odgovorni za skrb in varstvo otrok, prilagodili normam, ki so jih predpisale pristojne oblasti, še posebej na področju varnosti, zdravja ter števila in usposobljenosti osebja, pa tudi zajamčile ustrezen nadzor« (OZN 1989).<sup>1</sup>

Danes vemo, da pojavnost duševnih motenj pri odraslih v primerjavi z drugimi kategorijami bolezni hitro narašča (OECD 2011), in ob tem je znano, da se vsaj polovica duševnih motenj pri odraslih začne v otroštvu oz. v adolescenci (Belfer 2008). Skladna s tem dejstvom je tudi ugotovitev, da narašča tudi število otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami - eden od petih otrok izpolnjuje merila za čustveno ali vedenjsko motnjo, eden od desetih pa izpolnjuje merila za resno duševno motnjo, ki pomembno negativno vpliva na funkcioniranje tega otroka doma, v šoli ali v skupnosti (Friedman, Katz-Leavy, Manderscheid in Sondheimer 1996; Beecham 2014). Pomanjkljivo posvečanje pozornosti duševnemu zdravju otrok in mladostnikov vodi do duševnih motenj z vseživljenjskimi posledicami, bremeni zdravstvene sisteme in zmanjšuje zmožnost družbe, da zagotavlja varno in spodbudno okol-

je (WHO 2003). Izboljšanje duševnega zdravja vodi do izboljšane telesnega zdravja, večje produktivnosti in povečane stabilnosti v družbi, na drugi strani pa neuspešnost pri izboljšanju duševnega zdravja vodi v povečano stopnjo kriminala, brezposelnost, nasilje in druga tvegana vedenja (WHO 2003).

Svetovna zdravstvena organizacija v brošuri z navodili za politiko o duševnem zdravju za otroke in mladostnike (WHO 2005a) navaja tri tehtne razloge za razvoj učinkovitih programov varovanja duševnega zdravja za otroke in mladostnike: 1) določene duševne motnje pri otrocih in mladostnikih nastanejo v določeni fazi razvoja in zato je mogoče v tej starosti izvesti presejalne teste, ki jim sledijo ustrezni ukrepi; 2) zaradi velike pogostosti, da motnje v otroštvu in mladostništvu preidejo v odraslo obdobje posameznika, in ker zgodnje zdravljenje bistveno in pozitivno vpliva na dolgoročni izid; in 3) učinkovite intervencije zmanjšajo breme težav v duševnem zdravju posamezniku, družini in družbi.

Nekateri strokovnjaki so že izračunali stroške, ki jih za družbo pomenijo duševne motnje v otroštvu in mladostništvu (Renschmidt in Belfer 2005). Leibson in sod. (2001) so na primer za otroke z diagnozo hiperaktivnost z motnjo pozornosti izračunali, da so v devetletnem obdobju zdravstveni stroški v povprečju znašali 4.306 ameriških dolarjev,<sup>2</sup> v primerjavi s stroški 1.944 ameriških dolarjev<sup>3</sup> za otroke brez hiperaktivnosti z motnjo pozornosti. Ti podatki kažejo, da duševne motnje otrok in mladostnikov niso breme le za otroke in mladostnike same ter njihove družine, pač pa se breme deli tudi na širšo skupnost. To dejstvo je dodatni argument za nujnost postavitve dobre, kakovostne,

1 Ki velja od septembra 1990.

2 Po menjalnem tečaju na dan 22. 11. 2017 je to 3.675 evrov.

3 Po menjalnem tečaju na dan 22. 11. 2017 je to 1.657 evrov.



učinkovite in dostopne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov tudi v Sloveniji.

Pomembni so tudi izračuni, kolikšne stroške pomenijo otroci z motnjami vedenja, ko odrastejo. Rezultati opozarjajo, da bi bilo smiselno uvesti preprečevanje takega vedenja že pri otrocih (Scott, Knapp, Henderson, Maughan 2001). Pri starosti 28 let so bili stroški za posameznike z vedenjskimi motnjami v otroštvu desetkrat višji od stroškov posameznikov brez težav, in sicer so bili skupni stroški 70.019 britanskih funtov<sup>4</sup> za skupino z vedenjskimi motnjami v primerjavi s 7.423 britanskih funtov.<sup>5</sup> Najvišji stroški so nastali zaradi posledic kriminalnega vedenja, sledili so stroški dodatnega izobraževanja, namestitvev, oskrbe na domu. Stroški zdravljenja so bili manjši delež vseh stroškov.<sup>6</sup>

Celovit in nedvoumen prikaz stroškov slabega duševnega zdravja otrok in mladostnikov in izračun koristi posebnih programov so pripravili Suhrcke, Pillas in Selai (2008), ki poudarjajo pomen zgodnje obravnave. Evropska komisija (2013) priporoča državam članicam, da vlagajo v otroke in prekinejo začarani krog prikrajšanosti, ki nastane iz najrazličnejših razlogov.

## Mednarodne organizacije in Evropska unija o duševnem zdravju (otrok in mladostnikov)

Vse večje zavedanje pomena duševnega zdravja za blaginjo držav in mednarodne skupnosti odražajo številni strateški dokumenti. Vsi ti dokumenti namenjajo posebno pozornost promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj, med ranljivimi skupinami pa izpostavljajo otroke in mladostnike.

Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD) poudarja pomembno vlogo spodbujanja zgodnjega izobraževanja otrok in usposobljenosti strokovnega osebja glede varovanja duševnega zdravja v službah, ki skrbijo za otroke in mladostnike (Kammerman, Neuman, Waldfoegel in Brooks-Gunn 2003).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2005b) je za področje Evrope izdala priporočila za politiko na pod-

ročju duševnega zdravja. Posebej poudarja skrb za otroke in mladostnike ter promocijo in preventivo.

Evropska unija je prizadevanje za skrb za duševno zdravje začela z zeleno knjigo, ki priporoča vlaganje v preventivo in promocijo tistih dejavnosti, ki spodbujajo duševno zdravje, ki je ključno, skupaj z izboljšanjem dostopnosti in kakovostjo skrbi za duševno zdravje tistih, ki to potrebujejo (Zelena knjiga 2005). Namesto

**Pomanjkljivo posvečanje pozornosti duševnemu zdravju otrok in mladostnikov vodi do duševnih motenj z vseživljenjskimi posledicami, bremeni zdravstvene sisteme in zmanjšuje zmožnost družbe, da zagotavlja varno in spodbudno okolje.**

bele knjige je sledil evropski pakt za duševno zdravje in blagostanje, ki je bil sprejet leta 2008 v Bruslju med slovenskim predsedovanjem (Evropska komisija 2008). Pakt ni zavezujoč do takšne mere, kot bi bili zavezujoči zelena in bela knjiga, vendar vsebuje priporočila za države članice, da izvajajo učinkovito politiko na področju duševnega zdravja in blagostanja, ter deležnike na področju duševnega zdravja poziva k sodelovanju pri razvoju dobre prakse. Posebej omenja pet prednostnih področij: 1) preventiva samomora in depresije; 2) duševno zdravje mladih in v šolah; 3) duševno zdravje na delovnem mestu; 4) duševno zdravje starejših in 5) preprečevanje stigme in socialne izključenosti.

Leta 2008 je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela akcijski načrt za obvladovanje razkoraka med potrebami populacije zaradi težav v duševnem zdravju in ponujenimi službami ter storitvami (WHO 2008). Glede duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih priporoča ukrepe v zdravstvenem sektorju, kot so zagotavljanje usposobljenih strokovnjakov za nego ob rojstvu, učinkovite skupnostne storitve za otročnice, prenatalno presejanje za Downov sindrom in preprečevanje zlorabe alkohola pri materah. Vsestranski ukrepi, ki se nanašajo na javno zdravje, so obogatitev živil z jodom in folno kislino ter ukrepi, ki preprečujejo zlorabo otrok. Duševne motnje pri otrocih naj se prepoznajo in obravnavajo v primarnem zdravstvenem sistemu s podporo specialistične službe. Napotitev na specialistično raven naj bo dostopna. Usmeritev je v preprečevanje razvojnih motenj ter dostopnost psihosocialnih in farmakoloških intervencij. >

4 Po menjalnem tečaju na dan 22. 11. 2017 je to 79.000 evrov.

5 Po menjalnem tečaju na dan 22. 11. 2017 je to 8.388 evrov.

6 Stroški so izraženi v cenah za leto 1998.

Celovit akcijski načrt na področju duševnega zdravja 2013-2020 (WHO 2013) je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela na 66. zasedanju generalne skupščine in v njem zagotavlja okvir za krepitev zmogljivosti

ju duševnih motenj in izboljšanju varstva in socialne vključenosti oseb z duševnimi motnjami v Evropi. JA MH-WB obravnava vprašanja s petih področij: 1) varovanje duševnega zdravja na delovnih mestih; 2) varovanje

## Nekateri strokovnjaki so že izračunali stroške, ki jih za družbo pomenijo duševne motnje v otroštvu in mladostništvu.

v državah članicah ter spodbuja sprejetje pristopa življenjskega cikla pri izvajanju politik in strategij v duševnem zdravju. Posebej opozarja na obravnavanje potreb duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

je duševnega zdravja v šolah; 3) ukrepi proti depresiji in samomoru ter izvajanje e-zdravstvenih pristopov; 4) skupnostna skrb in socialna vključenost oseb s hudimi duševnimi motnjami in 5) vključevanje duševnega zdravja v vse politike.

Svetovna zdravstvena organizacija navaja deset najpomembnejših dejstev o duševnem zdravju (WHO 2016), od katerih je prvo dejstvo otrokom in mladostnikom namenjeno neposredno, ostala pa se nanašajo na vso populacijo, s tem pa tudi na otroke in mladostnike. Med njimi je dejstvo, ki govori, da bi morali preseči pet ovir, da bi povečali dostopnost služb za duševno zdravje: javno zdravstvene agende in implikacije za financiranje ne vsebujejo področij duševnega zdravja; obstoječa organiziranost služb za duševno zdravje; pomanjkljiva integracija/povezanost znotraj primarnega zdravstvenega varstva; neadekvatni človeški viri za področje duševnega zdravja; pomanjkanje vodilnih akterjev na področju duševnega zdravja.

## Na kaj je treba pomisliti ob načrtovanju služb za duševno zdravje – pogled epidemioloških raziskav

Deseto dejstvo o duševnem zdravju (WHO 2016) govori o finančnih virih za zagotavljanje služb in storitev za duševno zdravje, ki so precej skromni. Vlade, donatorji in skupine, ki predstavljajo uporabnike storitev/služb za duševno zdravje in njihove družine, morajo združiti svoje moči, da bi skupaj dosegli okrepitev služb/storitev za duševno zdravje, zlasti v državah z nizkim in srednjim dohodkom na prebivalca. Potrebni finančni viri za izboljšanje stanja so relativno skromni, in sicer dva ameriška dolarja per capita v najrevnejših državah in 3 do 4 ameriški dolarji v srednje razvitih državah.<sup>7</sup>

Remschmidt in Belfer (2005) trdita, da so edina prava podlaga vsemu načrtovanju služb s področja duševnega zdravja epidemiološke študije; te so pomembne za implementacijo politike in javnozdravstvenih programov za izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Epidemiološke raziskave dajejo relevantne podatke, ki so dobra podlaga za načrtovanje in implementacijo (Remschmidt in Belfer 2005). Ta vprašanja so:

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (Evropska komisija 2008) med drugim poudarja, da »obstaja potreba za odločilni politični korak, da bi bilo duševno zdravje in dobro počutje prepoznano kot ključna prednostna naloga«. S skupnim ukrepom za duševno zdravje in dobro počutje (Joint action on mental health and wellbeing - JA MH-WB 2015), ki je veljal med letoma 2013 in 2015, si je prizadeval za izgradnjo okvira za ukrepe na področju politike duševnega zdravja na evropski ravni. Sodelovalo je 51 partnerjev iz 28 držav članic EU in 11 evropskih organizacij s področja duševnega zdravja. Cilj je bil prispevati k spodbujanju duševnega zdravja in dobrega počutja, preprečevan-

- Koliko otrok in mladostnikov v skupnosti/družbi ima težave z duševnim zdravjem?
- Koliko otrok in mladostnikov uporablja službe za duševno zdravje?
- Kakšna je porazdelitev težav z duševnim zdravjem glede na starost, spol in etnično pripadnost?
- Ali obstajajo trendi v pogostosti težav z duševnim zdravjem otrok in mladostnikov?
- Kakšen je potek razvoja težav z duševnim zdravjem od mladostništva v odraslost?
- Katere etiološke dejavnike lahko prepoznamo, ki jih lahko upoštevamo pri oblikovanju preventivnih programov in programov zdravljenja?
- Kako stroškovno učinkovite so službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov?
- Kakšni so izidi za otroke in mladostnike, ki so prejemniki storitev služb za duševno zdravje?

Epidemiološke raziskave za področje duševnih motenj otrok in mladostnikov so redke in podatke je med seboj težko primerjati (Merikangas, Nakamura, Kessler 2009). Pri populacijskih raziskavah avtorji ugotavljajo, da so merila za postavitev diagnoz duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih preohlapna in predvsem premalo definirana (Merikangas, Nakamura, Kessler

OBDOBJE	NAJPOGOSTEJŠE MOTNJE
PREDŠOLSKO	Motnje izločanja, motnje spanja, otroške motnje hranjenja, strah in tesnoba, samotlačilne navade, pervazivne razvojne motnje
ŠOLSKO	Hiperaktivnost z motnjo pozornosti, strah in tesnoba, glavoboli in druge somatske motnje, depresivne razpoloženske motnje, tiki, obsesivno kompulzivne motnje, vedenjske motnje, začetki motenj hranjenja, izolirane motnje v razvoju
ADOLESCENCA	Razpoloženske motnje – največ depresije, anksiozne motnje, samodestruktivno vedenje, obsesivno kompulzivne motnje, somatske motnje, zlorabe drog in alkohola, motnje hranjenja, shizofrenija, bipolarna motnja razpoloženja

**Razpredelnica 1.1: Najpogostejše motnje v predšolskem, šolskem in mladostniškem obdobju (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, Angold 2003)**

2009). Poudarjajo potrebo po drugačni in bolj specifični operacionalizaciji diagnostičnih kategorij. Kljub kritikam diagnostičnih meril pa podatki kažejo, da se povečuje delež otrok in mladostnikov, ki imajo duševne motnje, in hkrati je razveseljivo dejstvo, da več otrok in mladostnikov prejema pomoč. Najpogostejše duševne motnje pri otrocih in mladostnikih so prikazane v razpredelnici 1.1 (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, Angold 2003).

Remschmidt in Belfer (2005) opisujeta značilnosti sistemov zdravstvenega varstva in opredeljujeta sistem zdravstvenega varstva kot niz služb oziroma storitev, ki obsegajo najmanj restriktivne (intervence v družini in službe v skupnosti) do najbolj restriktivnih (bolnišnična obravnava). V sistemu se predpostavlja, da obstaja določena in dogovorjena oblika prehajanja uporabnika med komponentami (službami) na kontinuumu pomoči. Pomembno vlogo pri tem igra sodelovanje med posameznimi komponentami in zagotavljanje dobre komunikacije. Pomembno je torej imeti dogovorjeno ali celo obvezno sodelovanje med različnimi službami.

V projektu CAMHEE (Child and Adolescent Mental Health in Europe) s področja spodbujanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov zasledimo, da je treba iskati ustrezno ravnovesje med promocijo, preventivo, primarno skrbjo in specializiranimi službami (Braddick, Carral, Jenkins in Jané-Llopis 2009). V svojih priporočilih glede spodbujanja duševnega zdravja med drugim omenjajo spodbujanje prehoda k bolj v lokalno okolje integriranim službam, ki skrbijo za duševno zdravje in so tako dostopnejše in bolj porazdeljene glede na potrebe ljudi.

Precej smernic za uporabo različnih programov za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov naj-

demo v zbirki, ki jo pripravlja NICE (2009) in poudarja najpomembnejša področja: socialna in čustvena blaginja v osnovni in srednji šoli, telesna dejavnost, alkohol in zloraba drog, depresija, motnje pozornosti s hiperaktivnostjo in vodenje otrok z vedenjskimi motnjami.

Jané-Llopis in Braddick (2008) poudarjata, da šole in skupnost igrajo pomembno vlogo pri doseganju mladih in izboljšanju stopnje duševnega zdravja. Učinkovito spodbujanje duševnega zdravja v izobraževalnih in družbenih okoljih krepi temeljne cilje izobraževanja in dela z mladimi. Priporočata delo z družino na

**Pri populacijskih raziskavah avtorji ugotavljajo, da so merila za postavitev diagnoz duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih preohlapna in predvsem premalo definirana.**

domu, preprečevanje trpinčenja v šolah, preprečevanje in zdravljenje depresije, pomoč otrokom in mladostnikom, ki so žrtve travme, podpora otrokom, ki imajo duševne motnje, zmanjševanje stigme in diskriminacije, promocija duševnega zdravja v šolah, usposobljenost šolskega kadra za promocijo duševnega zdravja, duševno zdravje v kurikulumu, spodbujanje medvrstniške podpore, sodelovanje šol s skupnostjo in drugimi akterji v skupnosti idr.

Analiza obstoječih služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v državah EU (razpredelnica 1.2) kaže, da so vedno bolj osredinjene na zunajbolnišnično obravnavo, dnevno bolnišnično obravnavo in komplementarne službe v skupnosti ter visoko specializirane službe za določene motnje. Ugotavljajo, da službe in storitve potrebujejo evalvacijo učinkovitosti. Nadalje je očitno, da se delež zasebne prakse na področju otroške in mladostniške psihiatrije po posameznih državah precej razlikuje. Znotraj posamezne države je koordinacija med posameznimi službami pogosto nezadostna (Remschmidt in Belfer 2005).

<b>Zunajbolnišnične službe</b>
• Specialisti za otroško in mladostniško psihiatrijo v zasebni praksi
• Analitični psihoterapevti za otroke in mladostnike v zasebni praksi
• Zunajbolnišnične storitve v bolnišnicah
• Službe otroške in mladostniške psihiatrije v javnem zdravstvu
• Otroške svetovalne službe in službe za družinsko svetovanje
• Centri za zgodnjo obravnavo, socialne pediatrične službe
<b>Službe dnevne obravnave</b>
• Dnevne bolnišnice (dveh vrst; integrirane v bolnišnično okolje ali samostojne)
• Bivalne terapevtske enote
<b>Hospitalne službe</b>
• Bolnišnične službe v okviru univerzitetnih bolnišnic
• Bolnišnične službe v okviru državnih psihiatričnih bolnišnic
• Bolnišnične službe v okviru lokalnih bolnišnic ali pediatričnih bolnišnic
<b>Komplementarne službe</b>
• Službe za rehabilitacijo posebnih skupin (npr. otrok s hudimi možganskimi poškodbami, epilepsijo)
• Različne vrste namestitev
• Stanovanjske skupine za mladostnike

### Razpredelnica 1.2: Vrste služb/storitev za duševno zdravje otrok in mladostnikov v večini evropskih držav (Remschmidt in Belfer 2005, str. 149)

Na podlagi analize stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v 15 državah članicah EU je skupina strokovnjakov ugotovitve strnila v nekaj ključnih točk (Braddick, Carral, Jenkins in Jané-Llopis 2009).

- Epidemiološke študije morajo biti oblikovane tako, da temeljijo na reprezentativnem vzorcu - le tako lahko služijo kot podlaga oblikovanju nacionalnih politik in programov, hkrati pa lahko služijo primerjavi med državami.
- Evalvacija politik in programov je ključni element načrtovanja politik in programov preventive in promocije, vendar večina držav ne poroča o takšni evalvaciji.
- Samo polovica vključenih držav je v svoje epidemiološke študije vključila tudi pozitivne indikatorje duševnega zdravja (npr. dobro počutje, samospoštovanje, kakovost življenja, odpornost/prožnost).
- Vključenost mladine v sisteme odločanja, ki vplivajo na oblikovanje praks in programov, je redka.
- Pomanjkanje usposabljanja in zmogljivosti na področju visokega šolstva je očitno.
- Pri razumevanju duševnega zdravja in poznavanjem determinant, ki ga določajo, je med zainteresirano in laično javnostjo velik razkorak.
- Finančna sredstva, namenjena duševnemu zdravju otrok in mladostnikov, so pogosto pomešana s

sredstvi za druge namene in so redko zadostna za izvajanje zdravljenja in spodbujanje promocije ter preventive.

Na podlagi teh ugotovitev so oblikovali priporočila, ki naj služijo kot vodila pri oblikovanju politik in praks na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov (Braddick, Carral, Jenkins in Jané-Llopis 2009).

- Obstaja potreba po sistematični evalvaciji programov in politik, ki obravnavajo preprečevanje duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja med otroki in adolescenti.
- Potreben je širši pogled na področje duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki vključuje indikatorje pozitivnega duševnega zdravja (ne samo duševne motnje).
- Potrebna je večja vključenost in angažiranost otrok in mladostnikov. Duševno zdravje je neposredno povezano s politiko in implementacijo otrokovih pravic; skladno s podpiranjem otrokovih pravic sta pomembna vključenost in sodelovanje otrok in mladostnikov v oblikovanje programov.
- Promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja je treba vključiti v visokošolsko izobraževanje strokovnjakov, ki delajo z otroki in mladostniki - od učiteljev do strokovnjakov, ki delajo na področju javnega zdravja.

- Izboljšati je treba osveščenost o determinantah duševnega zdravja otrok in mladostnikov, še posebno v službah/sektorjih, ki imajo moč odločanja.
- Sredstva za financiranje odpravljanja težav na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov je treba ločiti od sredstev za odrasle.

## Sklep

V prispevku smo opozorili na poseben izziv sodobne družbe, tj. skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Razvite družbe jo uvrščajo med prednostne in hkrati ugotavljajo, da so službe oziroma storitve nezadostne glede na potrebe; promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj sta premalo poudarjeni, čeprav so na voljo znanstveni dokazi o učinkovitosti. Prav tako ni pričakovati, da se bo stanje izboljšalo nenadoma, brez ukrepanja.

Projekt CAMHEE (Braddick, Carral, Jenkins in Jané-Llopis 2009) je najbolj obsežen in popoln posnetek stanja služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Evropi. Vključene so bile Belgija, Bolgarija, Estonija, Finska, Nemčija - Heidelberg, Grčija, Madžarska, Latvija, Litva, Norveška, Poljska, Romunija, Slovenija, Španija - Katalonija, Združeno kraljestvo - Anglija. Avtorji ugotavljajo, da v Evropi v povprečju vsak peti otrok in mladostnik trpita zaradi razvojnih, čustvenih ali vedenjskih težav, povprečno ima osmina klinično diagnosticirano duševno motnjo. Pregled razkriva presenetljivo visoko stopnjo slabega duševnega zdravja med otroki in mladostniki.

Prepoznavanje in obvladovanje dejavnikov tveganja in krepitev varovalnih dejavnikov duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih je odgovornost staršev/skrbnikov, služb, ki delajo z otroki in mladostniki, in širše družbe.

Predlog resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje 2014) opredeljuje dejavnike tveganja in varovalne dejavnike

za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih in jih razvršča na biološke (genetske), psihološke in psihosocialne. Vedenje, odzivanje, psihosocialna odpornost oziroma ranljivost niso le odraz okoljskih, temveč tudi genetskih, konstitucionalnih in zdravstvenih dejavnikov. Otroke in mladostnike štejemo med ranljive skupine.

Mednarodna klasifikacija bolezni (NIJZ 2008) navaja ogrožajoče dejavnike psihosocialnega razvoja na V. osi kot abnormne psihosocialne okoliščine:

- težave, povezane s primarno družino (abnormni odnosi v družini, neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini, duševne motnje, odklonskost ali invalidnost v otrokovi družini);

**V Evropi v povprečju vsak peti otrok in mladostnik trpita zaradi razvojnih, čustvenih ali vedenjskih težav, povprečno ima osmina klinično diagnosticirano duševno motnjo.**

- težave, povezane z otrokovimi značilnostmi (stresogeni dogodki ali okoliščine zaradi otrokove motenosti);
- težave, povezane z vzgojo in izobraževanjem (kronični medosebni stres, povezani s šolo);
- težave, povezane s socialnim okoljem (abnormno neposredno okolje, akutni življenjski dogodki, družbeni stresorji).

Oblikovanje učinkovitih politik, praks in programov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov je zato nujno. Še več, zavedati se je treba, da je to odgovornost vsake javne politike, ne le posameznih sektorskih politik, npr. zdravstva, socialnega varstva in izobraževanja. To je odgovornost medsektorskih politik. Še več, vsak od nas lahko prispeva pomemben delček k temu mozaiku. Skratka, gre za odgovornost vseh nas - za vse nas.

\* Projekt (Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, št. V5-1504) je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna. <

## Viri in literatura

1. Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, let. 55, št. 6, str. 714-732.
2. Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, let. 49 št. 3, str. 226-236.
3. Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R. in Jané-Llopis, E. (2009). *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxembourg: European Communities.

4. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, let. 60, št. 8, str. 837-844.
5. Evropska komisija - European Commission (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. Brussels: European Commission. Dostopno na [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf) (18. 2. 2016).
6. Evropska komisija - European Commission (2013). *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage*, Commission Recommendations of 20.02.2013. Dostopno na <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32013H0112> (13. 1. 2017).
7. Friedman, R. M., Katz-Leavy, J.W., Manderscheid, R.W. in Sondeimer, D. L. (1996). Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. V R. W. Manderscheid in D. L. Sondeimer (ur.), *Mental health*, United States, (str. 71-89). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
8. Jané-Llopis, E. Braddick, F. (ur.) (2008). *Mental Health in Youth and Education. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
9. *Joint Action for Mental Health and Well-being* (JA MH-WB) (2015). Mental Health and Schools. Dostopno na <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action> (14. 3. 2017).
10. Kameron, S. B., Neuman, M., Waldfogel, J. in Brooks-Gunn, J. (2003). OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 6. Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries. Dostopno na <http://www.oecd.org/social/family/2955844.pdf> (20. 8. 2015).
11. Leibson, C. L., Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Ransom, J. in O'Brien, P. C. (2001). Use and Costs of Medical Care for Children and Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*, let. 285, št. 1, str. 60-66.
12. Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. in Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, let. 11, št. 1, str. 7-20.
13. Ministrstvo za zdravje (2014). *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja*. 2014-2018. EVA: 2008-2711-0140.
14. NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje (2008). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Dostopno na [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije\\_sifranti/mkb/mkb10-am-v6\\_vo3\\_splet.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_vo3_splet.pdf) (18. 3. 2017).
15. NICE (2009). *Social and emotional wellbeing in secondary education*. London: NICE. Dostopno na [nice.org.uk/guidance/ph20](http://nice.org.uk/guidance/ph20) (15. 1. 2017).
16. OECD (2011). *OECD indicators*. Dostopno na <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/slovenia/> (1. 7. 2012).
17. Organizacija združenih narodov (OZN) (1989). *Konvencija o otrokovih pravicah*. Dostopno na <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/konvencija-o-otrokovih-pravicah-ozn/> (16. 4. 2017).
18. Remschmidt, H. in Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, let. 4, št. 3, str. 147-153.
19. Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., in Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ: British Medical Journal*, let. 323, št. 7306, str. 191-194.
20. Suhrcke, M., Pillas, D., in Selai, C. (2008). Economic aspects of mental health as children and adolescents. *Social Cohesion for Mental Well-Being among Adolescents* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, (9), str. 43-64. Dostopno na [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/76485/Hbsc\\_Forum\\_2007-economic\\_aspects.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/76485/Hbsc_Forum_2007-economic_aspects.pdf) (16. 5. 2016).
21. WHO - World Health Organization (WHO) (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Geneva: WHO.
22. WHO - World Health Organization (2005a). *Child and adolescent mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva: WHO.
23. WHO - World Health Organization (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health*, EUR/04/5047810/7. Helsinki, 12.-15. januar 2005.
24. WHO - World Health Organization (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: WHO.
25. WHO - World Health Organization (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Sixty-sixth world health assembly. Geneva: WHO.
26. WHO - World Health Organization (2016). 10 Facts on Mental Health. Dostopno na [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/) (15. 5. 2017).
27. *Zelena knjiga - Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union* (2005). Brussels: European Commission. Dostopno na [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm) (20. 8. 2015).

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Duševno zdravje slovenskih petnajstletnikov – izsledki mednarodne študije

HELENA JERIČEK KLANŠČEK, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
helena.jericek@nijz.si

.....

KARMEN HRIBAR, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
karmen.hribar@nijz.si

.....

LUCIJA FURMAN, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
lucija.furman@nijz.si

.....

● **Povzetek:** Dobro duševno zdravje je pomembno tudi za obdobje otroštva in mladostništva. V članku smo analizirali podatke o duševnem zdravju slovenskih petnajstletnikov (N = 1615, od tega 53,9 % deklet) iz mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju leta 2014. Večina slovenskih petnajstletnikov svoje zdravje in počutje ocenjuje kot zelo dobro in je zadovoljnih s svojim življenjem. Več kot polovica jih doživlja stres zaradi šole, nekaj več kot tretjina ima vsaj dva psihosomatska simptoma več kot enkrat tedensko in približno 6 odstotkov jih je že bilo trpinčenih ali pa je trpinčilo druge. Približno polovica vsakodnevno klepeta s prijatelji prek Facebooka oz. klepetalnika za Windows ali Blackberry ipd., ki omogočajo klepet in izmenjavo datotek v realnem času, ter gleda televizijo dve uri ali več na dan, nekaj več kot četrtina pa jih uporablja druga socialna omrežja in igra računalniške igrice dve uri ali več na dan. Ugotovitve so dobra podlaga za pripravo različnih ukrepov in programov za mladostnike.

**Ključne besede:** mladostniki, duševno zdravje, psihosomatski simptomi, težave v duševnem zdravju.

## Mental health of Slovenian 15-year-olds – international study results

● **Abstract:** Good mental health is important throughout childhood and youth period. The article analyses data on the mental health of Slovene 15-year-olds (N = 1615, out of which 53.9 % were girls) from the international study “Health-related behavior during the 2014 school period.” The majority of Slovene 15-year-olds assesses their state of health and well-being as very good and is happy with their lives. More than a half experience school-related stress, a little more than a third have at least two psychosomatic symptoms occurring more than once a week, and approximately 6 percent had been bullied or had bullied others. About a quarter of youth shows high probability of mental health problems. Approximately one half chats with their friends daily on instant messaging and watches TV for at least two hours a day, while somewhat more than a quarter uses other social networks and plays games for minimally two hours a day. The findings are a good foundation for the preparation of various measures and youth programs.

**Keywords:** youth, mental health, psychosomatic symptoms, mental health problems.

### Uvod

Oprelitve duševnega zdravja se razlikujejo glede na to, ali duševno zdravje razumemo kot stanje ali kot kontinuum. Tradicionalne opredelitve duševno zdravje pojmujejo kot stanje, ki je ločeno od stanja bolezni (WHO 2014). Kritiki opozarjajo, da je tako definirano duševno zdravje nedosegljivo in preveč statično. Zato se novejšje opredelitve naslanjajo na koncept kontinuuma, pri čemer duševno zdravje razumemo kot nekaj spremenljivega na kontinuumu od pozitivnega k nega-

zdravih, vendar odsotnost duševnih težav, motenj in bolezni še ne pomeni, da mladostniki dosegajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja. Po drugi strani pa prisotnost duševne motnje še ne pomeni nujno odsotnost dobrega duševnega počutja oziroma pozitivnega duševnega zdravja.

Duševno zdravje je rezultat sovplivanja različnih dejavnikov - individualnih, socialno-ekonomskih, okoljskih in družbenih. Številne tehnološke, družbene, kulturne in druge spremembe v zadnjih desetletjih vplivajo tudi

Dobro duševno zdravje, njegovo varovanje in krepitev ter preprečevanje nastanka duševnih težav, je pomembno za vsa starostna obdobja, še posebno za obdobje otroštva in mladostništva, saj je pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odrasli dobi.

tivnemu oz. obratno. Posameznik se po kontinuumu premika v smeri boljšega ali slabšega duševnega zdravja, odvisno od zunanjih vplivov, psihofizične pripravljenosti itd. Koncept kontinuuma duševnega zdravja torej zajema tako pozitivno kot negativno komponento duševnega zdravja (Lehtinen, Sohlman in Kovess-Masfety 2005). Nekateri avtorji (Greenspoon in Saklofske 2001) menijo celo, da ni dovolj en kontinuum, ampak bi morali govoriti o dveh ločenih, a povezanih kontinuumih: kontinuumu duševnega zdravja in kontinuumu duševne bolezni.

Dobro duševno zdravje, njegovo varovanje in krepitev ter preprečevanje nastanka duševnih težav, je pomembno za vsa starostna obdobja, še posebno za obdobje otroštva in mladostništva, saj je pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odrasli dobi. Raziskave kažejo, da je večina otrok in mladostnikov

na duševno zdravje. Današnji mladostniki spadajo v t. i. generacijo Z, generacijo net ali e-generacijo. Generacija net je še premlada, da bi lahko z gotovostjo sklepali o njenih temeljnih značilnostih, nekateri menijo, da je to generacija, ki je pretirano zaščitena od svojih staršev in sta-

rih staršev (Howe in Strauss 2007). Avtorji (Howe in Strauss 2007; Seemiller in Grace 2016; Turner 2015) tudi navajajo, da gre za generacijo, ki se bolje znajde v virtualni komunikaciji kot pa v komunikaciji v živo in katere referenčna točka so družabna omrežja in medmrežje. Poleg tega naj bi šlo za generacijo, ki je navajena opravljati več opravil naenkrat in bi želela vse in takoj. Vse te značilnosti vplivajo na duševno počutje, delovanje in tudi na duševne težave. Zato je ključno, da redno spremljamo značilnosti duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

### Raziskovalni problem

Duševno zdravje je kompleksen, večplasten (procesni in dinamičen) pojav, ki ga težko natančno in enoznačno merimo ter razmejimo. To velja za vse populacijske



skupine, tudi za otroke in mlade. Po pregledu dose-  
danjih študij in razpoložljivih podatkov na slovenskih  
vzorcih ugotavljamo, da ni veliko študij, podatkov in  
objav na temo duševnega zdravja otrok in mladostni-  
kov, zato želimo v prispevku prikazati značilnosti tako  
pozitivnega kot negativnega duševnega zdravja petnaj-  
stletnikov iz zadnje mednarodne raziskave Z zdravjem  
povezano vedenje v šolskem obdobju iz leta 2014.

## Metoda

Raziskava Health Behaviour in School-Aged Children  
(v nadaljevanju HBSC) je mednarodna raziskava Sve-  
tovne zdravstvene organizacije. Zajema šoloobvezne  
11-, 13- in 15-letnike v 42 državah in poteka vsaka štiri  
leta. Raziskuje številna področja mladostnikovega živ-  
ljenja - od družine, šole, vrstnikov, življenjskega sloga  
in tveganih vedenj do samoocene zdravja, duševnega  
zdravja in počutja. Slovenija se je raziskavi pridružila  
leta 2002, leta 2014 pa jo je izvedla že četrtrič. V njej je  
sodelovalo skoraj 5000 otrok in mladostnikov. V Slo-  
veniji raziskavo koordinira Nacionalni inštitut za javno  
zdravje, financira pa jo Ministrstvo za zdravje.

V prispevku bomo prikazali dva kazalnika pozitivne-  
ga duševnega zdravja (zadovoljstvo in zdravje) in nekaj  
ključnih kazalnikov negativnega duševnega zdravja, in  
sicer stres zaradi šole, psihosomatske simptome, teža-  
ve v duševnem zdravju (vedenjske, čustvene, hiperak-  
tivnost, težave v odnosih, merjene z Strenght and Dif-  
ficulties Questionnaire - SDQ) ter preživljanje časa z  
različnimi mediji.

## Udeleženci

V raziskavi HBSC je enoto vzorčenja predstavljal raz-  
red oz. oddelek. Uporabljeno je bilo dvostopenjsko

stratificirano vzorčenje. Na prvi stopnji so bile vzorče-  
ne osnovne in srednje šole, na drugi stopnji pa sred-  
nje šole glede na program, ki ga izvajajo (gimnazi-  
ja, srednje tehniško ali drugo strokovno izobraževan-  
je, srednje in nižje poklicno izobraževanje). Stopnja  
odzivnosti (glede na število oddelkov) je bila 92,7-ods-  
totna. Končni vzorec je sestavljalo 4982 mladostni-  
kov, v analizo pa smo vzeli le 15-letnike, ki jih je bilo  
1615 (32,4 %), med njimi nekaj več kot polovica deklet  
(53,9 %).

## Pripomočki in postopek

Izvedba anketiranja je potekala anonimno po spletu  
na šolskih računalnikih, in sicer s pomočjo spletnega  
orodja EnKlikAnketa. Opisno in inferenčno statistiko  
smo izračunali s programom SPSS 21. Za ugotavljan-  
je razlik med spoloma je bil uporabljen Pearsonov  $\chi^2$   
test.

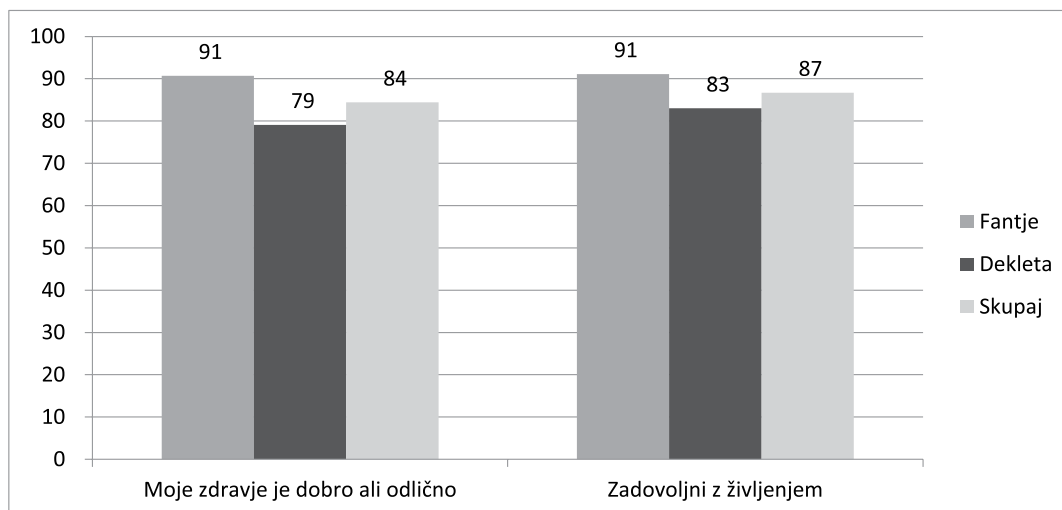
## Rezultati

### Pozitivno duševno zdravje

Za merjenje pozitivnega duševnega zdravja nimamo  
na voljo veliko kazalnikov, predvsem zaradi dolgoletne  
usmerjenosti v negativne vidike duševnega zdravja. V  
raziskavi HBSC sta na voljo ocena zdravja in zadovoljst-  
va.

### Ocena zdravja in zadovoljstva

Večina petnajstletnikov svoje zdravje ocenjuje kot dob-  
ro ali odlično in je zadovoljna s svojim življenjem. Fant-  
je so v primerjavi z dekleti bolj zadovoljni z življen-  
jem in bolje ocenjujejo svoje zdravje (slika 1).



Slika 1: Samoocena zdravja in zadovoljstva med slovenskimi petnajstletniki

Vir: HBSC, 2014

## Negativno duševno zdravje Stres, psihosomatski simptomi in trpinčenje

Malo več kot polovica petnajstletnikov je pod stresom zaradi dela za šolo. Več kot tretjina (35,5 %) slovenskih mladostnikov doživlja vsaj dva psihosomatska simptoma (npr. glavobol, nespečnost, bolečine v želodcu, občutek, da so na tleh, razdražljivost, nervoznost, omotičnost) več kot enkrat tedensko (slika 2). Najpogosteje doživljajo nervozo, razdražljivost in nespečnost. Primerjava z drugimi državami pokaže, da imajo slovenski mladostniki nekoliko manj psihosomatskih simptomov v primerjavi z vrstniki iz drugih držav. Približno

jo normalen rezultat, na podlagi katerega lahko sklepamo, da so problemi na tem področju manj verjetni. Mejni rezultat je doseglo 14,2 % petnajstletnikov in 10,5 % je imelo povišan rezultat, kar pomeni, da se pri približno četrtini vprašanih kaže verjetnost oz. velika verjetnost prisotnosti klinično pomembnih težav v duševnem zdravju.

Rezultati na posameznih podlestvicah kažejo, da petnajstletniki najpogosteje poročajo o vedenjskih težavah ter o težavah na področju vrstniških odnosov, sledijo hiperaktivnost in čustvene težave (slika 3).

Analiza po spolu je pokazala, da dekleta v primerjavi s fanti dosegajo statistično značilno večji delež mejnih

### Dekleta v primerjavi s fanti pogosteje poročajo o čustvenih težavah ter o težavah, ki se navezujejo na področje hiperaktivnosti in pozornosti.

šest odstotkov slovenskih mladostnikov in njihovih vrstnikov iz drugih držav je bilo v preteklih mesecih žrtev trpinčenja ali je sodelovalo pri trpinčenju. Dekleta pogosteje doživljajo stres in psihosomatske simptome in so sodelovala pri trpinčenju v preteklih mesecih manjkrat kot fantje.

in povišanih rezultatov na skupnem seštevku vprašalnika prednosti in slabosti in tudi na posameznih podlestvicah. Z drugimi besedami, dekleta poročajo o več težavah v duševnem zdravju (slika 3). Rezultati s

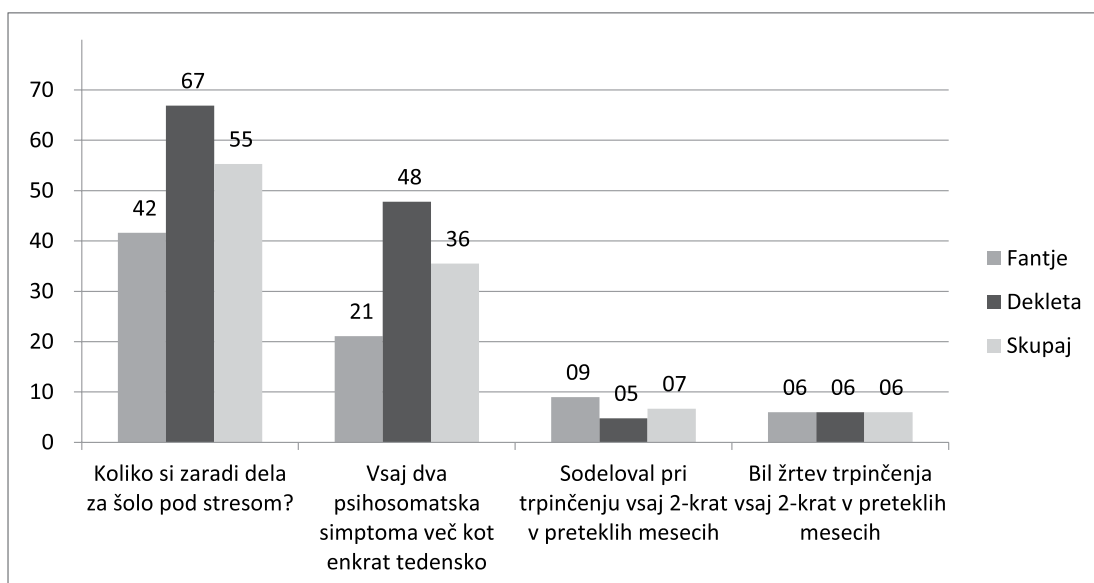
posameznih področij kažejo, da dekleta v primerjavi s fanti pogosteje poročajo o čustvenih težavah ter o težavah, ki se navezujejo na področje hiperaktivnosti in pozornosti. Na preostalih dveh podlestvicah med spoloma ni statistično pomembnih razlik.

## Težave v duševnem zdravju

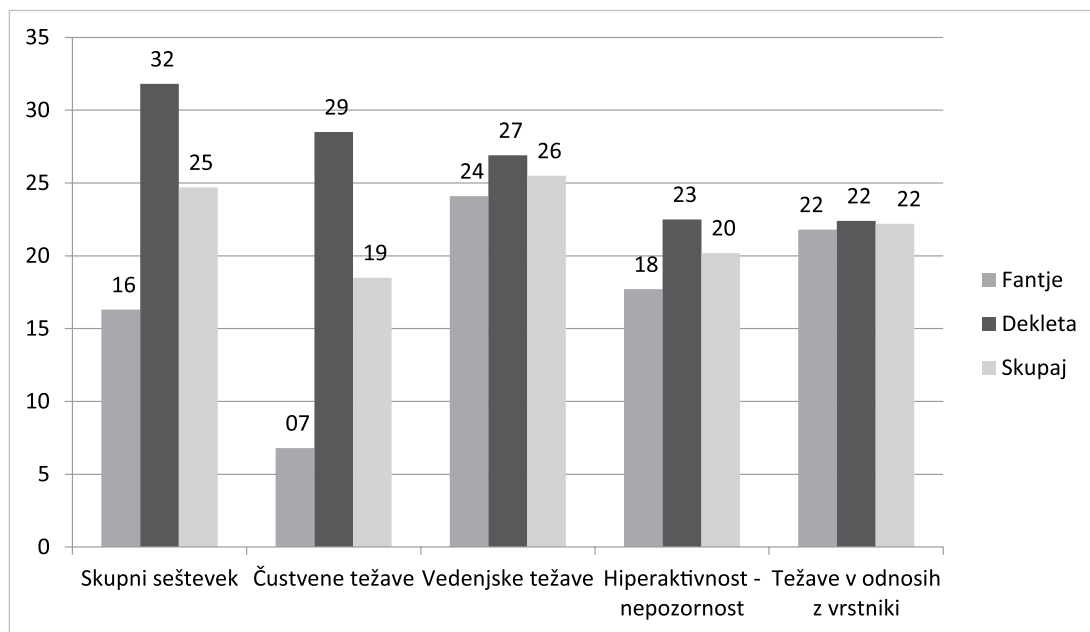
Rezultati kažejo, da večina (75,3 %) petnajstletnikov nima težav na področju duševnega zdravja oz. dosega-

## Preživljanje prostega časa pred različnimi zasloni

Več kot polovica petnajstletnikov vsak dan klepetata s prijatelji prek Facebooka oz. klepetalnika za Windows



Slika 2: Stres, psihosomatski simptomi in trpinčenje med slovenskimi petnajstletniki  
Vir: HBSC, 2014



Slika 3: Delež petnajstletnikov, ki so na SDQ in njegovih podlestvicah dosegli mejen ali povišan rezultat

Vir: HBSC, 2014

ali Blackberry ipd., ki omogočajo klepet in izmenjavo datotek v realnem času, ter gleda televizijo dve uri ali več na dan, nekaj več kot četrtina pa jih uporablja druga socialna omrežja in igra računalniške igrice dve uri ali več na dan. Primerjava z drugimi državami pokaže, da slovenski mladostniki v primerjavi z njihovimi vrstniki manj gledajo televizijo, prav tako pa tudi manj uporabljajo druga socialna omrežja za stike s prijatelji. Največje odstopanje med petnajstletniki in njihovimi vrstniki iz drugih držav je opaziti pri igranju igrice na računalnikih ali drugih napravah. Malo več kot četrtina slovenskih mladostnikov igra igrice dve uri ali več na dan med tednom, v drugih državah pa je takih v povprečju skoraj polovica. Fantje v primerjavi z dekleti pogosteje igrajo igrice in gledajo televizijo, dekleta pa pogosteje vsakodnevno virtualno klepetajo in uporabljajo socialna omrežja (slika 4).

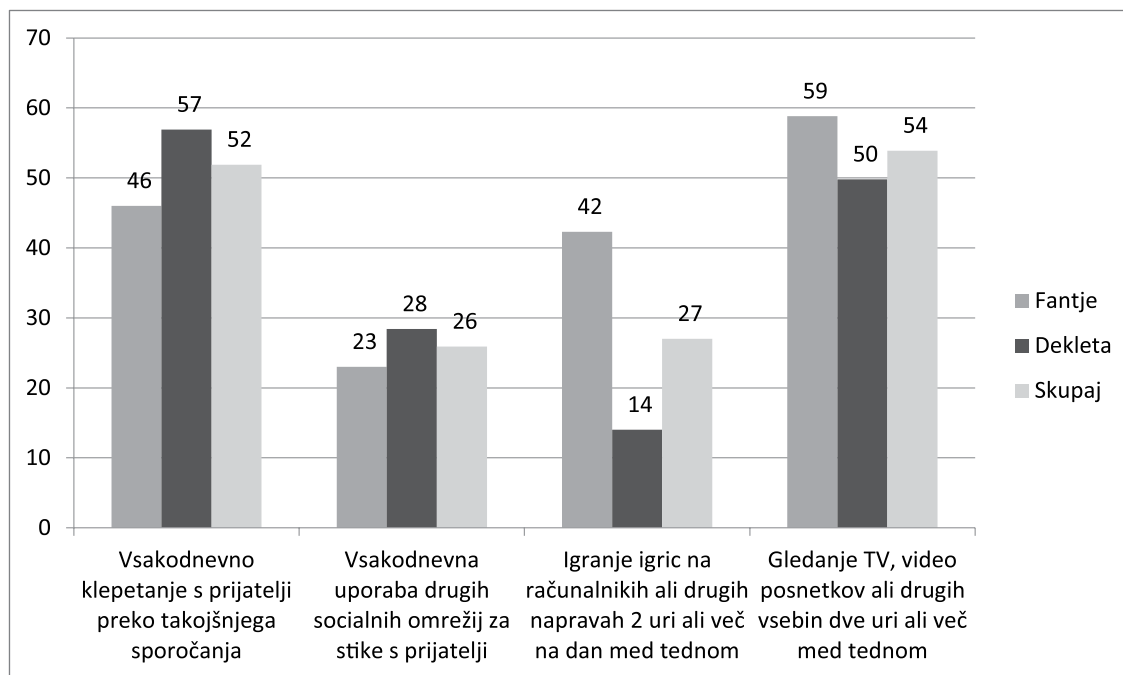
## Razprava

Naši rezultati kažejo, da je med slovenskimi petnajstletniki še posebno ranljiva skupina mladostnikov, ki ocenjuje svoje zdravje slabše (16 %), ki je nezadovoljna s svojim življenjem (13 %), ki doživlja stres zaradi šole (55 %), vsaj dva psihosomatska simptoma več kot enkrat tedensko (36 %), ki so bili trpinčeni ali so trpinčili druge (6 %) in ki so dosegli na lestvici težav in prednosti mejen (14 %) ali povišan rezultat (11 %). Vse to potrjuje teorije o tem, da mladostniki niso povsem zdrava in z vidika zdravja neproblematična populacija, temveč ravno nasprotno, da je tudi med mladostniki vse več težav v duševnem zdravju in da prisotnost pozitivnega duševnega zdravja pri večini še ne pomeni nujno tudi odsotnosti težav v duševnem zdravju.

Druga pomembna ugotovitev je povezana z razlikami v doživljanju svojega duševnega zdravja in težav. Dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje in zadovoljstvo, bolj so pod stresom zaradi šole, doživljajo več psihosomatskih simptomov in tudi težav v duševnem zdravju.

Naše ugotovitve kažejo podobno kot študija, ki je bila v tujini opravljena na primerljivem vzorcu, da dekleta poročajo o več čustvenih simptomih, medtem ko so na drugih področjih avtorji opazili nekoliko drugačen vzorec - dekleta in fantje se v raziskavi niso razlikovali v deležu težav hiperaktivnosti in nepozornosti, fantje pa so v primerjavi z dekleti poročali o več vedenjskih težavah in težavah v odnosih z vrstniki (Lundh, Wangby-Lundh in Bjärehed 2008). Tudi nekateri drugi raziskovalci ugotavljajo, da imajo dekleta več čustvenih težav, medtem ko fantje izražajo več vedenjskih težav, težav, vezanih na hiperaktivnost in pozornost (Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker in Schlack 2008; Lundh idr. 2008; Ronning, Handegaard, Sourander in Morch 2004), ter težav v odnosih v vrstniki (Van Roy, Grøholt, Heyerdahl in Clench-Aas 2006) oz. da dekleta izražajo več težav ponotranjenja (npr. anksioznost, depresivnost), fantje pa več težav pozunanjenja (npr. kršenje pravil, agresivno vedenje) (Bartels, Van de Aa, Van Beijsterveldt, Middeldorp in Boomsma 2011; Leadbeater, Kuperminc, Blatt in Hertzog 1999).

Dodatna primerjava s tujimi raziskavami kaže, da je delež mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami v Sloveniji nekoliko višji kot v Evropi. Raziskava BELLA (Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten), ki je bila izvedena v trinajstih evropskih državah, kaže, da ima 14,7 odstotka mladostnikov, >



**Slika 4: Nekatere prostočasne aktivnosti med slovenskimi petnajstletniki**

Vir: HBSC, 2014

starih od 12 do 15 let, mejno ali povišano verjetnost težav na področju duševnega zdravja. Najnižji delež je bil v Nemčiji (med 10,3 in 12,2 %) in na Nizozemskem (10,2 %), najvišji pa v Združenem kraljestvu, kjer je delež mladostnikov presegal 24 odstotkov (Ravens-Sieberer, Wille idr. 2008; Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch in Wille 2008). Pri primerjavi deležev tujih raziskav s slovenskimi moramo upoštevati, da raziskovalci uporabljajo različne načine ocenjevanja težav, vključujejo različne starostne skupine, pogosto pa se razlikujejo tudi leta izvedbe raziskave.

Vzroki za te razlike so verjetno kompleksni - od bioloških dejavnikov, družbenih, kulturnih in socialnih značilnosti, medijskih pritiskov ter socializacije do socialno-ekonomskih in drugih dejavnikov. Kelly, Molcho, Doyle in Gabhainn (2010) kot možni razlog za razlike med spoloma navajajo, da so dekleta skladno z njihovo spolno vlogo bolj pripravljene govoriti o svojih simptomih kot fantje, medtem ko fantje teh težav mogoče ne prepoznajo ali si jih nočejo priznati. Dodatna možna razlaga je, da dekleta vstopijo v puberteto bolj zgodaj kot fantje. Mladostniki, zajeti v raziskavo HBSC, so v času sodelovanja v raziskavi glede na starost v obdobju tik pred puberteto in v nastopu pubertete (Inchley idr. 2016). Fiziološke spremembe, ki nastopijo ob puberteti, so lahko same po sebi stresne, nekateri avtorji pa ugotavljajo tudi, da sta za dekleta, pri katerih zgodaj nastopi puberteta, značilna slabše spoprijemanje s stresom (med odzivi na stres je pogosta ruminacija in neprijetne misli) (Sontag Graber, Brooks-Gunn in Warren 2008) in višje doživljanje stresa (Rhee 2005). Na izražanje vedenjskih in čustvenih težav vplivajo še socialno-čustveni razvoj, tempe-

rament in biološke, fizične ter kognitivne razlike med spoloma (Zahn-Waxler, Shirtcliff in Marceau 2008).

Čustvene in vedenjske težave, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, lahko vztrajajo do odraslosti ali pa se prenesejo v odraslost v nekoliko drugačni obliki ter posledično negativno vplivajo tudi na posameznike v odrasli dobi (Ravens-Sieberer, Erhart idr. 2008). Težave v duševnem zdravju pa že v obdobju mladostništva pomembno vplivajo na dobro počutje mladostnika in na njegove odnose z družino, v šoli in v družbi na splošno (Ravens-Sieberer, Erhart idr. 2008), zato je pomembno, da oblikujemo ukrepe in intervencije, usmerjene v zmanjševanje oz. obvladovanje stresa in s stresom povezanih težav.

Doživljanje stresa zaradi šole je prisotno pri več kot polovici mladostnikov. Šola pomembno vpliva na kognitivni, socialni in čustveni razvoj mladostnikov (Wang in Dishion 2012; Wells 2000). Stres in preobremenjenost s šolo sta po ugotovitvah drugih raziskav povezana s pričakovanji in zahtevami staršev in učiteljev ter vplivata na subjektivno doživljanje zdravja, slabšo kakovost življenja in manjše zadovoljstvo s šolo (Vieno, Santinello, Galbiati in Mirandola 2004). Z naraščanjem s šolo povezanega stresa narašča tudi tveganje za zdravstvene težave (Natvig, Albrektsen, Anderssen in Qvarnstrøm 1999; Murberg in Bru 2004). Pomembno je, da otroke in mladostnike naučimo konstruktivnih načinov spoprijemanja s stresom. Metaanaliza raziskav je pokazala, da je vključevanje programov obvladovanja stresa in spoprijemanja z njim pri mladostnikih zmanjšalo število simptomov, povezanih s stresom, ter izboljšalo njihov način spoprijemanja s

stresom (Kraag, Zeegers, Kok, Hosman in Abu-Saad 2006). Pri tem je pomembno, da razumemo dejanske stresorje, način, kako mladostniki osmislijo stresne dogodke, kako se odzivajo nanje in se spoprijemajo z njimi (Zimmer-Gembeck in Skinner 2008).

V zadnjih desetletjih smo priča drugačnemu, bolj sedečemu načinu življenja in tudi preživljanja prostega časa. Gre za sedenje pred različnimi ekrani, za virtualne odnose in komuniciranje »on line«. Gledanje televizije je poleg uporabe računalnika najbolj razširjeno vedenje, značilno za sedeči življenjski slog. Raziskave kažejo, da je gledanje televizije povezano z nezdravimi prehranskimi navadami (npr. uživanjem sladkarij in sladkanih pijač ter z manjšim uživanjem sadja in zelenjave) (Vereecken, Todd, Roberts, Mulvihill in Maes 2006). Po sodobnih priporočilih za mladostnike naj bi ti gledali televizijo eno do dve uri na dan (American Academy of Paediatrics 2001; Canadian Paediatric Society 2003). Podatki kažejo, da presegamo omenjena priporočila, saj več kot polovica petnajstletnikov gleda televizijo med tednom dve uri ali več na dan, fantje pa gledajo televizijo pogosteje kot dekleta. Poleg tega se mladostniki vse pogosteje družijo v virtualnih svetovih (Brechwald in Prinstein 2011; Brown in Larson 2009) in igrajo igrice. Fantje igrajo igrice precej dlje časa in pogosteje kot dekleta tako pri nas kot v tujini (Durkin in Barber 2002). Večina raziskav je preučevala škodljive učinke igranja video iger na vedenje, zdravje in razvoj mladostnikov. Raziskave opozarjajo na povezavo med pretiranim igranjem računalniških iger in slabim učnim uspehom (Smyth 2007), ki vodi tudi v motnje pomanjkanja pozornosti (Swing, Gentile, Anderson in Walsh 2010). Prav tako so raziskave pokazale na povezanost

med pogostejšim igranjem iger, depresijo in pogostejšimi psihosomatskimi simptomi (Hellström, Nilsson, Leppert in Åslund 2015).

## Sklep

Slovenska »net generacija« petnajstletnikov se v večini ocenjuje kot zdrava in je zadovoljna z življenjem, vendar pa jih več kot polovica navaja, da je pod stresom

## Z naraščanjem s šolo povezanega stresa narašča tudi tveganje za zdravstvene težave.

zaradi šole; 36 odstotkov jih doživlja vsaj dva psihosomatska simptoma več kot enkrat tedensko in 35 odstotkov jih kaže na verjetnost težav v duševnem zdravju. Pomembe spremembe so tudi v preživljanju prostega časa. Več kot dve uri na dan gleda televizijo več kot polovica mladostnikov, približno 27 odstotkov pa jih igra igrice več kot dve uri dnevno. Več kot polovica s prijatelji komunicira virtualno preko takojšnjega sporočanja, 26 odstotkov pa prek različnih socialnih omrežij. Vse to so dejavnosti, ki zahtevajo še dodatne analize, predvsem glede tega, kako vplivajo na duševno zdravje in psihosocialni razvoj.

Duševno zdravje otrok in mladostnikov je pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odraslosti, zato je zelo pomembno, da na podlagi podatkov načrtujemo ukrepe in intervencije, ki bodo izboljšali, krepili in varovali duševno zdravje otrok in mladostnikov, preprečevali nastanek težav in bolezni ter omogočili tistim s težavami in njihovim družinam čim hitrejšo in učinkovito pomoč. <

## Viri in literatura

1. American Academy of Paediatrics. (2001). Children, adolescents, and television. *Paediatrics*, letnik 107, št. 2, str. 423-426.
2. Bartels, M., Van de Aa, N., Van Beijsterveldt, C. E. M., Middeldorp, C. M. in Boomsma, D. I. (2011). Adolescent Self-Report of Emotional and Behavioral Problems: Interactions of Genetic Factors with Sex and Age. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, letnik 20, št. 1, str. 35-52.
3. Brechwald, W. A. in Prinstein, M. J. (2011). Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of Research on Adolescence*, letnik 21, št. 1, str. 166-179.
4. Brown, B. B. in Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. V: Lerner, R. M. in Steinberg, L. (ur.), *Handbook of adolescent psychology, Contextual influences on adolescent development*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, str. 74-103.
5. Canadian Paediatric Society. (2003). Impact of media use on children and youth. *Paediatric and Child Health*, letnik 8, str. 301-306.
6. Durkin, K. in Barber, B. (2002). Not do doomed: Computer game play and positive adolescent development. *Applied Developmental Psychology*, letnik 23, št. 4, str. 373-392.
7. Greenspoon, P. J. in Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, letnik 54, št. 1, str. 81-108.
8. Hellström, C., Nilsson, K. W., Leppert, J. in Åslund, C. (2015). Effects of adolescent online gaming time and motives on depressive, musculoskeletal, and psychosomatic symptoms. *Uppsala journal of medical sciences*, letnik 120, št. 4, str. 263-275.

9. Hölling, H., Kurth, B.-A., Rothenberger, A., Becker, A. in Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child and Adolescent Psychiatry*, letnik 17, št. 1, str. 34-41.
10. Howe, N. in Strauss, W. (2007). The next 20 years: How customer and workplace Attitudes will Evolve. *Harvard Business Review*, letnik 85, številka 7/8, str. 42.
11. Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Barnekow, V. (ur.). (2016). Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
12. Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T. in Britovšek, K. (2014). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
13. Kelly, C., Molcho, M., Doyle, P. in Gabhainn, S. N. (2010). Psychosomatic symptoms among schoolchildren. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, letnik 22, št. 2, str. 227-233.
14. Kraag, G., Zeegers, M. P., Kok, G., Hosman, C. in Abu-Saad, H. H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents. *The Journal of School Psychology*, letnik 44, št. 6, str. 449-472.
15. Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J. in Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, letnik 35, št. 5, str. 1268-1282.
16. Lehtinen, V., Sohlman, B. in Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, letnik 1, št. 1, str. 9.
17. Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M. in Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, letnik 49, št. 6, str. 523-532.
18. Murberg, T. A. in Bru, E. (2004). School-related stress and psychosomatic symptoms among Norwegian adolescents. *School psychology international*, letnik 25, št. 3, str. 317-332.
19. Natvig, G. K., Albrektsen, G., Anderssen, N. in Qvarnström, U. (1999). School-related Stress and Psychosomatic Symptoms Among School Adolescents. *Journal of school health*, letnik 69, št. 9, str. 362-368.
20. Ravens Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A. in Wille, N. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clinical psychology and psychotherapy*, letnik 15, št. 3, str. 154-163.
21. Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A., ... Barkmann, C. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child and adolescent psychiatry*, letnik 17, št. 1, str. 22-33.
22. Rhee, H. (2005). Relationships between physical symptoms and pubertal development. *Journal of Paediatrics and Child Health*, letnik 19, številka 2, str. 95-103.
23. Ronning, J. A., Handegaard, B. H., Sourander, A. in Mørch, W. T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child in Adolescent Psychiatry*, letnik 13, št. 2, str. 73-82.
24. Seemiller, C. in Grace, M. (2016). *Generation Z Goes to College*. San Francisco, CA: John Wiley and Sons.
25. Smyth, J. M. (2007). Beyond self-selection in video game play: An experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *CyberPsychology and Behavior*, letnik 10, št. 5, str. 717-721.
26. Sontag, L. M., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J. in Warren, M. P. (2008). Coping with social stress: Implications for psychopathology in young adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, letnik 36, št. 8, str. 1159-1174.
27. Swing, E. L., Gentile, D. A., Anderson, C. A. in Walsh, D. A. (2010). Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*, letnik 126, št. 2, str. 214-221.
28. Turner, A. (2015). Generation Z: Technology and Social Interest. *Journal of Individual Psychology*, letnik 71, št. 2, str. 103-113.
29. Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. in Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. *European Child and Adolescent Psychiatry*, letnik 15, št. 4, str. 189-198.
30. Vereecken, C. A., Todd, J., Roberts, C., Mulvihill, C. in Maes, L. (2006). Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. *Public health nutrition*, letnik 9, št. 2, str. 244-250.
31. Vieno, A., Santinello, M., Galbiati, E. in Mirandola, M. (2004). School setting, school climate and well being in early adolescence: a comprehensive model. *European Journal of School Psychology*, letnik 2, str. 219-238.
32. Wang, M. T. in Dishion, T. J. (2012). The trajectories of adolescents' perceptions of school climate, deviant peer affiliation, and behavioral problems during the middle school years. *Journal of Research on Adolescence*, letnik 22, št. 1, str. 40-53.
33. Wells, J. (2000). *Promoting emotional well-being in schools*. A. Buchanan and B. Hudson Promoting Children's Emotional Wellbeing. Oxford: Oxford.
34. World Health Organization (WHO). Dostopno na <http://www.who.int/en/> (5. 11. 2017).
35. Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. in Marceau, K. (2008). Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, letnik 4, str. 275-303.
36. Zimmer-Gembeck, M. J. in Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, letnik 15, št. 4, str. 37.

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Pomen osebnosti za psihično blagostanje otrok, učiteljev in staršev

TINA KAVČIČ, Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta  
tina.kavcic@pef.upr.si

---

● **Povzetek:** Duševno zdravje ne pomeni le odsotnosti duševnih bolezni, temveč vključuje skupek pokazateljev subjektivnega blagostanja. K blagostanju nekoliko prispevajo objektivni dejavniki, ključno vlogo pa imajo osebne lastnosti, tj. razmeroma trajne in splošne težnje k določenemu načinu mišljenja, čustvovanja in vedenja v različnih okoliščinah. Osebne lastnosti lahko najbolje povzamemo s petimi temeljnimi dimenzijami osebnosti: ekstravertnost, sprejemljivost, vestnost, nevroticizem in odprtost za izkušnje. Pri odraslih in mladostnikih k višjemu blagostanju prispevata predvsem višja izraženost ekstravertiranosti in nižja raven nevroticizma. Pri otrocih se osebne lastnosti pomembno povezujejo z raznolikimi pokazatelji uspešnega in neuspešnega prilagajanja. Poleg petih temeljnih osebnostnih lastnosti so za duševno zdravje pomembne še nekatere specifične osebne lastnosti, vključno z osebno prožnostjo in optimizmom.

**Ključne besede:** psihično blagostanje, osebna prožnost, optimizem, ekstravertiranost, introvertiranost.

## The importance of personality for psychological well-being of children, teachers, and parents

● **Abstract:** Not only is mental health indicated by the absence of mental illnesses, it also incorporates a number of indicators of subjective well-being. While objective factors do somewhat contribute to the well-being, the most crucial in that respect are personality traits, i.e. relatively short-term and general tendencies toward a certain way of thinking, feeling and behaving in various situations. The best way to sum up personality traits is through five basic dimensions of personality: openness, conscientiousness, extraversion, agreeableness, and neuroticism. Higher levels of extraversion and lower levels of neuroticism contribute to a higher state of well-being in adults and youth. Personality traits in children are significantly associated with various indicators of successful and unsuccessful adaptation. In addition to five basic personality traits, other specific personality traits are important for mental health as well, including resilience and optimism.

**Keywords:** psychological well-being, resilience, optimism, extraversion, introversion.

Duševno zdravje je bilo dolgo časa pojmovano kot odsotnost psihopatologije oz. različnih težav v duševnem zdravju, kot sta depresivnost ali anksioznost. Vendar empirične raziskave ne podpirajo teze, da duševno zdravje in duševne motnje predstavljajo nasprotna pola istega kontinuuma, in bi torej duševno zdravje lahko razumeli kot nasprotje duševnih motenj (npr. Payton 2009; Westerhof in Keyes 2010). Sodobne teorije in rezultati raziskav tako podpirajo opredelitev duševnega zdravja kot skupka pokazateljev subjektivnega blagostanja. Skladno s tem je tudi Svetovna zdravstvena organizacija leta 2004 duševno zdravje opredelila kot »stanje subjektivnega blagostanja, v katerem posamezniki realizirajo svoje sposobnosti, so se zmožni sprijemati s stresnimi življenjskimi dogodki, so produktivni pri delu ter zmožni prispevati k skupnosti, v kateri živijo« (WHO 2014). Psihično blagostanje je izrednega pomena za posameznike skozi ves razvoj, saj pri-

veno blagostanje, ki pomeni splošno oceno lastnega čustvovanja in kakovosti življenja (Diener, Kesebir in Lucas 2008) ter pravzaprav opisuje, v kolikšni meri se posameznik počuti srečnega. Vključuje čustveno komponento, ki se nanaša na razmerje med pozitivnimi in negativnimi čustvi, ter kognitivno komponento, ki pomeni posameznikovo oceno zadovoljstva z življenjem. V raziskavah največkrat uporabljajo prav mere zadovoljstva z življenjem, pri katerih posamezniki ocenijo, v kolikšni meri so na splošno zadovoljni s svojim življenjem v celoti ali pa s posameznimi vidiki svojega življenja (npr. socialnimi odnosi, delovnimi pogoji, zdravjem). Drugi vidik je poimenovan psihološko blagostanje. Koncept psihološkega blagostanja temelji na ugotovitvah, da za ljudi samo zadovoljstvo oziroma užitek naj ne bi bilo dovolj za blagostanje, ampak je pomembno tudi, ali svoje življenje zaznavamo kot smiselno (Ryff 1989). Psihološko blagostanje se tako nanaša na to, v

kolikšni meri ima posameznik pozitivna stališča do sebe, zadovoljive odnose s pomembnimi drugimi, občutek obvladovanja okolja in osebnostne rasti, samodeterminiranosti in smi-

### Psihično blagostanje je temeljno subjektiven koncept, kar pomeni, da lahko o njem poroča le vsak posameznik zase.

speva k raznolikim pozitivnim življenjskim izidom, kot so dobri socialni odnosi, višja delovna uspešnost, višji dohodki, boljša vključenost v družbo in boljše zdravje (pregled v Diener in Biswas-Diener 2008).

## Psihično blagostanje

Na splošno lahko blagostanje ljudi opredelimo in merimo na različne načine (npr. v ekonomiji je ena od mer blagostanja prebivalstva tudi bruto družbeni proizvod), psihično blagostanje pa je temeljno subjektiven koncept, kar pomeni, da lahko o njem poroča le vsak posameznik zase. Poleg tega je psihično blagostanje večdimenzionalen koncept oz. skupek več pokazateljev (npr. Keyes 2002; Westerhof in Keyes 2010). Prvi vidik je čust-

vena (usmerjenosti) življenja, odraža torej pozitivno delovanje posameznika. Tretji vidik se nanaša na to, da smo ljudje ves čas vpeti v različne socialne strukture in skupnosti, zato naj bi bilo za posameznikovo celostno blagostanje pomembno tudi, v kolikšni meri se počuti sprejetega v družbi, jo razume in sprejema ter tudi sam prispeva k njej (Keyes 2002). Ta vidik je poimenovan socialno blagostanje in odraža pozitivno delovanje posameznika v kontekstu širše skupnosti in družbe.

Omenjene tri vidike psihičnega blagostanja lahko precej natančno merimo pri odraslih, vsaj prvi vidik pa tudi pri mladostnikih (npr. Howell, Keyes in Passmore 2013). Pri otrocih je študij psihičnega blagostanja bistveno manj. Blagostanje posameznika lahko v nekem smislu opredelimo tudi širše, kot skupek okoliščin in



značilnosti, ki naj bi posamezniku olajševale optimalno delovanje. Študije blagostanja pri otrocih so tako pogosto merile različne vidike okolja, v katerem živijo (npr. dostopnost izobrazbe in zdravstvenih storitev), značilnosti družine (npr. socialno-ekonomski položaj) in razmeroma trajne značilnosti otrok (npr. socialno kompetentnost). Kot omenjeno, je psihično blagostanje neizogibno subjektivno, zato sodobne študije razvijajo tudi mere subjektivnega blagostanja za otroke, so pa te študije še razmeroma redke (Holte idr. 2014). V nadaljevanju se bom osredinila predvsem na psihično blagostanje, nekoliko pa se bom dotaknila tudi omenjenih širših vidikov blagostanja.

## Dejavniki psihičnega blagostanja

K blagostanju prispevajo številni objektivni dejavniki in okoliščine, med njimi spol, starost, socialno-ekonomske okoliščine, država bivanja, pomembni življenjski dogodki, zdravje (zlasti subjektivno zaznano), socialna opora, možnost izobraževanja, zakonski stan (pregled v Diener, Lucas in Oishi 2002). Vendar so učinki vseh teh dejavnikov na psihično blagostanje tipično majhni, kar pomeni, da s poznavanjem objektivnih okoliščin posameznika še vedno lahko vemo le zelo malo o njegovem subjektivnem blagostanju. Rezultati raziskav dosledno kažejo, da so ključni dejavnik subjektivnega blagostanja ljudi njihove osebnostne lastnosti (Steel, Schmidt in Shultz 2008), tj. razmeroma trajne in splošne težnje k določenemu načinu mišljenja, čustvovanja in vedenja v različnih okoliščinah (Ashton 2013). Osebnostne lastnosti so ključni napovednik različnih življenjskih izidov, npr. učnega uspeha, občutljivosti na stres in spoprijemanja s stresom, socialnega prilagajanja, vedenjskih in čustvenih težav, in tudi duševnega zdravja. Osebnostne lastnosti so pravzaprav tako močno povezane s psihičnim blagostanjem, da to pojasni tudi t. i. paradoks sreče in dohodka – ko ljudje ali države postanejo zelo bogati, subjektivno blagostanje ne poraste (ali pa celo upade) (Easterlin, McVey, Switek, Sawangfa in Zweig 2010).

## Psihično blagostanje in pet temeljnih osebnostnih lastnosti

Osebnostne lastnosti odraslih in mladostnikov lahko najbolje opišemo s petimi temeljnimi dimenzijami osebnosti: ekstravertnost, sprejemljivost, vestnost, nev-

roticizem in odprtost za izkušnje (Costa in McCrae 1992; McCrae in Costa 1997). Teh pet dimenzij osebnosti oz. njihove predhodnike lahko opazimo že pri otrocih vsaj od tretjega leta starosti dalje (Zupančič 2008; Zupančič in Kavčič 2007).

**Pri odraslih in mladostnikih** so osebnostne poteze pomemben napovednik psihičnega blagostanja, in sicer tudi ob upoštevanju različnih objektivnih dejavnikov (Steel idr. 2008). V nadaljevanju kratko pojasnujem vsako od petih temeljnih osebnostnih lastnosti in povzemam rezultate raziskav glede njihovega pomena za psihično blagostanje (za podrobnejšo razlago glejte Avsec, Kavčič in Petrič 2017).

Ekstravertnost je osebnostna dimenzija, ki opisuje medosebne razlike v ravni energičnega pristopa do socialnega in fizičnega okolja. Nizko ekstravertnost imenujemo tudi introvertnost. Visoko ekstravertni posamezniki so družabni, energični, dominantni ter pogosto doživljajo in izražajo pozitivna čustva, razmeroma introvertni posamezniki pa so tihi, podredljivi, mirni, radi so sami itd. Osrednji del ekstravertnosti je pozitivno čustvovanje – razmeroma ekstravertni ljudje v različnih okoliščinah pogosto in intenzivno doživljajo pozitivna čustva (veselje, navdušenost, optimizem). Zaradi tega so bolj dovzetni za razmere, ki vzbujajo pozitivna čustva, takšne razmere iščejo in se vanje pogosteje vključujejo, kar se odraža v njihovi visoki ravni delovanja (so živahni, energični, stalno nekaj počnejo), družabnosti (hitro vzpostavijo nove stike, imajo veliko znancev, ve-

**Osebnostne lastnosti so ključni napovednik različnih življenjskih izidov, npr. učnega uspeha, občutljivosti na stres in spoprijemanja s stresom, socialnega prilagajanja, vedenjskih in čustvenih težav, in tudi duševnega zdravja.**

liko časa preživljajo v družbi, raje imajo dejavnosti in poklice, ki vključujejo druge ljudi) in dominantnosti (so asertivni, radi so v središču pozornosti, radi so vodje). Bolj introvertni posamezniki pozitivna čustva doživljajo redkeje in manj intenzivno (ne pomeni pa to, da doživljajo več negativnih čustev). Rezultati raziskav dosledno kažejo na pozitivno povezanost ekstravertnosti s pozitivnim čustvovanjem in zadovoljstvom z življenjem, ki sta komponenti subjektivnega blagostanja. Poleg tega visoko ekstravertni posamezniki v primerjavi z razmeroma introvertnimi poročajo o višjem subjektivnem zadovoljstvu ne glede na to, ali živijo sami ali z drugimi, ali živijo v večjem mestu ali v vaškem okolju, ali delajo v službah, v katerih imajo stike z drugimi ali ne. Visoko ekstravertni ljudje se tudi zaznavajo kot srečnejše v primerjavi z bolj introvertnimi, in sicer ne glede na spol, starost in rasno pripadnost. Mogoče je, da je ekstravertnost pozitivno povezana s subjektiv-

nim blagostanjem, ker visoko ekstravertni posamezniki ignorirajo negativne dražljaje iz svojega okolja, se spominjajo preteklih dogodkov na pozitiven način, imajo višjo stopnjo socialnih spretnosti in medosebne kompetentnosti ter dobivajo več socialne podpore.

Dimenzija sprejemljivost opisuje medosebne razlike v motivaciji za vzdrževanje pozitivnih odnosov z drugimi. Posamezniki z visoko sprejemljivostjo so sodelovalni, zaupljivi in empatični, tisti z nizko sprejemljivostjo pa so hladni, sovražni in neustrežljivi. Ljudje z visoko sprejemljivostjo so v primerjavi z manj sprejemljivimi posamezniki bolj pripravljeni pomagati drugim, imajo bolj prijetne odnose z drugimi, imajo radi socialno oporo, se redkeje prepirajo ali žalijo druge, manjkrat se razjezijo na druge in manj pogosto krivijo druge. Sprejemljivost je tako najpomembnejša lastnost v medosebnih odnosih in je povezana s prosocialnim vedenjem. Ta dimenzija je bistvenega pomena tudi za psihično blagostanje, saj napoveduje psihično zdravje, doživljanje pozitivnih čustev in dobre medosebne odnose, težnjo po minimiziranju medosebnih konfliktov ter spodbujanje skupinskega sodelovanja in nadzovanja negativnih čustev v prisotnosti drugih. Pozitivna povezanost med sprejemljivostjo in blagostanjem se kaže tudi na specifičnih področjih, npr. sprejemljivejši (ter čustveno stabilnejši) posamezniki so zadovolj-

povezava ni prav močna. Poleg tega lahko visoka vestnost prinaša tudi težave v duševnem zdravju (npr. pretirana rigidnost, pretiran perfekcionizem).

Dimenzijo nevroticizem poimenujemo tudi čustvena labilnost, njeno nasprotje oz. nizko raven nevroticizma pa čustvena stabilnost. Nevroticizem odraža medosebne razlike v doživljanju sveta kot ogrožajočega, problematičnega in stresnega. Jedro nevroticizma je negativno čustvovanje, in sicer se nanaša na pogosto in intenzivno doživljanje tako anksioznih negativnih čustev (usmerjena navznoter: nagnjenost k anksioznosti, žalosti, občutju krivde in pomanjkanju občutja varnosti) kot tudi razdražljivega negativnega čustvovanja (usmerjena navzven: čustva sovražnosti, jeze, ljubosumja, frustriranosti in razdražljivosti). Nevroticizem je najmočnejši in negativni napovednik psihičnega blagostanja, saj sočasno in vzdolžno (celo iz otroštva štirideset let kasneje) napoveduje nezadovoljstvo s sabo in okoljem. Tako so posamezniki z visokim nevroticizmom v povprečju razmeroma nezadovoljni z življenjem na splošno, s svojo službo in delovnim okoljem, pa tudi v zakonu, kar se kaže tudi v manjši stabilnosti njihovih medosebnih odnosov in večji verjetnosti ločitve. Nevroticizem je med vsemi osebnostnimi lastnostmi najbolj povezan s psihopatologijo, in sicer je povišana raven te dimenzije prisotna v tako rekoč vseh kliničnih populacijah, npr. pri motnjah hranjenja, odvisnostih, motnjah čustvovanja, tudi psihosomatskih motnjah. Nevroticizem je poleg tega močno povezan s stresom, pri čemer posamezniki z visokim nevroticizmom v primerjavi s tistimi z nizkim nevroticizmom de-

## Sprejemljivost je najpomembnejša lastnost v medosebnih odnosih in je povezana s prosocialnim vedenjem. Ta dimenzija je bistvenega pomena tudi za psihično blagostanje.

nejši s svojim partnerskim odnosom, poleg tega so bili s partnerskim odnosom zadovoljnejši tudi njihovi partnerji. Ti rezultati kažejo, da sprejemljivejši in čustveno stabilnejši posamezniki niso le bolj zadovoljni s svojim partnerskim odnosom, temveč imajo dejansko kakovostnejše odnose, saj so z njimi očitno zadovoljni tudi njihovi partnerji.

Osebnostna dimenzija vestnost zajema lastnosti, ki se nanašajo na socialno predpisani vedenjski in spoznavni nadzor nad seboj, npr. odgovornost, pozornost, previdnost, vztrajnost, redoljubnost. Posamezniki z visoko vestnostjo so disciplinirani, organizirani in imajo dober samonadzor, so marljivi, natančni, usmerjeni k cilju, vztrajni, zanesljivi in odgovorni; tisti z nizko vestnostjo pa so impulzivni, spontani in imajo šibko voljo, so površni, leni, brezciljni, nezanesljivi. Vestnost se povezuje predvsem z učno in delovno uspešnostjo, pa tudi z zdravjem, in sicer pozitivno z dolgoživostjo, negativno pa z različnimi psihičnimi in fizičnimi težavami. Z blagostanjem se vestnost povezuje pozitivno, čeprav ta

dejavno doživljajo več stresnih dogodkov, so bolj občutljivi na stres (isti dogodek si prej razlagajo kot stresen), ko pa pride do stresa, se z njim večinoma slabše spoprijemajo. Poudariti je treba, da se visok nevroticizem ne povezuje le z negativnimi življenjskimi izidi, saj ima ta dimenzija pomembno zaščitno funkcijo – negativna čustva posameznika varujejo pred grožnjami, nevarnostmi ipd. Poleg tega nezadovoljstvo, povezano z višjim nevroticizmom, lahko deluje tudi motivacijsko.

Odprtost za izkušnje je temeljna osebnostna dimenzija, ki odraža medosebne razlike v sposobnosti in nagnjenosti k iskanju, zaznavanju, razumevanju, uporabi in preferiranju kompleksnih vzorcev informacij. Po eni strani je visoka raven odprtosti za izkušnje značilna za osebe, ki se hitro učijo in imajo dober vpogled v stvari in dogodke (vidik intelekta), po drugi strani pa so osebe, ki imajo bujno domišljijo, ustvarjalne in občutljive za estetiko (vidik odprtosti). Dimenzija odprtost za izkušnje je precej šibko povezana z osebnostnimi motnjami (oba pola), pa tudi s srečo (pozitivno).

**Pri otrocih** in mlajših mladostnikih je subjektivno blagostanje manj raziskano. Moč je najti nekaj študij, ki so pri osnovnošolskih otrocih in mladostnikih merile zadovoljstvo z življenjem, vendar se zdi, da te mere ne zajamejo vseh vidikov blagostanja, ki so pomembne za to obdobje. Pri predšolskih otrocih teh študij sploh ni ali pa po psihičnem blagostanju sprašujejo starše otrok, kar pa seveda ne more zajeti subjektivnosti blagostanja. Poleg tega so pri otrocih manj raziskani tudi dejavniki subjektivnega blagostanja, redke študije pa kažejo na podobne povezave med osebnostjo in psihičnim blagostanjem pri šolskih otrocih in mlajših mladostnikih kot pri odraslih. Bistveno več je na voljo empiričnih dokazov, da se osebnostne lastnosti pomembno povezujejo z raznolikimi pokazatelji uspešnega in neuspešnega prilagajanja od zgodnjega otroštva dalje (npr. Asendorpf in Van Aken 2003; Kavčič, Podlesek in Zupančič 2012; Zupančič in Kavčič 2007). Tako se zlasti vestnost, pa tudi odprtost za izkušnje povezujeta z učno uspešnostjo; ekstravertnost se pozitivno povezuje s socialno kompetentnostjo v vrstniški skupini, nizka sprejemljivost je dejavnik tveganja za razvoj vedenjskih težav, nevroticizem pa dejavnik tveganja za čustvene težave.

Glede na pomembno vlogo osebnostnih lastnosti za posameznikovo blagostanje se postavlja vprašanje, ali lahko torej osebnostne lastnosti pri sebi, sodelavcih ali otrocih in mladostnikih spreminjamo v bolj zaželeni smeri. Kot sem že omenila, so osebnostne lastnosti temeljna, precej stabilna nagnjenja k čustvovanju, mišljenju in vedenju na določen način, zato jih je razmeroma težko spreminjati. Vendar pa stabilnost osebnostnih lastnosti ne pomeni, da so te neodvisne od okoljskih vplivov in torej nespremenljive (Nettle 2007). Z doslednostjo in sistematičnostjo lahko pri sebi ali drugih spodbujamo za duševno zdravje bolj ugodne izraze osebnostnih lastnosti. To je še posebno učinkovito, če začnemo že zgodaj v razvoju. Glede na rezultate raziskav povezanosti med osebnostjo in psihičnim blagostanjem bi tako lahko pri otrocih na primer spodbujali empatijo, sodelovalnost, prijaznost ipd. ter tako spodbujali ugoden razvoj vedenjskih izrazov sprejemljivosti; z učenjem nadzora nad čustvovanjem, ustreznih načinov izražanja negativnih čustev in drugačnega pogleda na neugodne okoliščine lahko spodbujamo vedenja, povezana s čustveno stabilnostjo (nižji nevroticizem); s spodbujanjem optimizma in učenja vzpostavljanja stikov z drugimi itd. lahko spodbujamo razvoj v smeri izražanja ekstravertnosti. Ob tem velja še omeniti, da več neke lastnosti ni nujno le dobro, oba ekstrema imata namreč svoje prednosti in omejitve, npr. osebe z visokim nevroticizmom so v primerjavi s čustveno stabil-

nejšimi osebami bolj previdne, bolj introvertne osebe v primerjavi z bolj ekstravertnimi prevzemajo manj tveganja, so bolj natančne, uspešne pri rutinskih nalogah z manj dražljaji itd.

Poleg tega je za duševno zdravje (in druge življenjske izide) pomembno, da osebnostne lastnosti sebe in drugih v svoji okolici vsaj upoštevamo (Nettle 2007). Prvi korak je torej, da poznamo osebnostne lastnosti posameznika (sebe, kolega, otroka ali mladostnika), saj jih le tako lahko upoštevamo v različnih učnih, delovnih in drugih okoliščinah. Ljudem z različnimi osebnostnimi lastnostmi namreč bolj ustrezajo različne okoliščine

**Z doslednostjo in sistematičnostjo lahko pri sebi ali drugih spodbujamo za duševno zdravje bolj ugodne izraze osebnostnih lastnosti. To je še posebno učinkovito, če začnemo že zgodaj v razvoju.**

(jih imajo raje, v njih bolje funkcionirajo), npr. visoko ekstravertni posamezniki so bolj uspešni v razmerah z več dražljaji in pri nalogah, ki zahtevajo hitrost, ne pa natančnosti (pri teh so bolj uspešne razmeroma introvertne osebe). Poleg tega se posamezniki z različnimi osebnostnimi lastnosti na te različne okoliščine tudi različno odzivajo, npr. nastop pred šolsko skupnostjo bo za visoko ekstravertnega učenca prijetna okoliščina, za razmeroma introvertnega pa naporna. Če poznamo osebnostne lastnosti, lahko (zase ali druge) smiselno izbiramo način učenja, delovne in druge okoliščine, npr. bolj ekstravertnim učencem omogočimo več dela v skupini, jih usmerimo v poklice, v katerih bodo delali z ljudmi ipd. Omeniti velja, da manjše ujemanje med osebnostjo in delom ne pomeni, da tega dela ne moremo opravljati; če se nam zdi pomembno, ga seveda lahko, moramo pa vedeti, da bo to za nas bolj naporno. Tudi razmeroma introvertna oseba lahko uspešno opravlja delo, ki vključuje veliko stika z ljudmi, a bo za njo to bolj naporno kot za visoko ekstravertno osebo. Če posameznik pozna svojo osebnost, jo lahko upošteva in si skladno z njo organizira življenje, npr. razmeroma introvertna oseba si po končanem delu z ljudmi vzame čas za miren oddih ali pa si delovni dan organizira tako, da ima delo z ljudmi prekinjeno z administrativnim delom v tihi pisarni.

## **Psihično blagostanje in nekatere specifične osebnostne lastnosti**

Zgoraj omenjeno spreminjanje/spodbujanje določenega vzorca vedenja lahko prikažemo na primeru nekatere

rih specifičnih osebnostnih lastnosti, ki so poleg petih temeljnih osebnostnih lastnosti pomembne za duševno zdravje otrok, mladostnikov in odraslih.

Za psihično blagostanje je zelo pomembna posameznikova **osebnostna prožnost** (angl. resilience), ki od-

## Za psihično blagostanje je zelo pomembna posameznikova osebnostna prožnost (angl. resilience), ki odraža uspešno prilagajanje oz. delovanje tudi v težkih, stresnih okoliščinah.

raža uspešno prilagajanje oz. delovanje tudi v težkih, stresnih okoliščinah (Newman 2005). Posamezniki z visoko osebnostno prožnostjo se torej učinkovito spoprijemajo z življenjskimi izzivi in si razmeroma hitro opomorejo po različnih stresnih dogodkih. K razvoju osebnostne prožnosti prispevajo stabilne osebnostne lastnosti (visoka ekstravertnost, sprejemljivost, vestnost in odprtost za izkušnje ter nizek nevroticizem), nekatere značilnosti družine (stabilno in povezano okolje, ki otroku zagotavlja naklonjenost, empatijo, oporo) ter širše socialno okolje (npr. prijatelji, kolegi, tudi socialno varstvo, možnosti zaposlitve) (Masten, Cutuli, Herbers in Reed 2009). Kot pomembni varovalni dejavniki za razvoj osebnostne prožnosti otrok so se pokazali npr. varna navezanost na odraslo osebo (ne nujno le na starša, pomembno vlogo imajo tudi vzgojitelji in učitelji) in nasploh dobra socialna opora, dobre spretnosti samouravnavanja, kakovostna vzgoja in izobraževanje, pa tudi bolj usmerjene strategije, kot je npr. dodatna strokovna pomoč (spodbujanje pozitivnega čustvovanja preko igre, radovednosti in dobrih socialnih odnosov, učenje socialnih spretnosti, učenje različnih strategij reševanja problemov ipd.).

K psihičnemu blagostanju pozitivno prispeva tudi **optimizem**, ki se nanaša na splošno pričakovanje, da se bodo zgodile dobre stvari, da se bodo stvari razplet-

## Optimizem se nanaša na splošno pričakovanje, da se bodo zgodile dobre stvari, da se bodo stvari razpletle dobro in da bo dobro prevladalo

le dobro in da bo dobro prevladalo (Carver in Scheier 2001). Bolj optimistični ljudje so na splošno bolj zadovoljni s svojim preteklim, sedanjim in pričakovanim življenjem kot bolj pesimistični. Otroke in odrasle lahko naučimo, da postanejo bolj optimistični (Seligman 2009), pri čemer sta se kot učinkoviti izkazali zlasti dve metodi. Prva metoda je kognitivno-vedenjska terapija, ki vključuje spreminjanje posameznikovega pogleda na

razmere in misli, ki se mu pojavljajo (Carver in Scheier 2002). Druga metoda je atribucijski trening, pri katerem načrtno spreminjamo način razlaganja razmer in njihovih vzrokov (npr. Peterson 2000). Tako se je pokazalo, da za negativne dogodke niso učinkovite notranje, stabilne in posplošene atribucije (npr. vzrok za dobljeno slabo oceno učenec pripiše temu, da je neumen in mu nič ne gre), ampak so bolj funkcionalne zunanje, nestabilne, specifične atribucije (npr. vzrok za slabo oceno pripiše temu, da se za ta test res ni dovolj učil,

zato se bo naslednjič bolj potrudil). Tako so v neki raziskavi (Jaycox, Reivich, Gillham in Seligman 1994) otroke z uporabo obeh omenjenih metod naučili prepoznavanja samodejnih negativnih misli, ki so jih zavrnili (s protiargumenti) in tako zmanjšali negativna čustva, poleg tega pa so iskali različne razlage (ne le verjeli svojim neprijetnim vsiljenim mislim) in različne možne rešitve problema. Rezultat takšnega treninga je bil upad depresivnosti, vedenjskih in čustvenih težav ter občutkov nemoči, pa tudi višja samozavest in boljše spoprijemanje s težavami.

## Sklep

Na koncu bi še enkrat poudarila, da moramo pri delu z ljudmi različnih starosti upoštevati, da za duševno zdravje posameznika ni dovolj le odsotnost duševnih težav ali bolezni. Torej ni dovolj le preprečevanje ali obravnava različnih duševnih težav, temveč naj bi posameznikom omogočili oz. pri njih spodbujali psihično blagostanje, tj. doživljanje zadovoljstva in sreče ter kakovostno delovanje tako na osebni ravni kot tudi v ožjih in širših socialnih kontekstih. Ključni dejavnik psihičnega blagostanja so osebnostne lastnosti, ki jih je kot temeljna, precej stabilna nagnjenja k čustvovanju, mišljenju in vedenju na določen način sicer razmeroma težko spreminjati, kljub temu pa z doslednostjo in sistematičnostjo lahko spodbujamo za blagostanje bolj ugodne izraze osebnostnih lastnosti. Poleg tega je za blagostanje posameznika pomembno že samo poznavanje in upoštevanje osebnostnih lastnosti, npr. v uč-

nih in delovnih okoliščinah. Ta spoznanja lahko upoštevamo pri organizaciji dela vzgojiteljev, učiteljev in svetovalnih delavcev ter pri delu z otroki in mladostniki, npr. pri usmerjanju in svetovanju otrokom in mladostnikom, svetovanju vzgojiteljem in učiteljem glede upoštevanja osebnostnih lastnosti otrok in mladostnikov pri uravnavanju vedenja, vodenja skupine, prilagajanju učnih razmer ipd. <

## Viri in literatura

1. Asendorpf, J. B. in Van Aken, M. A. (2003). Validity of Big Five personality judgments in childhood: A 9 year longitudinal study. *European Journal of Personality*, letnik 17, št. 1, str. 1-17.
2. Ashton, M. C. (2013). *Individual differences and personality*. Waltham, MA: Academic Press.
3. Avsec, A., Kavčič, T. in Petrič, M. (2017). *Temeljni vidiki osebnosti*. Ljubljana: Oddelek za psihologijo FF.
4. Carver, C. S. in Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and selfregulation. V: E. C. Chang (ur.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, str. 31-51.
5. Carver, C. S. in Scheier, M. F. (2002). Optimism. V: C. R. Snyder in S. J. Lopez (ur.), *The handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press, str. 231-243.
6. Costa, P. T. in McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, letnik 13, št. 6, str. 653-665.
7. Diener, E. in Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
8. Diener, E., Kesebir, P. in Lucas, R. (2008). Benefits of Accounts of Well-Being - For Societies and for Psychological Science. *Applied Psychology*, letnik 57, št. 51, str. 37-53.
9. Diener, E., Lucas, R. E. in Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. V: C. R. Snyder in S. J. Lopez (ur.), *The handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press, str. 63-73.
10. Easterlin, R. A., McVey, L. A., Switek, M., Sawangfa, O. in Zweig, J. S. (2010). The happiness-income paradox revisited. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, letnik 107, št. 52, str. 22463-22468.
11. Holte, A., Barry, M. M., Bekkhus, M., Borge, A. I. H., Bowes, L., Casas, F., ... in Lekhal, R. (2014). *Psychology of child well-being*. V: A. Ben-Arieh, F. Casa, I. Frønes in J. E. Korbin (ur.), *Handbook of Child Well-Being. Theories, Methods and Policies in Global Perspective*. Netherlands: Springer, str. 555-631.
12. Howell, A. J., Keyes, C. L. in Passmore, H. A. (2013). Flourishing among children and adolescents: Structure and correlates of positive mental health, and interventions for its enhancement. V: C. Proctor in P. Linley (ur.), *Research, Applications, and Interventions for Children and Adolescents* Springer Netherlands, str. 59-79.
13. Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. in Seligman, M. E. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour research and therapy*, letnik 32, št. 8, 801-816.
14. Kavčič, T., Podlesek, A. in Zupančič, M. (2012). The role of early childhood personality in the developmental course of social adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, letnik 36, št. 3, str. 215-225.
15. Keyes, C. L. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, letnik 43, št. 2, str. 207-222.
16. Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E. in Reed, M. G. (2009). Resilience in Development. V: S. J. Lopez in C. R. Snyder (ur.), *The Oxford handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press, str. 117-132.
17. McCrae, R. R. in Costa, P. T. ml. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, letnik 52, št. 5, str. 509-516.
18. Nettle, D. (2007). *Personality: What makes you the way you are*. New York, NY: Oxford University Press.
19. Newman, R. (2005). APA's Resilience Initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, letnik 36, št. 3, 227-229.
20. Payton, A. R. (2009). Mental Health, Mental Illness, and Psychological Distress: Same Continuum or Distinct Phenomena?. *Journal of health and Social Behavior*, letnik 50, št. 2, 213-227.
21. Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American psychologist*, letnik 55, št. 1, 44-55.
22. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, letnik 57, št. 6, str. 1069-1081.
23. Seligman, M. E. (2009). *Naučimo se optimizma*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
24. Steel, P., Schmidt, J. in Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, letnik 134, št. 1, str. 138-161.
25. Westerhof, G. J. in Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, letnik 17, št. 2, str. 110-119.
26. WHO (2014). *Mental health: a state of well-being*. Dostopno na [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/) (22. 9. 2017).
27. Zupančič, M. (2008). The Big Five: Recent developments in Slovene child personality research. *Psihološka obzorja*, letnik 17, št. 4, str. 7-32.
28. Zupančič, M. in Kavčič, T. (2007). Otroci od vrtca do šole: Razvoj osebnosti in socialnega vedenja ter učna uspešnost prvošolcev. Ljubljana: ZIFF.

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

Socialno, čustveno in medkulturno učenje na ravni šol kot način zmanjševanja anksioznosti in agresivnosti: pregled obstoječih programov v Sloveniji in širše

ANA KOZINA, Pedagoški inštitut  
[ana.kozina@pei.si](mailto:ana.kozina@pei.si)

---

MANJA VELDIN, Pedagoški inštitut  
[manja.veldin@pei.si](mailto:manja.veldin@pei.si)

---

ANA MLEKUŽ, Pedagoški inštitut  
[ana.mlekuz@pei.si](mailto:ana.mlekuz@pei.si)

---

MAŠA VIDMAR, Pedagoški inštitut  
[masa.vidmar@pei.si](mailto:masa.vidmar@pei.si)

---

TINA VRŠNIK PERŠE, Pedagoška fakulteta Univerze v Marboru in  
Pedagoški inštitut Ljubljana  
[tina.vrsnik@um.si](mailto:tina.vrsnik@um.si)

---

● **Povzetek:** V prispevku predstavljamo socialno, čustveno in medkulturno učenje kot način zmanjševanja anksioznosti in agresivnosti na ravni šol. Socialno, čustveno in medkulturno učenje namreč spodbuja razvoj pozitivnega, spodbudnega in vključujočega razrednega in šolskega vzdušja. Teoretični deli in izhodišča so prepleteni z opisom projekta ROKA v ROKI, ki ga bomo v naslednjih letih izvajali v Sloveniji in že ponuja prve rezultate v obliki nabora dobrih praks razvijanja socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc na ravni Slovenije.

**Ključne besede:** anksioznost, agresivnost, socialne in čustvene kompetence, medkulturne kompetence, razredno vzdušje, projekt ROKA v ROKI.

Social, emotional, and intercultural learning at school level as a method of reducing anxiousness and aggressiveness: overview of existing programs in Slovenia and abroad

● **Abstract:** This article presents social, emotional, and intercultural learning as a method of reducing anxiousness and aggressiveness at school level. Social, emotional, and intercultural learning stimulates the development of positive, encouraging, and inclusive atmosphere in classrooms and schools. Theoretical parts and starting-points are interlaced with the description of the HAND in HAND project which will be carried out in Slovenia in the following years and has already given first results in the form of good practices in developing social, emotional, and intercultural competencies at the Slovene level.

**Keywords:** anxiousness, aggressiveness, social and emotional competences, intercultural competences, classroom atmosphere, HAND in HAND project.

## Zakaj je pomembno, da se osredinjamo na anksioznost in agresivnost v šolah

Težave, povezane z anksioznostjo, so med najbolj pogostimi psihološkimi težavami v obdobju otroštva in mladostništva (Barret in Farrel 2009; Neil in Christensen 2009). Tudi pogostost agresivnih vedenj v šolah in izpostavljenost agresivnemu vedenju je visoka (Flannery, Vazsonyi in Waldman 2007). Tako anksioznost kot agresivnost imata negativne posledice na ravni posameznika, šole in družbe. Stalna anksioznost prizadene otroka ali mladostnika na čustvenem, socialnem, spoznavnem in telesnem področju, še posebno v šolskem obdobju (Boxer, Edwards-Leeper, Goldstein, Musher-Eizenman in Dubow 2003; Duchesne in Rattalle 2010; Wienke-Titura, MacKinnon-Lewis, Gesten, Gadd, Divine, Dunham in Kamboukos 2009). Tudi agresivnost ima negativne posledice za otroke in mladostnike, ki so izpostavljeni agresivnemu vedenju (znižani šolski dosežki, anksioznost, depresivnost, samomorilnost), kot za otroke in mladostnike, ki so agresivni (znižani šolski dosežki, slaba samopodoba, težave v kognitivnem in socialno kognitivnem delovanju itn.) (Brookmeyer, Fanti in Henrich 2006; Dubow, Boxer in Huesmann 2009; Schwartz, Gorman, Nakamoto, McKay 2006; Poulin in Boivin 2000; Vitaro, Brendgen in Barker 2006;

Zhou, Main in Wang 2010). Če anksioznost in agresivnost otrok in mladostnikov ni obravnavana, vodi v težave tudi v odraslosti (npr. slabše duševno zdravje, nižja delovna učinkovitost, nižje zadovoljstvo z življenjem) (Furr, Tiwary, Suveg in Kendall 2009). Pri tem še posebej omenjamo potrebo po obravnavi (preprečevanju in zmanjševanju) anksioznosti, saj raziskave v tujini (Twenge 2000) in pri nas (Kozina 2014) kažejo na pomemben porast težav, vezanih na anksioznost.

## Kako lahko zmanjšamo anksioznost in agresivnost

O zmanjševanju anksioznosti in agresivnosti lahko govorimo na treh ravneh: univerzalni, osredinjeni in in-

Tako anksioznost kot agresivnost imata negativne posledice na ravni posameznika, šole in družbe.

dividualni. Univerzalni programi zajamejo vso populacijo, osredinjeni so oblikovani za skupine, v katerih je večja verjetnost povečane anksioznosti in agresivnosti, medtem ko so individualni programi namenjeni obravnavi posameznikov, za katere smo predhodno ugotovili višje ravni anksioznosti oziroma agresivnosti (Silverman in Treffers 2001; Marcus 2007). Na ravni šole lahko najlaže govorimo o univerzalnem prepreče-

vanju, saj zajamemo večje število otrok in mladostnikov. Šole so za tovrstne programe še posebno primerne, saj zajamejo večino otrok in mladostnikov, brez dodatnega izpostavljanja tistih, ki imajo več težav (Masten in Motti-Stefanidi 2009). Pri tem so v programu obravnavani otroci in mladostniki, ki sicer ne bi posegali po strokovni obravnavi, bi jo pa potrebovali. Raziskave (Mifsud in Rapee 2005) namreč posebej poudarjajo, da je na primer anksioznost spregledana ter da so otroci in mladostniki s to vrsto težav redko deležni strokovne obravnave. Naslednja prednost teh programov je, da zaradi skupinske obravnave in zajema vse skupine v razredu ne prihaja do stigmatizacije otrok in mladostnikov, ki bi potrebovali pomoč.

Modeli zmanjševanja agresivnosti se dodatno delijo na dva tipa, to je usmerjene na spremembe okolja in usmerjene na spremembe posameznika. Modeli, usmerjeni na spremembe šolskega in ožjega razrednega okolja, vsebujejo širok nabor praks od uporabe detektorjev kovin, prisotnosti policistov, pravil ustreznega vedenja, manjšanja razredov, izboljšanja razrednega vzdušja do arhitekturnih sprememb. Od modelov,

### Prednost univerzalnih programov je, da zaradi skupinske obravnave in zajema vse skupine v razredu ne prihaja do stigmatizacije otrok in mladostnikov, ki bi potrebovali pomoč.

usmerjenih na spremembe okolja, so se kot učinkoviti izkazali dober nadzor in uspešna vpeljava disciplinskih postopkov (Flannery idr. 2007), pripravljenost in usposobljenost učiteljev, da jasno obravnavajo vsako obliko agresivnosti in da šola zagovarja stališče neagresivne komunikacije (Aničić idr. 2002). Drugi tip modelov so programi zmanjševanja agresivnega vedenja, vezani na spremembe posameznika. Ti so lahko usmerjeni na vedenje, kognicijo ali stališča. Pogosto se uporabljajo kognitivno-vedenjski programi, ki v splošnem uporabljajo načela kognitivnih teorij, učenja in modelnega učenja, razvijajo spretnosti prepoznavanja okoliščin, nadzorovanja impulzov s predvidevanjem posledic ter spodbujajo pravilno zaznavanje čustev in namer drugih (Flannery idr. 2007; Krall 2003).

### Šolsko vzdušje je relativno stabilen skupek notranjih značilnosti šole, ki vplivajo na vedenje vseh v šoli.

Kot dokazano učinkoviti so se izkazali programi, ki: 1) temeljijo na teoretični osnovi; 2) naslavljajo dejavnike tveganja za razvoj agresivnosti; 3) so dolgotrajni, potekajo vsaj eno leto; 4) so intenzivni (uprabljajo klinični pristop) in umerjeni na že agresivne posameznike; 5) sledijo kognitivno-vedenjskim usmeritvam; 6) so mul-

timodalni in multikontekstualni; 7) se osredinjajo na razvijanje socialnih spretnosti; 8) so razvojno ustrezni; 9) se ne izvajajo znotraj institucij; 10) so izvedljivi (npr. majhen osip) (Marcus 2007). V novejšem času programi zmanjševanja agresivnosti poskušajo upoštevati tudi različne vrste agresivnosti.

## Podpora spodbudnemu razrednemu in šolskemu vzdušju kot način zmanjševanja anksioznosti in agresivnosti

Na ravni šol je pomemben dejavnik pri preprečevanju in zmanjševanju anksioznosti in agresivnosti šolsko vzdušje, ožje tudi razredno vzdušje. Šolsko vzdušje je relativno stabilen skupek notranjih značilnosti šole, ki vplivajo na vedenje vseh v šoli (Brown idr. 2004). Te notranje značilnosti v pozitivni obliki najbolj opredeljujejo dobri odnosi med učenci in učitelji, ocenjevanje šole kot varnega okolja, visoka vple-

tenost učencev, staršev in zaposlenih v soodločanje ter prisotnost visokih pričakovanj do učencev (Freiberg 1999). Anksioznost in agresivnost se v večji meri pojavljata v negativnem, nespod-

budnem šolskem vzdušju (Kos 1990; Wienke-Totura idr. 2009). Pomemben del šolskega vzdušja je občutek varnosti učencev in učiteljev oziroma pogostost agresivnega vedenja na šoli. Več agresivnega vedenja na šoli se na eni strani povezuje z več agresivnega vedenja (učenje agresivnih vzorcev vedenja od bolj agresivnih vrstnikov) in na drugi s povečano anksioznostjo (predvsem na strani žrtev agresivnih vedenj). Učenci, ki jih vrstniki ne sprejemajo, jih preganjajo ali nadlegujejo, so v šoli bolj anksiozni in jih je strah vseh šolskih okoliščin (Boxer, idr. 2003; Huesmann 1994; Kos 1990). Vidimo tako, da agresivnost in anksioznost poleg številnih negativnih posledic za posameznika negativno vplivata na procese v šoli. Agresivni posamezniki imajo namreč do šole (Malm in Löfgren 2006) in do

predmetov (Krall 2003) pogosteje negativen odnos, se z njo čutijo manj povezani (Brookmeyer, idr. 2006), pogosteje izostajajo od pouka ter pogosteje prenehajo s

šolanjem (Poulin in Boivin 2000; Vitaro idr. 2006). Agresivna vedenja posameznika vplivajo na bolj negativno šolsko vzdušje, bolj negativno šolsko vzdušje pa v povratni zanki vpliva na porast agresivnih vedenj in na anksioznost učencev.



## Kako razvijamo spodbudno razredno in šolsko vzdušje

Eden izmed načinov spodbujanja pozitivnega, spodbudnega razrednega in šolskega vzdušja je socialno in čustveno ter medkulturno učenje.

## Razvijanje socialnih in čustvenih kompetenc

Čustveno in socialno učenje je proces pridobivanja temeljnih čustvenih in socialnih kompetenc: samozavedanja, samouravnavanja, socialnega zavedanja, uspešnega upravljanja z odnosi in odgovornega sprejemanja odločitev (Durlak et al. 2011). Samozavedanje zajema poznavanje lastnih čustev in občutkov, realistično oceno lastnih sposobnosti in spretnosti ter samozavest. Socialno zavedanje zajema zaznavo čustev in občutij drugih, sposobnost prevzemanja perspektive drugih ter pozitiven odnos in dejavno vključenost v različnih skupinah. Samouravnavanje zajema uravnavanje lastnih čustev, tako da ta čustva spodbujajo dejavnosti, sposobnost odložitve nagrade zaradi sledenja ciljem ter vztrajnost kljub neuspehu, zastoju ali nazadovanju. Uspešno upravljanje z odnosi zajema učinkovito upravljanje s čustvi in z odnosi, vzpostavljanje in ohranjanje dobrih odnosov, ki temeljijo na sodelovanju, odpor ob neprimernih socialnih pritiskih, uporabo pogajanja kot sredstva razreševanja konfliktov ter pridobitev pomoči, ko je to potrebno. Odgovorno sprejemanje odločitev zajema pravilno oceno tveganja, sprejemanje odločitev na podlagi upoštevanja vseh pomembnih dejavnikov in najverjetnejših posledic različnih dejanj, spoštovanje drugih ter prevzemanje osebne odgovornosti za lastne odločitve (povzeto po Safe and Sound: An Educational Leader's Guide to Social and Emotional Learning Programs 2003, v Ragozzino et al. 2003). Razvite čustvene in socialne kompetence so podlaga za boljše prilagajanje, bolj pozitivne oblike vedenja (več prosocialnih oblik vedenja, manj agresivnega vedenja), manj anksioznosti ter višje učne dosežke in višje ocene v šoli (Greenberg, Weissberg, O'Brien, Zins, Fredericks in Resnik 2003; Durlak et al. 2011; Wilson, Gottfredson in Najak 2001). Razvoj čustvenih in socialnih kompetenc med čustvenim in socialnim učenjem se je izkazal kot pomemben napovednik dobre prilagoditve otrok in mladostnikov ter manjšanja negativnih razvojnih izidov ter hkrati tudi večanja učnih dosežkov. Po udarek na razvoj čustvenih in socialnih kompetenc

vodi v splošno dobro počutje ter višjo učno učinkovitost pri otrocih in mladostnikih, medtem ko nasprotno, tj. pomanjkanje teh kompetenc, vodi v številne osebne, socialne in učne težave (Eisenberg 2006).

Na ravni šol lahko socialno in čustveno učenje vpliva a) na razvoj socialnih in čustvenih kompetenc in b) na razvoj pozitivnega, spodbudnega razrednega in šolskega vzdušja (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, in Hawkins 2002; Hawkins et al. 2004; Malecki in Elliot 2002). Učinek na razredno in šolsko vzdušje je dvosmeren, najprej preko razvoja socialnih in čustvenih kompetenc učencev ter vpliva na njihovo vedenje (manj agresivnih oblik vedenja, več prosocialnih oblik vedenja) (Durlak et al. 2011; Zins in Ellias 2006) in nato preko razvoja socialnih in čustvenih kompetenc učiteljic in učiteljev. Raziskave namreč kažejo, da v primerih, ko učiteljice in učitelji sistematično (v obliki zaključenih programov socialnih in čustvenih kompetenc) razvijajo socialne in čustvene kompetence učencev, v razredu to pozitivno vpliva na njihov lastni čustveni in socialni razvoj (Durlak et al. 2011). Pogosto se namreč zgodi, da učiteljice in učitelji na sebi preizkušajo nekatere dejavnosti, ki so zajete v programih za učence, kar deluje pozitivno na njihov način spoprijemanja in samouravnavanja ter učinkovito preprečuje njihovo izgorelost (Kres in Ellias 2012).

Ko izbiramo program razvijanja socialnih in čustvenih kompetenc v razredu, je pomembno izbrati program, katerega učinkovitost je preizkušena v praksi. Zins (2004) definira kot eno izmed ključnih značilnosti kakovostnih programov socialnega in čustvenega učenja ravno teoretično podlago in empirično podprto učinkovitost. Prav tako je pomembno, da so programi in načini učenja socialnih in čustvenih kompetenc prekušeni v različnih okoljih (Castro-Olivo 2014) ter prilagojeni lokalnemu okolju. Prav tako je nujna

**Odgovorno sprejemanje odločitev zajema pravilno oceno tveganja, sprejemanje odločitev na podlagi upoštevanja vseh pomembnih dejavnikov in najverjetnejših posledic različnih dejanj, spoštovanje drugih ter prevzemanje osebne odgovornosti za lastne odločitve.**

uporaba kvaziekperimentalnih raziskovalnih načrtov s kontrolnimi skupinami ter dolgoročno spremljanje učinkov programov (Bierman et al. 2010). Naslednji pomembni korak je uspešnost prenosa programa v učno okolje, ki je nujni pogoj, da lahko pričakujemo pozitivne učinke. Uspešen prenos zahteva sodelovanje med vsemi vpletenimi v učni process (učenci, dijaki, učitelji, ravnatelj, starši) (Kres in Ellias 2012).

## Razvijanje medkulturnih kompetenc

Medkulturno učenje (razvoj medkulturnih kompetenc) na drugi strani pomembno vpliva na vključenost in sprejetost vseh posameznikov v razredno in šolsko okolje. Medkulturne kompetence so kompleksne sposobnosti, ki so potrebne za učinkovito in ustrezno interakcijo z ljudmi, ki izhajajo iz druge kulture (Deardorff 2006, Fantini 2009) in govorijo drug jezik kot mi (Fantini 2009). Bolj natančno, Deardorff (2004) navaja, da so medkulturne kompetence sposobnosti učinkovite in ustrezne komunikacije v medkulturnih okoliščinah glede na posameznikovo *medkulturno znanje* (npr. samozavedanje, razumevanje in poznavanje medkulturnih razlik), *sposobnosti* (npr. zavzemanje perspektive drugega, poslušanje, opazovanje in interpretiranje, analiziranje in povezovanje, zmožnost interpretacije besedila ali dogodka s perspektive različnih kultur; zmožnost pridobivanja novega znanja o kulturah in kulturnih praksah) in *odnos/naravnost* (npr. spoštovanje - pozitivna naravnost do drugih kultur in kulturne raznolikosti, odprtost - do medkulturnega učenja in ljudi iz drugih kultur, brez podajanja sodb, radovednost in odkrivanje - dopuščanje dvoumnosti in negotovosti), pri čemer pa posedovanje le ene komponente (npr. znanje) ni dovolj za doseganje kompetentnosti. Pogosto je medkulturno kompe-

**Medkulturne kompetence so sposobnosti učinkovite in ustrezne komunikacije v medkulturnih okoliščinah glede na posameznikovo medkulturno znanje, sposobnosti in odnos/naravnost.**

tentni posameznik opisan kot nekdo, ki je spoštljiv, empatičen, fleksibilen, potrpežljiv, radoveden, odprt, motiviran, strpen itd. (Fantini 2009). Takšni seznanji pogosto vodijo cilje programov, ki stremijo k izboljšanju medkulturnih kompetenc. Bennett (2004), ki je razvil razvojni model medkulturne občutljivosti (DMIS - Developmental Model of Intercultural Sensitivity) opozarja, da je treba pri pripravi programov, ki ciljajo na razvoj medkulturnih kompetenc, upoštevati, na kateri stopnji medkulturne kompetentnosti se nahajajo posamezniki, saj medtem ko ljudje postajajo medkulturno kompetentnejši, doživijo veliko spremembo v kakovosti svojih izkušenj, kar avtor razlaga s prehodom iz etnocentrizma v etnorelativizem. (Etnocentrizem opisuje doživljanje posameznikove kulture kot osrednje stvarnosti; v vedenja in prepričanja, ki so jih posamezniki prevzeli v primarni socializaciji, niso nikoli dvomili oziroma se spraševali o njih. Medtem pa etnorelativizem kaže ravno obratno sliko; prepričanja in vedenja posameznika so le eden izmed

možnih sklopov organizacije realnosti.) Med dvema poloma avtor navaja šest različnih izkušenj: *zanikanje* kulturnih razlik (edina prava kultura), *obramba* pred kulturnimi razlikami (najbolj razvita kultura), *minimiziranje* kulturnih razlik (univerzalna kultura), *sprejemanje* kulturnih razlik (ena izmed kultur), *prilagajanje* na kulturne razlike (zmožnost menjave perspektiv) in *integracija* kulturnih razlik v identiteto (multikulturalnost). Na splošno bi lahko rekli, da se posamezniki, ki imajo eno izmed etnocentričnih orientacij, izogibajo kulturnim razlikam (z zanikanjem obstoja, upiranjem, minimaliziranjem pomembnosti), medtem ko tisti z eno izmed etnorelativističnih orientacij (s sprejemanjem pomembnosti, prilagajanjem perspektiv, integracijo v identiteto) iščejo kulturne razlike. Kontakt in pozitivne izkušnje z ljudmi, ki govorijo drug jezik in/ali izhajajo iz različnih kultur, ponujajo priložnosti za spodbujanje razvoja medkulturne kompetentnosti, ta pa poteka stalno in dolgotrajno (pogosto vseživljenjsko učenje, kar pomeni, da nikoli nismo popolnoma medkulturno kompetentni) (Fantini 2000).

Učinke razvijanja medkulturnih kompetenc lahko delimo na notranje in zunanje (Deardorff in Jones 2012). Notranji učinki so večja fleksibilnost, prilagodljivost, empatičnost ter razvijanje etnorelativistične perspektive (LeBaron in Pillay 2006, v Deardorff in Jones 2012). Posamezniki posledično lažje razumejo stvari z druge perspektive in so do drugih bolj empatični (Calloway-Thomas 2010, v Deardorff in Jones 2012). Zunanji učinki razvijanja medkulturnih kompetenc pa so strpnejše vedenje in strpnejša komunikacija posameznika (Deardorff in Jones 2012). Srečanje z različnimi kulturami, med-

kulturna komunikacija in učenje skozi uvid v kulturne razlike med ljudmi pomagajo pri premagovanju egocentričnosti, širjenju pogleda na svet in oblikovanju identitete (Lahdenperä 2010, v Edling 2014). S pridobivanjem znanja o drugih kulturah premagujemo razsizem, predsodke, diskriminacijo in nasilje, predvsem pa spodbujamo razumevanje drugih ljudi. S pomočjo medkulturnega učenja, ki poudarja obojestransko korist kulturnih srečanj, se lahko na nevtralnih tleh učimo drug od drugega (Edling 2014), izboljšujemo šolsko vzdušje in povečujemo vključenost vseh posameznikov v razredu (Read, Aldridge, Ala'i, Fraser in Fozdar 2015).

Glede na rezultate raziskave Micó-Cebriáne in Cavaa (2014) je razvijanje medkulturnih kompetenc povezano tudi z razvijanjem empatije in socialne samopodobe. Razvijanje teh kompetenc učencem pomaga pri izboljšanju njihovega psihosocialnega blagostanja in zadovoljstva z življenjem, opolnomoči jih s pomemb-

nimi orodji in strategijami, ki jim pomagajo v različnih medosebnih odnosih ne samo v otroštvu in mladostništvu, temveč tudi v odraslosti. Z izboljšanjem teh kompetenc, kot so npr. strpnejša komunikacija, empatija in razumevanje perspektive drugega, lahko učenci lažje rešujejo konflikte in se večkrat tudi izogonejo agresivnemu vedenju (Orpinas in Horne 2005). Vse to se povezuje z izboljšanjem odnosa med učitelji in učenci, posledično se zmanjšajo vedenjske težave (Gottfredson 1989; Wang, Selman, Dishion in Stormashak 2010), vse to vodi do varnejše in vključujoče šole (Johnson in Templeton 1999; Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Eck, Reuter in Bushway 1997).

## Razvijanje socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc v okviru projekta ROKA v ROKI

Področji socialnega in čustvenega učenja ter medkulturnega učenja na Pedagoškem inštitutu združujemo v Erasmus+ K3 Policy experimentation projektu ROKA v ROKI: *socialne in čustvene kompetence za nediskriminatorno in vključujočo skupnost (celostni pristop)* (Kozina, Vidmar, Saelzer, Rasmunson, Marušič, Jensen, Lund Nielsen, Vieluf, Ojsteršek in Jurko 2017). V projektu bomo na Pedagoškem inštitutu v sodelovanju s tujimi partnerji razvili program za spodbujanje socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc tako za učence kot tudi za strokovne delavce šole, katerega cilj je prenos na sistemsko raven. Pri sledenju smernicam o oblikovanju učinkovitih programov bomo učinkovitost programa empirično preverili v mednarodnem prostoru, program pa bo kasneje prosto dostopen za uporabo. Ozadje projekta je potreba EU po skupni vpekljavi politik z namenom preprečevanja segregacije ter diskriminatornega (tudi agresivnega) vedenja tako na ravni šol kot na ravni širše družbe. V odgovor na te potrebe smo na Pedagoškem inštitutu prepoznali priložnost, da v mednarodnem sodelovanju in v procesu medsebojnega učenja zasnujemo program, ki bo podprl socialne, čustvene in medkulturne kompetence vseh vključenih v izobraževalni proces z namenom izgradnje sodelovalnih in sprejemajočih (inkluzivnih) učnih okolij. Kljub temu da je pomen socialnih in čustvenih kompetenc empirično prepoznani kot ključni dejavniki pozitivnega razvoja otrok in mladostnikov, razvoj teh kompetenc ni sistematično podprt na ravni držav EU (OECD 2015) ne na ravni učencev, ne na ravni strokovnih delavcev. V projektu bomo socialne in čustvene kompetence prepletli z medkulturnimi kompetencami, kar je inovativna dodana vrednost projekta. Pomembni rezultati projekta, ki bi jih posebej poudarili, so pregledni katalogi obstoječih merskih pripomočkov in programov s področja čustvenih, socialnih in medkulturnih kompetenc (na mednarodni in nacionalni ravni), program ROKA v ROKI za razvijanje čustvenih, socialnih in medkulturnih kompetenc za

učence osnovnih šol, program ROKA v ROKI za razvijanje čustvenih, socialnih in medkulturnih spretnosti za strokovne delavce šole in priporočila ROKA v ROKI za razvoj politik in praks.

V projektu poleg Pedagoškega inštituta, ki projekt vodi, sodelujejo še Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (Slovenija), Inštitut za društvena istraživanja (Hrvaška), Mid Sweden University (Švedska), Technical University Munich (Nemčija), German Institute for International Educational Research (Nemčija), Via University Coledge (Danska) in Network for Policy Experimentation NEPC. Omenimo še, da v tem trenutku kljub številnim prepoznanim pozitivnim izidom razvijanja čustvenih, socialnih in medkulturnih kompetenc tako pri učencih kot strokovnih delavcih tovrstne vsebine niso sistematično vpeljane v prostor vzgoje in izobraževanja. To vrzel bomo v naslednjih letih poskušali zapolniti na Pedagoškem inštitutu z razvojem omenjenega programa ROKA v ROKI ter njegovo mednarodno evalvacijo. Vodenje projekta je tako za Pedagoški inštitut kot za Slovenijo priložnost za prevzemanje vodilnih vlog na področju razvoja socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc ter njihove vloge v vzgoji in izobraževanju.

## Prvi rezultati projekta ROKA v ROKI: katalogi obstoječih programov in dobrih praks v Evropi in Sloveniji

V sklopu projekta Roka v roki smo v sodelovanju s partnerji pripravili pregled obstoječih programov (na mednarodni in nacionalni ravni), ki naslavljajo socialne, čustvene in medkulturne kompetence učencev in strokovnih delavcev v vzgoji in izobraževanju. Tako imenovani pristop od spodaj navzgor (nabor obstoječih programov in dobrih praks) je pomemben ravno zato, da pridobimo vpogled v to, kaj v nekem okolju že uporabljajo in kaj dokazano učinkuje.

V obeh mednarodnih katalogih (Katalog programov socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc za učence ter Katalog programov socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc za strokovne delavce v vzgoji in izobraževanju) je zajet pregled izbranih mednarodnih programov, ki temelji na sistematičnem pregledu strokovne literature. V katalogu programov za učence je kratko opisanih sedemnajst programov, ki se osredinjajo na socialne in čustvene kompetence (npr. programi Strong Kids and Strong Teens, PATHS; npr. samozavedanje, samouravnavanje, socialno zavedanje, uspešno upravljanje z odnosi, odgovorno sprejemanje odločitev), in devet programov, ki se osredinjajo na medkulturne kompetence (npr. programi DIEC, Improving Children's Attitudes Toward Refugees; >

npr. spoštovanje raznolikih etničnih/rasnih/kulturnih skupin, razvoj harmoničnega medkulturnega šolskega okolja, zmanjševanja stereotipov, egocentrične naravnosti). V mednarodnem katalogu programov socialnega in čustvenega ter medkulturnega učenja za strokovne delavce v vzgoji in izobraževanju pa je zajetih in na kratko opisanih 35 programov, od tega se jih 29 osredinja na socialne in čustvene, 6 pa na medkulturne kompetence. Nacionalni katalog programov za učence vsebuje opise 26 najbolj relevantnih programov iz držav, ki sodelujejo v projektu ROKA v ROKI (Slovenija, Hrvaška, Nemčija, Švedska). Nacionalni katalog za strokovne delavce v vzgoji in izobraževanju pa podobno vsebuje opise 29 programov socialnega, čustvenega in medkulturnega učenja.

Skozi pregled programov smo ugotovili, da izbrani programi v veliki večini ločeno obravnavajo socialne in čustvene ter medkulturne kompetence. Prav tako je večina izbranih programov namenjena izključno učen-

## Nacionalni katalog za strokovne delavce v vzgoji in izobraževanju vsebuje opise 29 programov socialnega, čustvenega in medkulturnega učenja.

cem, nekateri pa naslavljajo tudi učitelje in drugo strokovno osebje. Obseg izvajanja teh programov je zelo raznolik, v pregled so vključeni tako manjši projekti na ravni šole kakor programi, ki se izvajajo na nacionalni ravni. Programi, ki naslavljajo socialne in čustvene kompetence (npr. empatijo, odnosno kompetentnost, razvoj vključujočega šolskega vzdušja) in medkulturne kompetence (npr. sprejemanje raznolikosti, razvoj medkulturnih vrednot, zmanjševanje predsodkov) vključujejo različne teme, do katerih pristopajo na različne načine (delavnice, igre vlog, tehnike sproščanja idr.). V grobem evalvacije programov kažejo pozitivne ali ničelne vplive na udeležence.

V katalogu so na kratko opisani tudi štirje programi, ki jih izvajamo v Sloveniji - eden, ki je namenjen izključno učencem (Body COOLturen), eden, ki je namenjen izključno strokovnim delavcem v vzgoji in izobraževanju (Le z drugimi smo), ter dva, ki sta namenjena tako učencem kot strokovnim delavcem (Soočanje z izzivi medkulturnega sobivanja in Zdrava šola). Vsi se nanašajo na medkulturne kompetence, socialne kompetence in duševno zdravje. Pri iskanju programov (in podrobnosti o njih), ki obravnavajo socialne, čustvene in medkulturne kompetence, smo se poleg pregleda literature in spletnih strani institucij (ter njihovih projektov) obrnili tudi na strokovnjake, ki jih izvajajo. Na podlagi zbranega lahko ugotovimo, da v Sloveniji obstajajo številni programi (oz. projekti) za razvijanje socialnih, čustvenih in medkulturnih kompetenc, ki se

osredinjajo tako na učence kakor na strokovne delavce. Kakor v drugih državah konzorcija tudi tu opazimo, da dve izbrani področji (socialno in emocionalno na eni strani ter medkulturno na drugi) nista povezani oziroma ju večinoma obravnavajo ločeno. Prav tako ugotavljamo, da projekti s sorodnimi vsebinami med seboj niso povezani in da v veliki večini niso umeščeni v sistem.

## Program, ki naslavlja učenke in učence: Body COOLturen

Cilj projekta je večje spoštovanje in sprejemanje pripadnikov različnih etničnih skupin, beguncev in migrantov, torej ozaveščanje mladih, da je »cool« sprejemati drugega ne glede na njegov videz, kulturo, religijo ali etničnost (UNICEF 2016). Namen projekta je razbijanje stereotipov o beguncih, ljudeh z drugačnim kulturnim, etničnim ali verskim ozadjem. Projekt poteka v obliki delavnic, socialnih iger, študij primerov ter igranjem vlog, namenjen pa je mladostnikom med 12. in 18. letom. Delavnice se osredinjajo na razlaganje

vzrokov za migracije, informacije o kršitvah otrokovih in človekovih pravic, ozaveščanje o pomembnosti sprejemanja in inkluzije migrantov mladostnikov. V projekt je vključenih več kot 1600 mladostnikov.

## Program, ki naslavlja strokovne delavce in delavke v vzgoji in izobraževanju: Le z drugimi smo

Brezplačni program Le z drugimi smo je 16-urni program profesionalnega spopolnjevanja strokovnih in vodstvenih delavcev in delavk v vzgoji in izobraževanju, ki ponuja izobraževanje na različnih področjih, kot so inkluzija, slovenski jezik kot drugi jezik, stereotipi in predsodki, medkulturni dialog, medkulturno izobraževanje, spoštljiva komunikacija v šoli, reševanje medsebojnih konfliktov, šolsko vzdušje in šolska kultura, sodelovanje z družinami, agresivno vedenje in strategije za preprečevanje agresivnega vedenja, človekove pravice, aktivno državljanstvo, socialna inkluzija in zdrav življenjski slog itd. Cilj programa je izobraziti 10.000 strokovnih in vodstvenih delavcev in delavk v vzgoji in izobraževanju na področjih inkluzije imigrantskih otrok in njihovih staršev, ničelne tolerance do nasilja, spoštljive komunikacije, človekovih pravic in na področju migracij in manjšin (Le z drugimi smo 2016). Program želi z ozaveščanjem o pomenu spošto-

vanja različnosti, medkulturnega sodelovanja in spoštljivega sobivanja v večkulturnih družbah krepi oblikovanje inkluzivnih šolskih in razrednih skupnosti. Program se izvaja od leta 2016 do leta 2021.

## Programa, ki naslavljata učence in učence ter strokovne delavce in delavke v vzgoji in izobraževanju

### 1. Projekt Izzivi medkulturnega sobivanja; Program SIMS: Soočanje z izzivi medkulturnega sobivanja

Glavni cilj projekta je razvoj medkulturnih vrednot in izboljšanje strokovne usposobljenosti vodstvenih delavcev v vzgoji in izobraževanju za uspešnejše vključevanje otrok priseljencev v slovenski vzgojno-izobraževalni sistem. Dejavnosti v projektu so usmerjene v izvajanje neposrednih vzgojno-izobraževalnih dejavnosti z otroki priseljenci in njihovimi družinami ter usposabljanje strokovnih delavcev, profesionalni razvoj multiplikatorjev in druge spremljajoče strokovne dejavnosti (Za medkulturno sobivanje 2017a). Neposredne dejavnosti s priseljenjskimi otroki vključujejo uvajalni program, individualizirani izobraževalni načrt za učence, jezikovne tečaje, učno podporo, delavnice za razvoj rezilientnosti, dejavnosti v prostem času in med počitnicami, razvoj podpornih okolij v lokalnih skupnostih itd. Dejavnosti za usposabljanje strokovnih delavcev in delavk v vzgoji in izobraževanju pa vključujejo implementacijo programa SIMS, usposabljanje za izvajanje uvajalnega programa, strategije za vodenje jezikovnih tečajev, obveščanje o zakonodaji, priprava individualnih izobraževalnih načrtov, sodelovanje s starši, razvoj vključujočega in strpnega šolskega vzdušja (Za medkulturno sobivanje 2017b). V projekt je vključenih 90 vzgojno-izobraževalnih in drugih ustanov, namenjen je učiteljicam in učiteljem, svetovalnim delavcem in delavkam, vodjem vzgojno-izobraževalnih ustanov, učencem in učenkam imigrantom in njihovim družinam, njihovih sošolcem in sošolkam ter njihovim družinam, lokalnim skupnostim in nevladnim organizacijam, traja pa od leta 2016 do leta 2021.

### 2. Zdrava šola

Projekt Zdrava šola se izvaja na več kot 375 izobraževalnih ustanovah v Sloveniji in vključuje tri programe: 1) To sem jaz, 2) Izboljševanje duševnega zdravja v šoli ter 3) Ko učenca stresa stres. Program To sem jaz je se osredinja na podporo pri razvoju pozitivne samopodobe ter življenjskih veščin mladostnic in mladostnikov, izvaja pa se v spletnem komuniciranju z mladimi, z izobraževanjem učiteljev in učiteljic ter na preventivnih delavnicah (NIJZ 2014). Program Izboljševanja duševnega zdravja v šoli na delavnicah usposablja strokovne delavce v vzgoji in izobraževanju za posredovanje informacij, znanja, stališč, veščin in strategij na področju izboljšanja duševnega zdravja učenk in učencev, osredinja se na razvijanje samospoštovanja, učinkovitega poslušanja in odzivanja, komunikacije, medsebojnega zaupanja, obvladovanje stresa ipd. (NIJZ 2010). Tretji program, Ko učenca stresa stres, pa na različnih delavnicah in izobraževanjih pomaga učiteljem in učiteljicam ter učenkam in učencem, kako prepoznati in zmanjšati stres (NIJZ 2015). V projekt je bilo v šolskih letih 2014/15, 2015/16 in 2016/17 vključenih več kot 1000 strokovnih delavcev v vzgoji in izobraževanju, več kot 2000 učenk in učencev ter več kot 100 šol.

### Sklep

Navedeni programi so izbrani kot primer, celotni katalogi bodo dostopni na spletni strani projekta ROKA v ROKI ([www.handinhand.si](http://www.handinhand.si)). Ob pregledu programov, tako nacionalnih kot mednarodnih, smo ugotovili, da področji, ki ju naslavlja projekt ROKA v ROKI, socialno-čustveno in medkulturno, najpogosteje nista prepleteni in zajeti v skupnih programih. V tem bo program ROKA v ROKI, ki bo razvit v okviru projekta, inovativen. Prav tako je pomembna pomanjkljivost pregledanih nacionalnih in mednarodnih programov izostanek evalvacije, to je preverjanja učinkovitosti programov s kontrolno skupino. Tudi to pomanjkljivost bomo upoštevali pri evalvaciji programa ROKA v ROKI. Hkrati bo evalvacija programa preseгла meje Slovenije, saj bo program ROKA v ROKI hkrati preizkušen kar v štirih državah. <

### Viri in literatura

1. Aničić, K., Lešnik Mugnainoni, D., Plaz, M., Vanček, N., Verbnik Dobnikar, T., Veselič, Š. in Zabukovec Kerin, K. (2002). Nasilje - nenasilje: Priročnik za učiteljice, učitelje, svetovalne službe in vodstva šol. Ljubljana: iz založba.
2. Barrett, P. M. in Farrell, L. (2009). Prevention of child and youth anxiety and anxiety disorders. V M. M. Antony in M. B. Stein (ur.), Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders (str. 497-512). New York: Oxford University Press.
3. Bennett, M. J. (2004). Becoming interculturally competent. *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education*, 2, 62-77.

4. Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McManon, R.J. in Pinderhughes, E. (2010). The effects of multiyear universal social emotional learning program: The role of student and school characteristics. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 78(2), 156-168.
5. Blum, R. W. in Libbey, H. P. (2004). School connectedness - strengthening health and education outcomes for teenagers. *Journal of School Health*, 74, 229-299.
6. Boxer, P., Edwards-Leeper, L., Goldstein, S. E., Musher-Eizenman, D. in Dubow, E. F. (2003). Exposure to »low-level« aggression in school: associations with aggressive behaviour, future expectations, and perceived safety. *Violence and Victims*, 18 (6), 691-704.
7. Brookmeyer, K. A., Fantini, K. A. in Heinrich, G. C. (2006). Schools, parents and youth violence: a multilevel ecological analysis. *Journal of Clinical Children and Adolescence Psychology*, 35, 504-514.
8. Brown, K. M., Anfara, V. A. in Roney, K. (2004). Student achievement in high performing, suburban middle schools and low performing urban middle schools - plausible explanations for the differences. *Education and Urban Society*, 36 (4), 428-456.
9. Castro-Olivo, S. M. (2014). Promoting social-emotional learning in adolescent Latino ELLs: A study of the culturally adapted Strong Teens program. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 567-577.
10. Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S. in Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5, Article 15. doi: 10.1037/1522-3736.5.1.515a.
11. Deardorff, D. K. (2004). The identification and assessment of intercultural competence as a student of international education at institutions of higher education in the United States [dissertation]. *Neobjavljena dizertacija, University of North Carolina, Raleigh, North Carolina*.
12. Deardorff, D. K. (2006). Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. *Journal of studies in international education*, 10(3), 241-266.
13. Deardorff, D. in Jones, E. (2012). Intercultural Competence: An Emerging Focus in International Higher Education. V D. Deardorff, H. de Witt, J. D. Heyl in T. Adams (ur.), *The SAGE Handbook of International Higher Education* (283-303). Thousand Oaks: SAGE Publications.
14. Dubow, E. F., Boxer, P. in Huesmann, L. R. (2009). Long-term effects of parents' education on children's educational and occupational success: Mediation by family interactions, child aggression, and teenage aspirations. *Merrill-Palmer quarterly* (Wayne State University. Press), 55(3), 224.
15. Duchesne, S. in Ratelle, C. (2010). Parental Behaviours and Adolescents' Achievement Goals at the Beginning of Middle School: Emotional Problems and Potential Mediators. *Journal of Educational Psychology*, 120 (2), 497-507.
16. Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Schellinger, K. B. in Taylor, R. D. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 1, 405-432.
17. Edling, S. (2014). Why Not Simply Use the Best Theory? A Critical Discourse Analysis of the Notion of Plurality in Three Texts Used at a Teacher Education Institution in Sweden. *Citizenship, Social and Economics Education*, 13(3), 156-173.
18. Eisenberg, N. (ur.) (2006). Vol. 3: Social, emotional, and personality development. V W. Damon in R. M. Lerner (ur.), *Handbook of child psychology* (6. izd.). New York: Wiley.
19. Fantini, A. E. (2000). A central concern: Developing intercultural competence. *About our institution*, 25-42.
20. Fantini, A. E. (2009). Assessing intercultural competence. *The SAGE handbook of intercultural competence*, 456-476.
21. Flannery, D. J., Vazsonyi, A. T. in Waldman, I. D. (2007). *The Cambridge handbook of violent behaviour and aggression*. Cambridge: Cambridge University Press.
22. Freiberg, H. J. (1999). *School climate: measuring, improving, and sustaining healthy learning environments*. London: Falmer Press.
23. Furr, J. M., Tiwary, S., Suveg, C. in Kendall, P. C. (2009). Anxiety disorders in children in adolescents. V M. M. Antony in M. B. Stein (ur.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (str. 636-656). Oxford, Anglija: Oxford University Press. Poulin, F., in Boivin M. (2000). Reactive and proactive aggression: evidence of a two-factor model. *Psychological Assessment*, 12 (2), 115-122.
24. Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L. in Resnik, H., (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
25. Gottfredson, D. (1989). Developing effective organizations to reduce school disorder. V O. Moles (ur.), *Strategies to reduce student misbehaviour* (87-104). Washington, DC: Office of Educational Research and Improvement.
26. Hawkins, J. D., Smith, B. H. in Catalano, R. F. (2004). Social development and social and emotional learning. V J. E. Zins, R. P. Weissberg, M. C. Wang in H. J. Walberg (ur.), *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* (135-150). New York: Teachers College Press.
27. Huesmann, L. R. (1994). *Aggressive behaviour - current perspectives*. New York in London: Plenum Press.
28. Johnson, C. E. in Templeton, R. A. (1999). Promoting peace in a place called school. *Learning environments research*, 2, 65-77.
29. Kos, A. (1990). *Strah v šoli, strah pred šolo*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
30. Kozina, A. (2014). Developmental and time-related trends of anxiety from childhood to early adolescence: two-wave cohort study. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(5), 546-559.
31. Kozina, A., Vidmar, M., Saelzer, C., Rasmunson, M., Marušić, I., Jensen, H., Lund Nielsen, B., Vieluf, S., Ojsteršek, A. in Jurko, L. (2017). *HAND IN HAND: Social and Emotional Skills for Tolerant and Non-discriminative Societies (A Whole School Approach)*. Erasmus+ K3 project.

32. Krall, H. (2003). Mladina in nasilje: teoretične koncepcije in perspektive pedagoškega ravnanja. *Sodobna pedagogika*, 54 (2), 10-25.
33. Kres, J. S. in Ellias, M. J. (2002). Consultation to support sustainability of social and emotional learning initiatives in schools. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 65(2), 149-163.
34. Le z drugimi smo. (2016). Predstavitev projekta. Dostopno na <https://lezdrugimismo.si/sl/predstavitev-projekta-katalog-zgibanka> (18. 10. 2017).
35. Neil, A. L. in Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215.
36. Malecki, C. K. in Elliot, S. N. (2002). Children's social behaviors as predictors of academic achievement: A longitudinal analysis. *School Psychology Quarterly*, 17(1), 1-23.
37. Malm, B. in Löfgren, H. (2006). Teacher competence and students' conflict handling strategies. *Research in Education*, 11 (1), 62-73.
38. Masten, A. S. in Motti-Stefanidi, F. (2009). Understanding and promoting resilience in children: promotive and protective processes in schools. V T. B. Gutkin in C. R. Reynolds (ur.), *The handbook of school psychology*. Hoboken: Wiley.
39. Marcus, R. F. (2007). *Aggression and Violence in Adolescence*. New York: Cambridge University Press.
40. Mifsud, C. in Rapee, R. M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of American Child and Adolescents Psychiatry*, 11 (10), 996-1004.
41. Micó, P. in Cavaa, M.-J. (2014). Intercultural sensitivity, empathy, selfconcept and satisfaction with life in primary school students/Sensibilidad intercultural, empatía, autoconcepto y satisfacción con la vida en alumnos de educación primaria. *Journal for the Study of Education and Development*, 37(2), 342-367.
42. NIJZ. (2010). Izboljšanje duševnega zdrava v šoli. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/publikacije/izboljsevanje-dusevnega-zdravja-v-soli> (18. 10. 2017).
43. NIJZ. (2014). Preventivni program - To sem jaz. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/preventivni-program-to-sem-jaz> (18. 10. 2017).
44. NIJZ. (2015). Ko učenca stresa stres in kaj lahko pri tem naredi učitelj. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/publikacije/ko-ucenca-strese-stres-in-kaj-lahko-pri-tem-naredi-ucitelj> (18. 10. 2017).
45. Orpinas, P. in Horne, A. (2006). *Bullying Prevention: Creating a Positive School Climate and Developing Social Competence*. Washington, DC: American Psychological Association.
46. Read, K., Aldridge, J., Ala'i, K., Fraser, B. in Fozdar, F. (2015). Creating a climate in which students can flourish: A whole school intercultural approach. *International Journal of Whole Schooling*, 11(2), 29-44.
47. Ragozzino, K., Resnik, H., O'Brien, U. M. in Weissberg, R. P. (2003). Promoting academic achievement through social and emotional learning. *Educational Horizons*, 81, 169-171.
48. Schwartz, D. J., Hopmeyer Gorman, A., Nakamoto, J. in McKay, T. (2006). Popularity, social acceptance, and aggression in adolescent peer groups: links with academic performance and school attendance. *Developmental Psychology*, 42 (6), 1116-1127.
49. Sherman, L. W., Gottfredson, D., MacKenzie, D., Eck, J., Reuter, P. in Bushway, S. (ur.). (1997). *Preventing crime: What works, what doesn't and what's promising*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs.
50. Silvermann, W. K. in Treffers, P. D. A. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention*. Cambridge, Anglija: Cambridge University Press.
51. Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021.
52. Vitaro, F., Brendgen, M. in Barker, E. D. (2006). Subtypes of aggressive behaviours: a developmental perspective. *International Journal of Behavioural Development*, 30 (1), 12-19.
53. Wang, M., Selman, R. L., Dishion, T. J. in Stormshak, E. A. (2010). A to bit regression analysis of the covariation between middle school learners' perceived school climate and behavioral problems. *Journal of Research on Adolescence*, 20(2), 274-286.
54. Wienke-Totura, C. M., Mackinnon-Lewis, C., Gesten, E. L., Gadd, R., Divine, K. P., Dunham, S. in Kamboukos, D. (2009). Bullying and victimization among boys and girls in middle school - the influence of perceived family and school contexts. *Journal of Early Adolescence*, 29 (4), 571-609.
55. Wilson, D. B., Gottfredson, D. C. in Najaka, S. S. (2001). School-based prevention of problem behaviour: a meta-analyses. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247-272.
56. Za medkulturno sobivanje. (2017a). Projekt Izzivi medkulturnega sobivanja. Dostopno na <http://www.sssb.si/files/2017/06/Predstavitev-projekta-SIMS-posodobljeno.pdf> (18. 10. 2017).
57. Za medkulturno sobivanje. (2017b). Program SIMS - Soočanje z izzivi medkulturnega sobivanja. Dostopno na <http://www.medkulturnost.si/program/> (18. 10. 2017).
58. Zhou, Q., Main, A. in Wang, Y. (2010). The relations of temperamental effortful control and anger/frustration to Chinese children's academic achievement and social adjustment: a longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 120 (1), 180-196.
59. Zins, J. E. in Elias, M. J. (2006). Social and emotional learning. V G. G. Bear in K. M. Minke (ur.), *Children's needs III: Development, prevention, and intervention* (1-13). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
60. Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C. in Walberg, H. J. (ur.). (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers College Press.

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Preventivne dejavnosti v šolah

SANELA TALIĆ, Inštitut Utrip  
sanela@institut-utrip.si

---

● **Povzetek:** Preventivna znanost je v zadnjih desetletjih prispevala številne dokumente, v katerih so na podlagi dolgoletnih raziskav zbrane številne ugotovitve, kaj v preventivi deluje in kaj ne. Praksa žal v veliki meri ne sledi znanosti, saj še vedno uporabljamo pristope, ki so neučinkoviti oziroma škodljivi. To je tudi posledica dejstva, da v praksi ne obstaja poklic »preventivnega delavca« oziroma strokovnjaka, torej je izobraževanje na področju preventive prepuščeno posameznikom in njihovi samoiniciativi. S tem nehote ustvarjamo razlike med ciljnimi skupinami, ki so vključene v preventivne dejavnosti, saj so te od »preventivnih delavcev« deležne različnih pristopov, ki pa včasih niso strokovni. Z učinkovitimi preventivnimi programi, ki temeljijo na obstoječih standardih in smernicah, se lahko izognemo nenamernemu ustvarjanju razlik med ciljnimi skupinami, hkrati pa lažje dosegamo zastavljene cilje programa.

**Ključne besede:** preventiva, preventivna znanost, šola, učinkovita šolska preventiva.

Prevention activities at schools

● **Abstract:** Over the last decades, prevention science has contributed numerous documents which, based on many years of studies, contain multiple findings as to which prevention measures are effective and which are not. Unfortunately, practical work does largely not follow science, which is why ineffective or harmful approaches are still being applied. That is also occurring



due to the fact that a “prevention professional” or expert position does not exist in practice, meaning that as far as prevention is regarded, education is left to solely individuals and their own self-initiative. Thus, differences are unintentionally created between target groups taking part in prevention activities, as they are subjected to “prevention professionals” who apply different approaches which are sometimes not competent. By introducing efficient prevention programs, which are based on existing standards and guidelines, unintentionally created differences between target groups could be avoided, and set-out program goals could more easily be met.

**Keywords:** prevention, prevention science, school, efficient school prevention.

## Uvod

Preventivna znanost je interdisciplinarna, kar pomeni, da združuje spoznanja iz različnih drugih znanstvenih disciplin, s pomočjo katerih želimo preprečiti številne zdravstvene in socialne težave. Te vključujejo uporabo/zlorabo drog (vključno z alkoholom in tobakom), rizično spolnost, mladoletniško nosečnost, nasilje, nesreče, samomore, duševne bolezni, delinkventnost, debelost itd.

Pri pojmu preventiva je najenostavneje, če rečemo, da gre za preprečevanje oziroma izogibanje določenim okoliščinam, kar bi, če govorimo o drogah, pomenilo, da bi se morali osredotočati na preprečevanje poseganja mladih po drogah. Vendar če želimo nekaj preprečiti, je najbolje, da razmislimo o najboljšem možnem načinu za doseg tega cilja ter da prej razjasnimo tako splošne kot tudi specifične cilje, ki jih želimo doseči. Na podlagi izkušenj iz preteklosti, ki so danes podprte tudi z znanstvenimi dokazi, smo se naučili, da samo govorjenje ljudem, naj nečesa ne počnejo, ne prinaša učinkov pri doseganju zelenih dolgoročnih vedenjskih sprememb. Če torej želimo izvajati kakovostno preventivo, moramo upoštevati dejavnike, ki vplivajo na vedenje, o katerem govorimo. Pomembno je tudi to, kako se tega lotimo. V preteklosti smo se prav tako naučili, da je najboljši način za preprečevanju neželenega vedenja osredotočanje na pozitivno in ne na negativno. V zadnjem času se v preventivi zato vse bolj osredotočamo na **krepitev varovalnih dejavnikov**, ki mladim pomagajo pri izogibanju uporabe drog in drugih oblik nezdravega ali tveganega vedenja. Osredotočamo se tudi na prepoznavanje **dejavnikov tveganja**, ki lahko povzročijo neželene oblike vedenja, in na **izgradnjo odpornosti mladih**, da se lahko uspešno spopadejo s pritiski in izzivi, ki jih prinaša vsakodnevno življenje. Pomembna sta tudi **izgradnja in krepitev osebnih in socialnih kompetenc ter življenjskih**

**veščin**, s pomočjo katerih se bodo mladi lažje prebijali skozi življenje. Vseskozi se moramo truditi, da upoštevamo in razumemo dejavnike, ki kakor koli vplivajo na otroke in mladostnike, in da prepoznamo njihova stališča in vrednote. Spodbujati moramo različne možnosti in pozitivno vedenje ter zagotavljati pomembne

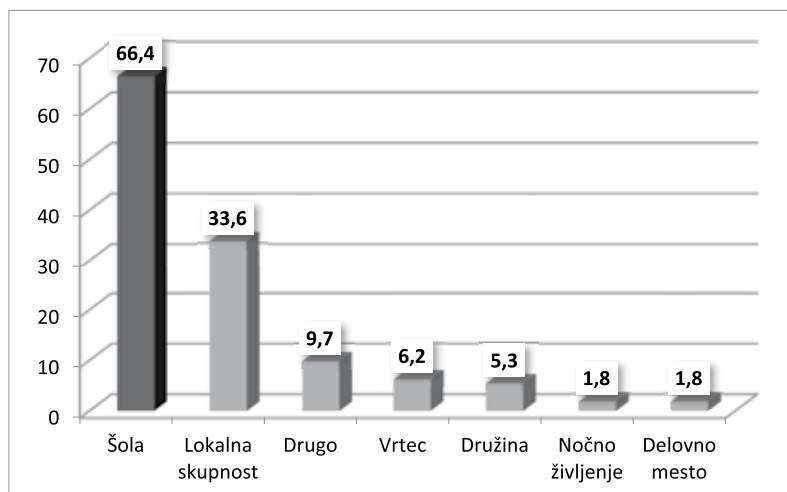
informacije in znanja, ki jih lahko mladi koristno uporabijo pri izogibanju tveganemu vedenju. Z razumevanjem pojma preventiva postane jasno, da cilj preventive ni osredotočen na poskuse ustavljanja mladih pred uporabo drog, **temveč na krepitev zdravja in zdravega življenjskega sloga ter opremljanje mladih s tistimi informacijami, znanji in veščinami, s pomočjo katerih se bodo kasneje v življenju lažje soočali in ustrezno odzivali na različne izzive.** In to na izzive, ki niso povezani zgolj z uporabo drog, temveč tudi z mnogimi drugimi z zdravjem in varnostjo povezanimi vprašanji (Lee, Košir in Talić 2011).

## 1 Stanje na področju preventive (v šolah in drugih okoljih)

Šolski prostor je takoj za družinskim okoljem eden pomembnejših prostorov, v katerem lahko učinkovito preventivno delujemo. V okviru projekta Preventivna platforma, ki sta ga sofinancirala Evropska komisija in Ministrstvo za javno upravo iz Evropskega socialnega

Na podlagi izkušenj iz preteklosti, ki so danes podprte tudi z znanstvenimi dokazi, smo se naučili, da samo govorjenje ljudem, naj nečesa ne počnejo, ne prinaša učinkov pri doseganju zelenih dolgoročnih vedenjskih sprememb.

sklada (ESS), smo v letu 2011 izvedli analizo stanja preventivnih dejavnosti v Sloveniji. V obdobju od januarja do maja 2011 je potekalo obširno zbiranje informacij o preventivnih dejavnostih v Sloveniji; pri tem smo uporabili različne informacijske kanale. Pri tej nalogi so bila zlasti v pomoč območna združenja Rdečega križa Slovenije in številne nevladne organizacije, vrtci in šole ter centri za socialno delo. Precej informacij smo zbrali tudi prek interneta, saj je veliko nosilcev ali izvajalcev preventivnih dejavnosti svoje delo predstavilo prek tega medija (Talić in Košir 2014). V omen-



Slika 1: Okolja, v katerih se izvaja preventivna dejavnost v Sloveniji

jenem obdobju so izvajalci projekta na podlagi izpolnjenih obrazcev in drugih virov zbrali informacije o 116 različnih preventivnih dejavnostih, ki so razporejene po vsem območju Republike Slovenije. Analiza je pokazala, da se večina preventivnih dejavnosti usmerja v šolski prostor (slika 1), precej manj v lokalno skupnost - 33,6 % (predvsem aktivnosti t. i. lokalnih akcijskih skupin - LAS), v drugih okoljih pa premoremo zelo malo preventivnih dejavnosti. Tako so zlati podhranjeni vrtci, fakultete, dijaški in študentski domovi (kategorija drugo). Zlasti zaskrbljujoče je dejstvo, da je le peščica (5,3 %) evidentiranih preventivnih programov usmerjena v družino, v kateri so potrebe zlasti po selektivnih in indiciranih preventivnih programih največje. Glede na način izvedbe preventivnih dejavnosti prednjačijo delavnice (61,1 %) in predavanja (46,9 %), sledijo množični dogodki, izobraževanja, brošure, se-

**Zlasti zaskrbljujoče je dejstvo, da je le peščica (5,3 %) evidentiranih preventivnih programov usmerjena v družino, v kateri so potrebe zlasti po selektivnih in indiciranih preventivnih programih največje.**

minarji. V veliki večini primerov ne gre za strukturirane, večkratne in dolgoročne programe, temveč zgolj za enkratne preventivne dejavnosti, ki praviloma nimajo dolgoročnih učinkov ali rezultatov na ciljne skupine, katerim so namenjene.

Preventivna znanost v Evropi je v zadnjih desetletjih doživela velike korake naprej. Žal v veliki meri na deklarativni ravni, v vseh evropskih državah je stanje na področju prakse namreč precej slabo. Slika 2 prikazuje

stanje v praksi, ki pa ni značilno le za Slovenijo, temveč tudi za večino drugih evropskih držav.

## 1.1 Kaj v preventivi ne deluje?

V praksi so še vedno (pre)pogoste preventivne dejavnosti (označuje jih spodnji del preventivne olive »Kaj počnemo in za kar vemo, da ne deluje«), za katere iz znanstvene literature vemo, da ne učinkujejo oziroma so celo škodljive. Tako recimo med neučinkovite oziroma celo škodljive prakse spadajo:

### - Zgolj podajanje informacij

Še vedno prevladuje mnenje, da je treba mlade čim bolj ozaveščati, jim podajati informacije, npr. o škodljivosti alkohola, tobaka itd. Žal se ti pristopi niso izkazali za učinkovite. Res je, vsi potrebujemo znanje in informacije, vendar hkrati vemo, da sodobna tehnologija omogoča dostop do ogromnega števila informacij, tudi napačnih. Zato je bistvenega pomena mlade naučiti kritičnega razmišljanja, iskanja različnih virov in pravih podatkov, saj se mladi za tvegano vedenje pre pogosto odločajo na podlagi napačnih prepričanj (kot so npr. »večina srednješolcev je že imela spolne odnose«, »večina 16-letnikov je rednih kadilcev« itd.). Če bi naše vedenje oziroma odločitve temeljili le na znanju in informacijah, ki jih imamo, ali bi potemtakem zdravniki in medicinske sestre kadili? Bi nekateri ljudje pili alkohol na tvegan in škodljiv način, kot to pogosto počno? Bi ljudje telefonirali med vožnjo? Vemo, da je vedenje veliko bolj kompleksno in ga mo-

ramo obravnavati široko, ne zgolj s podajanjem informacij (Drug Strategies 1999; Tobler in Stratton 1999).

– Strašenje otrok z negativnimi posledicami pitja, kajenja ali uporabe drugih drog

Razumljivo je, zakaj nekateri ljudje menijo, da bo prikazovanje zastrašujočih učinkov in posledic zlorabe drog ljudi odvrgnilo od njihove uporabe. V resnici tak pristop ne deluje, kar so dokazale nekatere raziskave (Golub in Johnson 2000). Lahko ima kratkotrajne učinke na nekatere posameznike. Lahko ima celo dolgotrajne učinke na tiste, ki tudi sicer verjetno ne bodo nikoli uporabljali drog.

Vendar pa je zelo verjetno, da bo tak pristop kot temeljna preventivna strategija propadel oziroma ne bo dosegel zelenih učinkov. Mladi takšne strašljive prikaze ali upodobitve uporabe drog praviloma vedno dojemajo kot »nerealistične« - ne skladajo se z njihovimi lastnimi izkušnjami glede tega, kaj se zgodi, če njihovi sorodniki, prijatelji ali znanci uporabljajo droge. Pogosto se odzovejo na način »to se meni ne more zgoditi« in »moja babica kadi že sedemdeset let, pa je povsem v redu«. Mladi živijo tukaj in zdaj in ne v neki daljni prihodnosti, ko naj bi se jim nekaj slabega zgodilo. Iz raziskav možganov adolescentov vemo, da so možgani mladih nagnjeni k iskanju užitka in razburjenja ter da njihova sposobnost razmišljanja o posledicah obnašanja pride bistveno kasneje. Raziskave kažejo, da se možgani (zlasti tisti del, ki je zadolžen za sposobnost odgovornega vedenja) v celoti razvijajo šele do 25. leta starosti.

To je še en razlog, zakaj ta pristop ni najbolj primeren (Johnson idr. 2009; Kolb in Gibb 2011).

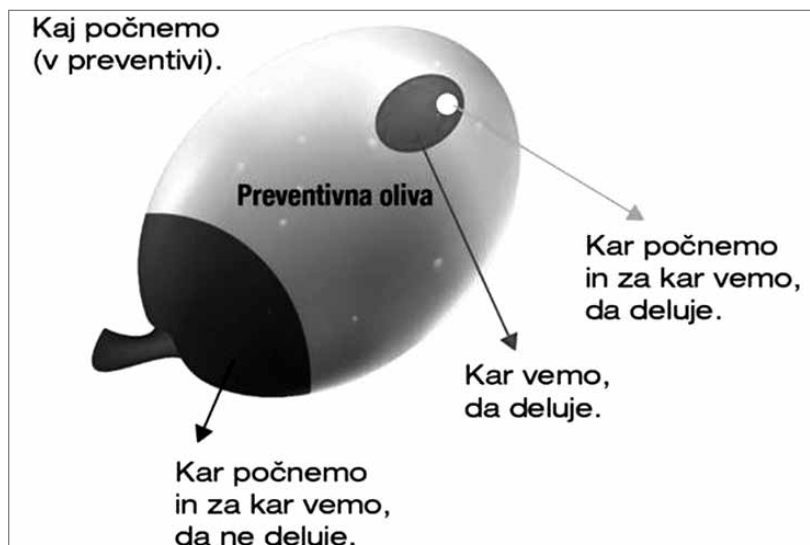
– Predavanja bivših zasvojenecv

Gre za naslednji zelo pogost in razumljiv pristop, ki pa se je dolgoročno izkazal za neučinkovitega (Colorado Department of Education 2006; Hansen in Graham 1997; Drug strategies 1999). Ne samo, da so učinki podobni kot pri strašenju otrok, temveč lahko celo ponuja nejasna sporočila. Dober primer je odgovor 14-letnika, ki je poslušal predavanje bivšega zasvojenca: »Torej, če uporabljaš droge, lahko v tem celo nekaj časa uživaš, ko pa postane prehudo, lahko s tem prenehaš. Dobiš službo, v kateri opravljaš delo strokovnjaka,

Iz raziskav možganov adolescentov vemo, da so možgani mladih nagnjeni k iskanju užitka in razburjenja ter da njihova sposobnost razmišljanja o posledicah obnašanja pride bistveno kasneje.

in predavaš ljudem, vsi pa nate gledajo kot na nekoga posebnega. Ni slabo.«

Med druge neučinkovite oziroma celo škodljive prakse lahko uvrstimo še prikazovanje filmov, gledališke predstave in množična šolska predavanja na temo drog in medijske kampanje. Vse navedene pristope - in tudi druge njihove različice, ki jih običajno izvajamo v praksi - je treba uporabljati skrajno previdno. To ne pomeni, da jih ni mogoče uporabljati, vendar je pomembno, kako jih uporabljamo in kdaj. Gre za to, ali te pristope uporabljamo kot del celovitega vzgojno-izobraževalnega procesa, programa krepitve zdravja in >



Slika 2: Stanje preventive (prirejeno po H. Rutter in A. Brown)

zdravega življenjskega sloga oziroma preventivnega programa, ki ga seveda izvajamo skozi celotno obdobje šolanja otrok in mladostnikov. Ne obstaja »čudežna tabletk«, ki bi enako delovala na vse mlade ljudi. Vedno moramo upoštevati različne potrebe različnih ciljnih skupin ter njim prilagoditi preventivne pristope v različnih okoljih, v katerih izvajamo preventivo (npr. šola, družina, lokalna skupnost, nočno življenje idr.). Pristopi, ki smo jih opredelili v tem prispevku, so morda lahko učinkoviti za nekatere otroke in mladostnike. Vendar dokazi kažejo, da so hkrati zelo verjetno neučinkoviti za veliko večino mladih (Tobler 1986; Tobler in Stratton 1999; International standards on drug use prevention 2015; Walter idr. 1989), in da v ničemer ne izpolnjujejo vzgojnih in izobraževalnih ciljev pomagati mladim ljudem, da sprejemajo zdrave odločitve na podlagi kakovostnih in verodostojnih informacij glede zdravja in dobrega počutja.

## 1.2 Kaj pa v preventivi deluje?

Če se vrnemo na preventivno olivo, ki jo prikazuje slika 2, vidimo, da je »neraziskano polje« še vedno veliko, saj je preventivna znanost relativno mlada, kljub temu pa nam ponuja kar nekaj dokazov o učinkovitih pristopih, ki jih v še vedno premajhnem obsegu uporabljamo v praksi. V zadnjih letih je bilo izdanih kar nekaj dokumentov, v katerih so bili s pomočjo ugotovitev iz številnih raziskav oziroma študij zbrani dokazi o tem, kaj v preventivi deluje oziroma ne deluje ali je celo škodljivo.

Evropski standardi kakovosti preventivnih programov so prvi evropski dokument, ki ponuja obsežen in natančno dodelan vpogled v strukturne in procesne vidike zagotavljanja kakovosti (European drug prevention quality standards 2011).

Urad Združenih narodov za droge in kriminal je leta

2013 izdal Mednarodne standarde na področju preventive, ki so drugi pomemben dokument na področju preventive, v katerem so objavljene informacije o najuspešnejših preventivnih pristopih, ki temeljijo na dokazih, zbrani pa so z vsega sveta (International standards on drug use prevention 2015). Med referencami dokumenta se je znašel tudi dokument Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive, ki ga je leta 2012 izdal Inštitut Utrip.

Kot tretji dokument velja omeniti publikacijo, ki jo je spomladi 2017 izdal UNESCO, z naslovom Odzivi izobraževalnega sektorja na uporabo alkohola, tobaka in drugih drog, ki ponuja vpogled v učinkovite politike in dobre preventivne prakse v šolskem okolju (Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs 2017).

Na podlagi obstoječih dokumentov, ki ponujajo temeljit vpogled v dognanja preventivne znanosti, lahko kot učinkovite komponente šolskih preventivnih programov omenimo naslednje (Lee, Košir in Talić 2011):

- *skrbno načrtovanje in vključenost v učni načrt*; s tem lahko zagotovimo, da je program del celovitega šolskega programa na področju širokega spektra tematik, povezanih s preventivo, zdravstveno in družbeno vzgojo;
- *dolgoročna zastavljenost programov*, ki zajemajo vse starostne skupine in so seveda prilagojeni razvoju otrok;
- *poudarek na krepitvi varovalnih dejavnikov* proti dejavnikom tveganja in nezdravim oblikam vedenja;
- *poudarek na zmanjševanju dejavnikov tveganja*, ki lahko prispevajo k uporabi drog in drugim oblikam nezdravega vedenja;
- *poudarek na družbenih normah oziroma normativnih vplivih*, ki lahko prispevajo k razvoju določenih oblik negativnega vedenja;
- *upoštevanje določenih specifičnih vplivov na vedenje* in kako ti vplivi delujejo na mlade, kot npr. vpliv in



Slika 3: Usposabljanje nove skupine učiteljev izvajalcev (Talić 2017)

- razumevanje medijev in oglaševanja ter delovanje »nezdrave« industrije;
- zagotavljanje *možnosti razvoja in krepitev osebnih veščin in kompetenc* ter njihovo izvajanje in uporaba v praksi;
- zagotavljanje *potrebnega znanja in informacij* z določenega področja, npr. s področja drog (pri tem moramo upoštevati dejstvo, da imajo mladi ljudje o tem veliko znanja, pomembno pa je, kako ga uporabljajo);
- *upoštevanje novih znanj*, ki bi jih lahko vključili, kot je npr. razvoj možganov pri adolescentih;
- *usposobljenost učiteljev* in njihova *zavezanost k dosledni izvedbi programov*;
- uporaba *primernih metod poučevanja* - metod, ki spodbujajo aktivno učenje ter vključevanje učencev;
- *vključenost staršev*, npr. v obliki delavnic za starše ali s povezovanjem dela v razredu z delom doma ali v lokalni skupnosti;
- *podpora vodstva šole in drugih zaposlenih preventivnim programom in drugim dejavnostim*;
- *spremljanje in vrednotenje* programa;
- *sledenje novim znanstvenim dognanjem, raziskavam in ugotovitvam* o tem, kaj v preventivi deluje in kaj ne.

Zavedamo se, da v tem trenutku šole ne morejo zagotoviti vključenosti vseh zgoraj omenjenih komponent, a je zelo pomembno, da poskušajo temu seznamu čim bolj slediti. Vključevanje vseh teh komponent v preventivno delo na šolah predstavlja dober izziv in dolgoročno vizijo.

## 2 Program Izštekani kot primer dobre prakse

Eden izmed učinkovitih šolskih preventivnih programov v Sloveniji, ki sledi obstoječim dokazom o učinkovitosti, je prav gotovo program Izštekani, ki ga nekatere šole v Sloveniji izvajajo že od šolskega leta 2010/11 dalje. Nacionalni koordinator programa v Sloveniji je Inštitut Utrip, ki vsako leto za učitelje organizira usposabljanje za izvajanje programa. Celodnevno usposabljanje izvaja učiteljica, ki program izvaja že od šolskega leta 2010/11. Z letošnjim letom smo ponovno začeli načrtovati srečanja za učitelje, ki že izvajajo program. Namen teh srečanj je izmenjava različnih izkušenj, mnenj in najnovejšega znanja s področja preventive.

Program je usmerjen zlasti v zmanjšanje števila mladostnikov, ki začnejo uporabljati droge (vključno z al-

koholom in tobakom), predstavitev začetka uporabe drog na čim kasnejše obdobje in/ali predstavitev prehoda od eksperimentiranja do redne uporabe drog.

Osnovne komponente programa so:

- a) **posredovanje osnovnih informacij** o alkoholu in tobaku ter delovanju industrije. Informacije so usmerjene v kratkoročne učinke uporabe drog, ki imajo na mlade večji učinek od tistih, ki poudarjajo dolgoročne učinke. Mlade skrbi predvsem to, ali bodo sprejeti med vrstnike in kakšne takojšnje učinke prinašajo posamezne odločitve glede uporabe drog (npr. slab zadah zaradi kajenja, obarvani zobje in prsti, osramotitev zaradi opitosti itd.);
- b) **krepitev intra- in interpersonalnih veščin** ter
- c) **normativno izobraževanje**.

Program je bil izdelan na podlagi modela splošnega družbenega vpliva in je **interaktiven, združuje življenjske veščine in normativna prepričanja** (mladostniki oblikujejo svoje mišljenje, ideje in vrednote, na katere imajo velik vpliv mediji, glasba, prijatelji in filmi, ome-

**Program je usmerjen zlasti v zmanjšanje števila mladostnikov, ki začnejo uporabljati droge (vključno z alkoholom in tobakom), predstavitev začetka uporabe drog na čim kasnejše obdobje in/ali predstavitev prehoda od eksperimentiranja do redne uporabe drog.**

njeni vplivi pa so velikokrat v nasprotju z vrednotami, ki se jih mladi naučijo doma ali v šoli). Ciljna skupina so mladostniki v starosti od 12 do 14 let, saj v tem obdobju nekateri med njimi že začnejo poskušati droge (zlasti cigarete, alkohol in marihuano). Program je sestavljen iz 12 učnih enot in traja 3 mesece.

V program so vključeni tudi starši v obliki 5-6 srečanj, vsakič po 15 minut, zlasti na temo postavljanja jasnih in strožjih pravil glede pitja in kajenja njihovih otrok.

Učitelji, ki izvajajo program, se udeležijo izobraževanja (slika 3), v okviru katerega dobijo vpogled v lekcije programa, jih skupaj izvedejo in dobijo nekaj praktičnih nasvetov glede izvedbe. Učitelji in učenci imajo na razpolago vse potrebne pripomočke (priročnik za učitelje, delovni zvezek za učence in učne kartice).

Program je pokazal pozitivne učinke na vedenje otrok. Prvič je bil predmet celovitega vrednotenja že leta 2005 (vrednotenje je potekalo v sedmih evropskih državah) in vse odtlej je program redno vrednoten povsod, kjer se izvaja. V pilotski fazi izvedbe šolskega preventivnega programa Izštekani v Sloveniji je sodelovalo 48 slovenskih osnovnih šol (26 intervencijskih >

in 22 kontrolnih). Vendar pa so se štiri šole iz intervencijske skupine odločile, da ne bodo sodelovale pri vrednotenju učinkov. Tako je bilo v vrednotenju učinkov programa v šolskem letu 2010/11 zajetih 2.937 učencev iz 44 šol oziroma 155 razredov. Med učenci, ki so sodelovali v raziskavi, je bilo 49,3 odstotka fantov in 50,7 odstotka deklet.

Za oceno učinkovitosti programa Izštekanj pri zmanjšanju kajenja, pitja alkohola, opitosti in uporabe marihuane smo uporabili ujemajoče vprašalnike iz posnetka stanja ter iz obeh naslednjih faz (4 mesece po izvedbi programa ter 1 leto po izvedbi programa).

**Zahtevnejša plat preventive v primerjavi s pristopi zmanjševanja tveganj in škode ter zdravljenja je delovanje na dolgi rok. Učinki programov, ob predpostavki, da sledimo strokovnim smernicam in priporočilom, se začnejo kazati dolgo po tem, ko končamo program, še daljše pa je obdobje, ko se ti učinki začnejo kazati na splošni populaciji.**

Končni vzorec prve faze vrednotenja, ki smo ga lahko primerjali z začetnim stanjem (pred začetkom izvedbe programa), je obsegal 2.218 učencev, kar pomeni 75,5 odstotka vseh sodelujočih v prvi fazi izpolnjevanja vprašalnikov. Rezultati vrednotenja so pokazali zelo dobro učinkovitost programa v intervencijskih šolah v primerjavi s kontrolnimi. Primerjava je bila izvedena na podlagi začetnega stanja in vrednotenja, ki je bilo izvedeno štiri mesece po izvedbi programa v intervencijskih šolah. Kot je razvidno iz rezultatov, je pri učencih, ki so bili vključeni v program (intervencijska skupina), v primerjavi s kontrolno skupino opazna zmanjšana uporaba cigaret, zmanjšano občasno pitje alkohola, redno pitje alkohola in opijanje ter zmanjšana uporaba konoplje in drugih prepovedanih drog.

Po enem letu so rezultati vrednotenja programa Izštekanj v Sloveniji pokazali večje učinke v primerjavi z izvedbami v drugih evropskih državah. Verjetnost, da bi učenci začeli kaditi cigarete in da bi se opili z alkoholom, je bila za 30 odstotka manjša. Prav tako pa je bila verjetnost, da bi v zadnjih mesecih uporabljali marihuano, manjša za 23 odstotkov. Pri učencih, ki so sledili običajnemu učnemu načrtu (brez programa Izštekanj), teh učinkov ni bilo. Program je pokazal tudi to, da so usposobljeni učitelji pridobljeno znanje lahko uporabljali v času rednega pouka, povečalo se je sodelovanje med učitelji, pokazali so se večja povezanost med učenci in učitelji, pozitivno vzdušje v razredu, boljša komunikacija in manj verbalnega nasilja. Vsi ti »stran-

ski učinki« programa Izštekanj so predmet trenutne raziskave na našem inštitutu.

## Sklep

Zaradi neupoštevanja obstoječih smernic in standardov na področju preventive žal izpuščamo priložnosti za doseganje boljših rezultatov. Zahtevnejša plat preventive v primerjavi s pristopi zmanjševanja tveganj in škode ter zdravljenja je delovanje na dolgi rok. Učinki programov, ob predpostavki, da sledimo strokovnim smernicam in priporočilom, se začnejo kazati dolgo po tem, ko končamo program, še daljše pa je

obdobje, ko se ti učinki začnejo kazati na splošni populaciji. S tega vidika je preventiva dokaj nepriljubljena pri političnih odločevalcih, ki si razumljivo v času mandata želijo hitre in vidne rezultate. Posledično je okrnjeno tudi financiranje preventivnih programov. Po podatkih OECD in Evropske komisije je namreč kar 97 odstotkov zdravstvenih izdatkov

namenjenih zdravljenju in samo 3 odstotki preventivi (OECD 2007).

V zadnjem času so se pojavile težnje po posebnih izobraževalnih programih za preventivne delavce, saj smo že uvodoma omenili, da je preventivna znanost interdisciplinarna. Raziskava v okviru projekta Science for Prevention Academic Network (2015) je med tistimi, ki kakor koli delujejo na področju preventive, pokazala, da obstajajo velike potrebe po tovrstnem izobraževanju. Poudarjena je bila predvsem potreba po znanju in veščinah s področja zagovorništv, financiranja, upravljanja, oblikovanja preventivnih programov, ocene stanja, izvedbe programov ter vrednotenja. Vse te potrebe sovpadajo s sklepi Evropske sveta na temo minimalnih kakovostnih standardov iz leta 2015 (Council conclusions 2015).

Smo pred velikim izzivom, kako sistematično urediti področje preventive. Načinov za doseg tega cilja je kar nekaj. Najpomembnejši je zagotovo razvoj in sistematično izvajanje izobraževalnih programov s področja preventive tako na neformalni (npr. krajša izobraževanja in usposabljanja preventivnih delavcev) kot tudi na formalni ravni (npr. magistrski in/ali doktorski študij preventive).

Na koncu pa velja omeniti, da preventivno delovanje pomeni poseganje v življenje različnih ciljnih skupin (otroci, mladostniki, starši idr.), zato mora naše delovanje temeljiti na strokovni podlagi in etiki. <

## Viri in literatura

1. Colorada Department of Education. (2006). Don't Do It! Ineffective Prevention Strategies. Dostopno na [http://www.cde.state.co.us/sites/default/files/documents/fedprograms/dl/ov\\_tiv\\_res\\_dontdoit.pdf](http://www.cde.state.co.us/sites/default/files/documents/fedprograms/dl/ov_tiv_res_dontdoit.pdf) (25. 8. 2017).
2. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union 11985/15 (2015). Dostopno na [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_242380\\_EN\\_INT19\\_EU%20Min%20Quality%20Standards\\_ST11985.EN15.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_242380_EN_INT19_EU%20Min%20Quality%20Standards_ST11985.EN15.pdf) (2. 9. 2017).
3. Drug Strategies. (1999). Making the grade: A guide to school drug prevention programs. Dostopno na: <http://eric.ed.gov/?id=ED430188> (1. 9. 2017).
4. European Drug prevention quality standards. (2011). Dostopno na <http://prevention-standards.eu/standards/> (5. 9. 2017).
5. Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. (2017). Good policy and practice in health education. Booklet 10. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) & World Health Organization (WHO). Dostopno na <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002475/247509E.pdf> (1. 9. 2017).
6. Golub, A., Johnson, B. D. (2000). Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations. *American Journal of Public Health*, letnik 91, str. 225-232. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446541/pdf/11211630.pdf> (25. 8. 2017).
7. Hansen, W., Graham, J. (1997). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, št. 20, str. 414-430.
8. International standards on drug use prevention (2015). Dostopno na <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html> (5. 9. 2017).
9. Johnson, S. B., Blum, R. W., Giedd, J. N. (2009). Adolescent Maturity and the Brain: The Promise and Pitfalls of Neuroscience Research in Adolescent Health Policy. *J Adolesc Health*, letnik 45, št. 3, str. 216-221, doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.05.016.
10. Kolb, B., Gibb, R. (2011). Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, letnik 20, št. 4, str. 265-276. Dostopno na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC322570/> (5. 9. 2017).
11. Lee, J., Košir, M., Talić, S. (2011). Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive. Dostopno na <http://www.preventivna-platforma.si/produkti/smernice> (1. 9. 2017).
12. OECD (2007). *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Dostopno na [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2007-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2007-en) (2. 9. 2017).
13. Talić, S., Košir, M. (2014). Priročnik na temo osnov preventive in vrednotenja preventivnih programov. Dostopno na [file:///C:/Users/Sanela%20Talić/Downloads/PP\\_priročnik\\_FINAL.pdf](file:///C:/Users/Sanela%20Talić/Downloads/PP_priročnik_FINAL.pdf) (1. 9. 2017).
14. Tobler, N. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group. *J Drug Issues*, letnik 16, št. 4, str. 537-567. Dostopno na [https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph170/005-068\\_Tobler.pdf](https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph170/005-068_Tobler.pdf) (2. 9. 2017).
15. Tobler, N., Stratton, H. (1999). Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs for Marijuana Use." *School Psychology International* February, 1999, letnik 20, št. 1, str. 105-137. Dostopno na <http://spi.sagepub.com/content/20/1/105.abstract> (5. 9. 2017).
16. Walter, H., Vaughn, R., Wynder, A. (1989). Primary prevention of cancer among children: Changes in cigarette smoking and diet after six years of intervention. *Journal of the National Cancer Institute*, št. 81, str. 995-998. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2733048> (1. 9. 2017).

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Samomorilno vedenje in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena v otroštvu in mladostništvu

MAJA DROBNIČ RADOBULJAC, Enota za adolescentno psihiatrijo,  
Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
[maja.radobuljac@psih-klinika.si](mailto:maja.radobuljac@psih-klinika.si)

---

MATEJKA PINTAR BABIČ, Center za mentalno zdravje,  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
[matejka.pintar@psih-klinika.si](mailto:matejka.pintar@psih-klinika.si)

---

● **Povzetek:** V prispevku je predstavljeno samopoškodovalno vedenje v otroštvu in mladostništvu. Posebej sta razloženi dve obliki – samomorilno vedenje in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (NSSI). Opisane so značilnosti obeh tipov vedenj, epidemiologija, etiologija z dejavniki tveganja, sprožilnimi in vzdrževalnimi dejavniki ter dejavniki, ki varujejo pred tem vedenjem. Predstavljeni so diagnostična merila za NSSI in temeljna načela obravnave mladostnika s tem vedenjem. Opisana je zloženka, ki jo uporabljamo lahko kot pomoč pri zaustavljanju NSSI pri osebah, ki so že v obravnavi pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije.



**Ključne besede:** samomorilnost, samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena, mladostniki, diagnostika, zdravljenje, obravnava.

## Suicidal Behaviour and Non-Suicidal Self-Injury in Childhood and Adolescence

● **Abstract:** This paper presents self-harming behaviour in childhood and adolescence. It explains two different types – suicidal behaviour and non-suicidal self-injury (NSSI). It describes the characteristics of both types of behaviour, the epidemiology and aetiology with the risk factors, precipitating and sustaining factors, and factors that protect against such behaviour. It presents the diagnostic criteria for NSSI and the basic principles of treating an adolescent exhibiting such behaviour. It describes a folded leaflet that can assist us in stopping NSSI in persons who are already being treated by a specialist in child and adolescent psychiatry.

**Keywords:** suicidal tendency, non-suicidal self-injury, adolescents, diagnostics, therapy, treatment.

### Uvod

Razvojno obdobje med otroštvom in mladostništvom je čas pospešenega telesnega, kognitivnega, čustvenega in socialnega razvoja. Mladostnik se mora prilagoditi na drugačno podobo sebe, se čustveno osamosvojiti od družine, razviti socialno odgovorno vedenje, se pripraviti na poklicno delo, partnerstvo in družino, sprejeti svoje značilnosti in sposobnosti ter se naučiti živeti vedno bolj samostojno. Te razvojne naloge za večino mladih ne pomenijo večjih težav, nekateri pa se ob tem iz različnih razlogov spopadejo z manjšimi ali večjimi tiskami, ki jih rešujejo na različne, bolj ali manj zdrave načine. Med manj ustrezne načine reševanja težav pri odraščanju spada tudi samopoškodovalno vedenje. Tako lahko pri ljudeh, ki se samopoškodujejo, govorimo o samopoškodovanju brez samomorilnega namena (angl. non-suicidal self-injury, NSSI) lahko pa tudi o življenje ogrožajoči samomorilnosti.

### Samomorilno vedenje

Samomorilno vedenje vključuje spekter vedenj, ki se stopnjujejo po resnosti od občasnih misli o minljivosti in smrti preko posrednega samouničevalnega vedenja (tvegani športi, vožnja kolesa ali motorja brez čelade, tvegana raba psihoaktivnih snovi), misli o samomoru, zbiranja informacij o možnih načinih samomora, izdelave samomorilnega načrta, različno tvegane poskusa samomora do samomora. Govorimo o t. i. samomorilni diatezi. Samomor je v svetovnem merilu drugi vodilni vzrok smrti pri 15- do 19-letnikih, takoj za prometnimi nezgodami, v zahodnem svetu, kamor spada tudi Slovenija, pa vodilni vzrok. Po podatkih Statističnega urada RS (2016) od leta 1994 naprej v sta-

rostni skupini 0-9 let nismo beležili samomora. V starostni skupini 10-19 let je leta 2010 zaradi samomora umrlo 1 dekle in 11 fantov, po podatkih WHO (2014) je bil samomorilni količnik leta 2012 za starostno skupino 5-14 let 0,0 pri dekletih in 0,5 pri fantih, za starostno skupino 15-29 let pa že 1,5 pri dekletih in 14,8 pri fantih.

Najpogosteje uporabljene metode samomora v Sloveniji so samomor z obešenjem, zaužitjem zdravil in strelnim orožjem.

### Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (NSSI)

NSSI opredeljuje namerno povzročanje poškodb lastnega telesa na način, ki ni družbeno sprejemljiv (kot npr. pirsing in tetoviranje) in nima namena umreti. Najpogostejše je ravno v obdobju mladostništva. Posamezniki to vedenje uporabljajo iz različnih razlogov, najpogosteje si z njim pomagajo lajšati čustvene stiske in notranje napetosti, ki so posledica različnih življenjskih izkušenj, hkrati pa nimajo pravih strategij, da bi

**Večina mladostnikov se samopoškoduje z namenom, da bi si pomagali, in ne zato, da bi si škodili. Želijo se pomiriti in sprostiti, da bi spet zmogli nadzorovati svoje čustveno stanje.**

te stiske reševali na bolj zdrave načine (Favazza 2012). Večina mladostnikov se samopoškoduje z namenom, da bi si pomagali, in ne zato, da bi si škodili. Želijo se pomiriti in sprostiti, da bi spet zmogli nadzorovati svoje čustveno stanje. Pred samim dejanjem pogosto doživljajo nemir in občutek tesnobe, ki postopoma narašča. Preveva jih močna želja po samopoškodovanju, ki >

se ji sčasoma ne morejo več upreti. Po storjenem dejanju navajajo naglo popuščanje tesnobe in notranje napetosti, v trenutku pa izzveni tudi želja po samopoškodovanju (Brečelj, Drobnič 2012).

Dolgo časa je bilo NSSI raziskovano in obravnavano skupaj s samomorilnim vedenjem kot samopoškodovanje (angl. deliberate self-harm), šele v zadnjih letih znanstvena in strokovna javnost ta vedenja ločujeta med seboj. Tako zadnja izdaja ameriške klasifikacije duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual - V, DSM-V) (American Psychiatric Association 2013) NSSI že opredeljuje s specifičnimi merili in opredeljuje kot samostojno entiteto, ki zahteva še dodatno raziskovanje. Merila za NSSI so predstavljena v tabeli 1.

To vedenje je najbolj značilno za obdobje med 14. in 24. letom. Starostna meja ob prvi samopoškodbi je med 10 in 14 let (Gonzales in Bergstrom, 2013). Po podatkih iz Slovenije se je do starosti 19 let že kdaj samopoškodovalo brez namena umreti 12 odstotkov fantov in 24 odstotkov deklet (Drobnič Radobuljac idr. 2009). Avstralska presečna raziskava pa je pokazala, da se v

nekem trenutku okrog 8 odstotkov 16-letnikov samopoškoduje, vendar večina teh NSSI spontano preraste do mlade odraslosti (Moran idr. 2012). Pri tistih, pri katerih se ta vedenja nadaljujejo, pa ugotavljamo različne vzročne, sprožilne in vzdrževalne dejavnike ter povečano tveganje za samomorilno vedenje.

Najpogostejši načini NSSI so rezanje kože, žganje, praskanje kože, udarci po telesu, puljenje las, udarci v steno ter ponovno poškodovanje starih ran. Poškodbe se lahko nahajajo kjer koli na telesu, najpogosteje pa so na rokah, trebuhu in stegnih. Na začetku so površinske, kasneje globlje. Nekateri mladostniki po nekaj poskusih s samopoškodovanjem prenehajo, po okrog desetih ponovitvah pa je verjetnost za ponavljanje tega vedenja večja. V tem primeru lahko dobi postopoma tudi vse značilnosti odvisnosti (Favazza 2012).

Najpogostejši povodi za razvoj samopoškodovalnega vedenja so lahko težka in njim nevzdržna intenzivna čustva, kot so žalost in občutki krivde, občutki praznine, pojavljanje občutkov depersonalizacije in »flash-backov« (podoživljanje travmatičnih preteklih izkušenj), lahko pa tudi pretirano pozitivni občutki (Goodyer, 2011).

Posameznik si je pet ali več dni v zadnjem letu namerno povzročal škodo na površini lastnega telesa na način, ki vodi do krvavitve, obtolčenine ali bolečine (npr. rezanje, žganje, zbadanje, udarjanje, pretirano praskanje), s pričakovanjem, da bo poškodba povzročila blago ali zmerno telesno oškodovanost (samomorilni namen je odsoten).
Zaznamek: Posameznik je potrdil odsotnost samomorilnega namena ali pa nanjo sklepamo na podlagi ponavljajočega vedenja, za katerega posameznik ve, da ne bo povzročilo smrti.
Posameznik se zateka v samopoškodovalno vedenje z enim ali več od naslednjih pričakovanj: <ul style="list-style-type: none"> <li>• da doseže olajšanje ob negativnem občutku ali kognitivnem stanju;</li> <li>• da reši medosebno težavo;</li> <li>• da si povzroči pozitivne občutke.</li> </ul>
Zaznamek: Želena olajšanja ali odgovor doživi med samim samopoškodovanjem ali kmalu po njem in posameznik lahko prikazuje vzorec vedenja, ki nakazuje na odvisnost od ponavljajočega se zatekanja k takšnemu vedenju.
Namerno samopoškodovanje je povezano s vsaj enim od navedenega: <ul style="list-style-type: none"> <li>• medosebne težave ali negativni občutki ali misli, kot so depresija, anksioznost, napetost, jeza, splošna psihična stiska, samokritika, ki se pojavijo neposredno pred samopoškodovanjem.</li> </ul>
Pred samopoškodovanjem je obdobje preokupacije z načrtovanim vedenjem, posameznik se ob tem težko nadzoruje.
Pogosto razmišljanje o samopoškodovanju, tudi če do samega vedenja ne pride.
Vedenje ni socialno sprejemljivo (parsing, tetoviranje, del verskega ali kulturnega obreda) in ni omejeno na praskanje krast ali grizenje nohtov.
Vedenje in njegove posledice povzročijo klinično pomembno stisko ali pomembno vplivajo na medosebno, akademsko in druga pomembna področja delovanja.
Vedenje se ne pojavlja izključno med psihotičnimi epizodami, delirijem, zastrupitvijo s psihoaktivnimi snovmi ali odtegnitvijo od psihoaktivnih snovi. Pri posameznikih z motnjami v razvoju ni del vzorca stereotipij. Vedenja ni mogoče razložiti z drugo duševno motnjo ali boleznijo (npr. psihozo, motnjami avtističnega spektra, duševno manjrazvitostjo, Lesch-Nyhanovim sindromom, stereotipno motnjo gibanja s samopoškodovanjem, trihotilomanijo, eskoriacijsko motnjo).

## Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje NSSI in samomorilnosti

### SPOL

V splošnem velja, da se pri ženskah štirikrat pogosteje srečamo z vsemi oblikami samomorilnega in samopoškodovalnega vedenja, razen s samomorom, ki je približno štirikrat pogostejši pri moških (Rey 2015).

### STAROST/RAZVOJNO OBDOBJE

NSSI je še posebno pogosto v mladostništvu, vendar do mlade odraslosti v 90 odstotkih primerov spontano izzveni (Moran idr. 2015). Razlogov za ta pojav je več. V mladostništvu poteka pospešena reorganizacija centralnih nevronskih povezav pod vplivom hormonov, katere rezultat so slabši nadzor nad čustvi, impulzivnost in manjša sposobnost uravnavanja stresa. Tako ugotavljajo, da je NSSI bolj povezano z biološkimi spremembami v puberteti kot s posameznikovo kronološko starostjo (Rey 2015).

### SPOLNA USMERJENOST

Samomorilnost in NSSI sta pogostejša pri istospolno usmerjenih. Na splošno ju povezujejo s skrbjo glede spolne usmerjenosti ter slabo samopodobo, ki sta značilni tudi za obdobje mladostništva (Rey 2015).

### DUŠEVNE MOTNJE

Eden od glavnih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje in NSSI so duševne motnje. Najbolj pogoste so motnje razpoloženja (predvsem depresija in bipolarna motnja), anksiozne motnje, odvisnost od psihoaktivnih snovi, motnje hranjenja, motnje vedenja in osebnosti. Poleg tega je takšno vedenje pogostejše pri duševno manj razvitih posameznikih in osebah z avtizmom. Verjetnost za takšno vedenje je večja pri ljudeh, ki imajo več duševnih motenj hkrati (Favazza 2012). Pri osebah, ki so storile samomor, so s psihološkimi obdukcijami dokazali, da so imele v letu pred smrtjo v 90 odstotkih duševno motnjo, najpogosteje depresijo. Celo 22 odstotkov samomorov povezujejo z alkoholizmom, najbolj tvegana pa je komorbidnost bolezni odvisnosti in drugih duševnih motenj (Rey 2015).

### OSEBNOSTNA MOTENOST

Samopoškodovalno vedenje se pogosteje pojavlja pri mladostnikih, pri katerih osebnostni razvoj poteka moteno. Osebnostne lastnosti, ki se oblikujejo, kažejo vse več značilnosti že izoblikovanih lastnosti mejno strukturirane (t. i. borderline) osebnosti. Zanj so značilni

znaki, kot so slab nadzor nad impulzi, nestabilno vedenje predvsem v medosebnih odnosih, čustvena disregulacija ter impulzivno in agresivno vedenje (Rey 2015).

### ZLORABE

Ugotavljajo, da genetski dejavniki skupaj z doživeto spolno, telesno ali psihološko zlorabo v otroštvu povečajo tveganje za razvoj samomorilnosti in NSSI (Rey 2015).

### TELESNE BOLEZNI

Kronična bolezen poveča tveganje za samomorilne misli pri mladostnicah, pri mladostnikih pa po nekaterih podatkih deluje celo varovalno. Kljub temu da se

Najpogostejši povodi za razvoj samopoškodovalnega vedenja so lahko težka in njim nevzdržna intenzivna čustva, kot so žalost in občutki krivde, občutki praznine, pojavljanje občutkov depersonalizacije in »flash-backov«.

poskusi samomora pri mladih s kronično boleznijo pojavljajo redkeje kot pri ostalih, pa je ta populacija predvsem zaradi stalne dostopnosti metode (zdravila) in slabšega telesnega zdravja veliko bolj ogrožena kot telesno zdravi vrstniki. Poleg tega uporabljajo v samopoškodovalne namene metode, ki jih okolica težje prepozna kot samopoškodovalne (npr. previsoki odmerki insulina pri mladih s sladkorno boleznijo tipa 1) (Drobnič Radobuljac idr. 2009).

### DRUŽINA

Slabši odnosi med starši in otroki, odnosi med staršema, konflikti znotraj družine, razhod staršev, revščina, nizka izobraženost staršev, status priseljence, psihopatologija staršev, družinska anamneza samomorilnega in samopoškodovalnega vedenja, nasilje ter zlorabe v družini in zunaj nje povečujejo verjetnost za samomorilno in samopoškodovalno vedenje pri mladostnikih (Nixon in Heath 2009).

### ŠOLA IN VRSTNIKI

Otroci in mladostniki, ki so poskušali samomor ali umrli zaradi samomora, so imeli pogosteje težave v šoli ali pa so šolanje predčasno prekinili. Poleg tega se samomorilnost in NSSI pogosteje pojavljata pri šolarjih s posebnimi potrebami. V obdobju mladostništva na vedenje posameznika vplivajo odnosi z vrstniki veliko bolj kot v drugih razvojnih obdobjih. Dokazali so, da je pri mladostnikih, starih 15-19 let, ki so bili izpostavljeni samomoru, tveganje za samomor 2- do 4-krat večje kot pri starejših od 25 let. Prav tako je znano, da se NSSI pogosto pojavlja v posebnih skupinah (subpopulacijah) mladih (Young idr. 2014), med katerimi se >

lahko preko vrstniškega zgleda širi z značilnostmi epidemije.

### MEDIJI

Na samomorilno vedenje v populaciji močno vpliva način, kako samomorilno in samopoškodovalno vedenje prikazujejo mediji, ki ju lahko spodbujajo ali preprečujejo. Predvsem v razvojnem obdobju so posebno problematične različne spletne strani in klepetalnice, v katerih nekatere oblike NSSI celo povečujejo (rezanje, žganje po koži). Poleg tega je splet preprosto dostopen in nenadzorovan vir informacij o tem, kakšne metode samopoškodovanja sploh obstajajo (Rey 2015).

### METODA

Znano je, da dostopnost metode poveča verjetnost, da jo bo posameznik uporabil. Od tega je odvisna tudi resnost poškodb, ki si jih posameznik zada. V Sloveniji je pri obeh spolih najpogostejši samomor z obešenjem, v samopoškodovalne namene pa se največkrat poslužujejo rezanja ali zbadanja z ostrim predmetom, udarjanja v trd predmet ter žganja po koži. Da je dostopnost metode pomembna, kaže tudi podatek, da se mladi s sladkorno boleznijo tipa 1 najpogosteje samopoškodujejo z zbadanjem z ostrim predmetom (iglo) ter povzročanjem stanj, kot sta hipoglikemija ali ketoacidoza (manipuliranje z odmerjanjem insulina) (Drobnič Radobuljac idr. 2009). V državah, kjer so omejili dostop do metode (npr. regulacija nakupa strelnega orožja, omejitev dostopa do pesticidov), so ne samo vplivali

lastnosti, ki na splošno delujejo varovalno pred razvojem psihopatologije. To so dobra samopodoba, samozavest, učinkoviti načini spopadanja s stresom, dobro razvite strategije za reševanje problemov in osebne izkušnje z učinkovito rešenimi stresnimi položaji, dobra splošna prilagodljivost, dobre socialne spretnosti, pozitivna naravnost do življenja, podpora v ožjem in širšem socialnem okolju, občutki pripadnosti (družini, drugim skupinam) ter varna ali vsaj organizirana oblika navezanosti. Poleg tega so dokazali, da pred samomorilnostjo varujejo tudi dejaven življenjski slog, športno udejstvovanje, moralno obsojanje in načelno odklonilno stališče do samomora ter verska pripadnost (Rey 2015; Rus, Makovec in Tomori 1998; Moya in Kaur 2012).

## Obravnav

Celostni terapevtski pristop temelji na oceni telesne poškodbe, oceni duševnega stanja ter oceni psihosocialnih razmer. Posamezniku, ki se je na kakršen koli način poškodoval, najprej priskrbimo takojšnjo medicinsko pomoč. Ko so rane ali druge poškodbe oskrbljene in oseba ni več v nevarnosti zaradi morebitne zastrupitve (ali drugega načina ogrožanja sebe), moramo najprej oceniti, ali se še vedno ogroža. To dovolj dobro ocenijo že urgentni zdravniki; kadar so glede tega v dvomih, ali če ocenijo, da je oseba še samomorilno ogrožena, jo pošljejo na pregled v urgentno psihiatrično službo. Zaenkrat 24-urne urgentne psihiatrične službe za otroke in mladostnike še nimamo, zato tak pregled tudi v primeru mlajših od 18 let največkrat opravi psihiater. Ta oceni stopnjo trenutne ogroženosti in

Posamezniku, ki se je na kakršen koli način poškodoval, najprej priskrbimo takojšnjo medicinsko pomoč.

na spremembo izbrane metode za samomor, temveč dramatično znižali samomorilni količnik (Rey 2015).

## Sprožilni dejavniki in stresni življenjski dogodki

Velik delež NSSI in tudi samomorilnega vedenja sprožijo dogodki ali razmere, ki so se zgodili neposredno pred tem vedenjem. Najpogosteje gre za izgube ali za konflikte v medosebnih odnosih. Od starosti osebe je odvisno, kateri odnosi vplivajo nanjo najmočneje. Tako so pri otrocih in mlajših mladostnikih v ospredju družinski odnosi, pri starejših pa predvsem vrstniški. Pogosto so sprožilci tudi šolski neuspeh, navzkrižja z oblastjo in vrstniško nasilje (Rey 2015).

## Varovalni dejavniki

Na področju varovalnih dejavnikov je raziskav veliko manj. Velja, da pred samomorilnostjo in NSSI varujejo

se na podlagi pregleda odloči, ali je potrebna napotitev v bolnišnico ali ambulantno vodenje pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije. Pri samomorilni ogroženosti (kadar otrok ali mladostnik še vedno razmišlja o samomoru) se odločamo za nujno obravnavo (takoj) v ambulanti ali bolnišnici. Do pregleda pri specialistu vedno skupaj z otrokom, mladostnikom in družino naredimo načrt, kako bo dovolj varno prišel do tja (kdo bo poskrbel, da si v tem času ne bo nič naredil). V največ primerih so to starši, kadar družina ni dovolj funkcionalna, pa tudi druge odrasle osebe (učitelj, svetovalni delavec, socialna služba, policija). Kadar otrok ali mladostnik ni samomorilno ogrožen (NSSI) pa je pregled pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije ali kliničnem psihologu, specializiranem za delo z otroki in mladostniki, vseeno potreben, ne pa tudi urgenten (ne isti dan). Specialist bo v obeh primerih najprej ugotovil prisotnost duševne motnje in predlagal ustrezno zdravljenje.

Pri strokovni obravnavi samopoškodovalnega vedenja pri posamezniku najprej diagnosticiramo in zdravimo

morebitne duševne motnje. Pogosto NSSI (pa tudi samomorilnost) že z zdravljenjem samo preneha. Kadar ugotovimo pri NSSI že značilnosti odvisnosti, osebo s tem vedenjem najprej motiviramo za prenehanje (individualno z uporabo tehnik motivacijskega intervjuja, družinska obravnava), skušamo ugotoviti različne notranje (duševna motnja ipd.) ali zunanje dejavnike (vedenje družinskih članov, šole idr.), ki ojačujejo in vzdržujejo to vedenje. Ko je mladostnik (pri otrocih je redko) dovolj motiviran za prenehanje in so v večji meri odstranjeni zunanji dejavniki, ki so vzdrževali vedenje, lahko uporabljamo različne tehnike, večinoma izvirajoče iz vedenjsko kognitivnih terapevtskih tehnik. Najpogosteje bolnike učimo prepoznavanja in preprečevanja sprožilnih okoliščin in čustvenih stanj, po katerih se pojavlja NSSI, uporabe tehnik čuječnosti, osredinjanja in različnih drugih stop tehnik, s katerimi preprečujejo ponavljanje vedenja in učinkovitejših strategij reševanja problemov. Dolgoročno v individualni terapiji skupaj z njimi odkrivamo dinamske vzroke, ki so podlaga za pojavljanje nevdržnih čustvenih stanj in neustreznih načinov reagiranja. Pri terapevtski obravnavi si lahko pomagamo tudi s pripomočki, kot je za slovensko populacijo prilagojena zloženka Samopoškodovanje in varnostni načrt (Viceversa 2014), ali z različnimi uporabnimi spletnimi aplikacijami. Kadar je za opazovana neustrezna vedenja pomembna družinska dinamika ali ta vedenja na dinamiko v družini pomembno vplivajo, družini ponudimo družinsko terapijo ali jih usmerimo vanjo. Kadar kljub tovrstni pomoči družina ne zmore doseči spremembe, se odločamo lahko tudi za predlog umika otroka ali mladostnika iz družine (center za socialno delo).

## Zloženka Samopoškodovanje in varnostni načrt

Zaradi velikih potreb po didaktičnih pripomočkih pri kliničnem delu z mladostniki smo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, na Centru za mentalno zdravje z dovoljenjem kolegov iz ambulantne službe za obravnavo mladostnikov v Londonu priredili zloženko z naslovom Samopoškodovanje in varnostni načrt (v nadaljevanju zloženka). Zloženka služi kot pripomoček posameznikom, ki se samopoškodujejo, njihovim svojcem, prijateljem in strokovnjakom na različnih področjih zdravstvenega varstva, šolstva, socialnega varstva, obenem je njen namen povečati osveščenost širše javnosti. Poudarjamo, da uporaba zloženke same po sebi brez hkratne celostne obravnave ni dovolj in je v nekaterih primerih lahko celo škodljiva, zato jo lahko v obravnavo uvede samo za to usposobljen specialist ob predhodni celostni diagnostični in terapevtski obravnavi.

Prvi del zloženke vsebuje kratek opis NSSI z namenom boljšega razumevanja motnje, in sicer: »Na tre-

nutke se je z življenjem težko soočati, še posebej če se nam je v življenju zgodilo kaj hudega. Lahko imamo občutke, da le s poškodovanjem samega sebe izrazimo negativne občutke in dosežemo izboljšanje svojega počutja. Sprva se začne kot povsem intimno dejanje, sčasoma pa samopoškodovanje lahko postane navada, ki povsem uide našemu nadzoru in o katerem je zelo neprijetno spregovoriti. S samopoškodovanjem je podobno kot z drugimi vedenji, ki se jih sramujemo, tudi ljudi, ki se samopoškodujejo je veliko več, kot si predstavljamo. Samopoškodovanje lahko daje občutek nadzora, zmanjša neprijetne občutke, napetost in stisko. Vseeno pa to ne pomeni, da oseba, ki se samopoškoduje, ne bi mogla uporabiti drugih načinov spopadanja s svojimi težavami.« (Drobnič Radobuljac idr. 2014)

V drugem delu so naštetni načini, kako se spoprijemajo z neprijetnimi občutki nekateri mladi, ki se samopoškodujejo, tako imenovane stop tehnike (tabela 2). Seznan ni dokončen. Večinoma mladostniki z NSSI za obvladovanje želje po samopoškodovanju že sami uporabljajo kakšno tehniko, ostale bodo v pomoč.

PREDLAGANE STOP TEHNIKE
Pogovori se z osebo, ob kateri se dobro počutiš; če si sam, lahko pokličeš prijatelja, domače ali eno od spodaj napisanih telefonskih števil.
Počni nekaj, kar te veseli; npr. risanje, pisanje pesmi, pisanje zgodb, ples.
Bodi telesno dejaven; pojdi v telovadnico ali na sprehod.
Pojdi spat.
Poslušaj glasbo, ki ti izboljša razpoloženje ali te sprosti.
Pospravi sobo, stanovanje ali hišo.
Glej TV ali se drugače zamoti.
Potolaži se v objemu ljubljene osebe, pocrklij se z domačim ljubljencem ali plišasto igračko.
Vzemi nekaj ledenih kock, ki naj se ti topijo v roki, dokler ti ta ne odreveni.
Tolci v blazino ali vzglavnike, da sprostiš jezo.
Piši dnevnik, da se naučiš prepoznati okoliščine, ki sprožajo željo po samopoškodovanju.
Delaj z rokami kaj zahtevnega, da se zamotiš.
Pojdi pod mrzel tuš.
Uporabi sprostitvene tehnike – v mislih se osredotoči na kaj prijetnega.
Večkrat napni in spusti elastiko, ki jo imaš okoli zapestja, ta bolečina zate ni nevarna.

Tabela 2: Stop tehnike (prirejeno po Drobnič Radobuljac idr. 2014)

<b>Prepoznavanje sprožilcev</b>	Kaj pri meni povzroči željo po samopoškodovanju? To so lahko na primer določeni ljudje, občutki, prostori ali spomini.
<b>Stop tehnike</b>	Ali obstaja še kaj drugega razen samopoškodovanja, kar bi mi lahko pomagalo, da bi se počutil/-a bolje? Kaj bi sam/-a svetoval/-a svojemu prijatelju, ki bi se tako počutil?
<b>Pomoč drugih</b>	Ali lahko drugi storijo kaj, kar bi mi pomagalo? Kaj?
<b>Individualni načrt</b>	Ko se bom naslednjič želel/-a poškodovati, bom naredil/-a eno od naslednjih stvari:
<b>Organizirana pomoč</b>	pokličem na TOM (telefon 116 111; vsak dan med 12. in 20. uro; <a href="http://www.e-tom.si">www.e-tom.si</a> ), pokličem na telefon Klic v duševni stiski (telefon 01 520 99 00; vsako noč med 19. in 7. uro), pokličem na telefon društva Samarijan (telefon 116 123; 24 ur na dan), obiščem eno od urgentnih služb (zdravstveni domovi, psihiatrične bolnišnice).
<b>Datum</b>	
<b>Podpis uporabnika</b>	
<b>Podpis terapevta</b>	

Tabela 3: Varnostni načrt (prirejeno po Drobnič Radobuljac idr. 2014)

Tretji del zloženke mladostnika poziva, da skupaj s svojim terapevtom pripravi varnostni načrt, ki mu bo v pomoč, kadar se bo boril z mislimi, da bi se samopoškodoval. Poziva ga, naj ima varnostni načrt vedno pri sebi, da mu bo v pomoč, kadar ga bo potreboval. Hkrati je v pomoč vsem, ki pridejo z njim v stik in so v stiski,

ri, ko je mladostnik v stiski, za katero ve, da je sam ne bo mogel obvladati, in ga ta ogroža. Tehnike pomoči naj bodo na primer: zaposli roke (krema, žogice, boksanje v primeru napetosti, kričanje v blazino), poslušaj glasbo, beri, rešuj križanke, barvaj pobarvanke, uporabi ledene kocke (držanje ledu v roki do bolečine), pojdi v družbo, poišči bližino nekoga, ki mu zaupaš, nekomu telefoniraj. Pripomoček se konča s podpisom in datumom »sklenitve« var-

## Mladostnik pri izdelavi varnostnega načrta in nizanju tehnik pomoči potrebuje usmerjanje.

kako mu pomagati, npr. svojcem, zdravstvenim delavcem, strokovnjakom, zaposlenim v šolstvu, zaposlenim v vzgojnih zavodih ali drugje (tabela 3).

Mladostnik pri izdelavi varnostnega načrta in nizanju tehnik pomoči potrebuje usmerjanje. Ko je motiviran za prenehanje samopoškodovanja, začnemo s tehnikami, ki jih lahko izvede sam in so manj zahtevne oziroma za njih ne potrebuje pripomočkov ter so izvedljive v kakršnih koli okoliščinah (v šoli, med poukom, na avtobusu, v kinu itd.). Nadaljujemo z bolj zahtevnimi tehnikami, kasneje se odločimo za pomoč drugih, ki so lažje dosegljivi in jim mladostnik zaupa (npr. svojci, prijatelji), in nazadnje za strokovne službe, ki so težje dosegljive. Prioriteto dajemo samostojnosti mladostnika in hitri dosegljivosti pomoči. Izjeme so prime-

nostnega načrta. Podpis mladostnika ima terapevtski namen. Sledi ime in podpis terapevta, ki je oseba, s pomočjo katere je mladostnik izdelal varnostni načrt.

## Sklep

Ljudje (tudi strokovnjaki), ki se srečujejo s kakršno koli obliko samopoškodovalnega vedenja pri mladih, ga pogosto doživijo na dva načina: lahko ga enačijo z željo po samomoru ali pa ga obsojajo in ne vzamejo resno. Samopoškodbe imajo različno ozadje in različne pojavne oblike: od na videz neškodljivih samopoškodb do resnega ogrožanja telesnega zdravja s prepričljivo samomorilnostjo. Zato moramo vsako na videz še tako nenevarno samopoškodovalno vedenje pri otro-

ku ali mladostniku razumeti kot opozorilo, da je mlad človek skušal reševati svoje stiske. Strokovnjak lahko površinske poškodbe, ki so že v različnih fazah celjenja, preprosto spregleda, če nanje ni še posebej pozoren. Opazi jih lahko naključno ob telesnem pregledu ali kadar jih mlad človek ne skriva dovolj. Pri nudenju pomoči je zelo pomemben odnos osebe, ki ugotovi, da se posameznik samopoškoduje. Odzove naj se razumevajoče in naj ne obsoja, pokaže naj pripravljenost za skupno iskanje prave pomoči, ne sme pa dovoliti, da s samopoškodovanjem otrok ali mladostnik dosega ugodnosti, ki jih sicer ne bi bil deležen (izogibanje obveznostim pri pouku, prilagajanje ocen ipd.). S tem bi namreč lahko povzročil, da se vedenje od zunaj nevede

ojačuje. Integrirana celostna obravnava otrok in mladostnikov s samomorilnim vedenjem ali NSSI od zaposlenih ne glede na sektor (zdravstvo, šolstvo, sociala itd.) zahteva posebna znanja ter uporabo prilagojenih intervencij. Skupaj z otrokom, mladostnikom in starši opozorimo na problem in iščemo zanj najugodnejšo rešitev. Otrok ali mladostnik zaradi odvisnosti od svojih staršev in drugih v razvoju pomembnih oseb namreč ne more biti obravnavan individualno. Otroku ali mladostniku bomo najbolje pomagali, če bomo različni strokovnjaki ob njem sodelovali in z združevanjem znanj v vseh okoljih, v katera prihaja, izvajali ukrepe, ki mu najbolj pomagajo. <

## Viri in literatura

1. American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
2. Breclj-Kobe, M., Drobnič Radobuljac, M. (2012). Samopoškodovalno vedenje med grožnjo in ogrožanjem. V: J. Dolinšek (ur.). *Zbornik predavanj / XXII. srečanje pediatrov*, Maribor, 13.-14. april 2012 (str. 71-77). Maribor: Univerzitetni klinični center.
3. Drobnič Radobuljac, M., Bratina, N. U., Battelino, T. in Tomori M. (2009). Lifetime prevalence of suicidal and self-injurious behaviors in a representative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10, 424-431.
4. Drobnič Radobuljac, M., Plemeniti, B. in Pintar, M. B. (2014). Zloženska z ukrepi za preprečevanje samopoškodovanja pri mladostnikih in mladostnicah, ki se samopoškodujejo. V: Novak Šarotar, B. (ur.), *Viceversa* 58. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri slovenskem zdravniškem društvu, str. 34-36.
5. Favazza, A. R. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11 (3), str. 21-25.
6. Gonzales, A. H. in Bergstrom, L. (2013). Adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Interventions, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26 (2), str. 124-130.
7. Hvala, N., Kotar, V., Zoronič, E., Peterec Kotar, D., Lesar, I. (2012). Mladostnik in samopoškodba: možnosti in priložnosti za izvajanje preventivnega zdravstvenovzgojnega dela. *Obzornik Zdravstvene nege*. 46 (4), str. 289-296.
8. Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E. in Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(1), str. 65-75.
9. Moran P, Coffey C, Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B. idr. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379(9812), str. 236-43.
10. Moya, L. A. in Kaur, R. (2012). Self-injury among early adolescents: identifying segments protected and at risk. *Journal of School Health*, 82(12), 537-548.
11. Pintar Babič, M., Žnidaršič, A., Drobnič Radobuljac, M., Bernik, M. (2016). Izboljševanje kakovosti bolnišnične obravnave pacientov s samopoškodovalnimi vedenji z vidika zdravstvene nege. [CD-ROM]. Portorož: Trajnostna organizacija: zbornik 35. Mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti.
12. Pintar Babič, M. (2016). Ocena vpliva znanja zaposlenih v zdravstveni negi na obravnavo mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem: magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede, str. 1-5.
13. Young, R. idr. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*. Pridobljeno 4. 6. 2015 na <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/137>.
14. Rey, J. M. (2015). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Samomorilno vedenje otrok in mladostnikov – prepoznava in možnosti intervencij v šolskem okolju

VITA POŠTUVAN, Slovenski center za raziskovanje samomora, Inštitut Andrej Marušič, Univerza na Primorskem  
[vita.postuvan@upr.si](mailto:vita.postuvan@upr.si)

.....

● **Povzetek:** Samomor je eden glavnih vzrokov za smrt v mladostništvu, zato je ključno ustrezno preventivno delo na tem področju. Šolski sistem omogoča enega najbolj optimalnih okolij, v katerem lahko dosežemo najbolj ranljive skupine otrok in mladostnikov. V preteklih letih je bilo pri nas izvedenih kar nekaj projektov, ki so neposredno naslavljali preprečevanje samomorilnega vedenja na šolah, in sicer so bili to projekti *Spregovorimo o samomoru med mladostniki*, *SEYLE – Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi* in projekt *A (se) štekaš?!? – integrirani pristop krepitve duševnega zdravja in primarne preventive samomorilnega vedenja za mladostnike*. Predvsem projekt SEYLE je z mednarodno odmevnostjo in dodelanim raziskovalnim načrtom dokazal, katere intervencije so v šolskem okolju zares učinkovite. Sicer pa vse iniciative kažejo na pozitivno sprejetost in uporabno vrednost takšnih programov.

**Ključne besede:** samomorilno vedenje, mladostnik, otrok, preprečevanje, šolsko okolje.



## Suicidal Behaviour in Children and Adolescents – Identification and Intervention Options in School Setting

● **Abstract:** Suicide is one of the leading causes of death in adolescence, which is why appropriate preventive measures in that field are key. The school system provides one of the most optimal environments in which we can reach the most vulnerable groups of children and adolescents. In recent years quite a few projects have been implemented in Slovenia, which directly addressed the prevention of suicidal behaviour in schools, namely the projects Spregovorimo o samomoru med mladostniki [Let's Talk about Suicide among Adolescents], SEYLE – Saving and Empowering Young Lives in Europe, and the project A (se) štekaš?!? [Do You Understand (Yourself)?!?!] – an integrated approach to strengthening mental health and primary prevention of suicidal behaviour for adolescents. The SEYLE project in particular, with its international impact and a perfected research plan, has proved which interventions are truly effective in a school setting. Nevertheless, all of the initiatives indicate the positive acceptance and practical value of such programmes.

**Keywords:** suicidal behaviour, adolescent, child, prevention, school setting.

Mladostniki doživljajo svet v skladu z značilnostmi njihovega razvojnega obdobja, ki temeljijo tako v bioloških kot družbenih dejavnikih. Za mladostništvo, ki ga sicer razdelimo na zgodnje, srednje in pozno, je namreč značilno, da mladi sebe in svet doživljajo skozi egocentrično perspektivo, ko sebe postavljajo v središče doživljanja. Predvsem v zgodnji (do 14. leta) in srednji fazi (do približno 18. leta), ko otrok prehaja v mladostnika, sta iskanje avtonomije in lastne identitete pomembni razvojni nalogi, ki ju v poznejšem mladostništvu (do približno 22. leta) mladostnik utrjuje (Zupančič 2004).

V tem procesu se otrok začne spreminjati, kar lahko opazimo na različnih ravneh. Spremeni se njegova komunikacija z okoljem: mladostniki namreč s starši začenjajo selektivno deliti le določene vsebine, medtem ko vsakdanje okoliščine pogosteje delijo z vrstniki in z njimi razrešujejo tudi čustvene težave. Zato je vloga vrstnikov v tem obdobju ključna za razvoj mladostnika. Vseeno starši ohranjajo pomembno vlogo pri pogovoru o življenjsko pomembnih vprašanjih, kot je na primer izbira poklica (Zupančič 2004; Hawton idr. 2006).

Vse te spremembe doprinesejo k razvojnim stiskam, ki jih mladostnik različno uspešno razrešuje. Zato je prav, da je posebna pozornost v tem času usmerjena na duševno zdravje otrok in mladostnikov. Namreč mladostništvo je tudi obdobje, ko se število duševnih bolezni in nezdravih navad začne povečevati. Če v tem času mladostnika ne opremimo oz. ga naučimo konstruktivnega soočanja s težavami, obstaja velika

verjetnost za kronifikacijo njegovih vzorcev (Tančič 2009; Hawton idr. 2006).

Najpomembnejši način učenja soočanja s težavami je modelno učenje. To pomeni, da se otrok oz. mladostnik preko vzgleda od drugih uči načinov čustvovanja, odzivanja na notranje stiske in zunanje frustracijske okoliščine. Prenos vzorcev soočanja največkrat poteka od staršev oz. ožjih družinskih članov na otroke, prav tako pa ni mogoče zanemariti vpliva vrstnikov, mentorjev, trenerjev - torej vseh drugih pomembnih oseb v otrokovem oz. mladostnikovem življenju.

Nekateri mladostniki imajo težave pri reševanju svojih stisk, v nekaterih primerih tudi kljub ustreznim

**Mladostništvo je tudi obdobje, ko se število duševnih bolezni in nezdravih navad začne povečevati. Če v tem času mladostnika ne opremimo oz. ga naučimo konstruktivnega soočanja s težavami, obstaja velika verjetnost za kronifikacijo njegovih vzorcev.**

vzorom iz okolja. Velikokrat pa so stiske mladostnikov povezane tudi z družinskimi težavami. Manifestacija stisk se lahko kaže v slabšem razpoloženju mladostnika (npr. v pretirani žalosti, razdražljivosti, jezi), vedenjskih vzorcih, kot so uporništvu, delinkventno vedenje, opuščanje dejavnosti, ki so osebo prej veselile, socialna osamitev in zapiranje vase, ter vodi v težjih primerih v samopoškodovalno in samomorilno vedenje (Hawton idr. 2006; Tančič 2009; Poštuvan 2009; Kuzmanič 2009; Tomori idr. 1997).

Znake samomorilnega vedenja je včasih težko opaziti, kar velja tako za otroke in mladostnike kot za od-

rasle. Oseba lahko namreč o samomorilnem vedenju premišljuje, njeno vedenje pa se na zunaj ne spremeni toliko, da bi to vnaprej opazili. Velikokrat lahko šele retrospektivno pravilneje interpretiramo znake samomorilnega vedenja. Pomaga nam lahko, če smo pozorni na primere, ko npr. oseba:

- govori o umiranju, smrti, samopoškodovanju, morda lahko to le nakaže z izjavami, da *bo kmalu vsega rešen, bo nehal delati preglavice drugim, bo kmalu vsega konec,*
- se spremeni njegovo razpoloženje, postane bolj žalosten, umaknjen vase, razdražljiv, tesnoben, utrujen, apatičen,
- se spremeni njegovo vedenje, se ne ukvarja več z dejavnostmi, ki so ga prej veselile, razdaja stvari, ki mu veliko pomenijo ali imajo pomembno vred-

Modelno učenje pomeni, da se otrok oz. mladostnik preko vzgleda od drugih uči načinov čustvovanja, odzivanja na notranje stiske in zunanje frustracijske okoliščine.

nost, se zanima za urejanje po smrti, lahko pa se spremenijo tudi navade spanja, prehranjevanja in drugih vsakodnevnih rutin.

V teh primerih je primerno osebo vprašati, ali je njena stiska tako huda, da razmišlja o tem, da bi si kaj naredila. Takšno vprašanje ne bo spodbudilo samomorilnega vedenja, temveč bo nasprotno ponudilo priložnost, da oseba spregovori o svoji stiski.

Pri nas je sicer samomorov absolutno največ med odraslimi moškimi, ki so stari okoli 50 let, so samski, ovdo-

Velikokrat so stiske mladostnikov povezane tudi z družinskimi težavami.

veli ali ločeni, imajo nižjo izobrazbo ali nižji ekonomski status in zlorablajo alkohol. Relativno je količnik najvišji med najstarejšimi moškimi, torej tistimi, ki so stari nad 80 let.

Vseeno pa je treba nameniti posebno pozornost problemu samomorilnega vedenja med mladimi tudi zato, ker je samomor eden najpogostejših vzrokov smrti v starostni skupini 15- do 34-letnikov, v starostni skupini od 15 do 19 let pa se na lestvici vzrokov umrljivosti uvršča na drugo mesto, in sicer takoj za prometnimi nesrečami in drugimi nezgodami. V Sloveniji letno umre približno 20 mladostnikov zaradi samomora (Hawton idr. 2006; Apter in Freudenstein 2000; Tomori idr. 1997).

Namen prispevka je osvetliti dejavnosti, ki so bile za prepoznavo in ukrepanje v primeru samomorilnega vedenja mladostnikov izvedene v zadnjem desetletju v slovenskem šolskem okolju.

## Primeri intervencij v slovenskem prostoru

V okviru šolskega okolja imamo možnost različnih intervencij, katerih namen je preprečevanje depresije in samomorilnega vedenja med mladimi (Tančič, Groleger 2009). Na eni strani lahko poskušamo z intervencijami naslavljati boljše prepoznavo stisk z izobraževanjem staršev, vzgojiteljev in učiteljev, prepoznavo mladostnikov v stiski preko aplikacije presejalnih vprašalnikov ali otroke in mladostnike na drugi strani vključujemo v intervencije učenja konstruktivnih oblik izražanja stisk.

V zadnjih desetih letih je bili v Sloveniji nekaj dejavnosti, ki so naslavljale prepoznavo in ukrepanje ob stiskah, depresiji in samomorilnem vedenju mladostnikov.

## Projekt *Spregovorimo o samomoru med mladimi*

V okviru projekta *Spregovorimo o samomoru med mladimi*, ki se je začel leta 2008 (Tančič, Poštuvan 2008) in nadaljeval leta 2009 (Tančič, Poštuvan, Roškar 2009) in je potekal v sodelovanju Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Slovenskega centra za raziskovanje samomora UP IAM, sta bila izdana dva istoimenska priročnika, ki sta obravnavala temo samomorilnega vedenja med mladimi. V okviru projekta so takrat v Ljubljani in Mariboru potekali predavanja in delavnice za šolske svetovalne službe, ki so obravnavali obravnavano tematiko.

## Rezultati

Uspešnost intervencij projekta je temeljila na kratkih evalvacijskih vprašalnikih, ki so jih pred udeležbo na delavnicah in po njej izpolnjevali udeleženci. Evalvacija izobraževanja je pokazala visoko uporabno vrednost in primernost načina dela na delavnicah. Le 44 odstotkov udeležencev je predhodno že sodelovalo v kakem

izobraževanju o tej temi. Sodelujoči so prepoznali, da je šolska svetovalna služba pristojna za reševanje samomorilne problematike, in poročali, da se z mladostniki pogovarjajo o samomorilnem vedenju. V okviru šolskih svetovalnih služb načeloma zaposleni tudi poznajo vire pomoči in vedo, kam lahko otroke in mladostnike usmerijo po dodatno strokovno pomoč. Sodelujoči pa se v splošnem ne čutijo zelo kompetentni za delo s samomorilno ogroženimi mladostniki. Ravno na tem področju se je spremenilo mnenje udeležencev v okviru projekta, saj so po udeležbi na izobraževanjih poročali o nekoliko izboljšanem občutku kompetenosti (Tančič, Poštuvan, Roškar 2009).

## Projekt SEYLE – Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi

Projekt SEYLE je evropski pilotni projekt promocije zdravja in preprečevanja tveganega, nasilnega in samomorilnega vedenja med mladostniki. Zadnja leta sicer v Evropi samomorilno vedenje obravnavamo kot pomemben javnozdravstveni problem, še posebno med mladostniki, vendar na voljo ni veliko virov in znanja o ustreznosti in uspešnosti intervencij, saj večina raziskovalnih podatkov prihaja iz ZDA (Carli idr. 2013).

Leta 2009 smo v okviru Slovenskega centra za raziskovanje samomora UP IAM začeli z izvajanjem raziskovalno-intervencijskega projekta SEYLE - Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi (Saving and Empowering Young Lives in Europe), ki ga je sicer koordiniral švedski Karolinski inštitut. Projekt je od Evropske komisije podprta mednarodna iniciativa za ugotavljanje učinkovitosti različnih intervencij za preprečevanje samomorilnega vedenja v šolskem okolju, katere namen je bil (Carli idr. 2013; Wasserman idr. 2010):

1. izboljšanje zdravja mladostnikov na podlagi zniževanja stopnje tveganega in samomorilnega vedenja,
2. evalvacija rezultatov različnih preventivnih programov,
3. formulacija učinkovitih kulturno prilagojenih modelov promocije zdravja mladih v različnih evropskih državah.

V študiji so poleg nas in koordinatorice Švedske sodelovali še Avstrija, Estonija, Irska, Italija, Izrael, Madžarska, Nemčija, Romunija in Španija.

## Metoda projekta SEYLE

### Udeleženci v Sloveniji in Evropi

V Sloveniji je v projektu sodelovalo 13 (od 20 kontaktiranih) srednjih šol iz Osrednjeslovenske (9 šol), Podravske (1 šola) in Obalno-kraške (3 šole) regije. Na začetku študije je bilo vključenih 1.173 dijakov, po treh mesecih od intervencij 955 in po enem letu 853. V intervencijske dejavnosti so bili vključeni dijaki prvih in drugih letnikov srednjih šol, katerih starši so soglašali s sodelovanjem v študiji. Njihova povprečna starost je bila 15,2 let ( $SD = 0,72$ ), med katerimi je bilo 70 odstotkov deklet in 30 odstotkov fantov. V projektu je sodelovalo 377 učiteljev in drugih zaposlenih na šolah ter 12 strokovnjakov za duševno zdravje, ki so intervjuvali oz. obravnavali dijake. Intervencije smo začeli izvajati jeseni leta 2010. V celotnem evropskem vzorcu je sodelovalo 12.395 dijakov, s povprečno starostjo 14,9 let ( $SD = 0,9$ ), pri čemer je bilo udeležencev po treh mesecih 87,3 odstotka, po enem letu pa 79,4 odstotka. Izbrani vzorec je bil po večini reprezentativen za sodelujoče države, pri čemer se je v študijo vključilo 168 šol, njihova odzivnost pa je bila 67,8 odstotka (Carli idr. 2013; Wasserman idr. 2015).

### Postopek

V sodelujočih državah so bile na naključno izbranih primerljivih šolah izvedene tri različne intervencije, ki so bile primerjane z aktivno kontrolno skupino. To pomeni, da smo v študiji imeli vključene štiri skupine intervencij (Wasserman idr. 2010; Wasserman idr. 2015).

1. Intervencije za ozaveščanje učiteljev in šolskega osebja. Učitelji in drugi zaposleni na šoli imajo

**Sodelujoči so prepoznali, da je šolska svetovalna služba pristojna za reševanje samomorilne problematike, in poročali, da se z mladostniki pogovarjajo o samomorilnem vedenju.**

možnost prepoznavati znake težav v duševnem zdravju ter napotiti posameznike v tiski v obravnavo. Izobraževanje je potekalo po programu QPR (Question, Persuade and Refer oz. vprašaj, prepričaj in napoti) avtorja P. Quineta. Učitelji in šolsko osebje so se naučili ukrepanja v primeru samomorilnega vedenja mladostnikov.

2. Intervencije neposrednega ozaveščanja mladostnikov (z izvornim naslovom Youth Aware of Mental Health) avtorjev C. Wassermana, C. Howena in D. Wassermana o duševnem zdravju ter zdravih in nezdravih vedenjskih vzorcih. Intervencija je >

potekala v obliki interaktivnih delavnic, v katerih so dijaki preko teorije (predavanje, plakati in knjižica o duševnem zdravju) in prakse (igre vlog, reševanje problemov) spoznavali vsebine za krepitev duševnega zdravja. Program informira dijake o možnostih strokovne pomoči in spodbuja podporo med vrstniki.

3. Intervencije presejanja in prepoznavanja mladostnikov s povečanim tveganjem za težave v duševnem zdravju ali drugih nevarnih vedenjih (R. Brunner). Pri dijakih smo na podlagi vprašalnikov prepoznali tiste s povišano stopnjo simptomov depresije ali anksioznosti, samomorilnimi težnjami in dijakih, ki izkazujejo tvegano vedenje (npr. zloraba tobaka, alkohola ali prepovedanih drog, samopoškodovanje, tvegano prehranjevalno vedenje, tvegana spolnost), nato smo na podlagi kliničnega intervjuja ocenili tveganje za težave v duševnem zdravju in jih po potrebi napotili k strokovnjaku.
4. Aktivno kontrolno skupino so sestavljali dijaki, ki so prejeli brošuro z glavnimi informacijami o duševnem zdravju, hkrati so bili na njihovih šolah štiri tedne razobešeni plakati o temah s področja duševnega zdravja.

Zavoljo natančne evalvacije uspešnosti intervencij smo na posamezni šoli izvajali izključno eno vrsto intervencij. Ne glede na vrsto intervencij smo mladostnike s prepoznanim tveganjem za samomorilno vedenje

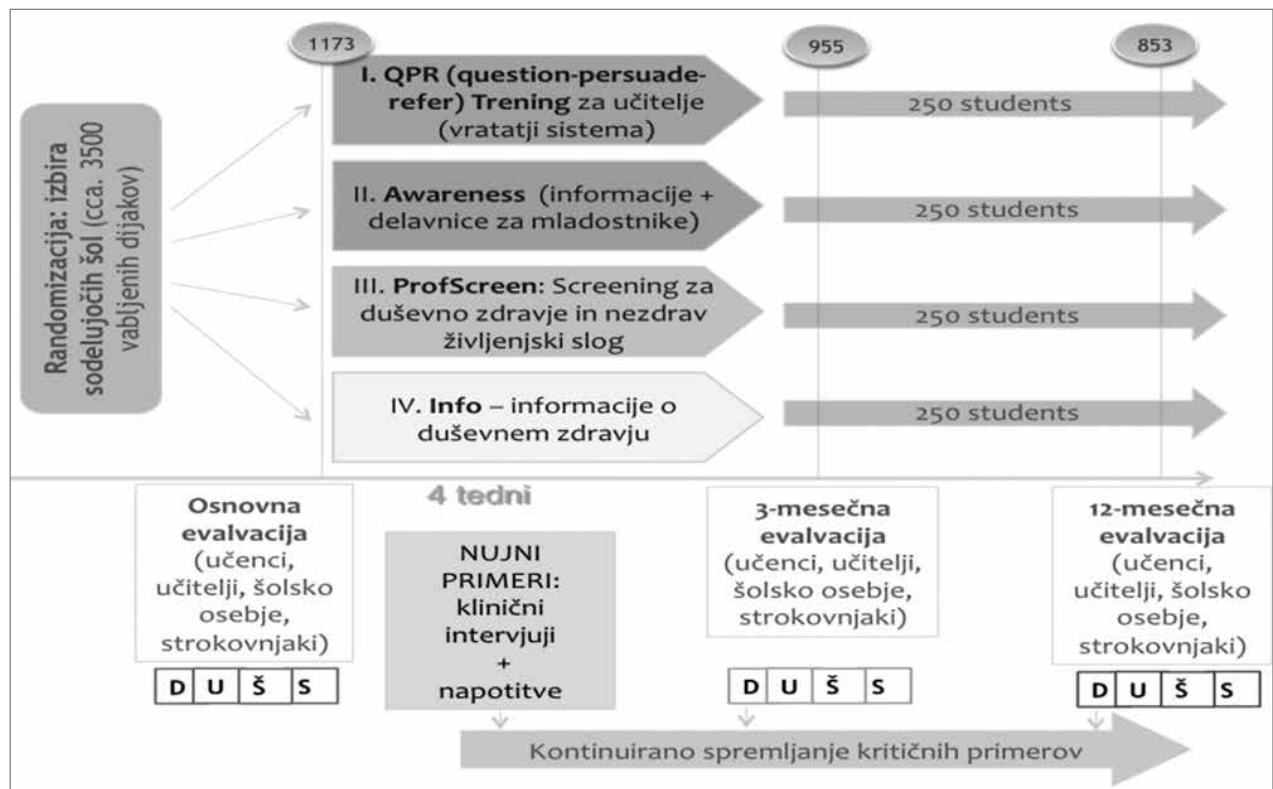
še posebej obravnavali, jim zagotovili psihološko podporo in dolgotrajno spremljanje v času pol leta po intervencijah. Evalvacijske vprašalnike smo med udeleženci aplicirali pred izvedbo intervencij, tri mesece po tem ter leto dni po prvem testiranju (slika 1) (Wasserman idr. 2010).

Dejavnosti so brezplačno potekale v času pouka, kar pomeni, da za sodelovanje dijakom (in/ali staršem) ni bilo treba investirati dodatnega časa, poti ali drugih virov.

### Inštrumenti

V študiji smo uporabili baterijo vprašalnikov, ki naslavlja pri dijakih aspekte duševnega zdravja oz. njihov življenjski slog, in sicer depresijo, anksioznost, samomorilno vedenje, nesamomorilne samopoškodbe, prehranjevalno vedenje, tvegana vedenja in zlorabo substanc (tobak, alkohol, prepovedane droge), izpostavljenost medijem, socialne odnose, ustrahovanje in prisotnost v šoli oz. neopravičeno izostajanje od pouka (Wasserman idr. 2010).

Učitelji in šolsko osebje so pred intervencijami in po njih v vprašalnikih odgovarjali na vprašanja o njihovem občutku psihološkega blagostanja, merili smo tudi njihova mnenja in znanja o duševnem zdravju ter druge dejavnike, ki bi potencialno lahko vplivali na regiranje ob otroku in mladostniku v stiski v okviru šol-



skega okolja, kot je npr. politika šole. Pri strokovnjakih smo preverjali njihova stališča in rezultate obravnavanih mladostnikov (Wasserman idr. 2010).

## Rezultati projekta SEYLE

Za sodelovanje v projektu je bil med dijaki odziv 39,6-odstoten; 45 mladostnikov smo v začetnem testiranju identificirali kot nujne primere, od tega se jih je nekaj manj kot polovica (47 %) udeležilo naših intervencij (klinični intervju, dolgoročno spremljanje), nekateri so že prejeli pomoč na področju duševnega zdravja, druge smo napotili na nadaljnjo pomoč (Wasserman idr. 2015).

V okviru primerjave indikatorjev duševnega zdravja in samomorilnega vedenja mladostnikov pred intervencijami ter tri in dvanajst mesecev po njihovi izvedbi smo ugotovili, da se je duševno zdravje izboljšalo v vseh vključenih skupinah, torej tudi v kontrolni. Tak rezultat po svoje preseleti, saj tega pri kontrolni skupini nismo predvidevali. S podrobno kvalitativno študijo smo kasneje ugotavljali, da je na številne dijake imelo pozitiven vpliv že samo izpolnjevanje vprašalnikov. Baterija vprašalnikov je bila obsežna in v vprašalnikih smo dijake spraševali o psihološkem počutju, njihovih navadah in družinskem življenju. Zdi se, da je to spodbudilo njihovo refleksijo o sebi, kar hkrati tudi sovпада z značilnostmi mladostniškega obdobja, ko je iskanje lastne identitete in avtonomije osrednja razvojna naloga. Hkrati pa predvidevamo, da so vprašalniki spodbudili tudi komunikacijo in reflektiranje o izpolnjevanju vprašalnikov med vrstniki (torej najverjetneje sošolci, ki so tudi sodelovali v tej intervenciji) in tudi s starši. Po neposrednih informacijah smo namreč od sodelujočih dijakov in staršev izvedeli, da so pod vtisom izpolnjevanja vprašalnikov dijaki v domačem okolju naslovili vsebine, o katerih so prej redko spregovorili (npr. samopoškodovno vedenje, depresivni simptomi, ustrahovanje). Sklepamo lahko torej, da so tudi vprašalniki pomenili pomembno intervencijsko orodje v šolskem okolju (Wasserman idr. 2015).

V primerjavi intervencijskih skupin s kontrolno smo kasneje ugotavljali učinkovitost posameznih pristopov. Izobraževanje učiteljev in šolskega osebja s pristopom QPR ni vplivalo na incidenco poskusov samomora, samomorilnih misli ali načrtov, pa tudi ne na incidenco

in prevalenco depresije. Torej do večjih sprememb v izboljšanju duševnega zdravja mladostnikov na podlagi te intervencije ni prišlo. Rezultate je mogoče razložiti z omejeno možnostjo učiteljev za prepoznavo samomorilnega vedenja, saj so znaki tega pogosto skriti. Poleg tega je vzgojna vloga učiteljev, ki smo jo z intervencijami naslavljali (predvsem v srednjih šolah), pogosto pod vplivom izobraževalnih ciljev, storilnostne naravnosti in sledenja šolskemu kurikulumu. Samomorilno vedenje je mogoče prepoznati le z večjim vlaganjem v vzgojni vidik učiteljeve vloge, in sicer z njegovo dolgotrajnejšo pozornostjo na spremembe vedenja mladostnika in vzpostavljenim dobrim odnosom med učitelji in dijaki. Hkrati smo ugotovili tudi, da na pripravljenost učiteljev za pomoč dijaku v stiski najbolj pomembno vpliva, kako zadovoljni so učitelji z razmerami v službi in kako dobro se sami psihično počutijo: boljše ko je vzdušje v šoli in boljše ko se sami počutijo učitelji, prej bodo pomagali mladostniku v stiski (Sisask idr. 2014; Wasserman idr. 2015).

Ne glede na vrsto intervencij smo mladostnike s prepoznanim tveganjem za samomorilno vedenje še posebej obravnavali, jim zagotovili psihološko podporo in dolgotrajno spremljanje v času pol leta po intervencijah.

Predvidevamo, da so vprašalniki spodbudili tudi komunikacijo in reflektiranje o izpolnjevanju vprašalnikov med vrstniki in tudi s starši.

Intervencije presejanja so pokazale, da je 12,4 odstotka mladostnikov v celotnem evropskem vzorcu potrebovalo napotitev po pomoč, čeprav jih kar 51,3 odstotka od teh ni želelo priti na klinični intervju. Razlog za to je bil največkrat v dodatnih naporih za tak pogovor, npr. če je bil kraj opravljanja intervjuja oddaljen od šole ali kraja bivanja, če so bile neugodne ure intervjuja itd., je bila udeležba slabša. Mlajši in tisti z

bolj resnimi težavami so pogosteje prišli na pogovor. Kljub natančni prepoznavi mladostnikov v stiski tudi ta intervencija ni pokazala sprememb v incidenci poskusov samomora, samomorilnih misli ali načrtov in incidenci depresije, je pa vplivala na znižanje prevalence depresije (Kaes idr. 2014; Cotter idr. 2015; Wasserman idr. 2015).

Spodbudnejše rezultate so pokazale delavnice za mladostnike. Pri teh smo ugotovili, da se je v primerjavi s kontrolno skupino incidenca poskusov samomora, samomorilnih misli in načrtov znižala, prav tako se je znižala incidenca depresije, medtem ko se ni spre-

menila prevalenca depresije. Samomorilno vedenje je upadlo za več kot 50 odstotkov, kar je več od primerljivih drugih programov, ki v okviru šolskega okolja naslavljajo javnozdravstvene probleme (npr. kajenje je v nekaterih študijah upadlo za 14 odstotkov, ustrahovanje v približno 20 odstotkih). Natančnejše analize so pokazale, da je zato, da uspešno preprečimo en primer samomorilnega vedenja med mladostniki, v program ozaveščanja treba vključiti 77 dijakov. Uspešnost tega pristopa lahko razumemo kot potrditev, da so neposredne izkušnje učenja novih, konstruktivnejših vzorcev pomembne za mladostnike in da modelno učenje izražanja svojih misli in čustev ter njihovo preizkušanje v varnem okolju lahko pomembno vplivata na zmanjšanje samomorilnega vedenja mladostnikov (Wasserman idr. 2012; Wasserman idr. 2015).

## A (se) štekaš?!? – integrirani pristop krepitve duševnega zdravja in primarne preventive samomorilnega vedenja za mladostnike

Na podlagi izkušenj in rezultatov zgornjih pristopov smo z željo po kontinuiranem delu na tem področju na Slovenskem centru za raziskovanje samomora UP IAM zasnovali integriran pristop krepitve duševnega zdravja in primarne preventive samomorilnega vedenja za otroke in mladostnike in ga poimenovali projekt A (se) štekaš?!?.

V projektu se tako v osnovnih kot srednjih šolah po Sloveniji osredinjamo na neposredno delo z mladimi, pri čemer poleg delavnic ozaveščanja, ki temeljijo na izkušnjah projekta SEYLE, izvajamo tudi natečaj za spodbujanje mladostnikov k razmišljanju o duševnem zdravju na kreativen način. Prav tako se v projektu ukvarjamo z izobraževanjem in ozaveščanjem ključnih odraslih, torej izvajamo delavnice oz. predavanja za učitelje, šolske svetovalne delavce, izvajalce zunanjih organiziranih prostočasnih dejavnosti za mladostnike in starše, poudarjamo pa tudi pomen šole kot sistema. Projekt ponuja tudi informativna gradiva v obliki zloženek s ključnimi informacijami o temah s področij duševnega zdravja, samomorilnega vedenja in

pomoči, vizitk z viri pomoči in člankov z razširjenimi vsebinami o obravnavanih temah, ki so dostopne v fizični obliki in na spletni strani Živ? Živ!.

## Rezultati projekta A (se) štekaš?!?

Od prve izvedbe v šolskem letu 2011/12 je v dejavnostih projekta sodelovalo več kot 400 učencev oz. dijakov, 270 učiteljev in drugih strokovnih delavcev ter 310 staršev (Zadravec Šedivy idr. 2017).

Evalvacija delavnic za otroke in mladostnike je z vidika sprememb v kazalnikih duševnega zdravja pokazala, da se je psihično blagostanje po izvedenih intervencijah pri udeleženi izboljšalo, medtem ko so se znaki depresivnosti in samomorilnih težav zmanjšali. Na podlagi tega sklepamo, da so delavnice pomemben doprinos za ustreznejše spoprijemanje s težavami in prinašajo pozitivne učinke na področju krepitve duševnega zdravja za mladostnike. Naše izkušnje kažejo tudi, da so vratarji sistema žal še vedno razmeroma slabo informirani o obravnavani tematiki, zato skušamo s širšim vključevanjem ključnih odraslih oseb v projekt prispevati k celostni podpori mladostnikov v stiski (Zadravec Šedivy idr. 2017).

## Sklep

Primeri delovanja projektov preprečevanja samomorilnega vedenja v okviru šolskega sistema konsistentno kažejo na pozitivno sprejetost in uporabno vrednost takšnih programov. Potrebe po takšnih programih niso prepoznane le v okviru šolskih svetovalnih služb, temveč tudi pri drugih učiteljih, šolskem osebju in starših. Glede na občutljivost tematike je ključno zagotavljanje sistematičnosti in kontinuitete takšnih programov, saj omogočajo šolskemu sistemu njihovo poznavanje, vpeljevanje v vsakdanjo prakso in optimalno uporabo. Poleg vseh naštetih intervencij, ki se nanašajo na šolsko okolje, je v zadnjem desetletju na voljo tudi večje število drugih iniciativ za preprečevanje samomorilnega vedenja med različnimi starostnimi skupinami.<sup>1</sup> Vse to - skupaj z globalnimi spremembami in trendi - je verjetno razlog, da količnik samomora tudi pri nas kaže trend upadanja. <

## Viri in literatura

1. Apter, A. in Freudenstein, O. (2000). Adolescent Suicidal Behaviour: Psychiatric Populations. V: Hawton in van Heeringen (ur.), *The International Handbook of Suicide and Attempted suicide*, 261-274. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
2. Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W. idr. (2013). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*.
3. Carli V, Wasserman C., Wasserman D., Sarchiapone M, Apter A, Balazs J. et al. (2013). The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*, 13: 479.
4. Cotter, P., Poštuvan, V. idr. (2015). Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
5. Hawton, K., Rodham, K. in Evans, E. (2006). *By their own young hand*. London: Jessica Kinsley Publishers.
6. Kaess, M., Podlogar, T., Poštuvan, V. idr. (2014). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European child & adolescent psychiatry*, let. 7, št. 23, str. 611-620.
7. Kuzmanič, M. (2009). Mladi o samomoru in iskanju pomoči [Young people about suicide and seeking help]. V: Tančič, A., Poštuvan, V., Roškar, S. (ur.), *Spregovorimo o samomoru med mladimi [Let's talk about suicide among youth]*. Ljubljana: IVZ: 65-71.
8. Poštuvan, V. (2009). Iskanje pomoči pri mladostnikih [Seeking help in adolescents]. V: Tančič, A., Poštuvan, V., Roškar, S. (ur.), *Spregovorimo o samomoru med mladimi [Let's talk about suicide among youth]*. Ljubljana: IVZ: 53-64.
9. Sisask, M., Varnik, P., Varnik, A., Apter, A., Balazs, J., Balint, M. idr. (2013). Teacher satisfaction with school and psychological well-being affects their readiness to help children with mental health problems. *Health Education Journal*.
10. Tančič, A., Poštuvan, V. in Roškar, S. (2009). Projekt SoS - Spregovorimo o samomoru. Evalvacijsko poročilo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
11. Tančič, A., Groleger, U. (2009). Preventiva samomorilnega vedenja pri mladih - kaj lahko storimo v šolah? [Prevention of suicidal behaviour among adolescents - what can we do in schools?]. V: Tančič, A., Poštuvan, V., Roškar, S. (ur.), *Spregovorimo o samomoru med mladimi [Let's talk about suicide among youth]*. Ljubljana: IVZ: 53-64.
12. Tančič, A. (2009). Tako mlad, pa že samomorilen [So young, but already suicidal]. V: Tančič, A., Poštuvan, V., Roškar, S. (ur.), *Spregovorimo o samomoru med mladimi [Let's talk about suicide among youth]*. Ljubljana: IVZ: 33-52.
13. Tomori, M., Rus Makovec, M., Stergar, E. (1997). Suicidalna ideacija pri slovenskih srednješolcih [Suicidal ideation among Slovenian high school students]. *Psihološka obzorja [Horizons of Psychology]* 6(3): 15-33.
14. Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi, S. idr. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12: 667.
15. Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J. idr. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*; 10(192): 192.
16. Wasserman, D., Poštuvan, V. idr. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*.
17. Zadavec Šedivy, N., Žiberna, J., Podlogar, T., Mars Bitenc, U. in Poštuvan, V. (2017). A (se) štekaš?!? - integrirani pristop krepitev duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnega vedenja mladostnikov. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
18. Zupančič, M. (2004). Opredelitev razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V: Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (ur.), *Razvojna psihologija*, str. 511-524. Ljubljana: Rokus.

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Ko hrana ni več »hrana« – kako preprečujemo in zdravimo motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih

ANDREJA MODRIN ŠVAB, Društvo MUZA,  
Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA  
andrejamodrin@gmail.com

---

● **Povzetek:** Motnje hranjenja so takoj za depresijo in različnimi zasvojenostmi postale tretja najpogostejša kronična bolezen mladih deklet, pojavljajo pa se tudi pri mladih fantih. Članek skuša prikazati razsežnost motenj hranjenja v sodobnem času, s poudarkom na otrocih in mladih. Zaskrbljujoče je, da se motnje hranjenja selijo v vse nižje starostne skupine osnovnošolskega obdobja. Izhajala bom iz izkušenj ob delu z mladimi v zadnjih dvajsetih letih. V članku bomo opredelili razliko med terminoma motnje prehranjevanja in motnje hranjenja, saj se še vedno pogosto zamenjujeta. Po opisu prvih znakov motenj hranjenja bomo osvetlili novo sliko motenj hranjenja in prehranjevanja. Na podlagi novega Diagnostičnega in statističnega priročnika za duševne motnje DSM V (2013) so poleg anoreksije in bulimije nervoze postale končno opredeljene z diagnostičnimi merili tudi druge vrste motenj, kot so kompulzivno prenažanje ter tri motnje, ki običajno vzniknejo v otroštvu. Pod kategorijo drugih oblik pa so opisane še atipične oblike, očiščevalna motnja, nočno hranjenje, sem spadata tudi dve novi, vedno bolj pogosti obliki za sodobni čas, bigoreksija in ortoreksija. Sklenili bomo s poglavjem o pomenu zgodnjega odkrivanja in zdravljenja pri mladih.



**Ključne besede:** motnje hranjenja, motnje prehranjevanja, prvi znaki, nove oblike, zgodnje odkrivanje, vloga staršev.

## When Food Stops Being “Food” – How to Prevent and Treat Eating Disorders in Children and Adolescents

● **Abstract:** Eating disorders have become the third most common chronic disease of young girls, preceded only by depression and various addictions; they also manifest in young boys. This article tries to show the magnitude of eating disorders in present times, focusing on children and young people. It is alarming that eating disorders are spreading to increasingly lower age groups in the primary school period. This article is based on my experiences of working with young people over the past twenty years. It will explain the difference between the terms ‘feeding disorders’ and ‘eating disorders’, because the two are still often confused. Following a description of the first symptoms of eating disorders it will shed new light on eating and feeding disorders. Based on the new Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (2013), disorders other than anorexia and bulimia nervosa have finally been defined using diagnostic criteria, e.g. compulsive overeating and three disorders that usually emerge in childhood. Atypical forms are described under the category of other types, such as the purging disorder and night eating syndrome; it also includes two new types, which are becoming more and more common today, namely bigorexia and orthorexia. It concludes with a chapter on the importance of early detection and treatment in young people.

**Keywords:** eating disorders, feeding disorders, first symptoms, new types, early detection, role of parents.

### Pojavnost motenj hranjenja pri mladih

Motnje hranjenja veljajo za tretjo najpogostejšo kronično bolezen deklet v adolescenci. Glede na to dejstvo se zdi še kako pomembno, da se kot svetovalnica povezujemo s šolskim sistemom in svetovalnimi službami, saj je prav šola tisti prostor, kjer mladi preživijo večino svojega časa. Motnjo hranjenja pogosto najprej prepoznajo učitelj, razrednik ali sošolci, včasih pa se učenec sam obrne po pomoč v svetovalno službo ali se zauka tistemu učitelju, pri katerem čuti zaupen odnos. Včasih svojo težavo učenci opišejo tudi v šolskem eseju pri slovenščini, kar je poziv učitelju, da se prvi pogovori z učencem tudi osebno.

**Družbeni vplivi, ki spodbujajo preoblikovanje lastnega telesnega videza in telesa v skladu s predpisanim idealom, so danes izredno močni, najbolj dovzetni zanje pa so ravno otroci in mladi.** So namreč v obdobju razvojnega preoblikovanja lastnih teles iz otrok v odrasle in večina je že zaradi tega naravnega procesa povsem zmedena ter pogosto nezadovoljna s spremembami. Če dodamo še družbene zahteve po vitkosti in mišičastem telesu, lahko razumemo podatek iz raziskav, da

je vedno več mladih nezadovoljnih s svojim telesnim videzom. Znižanje telesne samopodobe pri najstnikih pa lahko pomeni sprožilec za začetek motnje hranjenja.

Piper (1995), klinična psihologinja, v svoji znani knjigi *Oživiljena Ophelia - kako rešiti osebnosti najstnic* opisuje, zakaj je vedno več ameriških najstnic nagnjenih k razvoju depresije, motenj hranjenja ali zasvojenosti.

### Družbeni vplivi, ki spodbujajo preoblikovanje lastnega telesnega videza in telesa v skladu s predpisanim idealom, so danes izredno močni, najbolj dovzetni zanje pa so ravno otroci in mladi.

sti. Ugotavlja, da v družbi, ki je obsedena z videzom in mediji, kljub prednostim, ki jih je prinesel feminizem, prevladujeta seksizem in nasilje do deklic - od podcenjevanja njihove inteligentnosti do seksualnega poniževanja v osnovni šoli -, ki pripeljeta do tega, da deklice omejujejo svoj kreativni duh in naravne impulze. Vse to negativno vpliva na njihovo samovrednotenje.

Družbena obsedenost s telesnim videzom je povzročila pojav mnogih čudežnih diet, liposukcije, implantantov in drugih načinov polepševanja lastnega telesa, v čemer avtorica vidi zanikanje globljih potreb po lju- >

bezni in sprejetosti. Za tovrstne družbene pritiske pa so žal najbolj občutljivi prav otroci in mladostniki, kar povzroči znižanje samovrednotenja (Mayo 1992).

**Motnje hranjenja v zadnjih štirih desetletjih v zahodnem svetu naraščajo, poleg tega pa se je slika motenj hranjenja v zadnjih dvajsetih letih zelo spremenila.** V novem Diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje (DSM V 2013) ameriške psihiatrične zveze se je pojavil cel nabor novih oblik motenj hranjenja, medtem ko smo v predzadnji verziji priročnika iz leta 1994 lahko brali le o anoreksiji in bulimiji kot jas-

ni. leta dalje v zadnjih petih letih, odkar smo zaposlili tudi moškega terapevta, odprli dežurni telefon za moške in fante ob sredah od 11. do 13. ure ter začeli z večjim osveščanjem tudi v medijih.

**Anoreksija in bulimija se po navadi začneta v adolescenci,** najzgodnejše začetke anoreksije smo opazili pri osmih letih. Anoreksija se začne običajno prej, na prehodu iz otroštva v adolescenco. Običajno vznikne v višjih razredih osnovne šole, od 6. do 9. razreda. Bulimija ima nekoliko kasnejši začetek, običajno vznikne v srednji šoli, lahko pa tudi kasneje v času študija. Prisilno prenažanje pa zasledimo že v otroštvu, pri t. i. otrocih z občutno povečano telesno težo za svojo starost, sicer pa je to motnja, ki lahko vznikne kadar koli in je pri obeh spolih enako pogosta.

Pri deklicah v adolescenci se anoreksija pojavlja približno v 0,5 odstotka,

bulimija v 1-2 odstotkih, druge, neopredeljene oblike pa v 2-4 odstotkih (Anderluh 2011). Deleži pa so višji, ko zajamemo vso populacijo.

**Motnje hranjenja med mladimi dosegajo vrh pojavnosti okoli 16. leta starosti** (Anderluh 2011). Po navadi se tako v polnosti razmahnejo ob prehodu v srednješolsko obdobje ter vztrajajo ves čas srednješolskega izobraževanja. Če se mladi s temi motnjami v tem obdobju ne zdravijo ustrezno in celostno, pa se nadaljujejo tudi v obdobju univerzitetnega izobraževanja, in potreba po strokovni pomoči tako postane jasno prisotna šele nekaj let po

samem vzniku motnje hranjenja. Čarapić (2011) navaja, da najpogosteje zajamejo čas, ko se posameznik izobražuje, oziroma starostno skupino od 15. do 25. leta. Naše letne evalvacije vedno znova pokažejo, da so osebe, ki razvijejo motnjo hranjenja, v 95 odstotkih primerov (bile) vključene v gimnazijske programe šolanja ter da se v povprečju odločijo za redno strokovno pomoč žal šele po 3-4 letih trajanja motnje.

V Svetovalnico MUZA je še vedno vključenih **največ oseb, ki študirajo** (od 19. do 24. leta starosti), z leti pa narašča vključenost mlajših, starih 18 let ali manj, ki se nahajajo sredi srednješolskega izobraževanja. V zadnjih letih smo imeli prvič v terapevtske skupine vključene predvsem srednješolke z anoreksijo ali bulimijo, česar pred desetimi leti nismo zasledili. Velik odziv srednješolcev in njihovih staršev ter tudi napotitev iz

**V družbi, ki je obsedena z videzom in mediji, kljub prednostim, ki jih je prinesel feminizem, prevladujeta seksizem in nasilje do deklic – od podcenjevanja njihove inteligentnosti do seksualnega poniževanja v osnovni šoli –, ki pripeljeta do tega, da deklice omejijo svoj kreativni duh in naravne impulze.**

no opredeljenih motnjah hranjenja. Med mladimi poleg anoreksije in bulimije lahko zasledimo tudi druge oblike, kot so bigoreksija, nočno hranjenje, kompulzivno prenažanje itd.

**Večina epidemioloških študij, izvedenih v različnih državah, kaže, da so motnje hranjenja približno desetkrat pogostejše pri ženskah** kot pri moških ter da ima katero koli obliko motnje hranjenja v toku življe-

**Med mladimi poleg anoreksije in bulimije lahko zasledimo tudi druge oblike, kot so bigoreksija, nočno hranjenje, kompulzivno prenažanje itd.**

nja približno 2-5 odstotkov prebivalstva (Hafner 2011). Vendar pa v preglednem članku O moških in motnjah hranjenja Karin Serbec in Barbara Šegula (2015) poudarjata, da nikakor ne velja, da so motnje hranjenja bolezen žensk. Prav zaradi tega stereotipa so bile do nedavnega motnje hranjenja pri moških premalo raziskane v znanstvenoraziskovalnih krogih, moški z motnjo hranjenja pa so bili izredno zastopani tudi v diagnostiki in zdravljenju.

Harvardska študija, ki jo navajata avtorici, je pokazala, da naj bi obolevnost moških v zadnjih letih narasla z 10 na 25 odstotkov vseh oseb z motnjami hranjenja (Hudson 2007). Tudi sami dodajata, da se v zadnjih letih soočamo z vedno večjim številom moških in fantov, pri katerih odkrivamo motnje hranjenja. V Svetovalnici MUZA opažamo porast moške populacije od

drugih strokovnih služb pripisujemo tudi večji osveščenosti o nujnosti pravočasne strokovne pomoči ter boljši prognozi okrevanja pri motnjah hranjenja, če jih obravnavamo v prvem letu po vzniku.

Strokovnjaki, ki se ukvarjamo z motnjami hranjenja, opazamo tudi **zniževanje starostne meje ob nastanku motnje hranjenja**. V zadnjih dveh letih se v svetovalnici soočamo s porastom osnovnošolske populacije (mlajši od 15 let), pri čemer opazamo predvsem pogoste vznike anoreksije od 6. do 9. razreda osnovne šole. V teh primerih najpogosteje pridejo na prvi pogovor starši z otrokom, ki je v zadnjem letu izgubil več kot deset kilogramov, kar je za to starost zelo veliko, zato jih moramo pogosto usmeriti na Pediatrično kliniko v Ljubljani, kjer otroku med hospitalizacijo pomagajo najprej urediti telesno težo. Terapevtska obravnava je mogoča kasneje, če motnja hranjenja še vedno vztraja, ko je povrnjeno telesno ravnovesje in ni več ogroženo zdravje otroka.

## Razlikovanje motenj hranjenja od motenj prehranjevanja

Včasih težko ločimo, ali je določeno prehransko vedenje in odnos do svojega telesa in sebe že pridobilo pomen motnje hranjenja, ki velja za resno duševno motnjo. Ugotovitev je še toliko težja, ker se v sodobni družbi ceni zdravo prehranjevanje in življenje ter ker osebe svojo težavo in čustveno stisko običajno želijo skriti pred očmi drugih ljudi, saj jih je sram, da ne zmorejo z lastno voljo urediti težave in ponovno pridobiti nadzora nad svojim hranjenjem, telesom (največkrat telesno težo) in svojimi čutenji. Vendar vzpostavitve nadzora ni rešitev za ureditev motnje hranjenja, temveč je v osrčju dinamike motnje hranjenja, ki poganja njeno kolesje. Predstavljajmo si, kako zelo potreba po nadzoru zavira odprtost do čutenj in prepoznave potreb v sedanjem trenutku. Preprečuje stik z novim in nepredvidljivim v odnosih z okoljem, drugimi in sabo. Kadar osredinjenost na prehranjevanje, svoje telo (kilograme, izgled) in gibanje preseže zdrav življenjski slog in pridobi druge pomene, npr. izogibanje neprijetnim in bolečim čutenjem, kot so tesnoba, ničvrednost ali neopaženost, izražanju jeze, prebolevanju in prehodu v novo življenjsko obdobje, kadar pomeni zapolnitev praznine zaradi pomanjkanja ljubezni in sprejetosti ali doživljanja izgube smisla, takrat govorimo o nastanku motnje hranjenja kot duševne motnje.

v novo življenjsko obdobje, kadar pomeni zapolnitev praznine zaradi pomanjkanja ljubezni in sprejetosti ali doživljanja izgube smisla, takrat govorimo o nastanku motnje hranjenja kot duševne motnje.

### Motnje hranjenja

Jasno mejo med motnjami prehranjevanja in hranjenja je pogosto težko potegniti oziroma je težko reči, ali je neko vedenje (in čutenje) že moteno, neustrezno. Ser nec (2011) poudarja, da med funkcionalnim (ustreznim) in patološkim (neustreznim, motenim, bolezenskim) hranjenjem obstaja kontinuum, znotraj katerega je območje, v katerem težko opredelimo, kaj je že motnja in kaj še ni. Za določanje uporabljamo štiri merila: statistično, subjektivno, merilo socialnih norm in merilo, temelječe na psiholoških teorijah. Od navedenih v Svetovalnici MUZA ob sprejemu najprej upoštevamo drugo merilo, merilo subjektivnega neugodja, ki izhaja iz posameznikovega prepoznavanja in priznavanja lastne težave, kasneje pa si pomagamo tudi s priročnikom DSM V in psihološkimi teorijami.

Kadar spremenjena in neobičajna prehranska vedenja ter odnos do telesa postanejo odraz čustvenih težav osebe, pravimo, da je oseba razvila **motnjo hranjenja, ki velja za duševno oziroma čustveno motnjo**. Motnje hranjenja se navzven kažejo v spremenjenem odnosu do hrane, hranjenja, gibanja in telesa, navznoter pa

Kadar osredinjenost na prehranjevanje, svoje telo (kilograme, izgled) in gibanje preseže zdrav življenjski slog in pridobi druge pomene, npr. izogibanje neprijetnim in bolečim čutenjem, kot so tesnoba, ničvrednost ali neopaženost, izražanju jeze, prebolevanju in prehodu v novo življenjsko obdobje, kadar pomeni zapolnitev praznine zaradi pomanjkanja ljubezni in sprejetosti ali doživljanja izgube smisla, takrat govorimo o nastanku motnje hranjenja kot duševne motnje.

gre za doživljanje hude stiske. Motnje hranjenja tako govorijo o **čustveni in duševni** vznemirjenosti, nesprijemanju sebe in svojega telesa, o nizkem samospoštovanju in samopodobi. Oseba vzpostavi močno čustveno vez s hrano, ki nemalokrat nadomešča odnos s pomembno osebo iz življenja.

Motnje hranjenja so tudi **način samopomoči** ob doživljanju hude notranje stiske, ko oseba zase ne zmore ali >

ne zna poskrbeti na drug način, pri čemer ima trpljenje osebe številne in pri vsaki osebi različne vzroke in sprožilce. Ne smemo spregledati, da je motnja hranjenja lahko nemalokrat tudi posredni **klic na pomoč** in v nekaterih primerih lahko prepreči dejanje samomora, zato moramo ta klic vzeti resno in ne kot »mladostnikovo modno muho«.

## Motnje prehranjevanja

Poglejmo še **motnje prehranjevanja**, ki so lahko sprožilec za resno duševno motnjo, vendar ni nujno, da se v motnjo hranjenja dejansko tudi razvijejo. Vsak izmed nas je že kdaj v življenju porušil stik z lastnim telesom zaradi neustreznih prehranjevalnih vedenj, bodisi da je imel stresno obdobje v šoli ali službi in je porušil ritem obrokov, izpuščal kuhana kosila ali jedel pretežno suho hrano, kot so sendviči, ali pretežno hrano iz ogljikovih hidratov, ki nam da hitro energijo. Večina oseb je bila že kdaj na dieti, in bolj drastična ter

- neredna prebava, slabokrvnost, izčrpanost, razdražljivost in
- izguba zmožnosti prepoznave fizične lakote in sitosti.

Ob tem želim poudariti, da so izmed zgoraj naštetega najbolj nevarne **nizkokalorične enostranske diete za hitro izgubo telesne teže, ki so tudi sprožilec za nastanek motnje hranjenja številka ena**, če pri osebi obstajajo še drugi dejavniki tveganja (družinski, socialno-kulturni ter osebno-genetski). V okviru preventivnih delavnic za osnovnošolce izvajamo pomembno osveščanje o negativnih stranskih učinkih diet. Hafner (2011) predstavlja raziskavo HBSC (Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju) za obdobje 2001-2006, v kateri so se slovenski osnovnošolci od 11. do 15. leta med okoli 40 evropskimi državami uvrstili na prva tri mesta glede nezadovoljstva z lastno telesno težo. Zaskrbljujoč je podatek, da se kar 54 odstotkov 15-letnic počuti predebele, kar je vzrok za številne diete. V času ankete je bilo kar 22 odstotkov teh deklic na dieti.

## Oseba vzpostavi močno čustveno vez s hrano, ki nemalokrat nadomešča odnos s pomembno osebo iz življenja.

enostranska ko je ta bila, bolj smo porušili stik s telesnim občutkom lakote oziroma sitosti. Majerle (2014) poudarja, da se v navalu lakote, ko je ta že tako močna, da jo je težko preslišati, želimo nasititi čim hitreje, in takrat pogosto posežemo po prigrizkih (sendviči, čokolada ipd.). Torej kot vidimo, tudi pogosti prigrizki spadajo med motnje prehranjevanja, ko jemo iz nuje, iz občutka, da nam nekaj manjka, oziroma iz strahu, da ne bomo imeli časa za kuhan obrok, in ne iz telesnega

poudariti pomen uravnoveženega hranjenja v obliki več (4-6) manjših obrokov dnevno, razporejenih približno na tri ure. Ugotovitve kažejo, da veliko osnovnošolcev sploh ne zajtrkuje pred odhodom v šolo, pogosto poročajo o jutranji slabosti (ki je lahko odziv na jutranjo lakoto, ki je ne zaznavajo več), nekaj učencev v razredu užije zgolj dva obroka dnevno in prav pri teh je po navadi že opazno prekomerno povečanje telesne teže, več učencev (izstopajo dekleta) pa je na dieti, ker želijo shujšati. Želimo jih spodbuditi k ustrezni skrbi za svoje telo z rednimi obroki, gibanjem, sprostitvenimi in kreativnimi dejavnostmi ter

## Pri motnjah prehranjevanja torej govorimo o neustreznih prehranjevalnih navadah

občutka za lakoto in sitost. Glede na napisano menim, da je še kako pomembno učencem in otrokom predstaviti zdrav model uravnoveženega hranjenja in jih osvestiti, da to niso motnje prehranjevanja. Potrebni so redni in hranilno raznoliki obroki vsak dan.

Pri motnjah prehranjevanja torej govorimo o **neustreznih prehranjevalnih navadah** (Serneck 2011):

- neredno prehranjevanje,
- neuravnovežena prehrana (uživanje le določene vrste hrane),
- pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet.

Posledice motenj prehranjevanja so prav tako lahko zelo moteče in škodljive tako za zdravje kot za dobro počutje. Pojavijo se lahko:

zadostno količino spanja (8-9 ur), saj lahko s tem sami veliko prispevajo k ohranitvi stika s svojim telesom sedaj in tudi v odraslem obdobju. Dobro počutje v lastnem telesu in sprejemanje lastnega telesa je velikega pomena za mladostnika in dobra preventiva pred npr. popoldanskih prenajedanjem s sladkarijami in pitjem sladkih, gaziranih ali energijskih pijač, kar lahko vodi tudi v zasvojenost s sladkorji in poživili. V resnici pa mladostniki iščejo predvsem dobro počutje in energijo, da lahko zmorejo popoldan opraviti vse šolske obveznosti in v prostem času doživeti občutke sprejetosti med vrstniki.

Za konec lahko rečemo, da obe vrsti motenj poslabšata kakovost življenja, pri čemer pri motnjah prehranjevanja pride predvsem do telesnih in zdravstvenih

posledic pri otroku (težave z želodcem, slaba prebava, sladkorna bolezen, debelost), pri motnjah hranjenja pa poleg telesnih izstopajo tudi čustvene posledice (nesprejemanje svojih čustev in potreb, slaba samopodoba, depresivno razpoloženje).

## Prvi znaki motenj hranjenja

Poglejmo, kdaj se pri mladostniku razvija motnja hranjenja in kdaj je skrajni čas, da se njegove ključne bližnje osebe ustrezno odzovejo. Za mladostnika je ključna bližnja oseba lahko starš, učitelj, razrednik, svetovalna delavka, sošolec ali prijatelj, brat ali sestra, vzgojitelj v dijaškem domu idr., skratka kdor koli, ki mu je toliko blizu, da mu mladostnik zaupa. Kasneje mu bližnja oseba lahko pomaga poiskati ustrezno pomoč, in če je to starš, se tudi vključi v družinsko terapijo ali skupino za starše.

Navajam **najpogostejše prve znake**, ki naznanjajo, da se je pri mladostniku morda začela razvijati motnja hranjenja.

Znaki na področju hranjenja, gibanja in odnosa do telesa:

- **količinsko omejevanje vnosa hrane** (manjši obroki, izpuščanje obrokov: šolska malica/kosilo/večerja),
- **odklanjanje posameznih jedi in sestavin v hrani** (maščobe, sladkor, bela moka),
- **stopnjevanje telesne dejavnosti** (več ur dnevno),
- **nenadna izguba/povečanje telesne teže ali nena predovanje teže v obdobju rasti** (pozorni smo na izgubo/povečanje za več kot 3-5 kg),
- **pogoste shujševalne diete**,
- **pogosto zadrževanje na stranišču** (oseba morda bruha),
- **izginevanje velikih količin hrane**,
- **izogibanje družabnim dogodkom**, pri katerih je vključena hrana,
- **uživanje izključno zdrave hrane** (lahko je vključena vsa družina),
- **pripravljanje hrane za druge** (sama se vzdrži),
- **telesni simptomi**: izpadanje las, suha, luščeča koža, mrazenje in pomodrele okončine, zadihano

nost ob naporih, glavoboli,

- **obsedenosts tehtanjem, kalorijami**, samoopazovanjem telesa.

Znaki na področju duševnega in socialnega življenja:

- **slabše razpoloženje, nihanje razpoloženja**, razdražljivost, jok, doživljajska otopelost, depresivnost,
- **utrujenost**, izčrpanost, nespečnost,
- **socialni umik ali celo osamitev** - najprej iz dejavnosti in druženj, pri katerih je vključena hrana,
- **nerazumno stopnjevanje redoljubnosti**, natančnosti, učenja.

Osnovnošolce želimo spodbuditi k ustrezni skrbi za svoje telo z rednimi obroki, gibanjem, sprostitvenimi in kreativnimi dejavnostmi ter zadostno količino spanja (8–9 ur), saj lahko s tem sami veliko prispevajo k ohranitvi stika s svojim telesom sedaj in tudi v odraslem obdobju.

Kadar bližnja oseba opazi prve znake in posumi na začetek motnje hranjenja, je pomembno, da najprej vzpostavi zaupen odnos z mladostnikom in se z njim pogovori brez obsojanja. Morda bo potrebnih več poskusov, da se bo oseba odprla in zaupala svoje težave, vendar je smiselno vztrajati. V drugem koraku se lahko pogovarjata o možnostih pomoči, pri čemer se mo-

Kadar bližnja oseba opazi prve znake in posumi na začetek motnje hranjenja, je pomembno, da najprej vzpostavi zaupen odnos z mladostnikom in se z njim pogovori brez obsojanja.

ramo zavedati, da je najbolj dragoceno, če mladostnik sam privoli v pomoč in se zave svoje težave. Kadar je ogroženo zdravje ali življenje mladostnika, pa svetujemo čimprejšnjo pomoč, najbolje hospitalizacijo v bolnišnici.

## Pojav novih oblik motenj hranjenja

V zadnjih dvajsetih letih, odkar se ukvarjamo z motnjami hranjenja v okviru Svetovalnice MUZA, se je slika motenj hranjenja zelo spremenila. Predvsem izstopa pojav novih oblik motenj hranjenja, znižanje >

starostne meje, ko se motnja začne, ter povečanje pojavnosti motenj med moškimi.

Jasna prepoznavna in opredelitev (diagnostika) novih oblik motenj hranjenja je ključna tudi zato, da lahko strokovno pomoč osebam ponudimo v okviru javnega zdravstvenega ali socialnovarstvenega sistema, saj se brez opredelitve teh težav ni mogoče uvrstiti v sistem sofinanciranja iz javnih sredstev in s tem osebam v stiski ponuditi dostopnih storitev. To pomeni, da je pomembno, da se strokovnjaki v zdravstvu, socialnem varstvu, šolstvu in tudi v privatnem sektorju naučimo na novo prepoznavati motnje hranjenja, zato bom v tem razdelku podrobno predstavila novo sliko, ki je v večini dosedanje literature in člankov o motnjah hranjenja še ne zasledimo.

V okviru predzadnjega diagnostično-statističnega priročnika za duševne motnje, ki je izšel leta 1994 in smo ga uporabljali vse do leta 2013, torej zadnjih dvajset let, sta bili pod motnjami hranjenja opredeljeni le anoreksija in bulimija nervoza. Vse druge oblike motenj hranjenja, ki niso ustrezale njunim merilom, so bile uvrščene v kategorijo ED-NOS - Motnje hranjenja, ki niso drugače opredeljene. Na koncu priročnika je bilo kot poskusna kategorija opredeljeno kompulzivno prenažanje, ki je končno postalo tudi samostojno opredeljeno v novi izdaji DSM V iz leta 2013.

Strokovnjaki z različnih področij, ki se ukvarjamo z motnjami hranjenja v Sloveniji, smo se kmalu po uradni ustanovitvi prve enote za zdravljenje motenj hranjenja v okviru področja zdravstva v Sloveniji v letu 2002, ki je bila ustanovljena v okviru CMZ - Centra za mentalno zdravje v Ljubljani, začeli večkrat letno srečevati in strokovno povezovati ter izmenjavati svoje izkušnje ob delu z osebami z motnjami hranjenja v okviru ekspertne skupine za motnje hranjenja. Vedno znova se je pokazalo, kako dragocena je vzpostavitev široke mreže pomoči in sodelovanja med socialo, zdravstvom in šolstvom, če želimo zagotoviti celovito kontinuirano pomoč osebam z motnjami hranjenja in njihovim bližnjim. Večkrat je bilo med strokovnjaki čutiti potrebo, da bi končno bile opredeljene tudi druge, nove oblike motenj hranjenja, s katerimi smo se pri svojem delu že dolga leta srečevali in nudili terapevtsko pomoč, uradno pa še niso bile potrjene, zaradi česar pogosto znotraj javnega zdravstva ni bilo na voljo dovolj ustrezne pomoči za te osebe. Lahko rečem, da smo v okviru Svetovalnice MUZA pri Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Mestni občini Ljubljana vedno čutili dovolj podpore in razumevanja (nemalokrat smo celo dobili spodbude!) za delo z novimi, do tedaj še neopredeljenimi vrstami motenj hranjenja, za kar smo zelo hvaležni.

Prva novost, ki jo je prinesel DSM V iz leta 2013, je, da se je uvedla povsem nova skupna diagnostična kategorija za otroke, mladostnike in odrasle: **motnje prehranjevanja ali hranjenja (Feeding or Eating Disorders, FED)**.

K dotedanji kategoriji motenj hranjenja (Eating Disorders) so sedaj pridružili tudi tri oblike motenj iz dotedanje kategorije motenj prehranjevanja (Feeding Disorders), značilne za otroštvo. Povedati je treba, da se pri otrocih izogibamo poimenovanja z izrazom motnja hranjenja, saj veliko težje ugotavljamo čustveno povezavo s hrano, ker ti otroci še ne znajo poimenovati svojih doživetij, vsekakor pa pri njih lahko jasno opazimo odklone pri hranjenju in vedenju, zato pri delu z otroki do 11. leta starosti večinoma uporabljamo izraz motnje prehranjevanja.

Klasifikacija posameznih motenj iz DSM V izhaja s področja psihiatrije, kot pripomoček pri terapevtsko svetovalnem delu pa se uporablja tudi med drugimi strokovnjaki. Za večjo razumljivost sem vse motnje najprej razdelila v štiri glavne sklope, nato jih bom na kratko opisala.

**Klasifikacija posameznih motenj iz DSM V** izhaja s področja psihiatrije, kot pripomoček pri terapevtsko svetovalnem delu pa se uporablja tudi med drugimi strokovnjaki. Za večjo razumljivost sem vse motnje najprej razdelila v štiri glavne sklope, nato jih bom na kratko opisala.

1. **OTROŠKE MOTNJE PREHRANJEVANJA (3)** - PICA, RUMINACIJSKA MOTNJA, MOTNJA Z IZOGIBAJOČIM/RESTRIKTIVNIM VNOSOM HRANE
2. **GLAVNE OBLIKE MOTENJ HRANJENJA (3)** - ANOREKSIIJA, BULIMIJA, KOMPULZIVNO PRENAJEDANJE
3. **DRUGAČE OPREDELJENE MOTNJE:** ATIPIČNE OBLIKE, NOČNO HRANJENJE, OČIŠČEVALNA MOTNJA, BIGOREKSIIJA IN ORTOREKSIIJA
4. **NEOPREDELJENE MOTNJE** (kadar še ni prisotnih zadosti informacij)

## Otroške motnje prehranjevanja

Zaradi lažjega razumevanja sem jih poimenovala otroške motnje, ker se običajno prvič pojavijo v otroštvu. Od vseh motenj hranjenja in prehranjevanja so torej najbolj zgodnje, začno se lahko že v prvih treh letih življenja. Redkeje vzniknejo v odraslosti, se pa lahko nadaljujejo v odraslost, še posebno motnja z restriktivnim/izogibajočim vnosom hrane.

### Pica

- Uživanje snovi in predmetov, ki niso hrana, npr. papir, kreda, omet, lasje, barva, pepel, železo, led idr.
- Traja najmanj 1 mesec.
- Od starosti dveh let dalje
- Vznik običajno v otroštvu

### Ruminacijska motnja

- Ponavljajoče vračanje hrane iz želodca v usta, ki se lahko žveči, požre ali izpljune

- Traja najmanj 1 mesec.
- Ne gre za fiziološke vzroke.
- Če vznikne pri dojenčkih od 3. do 12. meseca, običajno mine spontano.

## Motnja z izogibajočim/ restriktivnim vnosom hrane

- Motnja, ki se pokaže kot nezmožnost ustreznega hranilnega in energetskega vnosa hrane
- Lahko gre za pomanjkanje interesa za hranjenje, izogibanje določenim vrstam hrane ali osebo skrbi posledice hranjenja.
- Običajno vznikne v zgodnjem otroštvu in lahko vztraja v odraslosti.
- Posledice so lahko:
  - občutna izguba telesne teže,
  - otrok ne dosega pričakovane telesne teže,
  - vidno pomanjkanje določenih hranil,
  - odvisnost od prehranskih dodatkov,
  - vpliv na psihosocialno delovanje posameznika.
- Ta motnja se ne pojavlja izključno v času anoreksije ali bulimije in pri njej ni prisotna motena zaznava telesne oblike in teže.

## Glavne oblike motenj hranjenja

Motnje hranjenja so opredeljene kot duševne motnje od druge polovice prejšnjega stoletja (anoreksija in bulimija sta bili prvič opredeljeni leta 1980 v DSM III). Sicer anoreksija velja za psihiatrični problem že sto let, medtem ko je bulimija šele v 60. letih prejšnjega stoletja postala samostojna entiteta, do takrat pa so jo razumeli kot atipično obliko anoreksije (Sernec 2011).

Najpogostejše oblike motenj hranjenja, s katerimi smo se v zadnjih dveh desetletjih srečevali v Svetovalnici MUZA, so torej bulimija, anoreksija in kompulzivno prenažanje. Anoreksija in bulimija sta večinoma dobro poznani tudi širši laični javnosti, manj poznano pa je denimo to, da ima vsaka motnja dva podtipa. Zanimiv je podatek, da ima precejšen odstotek oseb s povečano telesno težo tudi motnjo kompulzivnega prenažanja, torej ima njihova povečana telesna teža psihološke vzroke. Glede na to se je smiselno vprašati, ali se odločiti za še eno dieto pri mladostniku, ali morda poiskati tudi terapevtsko pomoč. Prisilno prenažanje zasledimo že pri otrocih v vrtcu in nižjih razredih osnovne šole.

## Anoreksija nervoza

- Anoreksijo opredelimo s **trema merili**, pri čemer sta glavni novosti sprememba prvega merila (anoreksija se lahko začne že pri ITM 18,5, medtem ko je bila stara meja 17,5) in ukinitve četrtega merila (izguba treh zaporednih menstrualnih ciklusov).

1. Oseba **ne vzdržuje telesne teže**, ustrezne za njeno starost in višino - ITM je pod 18,5. Indeks telesne mase (ITM) izračunamo =  $\text{kg/m}^2$
2. Močan **strah pred povečanjem teže ali debelostjo**
3. **Izkrivljeno zaznavanje svojega telesa** (oblike in teže) in pretiran vpliv tega na samovrednotenje in zanikanje resnosti trenutne nizke telesne teže

- Anoreksija se lahko **pojavi v različnih fazah** - kadar se oseba nahaja v zadnji, ekstremni fazi, je potrebno intenzivnejše zdravljenje, pogosto tudi hospitalizacija in hranjenje po sondi.

Blaga: ITM  $\geq 17 \text{ kg/m}^2$  (in  $< 18,5$ )

Moderirana: ITM 16-17  $\text{kg/m}^2$

Resna: ITM 15-16  $\text{kg/m}^2$

Ekstremna: ITM  $< 15 \text{ kg/m}^2$

- **Začetek:** 11.-40. leto, sprožilec je pogosto stresen življenjski dogodek (npr. zapustitev doma zaradi šole, študija)
- **Pogostost:** do 1 % (10-x več žensk)
- Ločimo **dva tipa** anoreksije:
  - *restriktivna anoreksija* (25 %) - oseba strada, je na dieti in/ali pretirano telovadi, a ne izvaja prenažanja in očiščevanja hrane iz telesa;
  - *purgativna anoreksija* (75 %) - oseba se redno tudi prenažeda ali očiščuje hrano iz telesa (ali oboje) tekom poteka anoreksije; očiščevanje poteka s samoizzvanim bruhanjem, uporabo

**Precejšen odstotek oseb s povečano telesno težo ima tudi motnjo kompulzivnega prenažanja, torej ima njihova povečana telesna teža psihološke vzroke.**

odvajal ali klistirja; običajno to počnejo najmanj enkrat tedensko.

- Pri **obravnavi** anoreksije ločimo **dvoje**:
  - *pomoč pri reševanju življenja* - kadar gre za hude somatske/duševne zaplete (ukrepamo tudi, kadar oseba odklanja pomoč); ko osebo zdravstveno oskrbimo, ji ponudimo možnost vključitve v terapevtsko obravnavo, za kar je potrebna njena motivacija;

- *terapevtsko obravnavo* - zanjo se oseba odloči prostovoljno (prisotna je notranja motivacija).

## Bulimija nervoza

- Bulimijo opredelimo s **petimi merili**, pri čemer je glavna novost sprememba tretjega merila, saj po novem diagnosticiramo bulimijo prej, in sicer če oseba izvede ritual enkrat tedensko (po starem merilu je bila meja dvakrat tedensko).

### I. Ponavljajoči rituali basanja s hrano, ki jih opredelimo:

- 1) oseba v določenem časovnem intervalu (v času dveh ur) zaužije ogromne količine hrane, ki so večje, kot bi jih večina ljudi zaužila v tem času in pod podobnimi pogoji;
  - 2) prisoten je občutek **izgube nadzora** nad hranjenjem - občutek, da ne more nehati jesti ali nadzirati, kaj poje in koliko;
2. Ponavljajoča neustrezna kompenzatorna - **očiščevalna vedenja**, z namenom preprečiti povečanje telesne teže, kot so samoizzvano bruhanje, zloraba laksativov, diuretikov, klistirja ali drugih zdravil, post, pretirana telovadba.
3. Ritual se pojavlja vsaj **enkrat na teden, vsaj tri mesece**.
4. **Samovrednotenje** je pretirano **pod vplivom telesne teže in oblike**.
5. Motnja se ne pojavlja le med epizodo anoreksije.
- Opomba:** Nekatere osebe imajo vzorec hranjenja in očiščenja pri bulimiji, ki vključuje zvečenje in bljuvanje hrane, s katero se prenaledajo tekom rituala. Skratka - hrane ne pogoltnjejo (Apple, Agras 1995).

- Ločimo **dva tipa** bulimije:
- *purgativna bulimija* - oseba redno uporablja samoizzvano bruhanje ali zlorablja laksative, diuretike, klistir kot metode za očiščenje hrane ali posledic hrane iz telesa;
- *nepurgativna bulimija* - oseba ne uporablja redno zgoraj naštetih očiščevalnih metod, temveč druga neustrezna očiščevalna vedenja, kot sta post in pretirana telovadba; je bolj značilna za moške.
- **Začetek:** 11.-40. leto, sprožilec je pogosto dieta za izgubo telesne teže ali več stresnih življenjskih dogodkov.
- **Pogostost:** do 3-7 % (10-x več žensk)

## Kompulzivno prenaledanje (angl. Binge-eating disorder)

- Prevod angleškega izraza bi lahko bil tudi motnja basanja s hrano; kompulzivno prenaledanje opredelimo s **petimi merili**.

### I. Ponavljajoči rituali basanja s hrano, ki jih opredelimo:

- 1) oseba v določenem časovnem intervalu (v času dveh ur) zaužije ogromne količine hrane, ki so večje, kot bi jih večina ljudi zaužila v tem času in pod podobnimi pogoji;
  - 2) prisoten je občutek **izgube nadzora** nad hranjenjem - občutek, da ne more nehati jesti ali nadzirati, kaj poje in koliko.
2. Rituali so povezani s tremi (ali več) dejstvi:
- 1) oseba je veliko hitreje kot normalno,
  - 2) oseba je, dokler ni neudobno polna,
  - 3) oseba zaužije ogromne količine hrane, ko ni fizično lačna,
  - 4) oseba je sama, ker jo je sram, da toliko poje,
  - 5) oseba se sama sebi gnusi, je depresivna ali se počuti krivo.
3. V povezavi s prenaledanjem oseba občuti **močno stisko**.
4. Ritual se običajno pojavlja najmanj enkrat tedensko v zadnjih treh mesecih.
5. Prenaledanje ni povezano z neustreznimi kompenzatornimi vedenji, kot so očiščevalne metode ter post, pretirana telovadba; ne pojavlja se med potekom anoreksije ali bulimije.

- **Začetek:** od otroštva dalje, pogosto se pojavlja pri najstnikih in študentih, pa tudi kasneje; sprožilci niso znani.
- **Pogostost:** do 10 % (enako žensk in moških); pogostejša pri tistih, ki iščejo razne programe za izgubo telesne teže in so vključeni vanje.

## Drugače opredeljene motnje hranjenja in prenaledanja

### Atipična anoreksija, bulimija in kompulzivno prenaledanje

O atipičnih oblikah osnovnih treh oblik motenj hranjenja govorimo, kadar oseba ne ustreza opisu v vseh merilih dane motnje, temveč glede na njeno subjektivno doživljanje ocenimo, da je v hudi stiski in da je sedanja motnja občutno negativno vplivala na večino področij njenega življenja. Poglejmo si primere:

- atipična anoreksija: kadar oseba ustreza vsem merilom, razen telesna teža je še v mejah normale (nad 18,5),
- atipična bulimija: z manjšo pogostostjo in trajanjem, npr. če oseba bruha le dvakrat mesečno dva meseca,
- atipično kompulzivno prenaledanje: z manjšo pogostostjo in trajanjem, npr. oseba se prenaleda le dvakrat mesečno zadnja dva meseca.



## Očiščevalna motnja

Oseba brez predhodnih ritualov prenajedanja uporablja bruhanje, odvajala ali druga sredstva za nadzor svoje telesne oblike in teže. Prisotno je nezadovoljstvo z lastnim telesom.

## Sindrom nočnega hranjenja

Gre za ponavljajoče epizode nočnega hranjenja, ki se lahko pojavijo:

1. potem ko se oseba prebudi iz spanja ali
2. po večerji kot vnos velikih količin hrane.

Oseba se svojih vedenj večinoma ne zaveda. Ta vzorec ji povzroča močan stres. Zjutraj, ko vstane, pa npr. opazi prazne vrečke in embalažo, kar jo spomni na nočno dogajanje.

## Ortoreksija

Ortoreksija je bila prvič opisana v knjigi *Health food junkies* dr. Stevena Bratmana leta 1997. Srečamo jo v 80 odstotkih pri ženskah in dekletih v poznem mladostniškem obdobju in kasneje v zgodnji in srednji odraslosti.

Pri ortoreksiji gre za izrazito preseganje zdravega življenjskega sloga v odnosu do zdrave prehrane. Opazimo elemente obsesivnega preverjanja sestavin v hrani - oseba preverja, ali je hrana biološko neoporečna. Ortoreksijo opredelimo kot motnjo hranjenja, kadar oseba preko spremenjenih prehranskih vedenj nadzira druga, zanjo nesprejemljiva in boleča čutenja. V terapiji imam žensko, ki je kot najstnica razvila anoreksijo, za katero boleha še sedaj, v zadnjih letih pa je razvila še ortoreksijo, saj je verjela, da bo edino z biološko zdravo hrano lahko pridobila na teži in ozdravela. Seveda se to ni zgodilo, saj sva ugotovili, da ima nerazrešene stvari iz preteklosti, predvsem zlorabe in travme iz otroštva.

Opazamo velik porast zanimanja mladih za biološko hrano, kar je lahko tudi sprožilni dejavnik za nastanek ortoreksije, podobno kot so diete sprožilec za druge motnje hranjenja.

Zaradi sodobnih trendov, ki mlade in stare vodijo v eksperimentiranje z zdravo prehrano, jo zlahka spregledamo, saj je stremljenje k zdravi prehrani postal hit številka ena in ena največjih vrednot sodobne družbe. K zdravi prehrani nas spodbujajo mediji, zdravniki, bližnji. Zdi se, da bolj kot sta zastrupljena naše ozračje in zemlja, bolj se množijo pozivi k biološko neoporečni hrani - včasih tovrstna odločitev v človeku zmanjša tudi občutke tesnobe glede tega, da bi sicer resneje zbolel ali prehitro umrl.

Gre za obsedenost z biološko čisto in neoporečno hrano, ki vodi do izrazitih prehranskih restrikcij. V ozadju je izrazita potreba po nadzoru, pojavijo se socialna osamitev in čustvene motnje, predvsem depresivnost in tesnoba. V ozadju je nizka samopodoba, osebnostne lastnosti so pogosto podobne kot pri drugih motnjah, ni pa prisotnega strahu pred debelostjo ali želje po vitkosti (Serbec 2011).

## Bigoreksija

Bigoreksijo je prvi opisal leta 2001 dr. Roberto Olivardia, prvotno pa so motnjo poimenovali mišična dismorfija ali »obrnjena anoreksija« (Adonisov kompleks). Gre za obsedenost s potrebo po mišičastem telesu, pri čemer osebe pogosto zlorabljajo anabolne steroide. V ozadju so slaba samopodoba, nizko samospoštovanje, izrazita potreba po nadzoru, motena telesna shema, posledično pa pride do socialnega umika, motenj razpoloženja in spolnih funkcij (Serbec 2011).

Bigoreksija se v 80 odstotkih pojavlja pri moških in fantih, z začetkom v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju. Mladi fantje se običajno ob vstopu v srednjo šolo začno ukvarjati z gradnjo mišičastega telesa, začno obiskovati fitness centre in na internetu gledajo podobe mišičastih fantov, kakršni bi radi postali tudi sami. V tem primeru bi prav pretiravanje s tovrstno vadbo lahko bil tudi sprožilni dejavnik za kasnejši razvoj bigoreksije.

Zanimivo je, da se ti moški vidijo suhe in nemišičaste, čeprav so zelo mišičasti. Gre za obraten pojav kot pri anoreksiji, ko se osebe vidijo debele, ko so že povsem koščene.

## Neopredeljene motnje

O neopredeljenih motnjah hranjenja govorimo; trenutno še ni prisotnih dovolj informacij, da bi se postavila specifična diagnoza, vendar pa posameznik doživlja veliko stopnjo stresa in omejitve na socialnem, poklicnem, osebnostnem področju.

## Pomen zgodnjega odkrivanja in zdravljenja pri mladih

V zadnjih petih letih opazamo večjo odzivnost mladih in staršev, predvsem srednješolcev in osnovnošolcev, ki se odločijo za pomoč pri motnji hranjenja kmalu po izbruhu motnje, povprečno po nekaj mesecih do enega leta trajanja težave. Lahko rečemo, da je okrevanje v teh primerih hitrejše. Pogosto pa sprejmemo tudi mlade, pri katerih so na srečo prisotni šele prvi znaki (izguba par kilogramov, izpuščanje obrokov, želja shujša- >

ti), in takrat lahko že z nekajmesečnim spremljanjem mladostnika in svetovanjem zajezimo težavo in tako preprečimo razvoj motnje hranjenja.

Izid zdravljenja v adolescenci je bistveno boljši kot kasneje. **Zgodnje zdravljenje je uspešnejše in 70 odstotkov ozdravitev se zgodi v prvih dvanajstih mesecih** (po Lock in sod. 2005). Podatek, ki ga je podala na pred-

**Z odlašanjem se utrjujejo motnja hranjenja ter posledice, ki jih pušča v posamezniku na telesni, duševni in socialni ravni, in čas okrevanja bo kasneje povprečno trajal tako dolgo, kolikor časa je trajala sama motnja hranjenja.**

stavitvi dr. Marija Anderluh (2011) iz Pediatrične klinike v Ljubljani, nas navdaja z upanjem, da obstaja zelo dobra prognoza glede okrevanja, če smo pozorni na prve znake motenj hranjenja in takrat poiščemo pomoč za mladostnika. Z odlašanjem se utrjujejo motnja hranjenja ter posledice, ki jih pušča v posamezniku na telesni, duševni in socialni ravni, in čas okrevanja bo kasneje povprečno trajal tako dolgo, kolikor časa je trajala sama motnja hranjenja.

## Kako lahko pomagajo starši

Starši in drugi domači imajo pri prepoznavi in v procesu okrevanja otroka pomembno vlogo, še posebno če govorimo o otroku, ki je mlajši od 15 let. Mlajši ko je otrok, bolj je pomembno, da starši ne spregledajo prvih znakov motenj hranjenja in se, če otrok ne privoli, najprej sami obrnejo po pomoč na prvi informativni pogovor v našo svetovalnico ali drugam. Pogosto je žal zanikanje težave prisotno tudi pri starših, ki kar pre-

**Mlajši ko je otrok, bolj je pomembno, da starši ne spregledajo prvih znakov motenj hranjenja in se, če otrok ne privoli, najprej sami obrnejo po pomoč na prvi informativni pogovor v našo svetovalnico ali drugam.**

dolgo upajo, da bo dvanajstletna deklica sama uspela prekiniti hujšanje, po tem ko je že izgubila več kot pet kilogramov, postala brezvoljna, bleda, z bolečinami v trebuhu in nespečna.

Gestalt terapija vsebuje teorijo polja (Lewin) ter koncept figure in ozadja (gestalt psihologija). Po Smithu (1976) je polje »dinamičen sistem, v katerem sprememba v katerem koli delu vpliva na celotni sistem, ki

je organiziran preko odnosa med ospredjem (figura) in ozadjem« (v Angermann, str. 30). Odziv in čutenja vsake osebe v družini torej vplivajo na celotni sistem. Glede na to starše vedno bolj vključujemo v obravnavo, saj opažamo, da starš, ki uspe poskrbeti tudi zase, vzpostavi boljši stik z otrokom in njegovimi čutenji tekom okrevanja. To se odraža v celotnem družinskem sistemu, in proces okrevanja tako poteka bistveno bolj in hitreje.

Pri vplivu družinske dinamike na motnje hranjenja se mi zdi potrebno poudariti, da se stanje s pomočjo nadzora okoliščin, otroka in njegove prehrane ne bo izboljšalo, temveč močno poslabšalo. Nemalokrat starši stojijo pred WC-jem in poslušajo, ali

otrok še bruha, ali pa ponoči stojijo ob postelji in poslušajo, ali še diha. Njihovo vedenje preverjanja je odraz globoke tesnobe in nemoči, zato je ključno, da si to priznajo in poiščejo pomoč. Po drugi strani pa so nadzor obrokov in stalni prepiri okoli hrane ravno tisto, kar otroci že tako počno ves dan – želijo nadzirati hrano, telo in sebe. Starši tako z nadzorom le še dodatno otežujejo izraz čutenj pri otroku iz trenutka v trenutek. Otroci se bolj pomirijo ob sprejemajočem pogledu, zaupnem pogovoru ali spodbudi ter se kasneje pridobljeno podpro lažje odločijo za strokovno pomoč.

Dobro je, če starši dovolj zgodaj prepoznajo in sprejmejo občutke lastne nemoči ob otroku z anoreksijo, se ne obsojajo in krivijo za njen nastanek in pomagajo poiskati strokovno pomoč ter se tudi sami vključijo v družinsko terapijo, če gre za mladoletnega otroka. Starši niso krivi za nastanek motnje hranjenja pri otroku – lahko razumemo, da so se trudili po svojih najboljših močeh pri vzgoji otroka in reševanju lastnih

ter partnerskih težav. Kadar vztrajajo v krivdi, ne moremo nasloviti njihovih globljih čutenj, saj krivda to preprečuje. Zato je prvi korak v terapevtski obravnavi, da vse vključene, starše in otroke, razbremenimo krivde za nastali položaj.

Zelo boleče je poslušati mladostnika, ko med terapijo pove, da ga starši še vedno obsojajo, ker bruha ali strada, in od njega zahtevajo preobrat v zdravje in življenje brez simptomov čez noč. Tovrstno družinsko vzdušje bistveno oteži proces okrevanja, saj je glavni občutek, ki ga otrok potrebuje od terapevta, članov skupine in bližnjih, prav občutek sprejemanja in varnosti, da je v redu in vreden, takšen kot je, ter da se lahko pristno čustveno izraža v zanj pomembnih odnosih.

Gostečnik (2001-2003) poudari, da se moramo tekom terapije nujno dotakniti **celotne družinske dinamike**, saj je motnja hranjenja »odgovor na nerazrešeno družinsko dinamiko, zato ni dovolj ozdraviti le posameznika, ozdraviti moramo celoten sistem, iz katerega posameznik, ki je razvil simptome, izvira« (v Podjavoršek 2004, str. 123). Starši so iz primarnih družin prevzeli določene vzorce vedenja, mišljenja in čustvovanja, ki so jih samodejno prenesli v lastno družino z otrokom. Glede na to, da otroci simptomov ne razvijejo sami od sebe, temveč vedno v interakciji z okoljem, lahko razumemo, da je tudi motnja hranjenja odziv na vzdušje v dani družini. Ugotavljamo, da je vzdušje v družinah otrok z motnjo hranjenja pogosto napeto in hladno, izražanje čustev in potreb je prepovedano ali omejeno, vlada lahko vzdušje nadzora in visokih zahtev do dosežkov (ocene, tekmovanja) in telesnega izgleda/teže, osebe pogosto igrajo vlogo grešnega kozla v sistemu, tako da se preko njih odigravajo nerazrešeni družinski ali zakonski konflikti.

Kadar delamo s starši otrok z anoreksijo, se še posebno izrazito pokaže njihova nemoč ob tem, da otrok lahko tudi umre, zato jih spodbujamo, da se v obdobju okrevanja otroka posvečajo tudi sebi in se vključijo v terapevtsko skupino za starše, če niso vključeni že v družinsko terapijo in svetovanje skupaj z otrokom. Tekom zdravljenja anoreksije, ki pogosto traja več let, je velikega pomena, da oba starša ohranjata stik s svojimi čutenji, skrbita tudi zase, se negujeta in si vzameta čas tudi za partnerski odnos. V času okrevanja otroka odsvetujemo ločitev staršev, na kar zaradi prevelikih obremenitev v družini in pomanjkanja časa in energije za partnerski odnos pomisli prenekateri starš. Starše spodbujamo k zavedanju, da so v težkem obdobju življenja ter da je pomembno vztrajati zaradi otroka in si čas zase ter partnerstvo vzeti v večjem obsegu takrat, ko bo šlo okrevanje proti koncu.

Judi Hoolis (2003), ena najbolj znanih strokovnjakinj s področja motenj hranjenja, poudarja, da pot okrevanja vodi od ugodja in udobja, ki ga daje svet hrane, do osnovanja smiselnih intimnih odnosov v življenju, saj

je »obsedenost s hrano družinska afera«. To pomeni, da je treba zaceliti stare rane, ki so nastale v primarni družini, in se odpreti za nove izkušnje v odnosih, ki bodo nadomestile pomen, ki je pogosto skrit v ritu-

Otroci se bolj pomirijo ob sprejemajočemu pogledu, zaupnem pogovoru ali spodbudi ter se kasneje s pridobljeno podpro lažje odločijo za strokovno pomoč.

alih hranjenja: biti ljubljena in sprejeta ter deliti svojo ranljivost z drugo osebo. Osebe namreč pogosto hrano spremenijo v svojega najboljšega prijatelja (Orbach 2006).

### Dovoljenje čutiti odpravlja simptome motnje hranjenja

Osebe so med terapijami večkrat povedale, da bi v določenem trenutku/obdobju življenja naredile samomor, če ne bi imele utehe v ritualih, zato nikoli v poteku terapije na silo ne odvezemamo simptomov motnje hranjenja, npr. se ne osredinjamo na to, da bi oseba čim prej prenehala bruhati, temveč potrpežljivo čakamo, da simptom zaradi drugih napredkov pri okrevan-

Ugotavljamo, da je vzdušje v družinah otrok z motnjo hranjenja pogosto napeto in hladno, izražanje čustev in potreb je prepovedano ali omejeno, vlada lahko vzdušje nadzora in visokih zahtev do dosežkov (ocene, tekmovanja) in telesnega izgleda/teže, osebe pogosto igrajo vlogo grešnega kozla v sistemu, tako da se preko njih odigravajo nerazrešeni družinski ali zakonski konflikti.

ju, kot sta denimo pristno izražanje čustev in potreb v odnosih ter skrb zase, sam od sebe premine, se razpusti. Simptomov pri motnji hranjenja ne odpravljamo preko nadzora, saj s tem dosežemo ravno nasprotno - jih ojačamo ali odpravimo le na kratki rok. Podobno kot pri dietah po obdobju nadzora in pridnosti sledi še večji porast teže in še hujši občutek nemoči in razočaranja. Če želimo, da se bo pretok umazane in zastane reke uredil, bomo najprej odstranili prepreke, sčistili bomo strugo in pretok se bo povečal, voda pa bo spet >

čista. Podobno je pri motnji hranjenja, ki velja za duševno motnjo. Osebi pomagamo pri sprostitvi čustvenih pretokov in predelavi nezaključenih stvari iz preteklosti ter odpiranju za nove izkušnje, kar po gestalt terapiji pripelje do kontakta, ki je podlaga za rast in odpravo simptomov. Glede na to, da so osebe z motnjami hranjenja izjemno zahtevne do sebe na vseh področjih (perfekcionizem), bi lahko rekli, da s tem zavirajo lasten zdrav celovit pretok in rast. V tovrstnem odnosu do sebe je prisotno toliko nadzora nad sabo in življenjem, da pogosto povsem ohromijo lastno zmožnost za polno in kakovostno doživljanje - telesno občutenje, čustvovanje in mišljenje. Treba je sprostiti nadzor do sebe in jih naučiti čutiti. Namesto da se čutijo močne, ko nadzirajo svoje telo (pri anoreksiji), je cilj, da bi se čutile močne in prisotne, ko ponovno čutijo.

## Vloga šolske svetovalne službe

Šolska svetovalna služba, učitelji in učenci so pogosto poleg staršev tisti, ki prvi opazijo, da se učenec zapira vase, odklanja obroke, ne hodi več na malico, je izgubil ali pridobil veliko telesne teže.

Šolski svetovalni delavci so ustrezno opremljeni, da se pogovorijo z mladostnikom in mu svetujejo. Ni treba takoj klicati bolnišnice ali drugih strokovnjakov, saj je na začetku ključen prav zaupen odnos z učencem v okviru svetovalne službe, ki mu lahko prvič ponudi možnost, da se odpre in zaupa svojo stisko. Časa za is-

tus društva v javnem interesu ter status humanitarne organizacije. Program v okviru Društva MUZA preko javnih razpisov letos izvajamo osemnajsto leto, začetki pa segajo že v leto 1995, ko smo s kolegicami še kot študentke psihologije, socialnega dela in socialne pedagogike začele s prvimi koraki osnovanja sedanjega programa v okviru Študentske organizacije v Ljubljani, resorja za zdravje in socialo, ki je bil takrat poimenovan *Celosten pristop k motnjam hranjenja* (glej Švab 1998).

Program svetovalnice od leta 2016 nekaj več kot v 80 odstotkih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, v preostalih 20 odstotkih pa MOL - Oddelek za zdravje in socialno varstvo, mesečni prispevki uporabnikov, FIHO ter donacije.

Zaposlenih imamo pet strokovnih delavcev, ki izvajajo terapevtsko svetovalno delo z osebami z motnjami hranjenja in njihovimi starši. Poleg osnovne izobrazbe, kot sta psihologija in socialno delo, so vsi terapevti in svetovalci opravili specializacije ali so vključeni v eno od specializacij za izvajanje psihoterapije in svetovanja z osebami z duševnimi motnjami. Ustanoviteljici in vodji Svetovalnice MUZA, Andreja Modrin Švab, univ. dipl. psihologinja in zastopnica društva, ter Vesna Šolar, univ. dipl. socialna delavka in strokovna vodja programa, sta opravili specializacijo iz gestalt psihoterapije, ki velja za glavni terapevtski pristop znotraj svetovalnice od njenega nastanka dalje. Drugi pristopi, ki so zastopani, so še zakonsko-družinska terapija, transakcijska analiza in logoterapija.

Naša ciljna populacija so osebe obeh spolov z različnimi oblikami motenj hranjenja od 11. leta dalje ter njihovi starši in druge pomembne bližnje osebe.

kanje pomoči drugje, če bo potrebno, bo še dovolj. Če svetovalni delavec prepozna, da gre za težje težave, ali sumi, da sta ogrožena zdravje in življenje učenca, pa je treba čim prej seznaniti starše in poiskati še drugo strokovno pomoč.

## Pomoč v svetovalnici za motnje hranjenja MUZA

Program Svetovalnice za motnje hranjenja MUZA v Ljubljani je od leta 2001 vključen v **mrežo javnih socialnovarstvenih programov** in je v njej največji program za motnje hranjenja v Sloveniji, ki se lahko pohvali tudi z najdaljšim neprekinjenim delovanjem.

Od leta 2008 ima pridobljeno tudi verifikacijsko listino Socialne zbornice za javni socialnovarstveni program. Društvo MUZA ima pridobljena tudi dva statusa: sta-

Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA je z leti pridobila pomemben položaj tudi znotraj **širše mreže zdravljenja motenj hranjenja** v Sloveniji. To pomeni, da je vedno bolj vključena v mrežo, ki jo sestavljajo tri področja - zdravstvo, šolstvo in socialno varstvo -, ki se morajo pri obravnavi motenj hranjenja nujno povezovati in dopolnjevati, če želimo biti uspešni. Dnevno smo glede napotitev oseb z motnjami hranjenja k nam ali obratno v stiku s:

1. šolskimi svetovalnimi službami,
2. zdravniki, psihiatri in zdravstvenimi oddelki (EMH - Enota za zdravljenje motenj hranjenja v Ljubljani (CMZ), Pedopsihiatrični oddelek Pediatrične klinike, MKZ Rakitna - Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna idr.) ter
3. nevladnimi organizacijami (Projekt Človek, Ozara, Šent, Altra, Stigma idr.).

Naša **ciljna populacija** so osebe obeh spolov z različnimi oblikami motenj hranjenja od 11. leta dalje ter njihovi starši in druge pomembne bližnje osebe. Na prve

informativne in občasne pogovore sprejemamo tudi mlajše osebe, do sedaj smo obravnavali že več otrok, starih osem let, ki so začeli kazati prve znake motenj prehranjevanja v prvem ali drugem razredu osnovne šole.

V letu 2016 je bilo **redno tedensko** v celostni program urejanja motnje hranjenja z naslovom *Psihosocialni terapevtski program MUZA* vključenih **188 različnih oseb**, ki smo jim pomagali v okviru rednega tedenskega terapevtskega svetovalnega dela (individualni, družinski ali skupinski tretma) in dodatnih terapevtskih dejavnosti (izdelava terapevtskega načrta, kreativne in tematske delavnice, izleti ter večdnevni bivalni seminar). Večina oseb, ki so motivirane, se vključi v redni tedenski program, ki ga po uspešno izpeljani prvi fazi, ki traja od enega do treh let, lahko nadaljuje v obliki **občasnega svetovanja** enkrat mesečno ali pa nas pokličejo po potrebi kadar koli med letom, če opazijo ponovitev ritualov ali se znajdejo v stiski, da jim pomagamo pri ponovni vzpostavitvi ravnovesja pri hranjenju in v odnosu do sebe.

**Poleg vključitve v redni tedenski program in občasno svetovanje**, pa izvajamo tudi številne druge enkratne dejavnosti, v katere je bilo v letu 2016 vključenih še **675 različnih anonimnih uporabnikov**. Največ od teh je bilo v svetovalnico sprejetih osebno (ali je navezalo prvi stik po telefonu, spletu) na prvi informativni pogovor, na katerem so predstavili svojo težavo, čas trajanja, dosedanje pomoč itd., mi pa smo jim predstavili

možnosti okrevanja pri nas ali drugje (v primeru težjih oblik motenj hranjenja). Na prvih pogovorih je pomembno tudi to, da skupaj ugotovimo, ali oseba trpi za motnjo hranjenja ali pa so prisotni le prvi znaki motnje pre/hranjevanja (pri kateri še ne gre za duševno motnjo). V zadnjem primeru se ne odločimo za redno vključitev v intenzivni terapevtski program, temveč za občasno mesečno svetovanje in spremljanje, s katerima skušamo osebi pomagati pri vzpostavitvi uravnoteženega zavestnega hranjenja ter zajezi morebitne prve znake motenj pre/hranjevanja.

Poleg **prvih informativnih pogovorov** smo pomagali tudi s **pogovori v krizi ter kriznimi intervencijami** (pomoč pri namestitvi v bolnico v primeru najtežjih oblik anoreksije ter pomoč v primeru različnih zlorab), **dve-ma dežurnima telefonoma za fante in moške ter otroke in mladostnike, motivacijskimi pogovori, preventivnimi delavnicami za učence v šolah, predavanji za starše** idr.

Poseben poudarek od leta 2011 namenjamo **rednemu terapevtskemu svetovalnemu delu z osnovnošolsko in srednješolsko populacijo ter s starši in družinami obolelih otrok**. V ta namen potekajo redna terapevtska skupina za starše mladoletnih otrok, mesečna podpora tematska skupina za starše in druge bližnje osebe, družinske terapije in svetovanja, prvi informativni pogovori ter telefon za otroke in mladostnike ob sredah od 14. do 15. ure. <

## Viri in literatura

1. Angermann, K. (1998). Gestalt therapy for eating disorders. *The Gestalt Journal*. Volume XXI, št 1, str. 19-47.
2. Apple, R. F., Agras, W. S. (2007). *Overcoming Your Eating Disorder, Workbook: A Cognitive-Behavioural Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
3. Anderluh, M. (2011). Motnje hranjenja v otroštvu in adolescenci. V: Enodnevni izobraževalni seminar o motnjah hranjenja. Predstavitev prispevka. Grand hotel Union v Ljubljani: Socialna zbornica Slovenije in MDDSZ.
4. DSM V (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. izd. American Psychiatric Association.
5. Hafner, A., Sernec, K., Copak, M., Kuhar, M., Čarapič, J. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
6. Hollis, J. (2003). *Fat is a family affair. How food obsessions affect relationships*. Second edition. Center City, MN: Hazelden.
7. Mayo, M. A. (1992). *Skin Deep. The powerfull link between your body image and your self-esteem*. Michigan: Ann Arbor.
8. Majerle, M. (2014). *Zakaj diete ne delujejo?! Program Zavestno prehranjevanje - zavestno življenje* (knjiga in delovni zvezek). Šmarje Sap: Buča.
9. Mann, D. (2010). *Gestalt Therapy. 100 Keypoints and techniques*. London and New York: Routledge.
10. Modrin, A. (2017). Ko hrana ni več »hrana« - kako preprečujemo in zdravimo motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih. V: *Prispevki strok za svetovalno delo v praksi: Duševno zdravje v vrtcu in šoli*. Zbornik povzetkov. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
11. Orbach, S. (2006). *Fat is a feminist issue*. New edition. London: Arrow Books.
12. Pipher, M. (1994). *Reviving Ophelia. Saving the selves of adolescent girls*. New York: Ballantine Books.
13. Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celega sistema. *Psihološka obzorja*, Letnik 13, št. 4, str. 119-133.
14. Šegula, B., Sernec, K. (2015). Moški in motnje hranjenja. *Viceversa - glasilo Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu*, št 59, str. 34-42.
15. Švab, A., Šolar, V. idr. (1998). *Ko hrana ni več »hrana«*. Ljubljana: ŠOU.
16. Švab, A. (1998). *Nekateri vidiki spremenjenega doživljanja deklet in žensk, vključenih v skupine za motnje hranjenja*. Diplomsko delo.

# Duševno zdravje v vrtcu in šoli

## Prekomerna uporaba in zasvojenost s spletom ter digitalnimi tehnologijami pri otrocih in mladostnikih

ŠPELA REŠ, Zavod Nora – Center sodobnih zasvojenosti  
spela.res@logout.si

ZALA JANEŽIČ, Zavod Nora – Center sodobnih zasvojenosti  
zala.janezic@logout.si

● **Povzetek:** Digitalne tehnologije, povezane v splet (računalnik, pametni telefoni, tablice ipd.), vedno bolj zgodaj vstopajo v življenja otrok, družine pa so postavljene pred izziv učenja zdrave in varne uporabe naprav. Za mlade je uporaba spletnih dejavnosti pomemben vir zabave, učenja in druženja, hkrati pa so prav otroci in mladostniki izpostavljeni tveganju za razvoj težav na področju uporabe spleta, če pri njegovi uporabi ne dobijo primerne usmeritve. Splet lahko zaradi svojih lastnosti delovanja hitro postane preganjalec dolgčasa, sredstvo za izboljšanje lastne samopodobe, sredstvo za pomiritev, razbremenitev čustvenih stisk, sredstvo za navidezno druženje in socializacijo. Vse več raziskav potrjuje različne varovalne dejavnike in dejavnike tveganja za razvoj težav na področju uporabe spleta, tudi zasvojenosti. Zasvojenost s spletnimi dejavnostmi se kaže v obliki mnogih, dalj časa trajajočih simptomov in pomembnih škodljivih posledic. Poznavanje simptomov, varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja lahko staršem, strokovnjakom in drugim pomaga pri zgodnjem prepoznavanju težav in pri učinkovitem preprečevanju bodisi nastanka bodisi poglobljanja težav

na področju uporabe spleta. Osebe, ki potrebujejo strokovno pomoč pri preprečevanju ali zmanjševanju težav na področju spleta, se lahko med drugim po pomoč obrnejo na organizacijo Logout, ki posameznikom in družinam svetuje pri soočanju s prekomerno uporabo spleta in zasvojenostjo, deluje pa tudi preventivno, s priporočili staršem, otrokom, mladostnikom in strokovnjakom.

**Ključne besede:** digitalne tehnologije, splet, zasvojenost s spletom, prekomerna uporaba spleta, raziskave zasvojenosti s spletom, priporočila in pomoč pri zasvojenosti z različnimi spletnimi vsebinami.

## Overuse of and Addiction to the Internet and Digital Technologies in Children and Adolescents

● **Abstract:** Digital technologies connected to the Internet (computer, smartphones, tablets, etc.) are entering the lives of children more and more early and families are facing the challenge of teaching healthy and safe use of devices. For young people the use of online activities is an important source of entertainment, learning and socialising; however, it is precisely children and adolescents who are exposed to the risk of developing problems related to Internet use if they do not receive proper guidance on how to use it. Owing to the nature of how it works, the Internet can quickly become a boredom buster, a means to improve one's self-image, a means of appeasement, of alleviating emotional distress, a means of virtual socialising and socialisation. A growing number of studies have confirmed various protective factors and risk factors for the development of problems related to Internet use, including addiction. Addiction to online activities manifests in the form of many long-term symptoms and substantial adverse effects. Familiarisation with the symptoms, protective factors and risk factors can help parents, experts and others to detect problems early on and effectively prevent either the emergence or deepening of problems related to Internet use. Persons in need of professional help with preventing or alleviating problems related to the Internet can, among other things, turn to the LOGOUT organisation, which counsels individuals and families facing Internet overuse and addiction, and also does preventive work by making recommendations to parents, children, adolescents and experts.

**Keywords:** digital technologies, Internet, Internet addiction, Internet overuse, research into Internet addiction, recommendations and help with addiction to various online contents.

## Začnimo s primerom

Andrej je študent, star 23 let. Kot večina njegovih prijateljev ima računalnik in telefon. Andrej je v srednji šoli odkril spletne igre. Prvo igro je začel igrati, ker mu jo je priporočil prijatelj. Čez čas je ugotovil, da se igre lahko igra tudi z več igralci, ki prihajajo iz vsega sveta. Nekaj igralcev lahko sestavi svojo ekipo in se družno bori proti skupnemu sovražniku (nasprotni ekipi), ki jo prav tako sestavljajo posamezni igralci iz različnih držav. V družbi se ne znajde najbolje, saj je precej sramežljiv. Ob tem se na večini področij počuti neuspešnega. Z izjemo na področju računalniške igre. Tam je odličen, soigralci ga spoštujejo in sprašujejo za nasvete. Igranje iger tako postaja njegovo sredstvo za sproščanje, samopotrjevanje in druženje, poleg tega se igranja loti vsakič, ko doživlja razočaranja, jezo ali žalost. Tako pozabi na slabo počutje in z dobrim nastopom zviša občutek lastne kompetentnosti.

Digitalne tehnologije, povezane v splet (računalnik, pametni telefoni, tablice ipd.), vedno bolj zgodaj vstopajo v življenja otrok. Ob tem si starši in strokovnjaki postavljajo več vprašanj: Kakšna je meja med uravnoteženo in prekomerno ter kompulzivno uporabo spleta? Zakaj je splet tako privlačen? Ali obstaja tip osebnosti,

ki je bolj odprt za razvoj zasvojenosti s spletom? Kateri so dejavniki tveganja, kateri pa varovalni dejavniki? Kako lahko preventivno vplivamo na razvoj uravnotežene in odgovorne uporabe spleta?

Na taka in številna druga vprašanja staršev, strokovnjakov in tudi samih uporabnikov spleta odgovarjamo v Centru pomoči pri prekomerni uporabi interneta Logout.

## Zakaj je splet »zasvojljiv«

Splet je medij, ki zaradi svojih lastnosti delovanja hitro lahko postane preganjalec dolgčasa, sredstvo za izboljšanje lastne samopodobe, sredstvo za pomiritev, razbremenitev čustvenih stisk, sredstvo za navidezno druženje in socializacijo. Je nezahteven za uporabo, relativno poceni, omogoča »ugodje takoj«. S hitro dostopnostjo nam iz »udobja naslonjača« ponuja mnogo vsebin, ki vplivajo na zadovoljevanje naših potreb, med drugim potreb po razumevanju in sprejetosti (družabna omrežja, forumi), intelektualnih izzivih (strateške spletne igre, informativne vsebine) in pozitivni samopodobi (uspešnost v določenih spletnih vsebinah). Obstajajo vsebine, ki imajo večji potencial, da posamez-

nika zasvojijo. To so predvsem spletne igre, igre na srečo, pornografske vsebine in spletno nakupovanje, prav tako pa nas lahko zasvojijo družabna omrežja, če začnemo svojo vrednost povezovati s številom ogledov naših slik, všečkov in komentarjev drugih uporabnikov.

## Ali sploh obstaja zasvojenost s spletom

Začetki raziskovanj simptomatike na področju uporabe interneta segajo v sredino 90. let prejšnjega stoletja, ko so strokovnjaki v Združenih državah Amerike začeli opazovati simptome odvisnosti, povezane s kompulzivno uporabo spleta (Young 2015). K. S. Young (1998) je prva natančneje definirala simptome težav na področju uporabe spleta, in sicer je na podlagi diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj DSM-IV (angl. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, v nadaljevanju DSM**) uporabila osem meril za patološko igranje iger na srečo, ki naj bi ustrezala za opis simptomatike odvisnosti od spleta. Kasneje je vse

**Splet je medij, ki zaradi svojih lastnosti delovanja hitro lahko postane preganjalec dolgčasa, sredstvo za izboljšanje lastne samopodobe, sredstvo za pomiritev, razbremenitev čustvenih stisk, sredstvo za navidezno druženje in socializacijo. Je nezahteven za uporabo, relativno poceni, omogoča »ugodje takoj«.**

več raziskovalcev skušalo opredeliti težave na področju uporabe spleta, še danes pa med seboj niso enotni o obstoju in definiciji konstrukta odvisnosti oz. zasvoje-

**Uravnotežena uporaba spleta je vezana na uravnoteženost raznolikih dejavnosti v vsakdanu posameznika (delo/učenje, druženje v živo, hobi, športna oz. telesna dejavnost, sprostitvev – tudi sprostitvev za napravo).**

nosti s spletom. Tako nekateri govorijo o t. i. kompulzivni uporabi spleta (npr. Van den Eijnden, Meerkerk, Spijkerman in Engels 2008), drugi o odvisnosti oz. zasvojenosti s spletom (npr. Young 1998; Wang, Zhou, Lu, Wu in Hong 2001), tretji o problematični upora-

bi spleta (npr. Caplan 2002; Davis 2001). V DSM-V je na seznam neuradnih duševnih motenj uvrščena tudi odvisnost od spletnih iger (angl. Internet Gaming Addiction), ki pa jo mora stroka pred uradnim sprejemom v priročnik DSM potrditi še z mnogimi kliničnimi raziskavami in primeri. Ne glede na različna poimenovanja in nekoliko različna opisovanja simptomatike na področju uporabe spleta pa večina opredeljenih konstruktov deli dovolj podobne opise simptomatike, da nam ti lahko pomagajo pri prepoznavanju težav pri strokovnem delu z otroki, mladostniki, njihovimi starši in z odraslimi. V nadaljevanju predstavljamo merila za prepoznavanje prekomerne uporabe spleta in zasvojenosti s spletnimi vsebinami, skladne s strokovnimi merili različnih strokovnjakov (npr. Caplan 2002; Davis 2001; Young 1998).

## Kako prepoznati simptome zasvojenosti

V splošnem ločimo uravnoteženo uporabo spleta, prekomerno uporabo spleta in zasvojenost s spletnimi vsebinami. Uravnotežena uporaba spleta je vezana na

uravnoteženost raznolikih dejavnosti v vsakdanu posameznika (delo/učenje, druženje v živo, hobi, športna oz. telesna dejavnost, sprostitvev – tudi sprostitvev za napravo). Prekomerna uporaba spleta je večkrat posledica neustreznosti strukturiranega časa posameznika, motiv v ozadju je dolgčas, pomeni pa največkrat preveč časa, ki ga oseba preživi za napravo. Oseba, ki

prekomerno uporablja splet, je do neke mere še sposobna nadzirati uspešnost in delo na drugih področjih, kot so šola ali zaposlitev, socialna mreža, odnosi znotraj družine ipd. Ko govorimo o zasvojenosti, tega nadzora ni več. Oseba na spletu preživi veliko časa, ob tem pa začne opuščati delo ali učenje, socialne stike, dejavnosti, ki so bile nekdanje pomembne, in ne uspeva vzdrževati funkcionalnih medosebnih odnosov. Motivacija za uporabo spleta je navadno razbremenitev ali odprava čustvenih stisk in frustracij, ki izhajajo z drugih področjih človekovega delovanja. Splet torej postane strategija soočanja s stresom, anksioznostjo, depresivnim razpoloženjem ipd.



Simptomi, ki opozarjajo na težave, so izguba nadzora nad uporabo naprav, kar se kaže v tem, da oseba uporablja naprave, tudi ko tega ni želela ali načrtovala. Poskusi zmanjševanja uporabe ali popolne abstinence niso uspešni. Čas uporabe naprav postaja vse daljši, spremeni se občutek za čas, preživet za napravami, saj več ur lahko mine kot 15 minut. Ko oseba s težavami na področju uporabe spleta nima dostopa do spletnih vsebin, postane obremenjena z mislimi o spletnih vsebinah in nestrpno pričakuje čas, ko bo lahko uporabila naprave. V primeru prekinitve internetne povezave ali odvzema naprav osebe s težavami reagirajo impulzivno, z besom in agresivnim vedenjem. Odtegnitev od naprav jim pomeni stisko, ki se med posamezniki razlikuje, največkrat pa jo občutijo v obliki tesnobe, depresivnega razpoloženja, razdražljivosti in hrepenenja po ponovni uporabi. Na račun uporabe spleta se zmanjša skrb za osnovne telesne potrebe, kot so npr. prehranjevanje in spanje. Pogosti so izpuščanje obrokov, prehranjevanje ob napravah in neprepanost zaradi večernega oz. nočnega brskanja po spletnih straneh, pregledovanja družabnih omrežij, igranja iger ali pisanja sporočil. Posledice vedno pogostejše uporabe spletnih vsebin se začnejo kazati na več ravneh vsakdanjega življenja - v odnosih z drugimi (prepiri, umikanje iz odnosov), pri šolski in delovni učinkovitosti (izrazit upad šolske in delovne uspešnosti, izguba delovnega mesta ali izpad iz rednega šolanja) in na ravni prostočasnih dejavnosti (izguba zanimanja za socialne in interesne dejavnosti). Uporaba spleta postane način spoprijemanja s stresom in stiskami, ki se sčasoma poglobljajo. Osebe s težavami te največkrat racionalizirajo in zanikajo, zaradi česar težko sprejmejo odločitev, da poiščejo pomoč.

## Dejavniki tveganja za razvoj zasvojenosti s spletom

Zasvojenost s spletnimi vsebinami postaja aktualna tema raziskovanj na področju psihologije in drugih sorodnih ved. Strokovnjaki opažajo več značilnosti, ki se dovolj dosledno pojavljajo v mnogih primerih oseb s težavami zasvojenosti s spletnimi vsebinami in ki jih več raziskav potrjuje kot statistično pomembne dejavnike tveganja za težave spletne zasvojenosti. Raziskave potrjujejo povezanost osebnostnih lastnosti in težav na področju uporabe spleta, med dejavnike tveganja se tako uvršča visoka izraženost osebnostne dimenzije nevroticizma (ali čustvena labilnost) (npr. Wu, Lee, Liao in Chang 2015), visoka impulzivnosti (npr. Tsai idr. 2009; Blinka, Ška upová, Ševčíková, Wöl-

fling, Müller in Dreider 2015), visoka odprtost za izkušnje (npr. Servidio 2014), nizka izraženost prijetnosti, visoka introvertiranost in nizka izraženost poteze vestnosti (Kuss, Van Rooij, Shorter, Griffiths in Van de Mheen 2013). Raziskave kažejo, da so osebe, ki so osebnostno bolj introvertirane in zadržane v socialnih stikih, bolj rizične za razvoj neuravnotežene uporabe spleta, saj jim internet olajša komunikacijo z drugimi ljudmi, ki jo lahko dobro nadzirajo, ustrezajo pa jim tudi individualne dejavnosti na spletu, ki ne zahtevajo mnogo komunikacije (npr. Leung 2007; Witte idr. 2007, v Young 2015). Pogost razlog za intenzivno uporabo spleta je tudi osamljenost oseb, ki s komunikacijo na spletu kompenzirajo pomanjkanje osebnih stikov in zadovoljivih medosebnih odnosov v vsakdanjem življenju (npr. Hardie in Tee 2007; Morahan-Martin 1999, v Young 2015). Nezadovoljivi medosebni od-

Simptomi, ki opozarjajo na težave, so izguba nadzora nad uporabo naprav, kar se kaže v tem, da oseba uporablja naprave, tudi ko tega ni želela ali načrtovala. Poskusi zmanjševanja uporabe ali popolne abstinence niso uspešni.

nosi so tako pogosto pomemben motivacijski dejavnik za pogosto uporabo spleta, predvsem klepetalnic, družabnih omrežij in timskih spletnih iger. Med pomembne dejavnike tveganja za razvoj zasvojenosti s spletom spadajo različne duševne težave, zlasti depresija, anksiozne motnje, motnja pozornosti s hiperaktivnostjo ADHD (npr. Tsai idr. 2009; Wu, Lee, Liao, Chang 2015; Yen, Ko, Yen, Wu, Yang 2007). Pomemben dejavnik tveganja za razvoj težav z uporabo spleta so dejavniki znotraj družine, kot so medosebni konflikti, pomanjkanje zaupanja, pomanjkanje strukture časa in kakovostnih prostočasnih dejavnosti, neustrezni vzgojni slogi, ločitev ali razveza staršev (Li, Garland in Howard 2013).

## Mladostniki kot rizična skupina za razvoj zasvojenosti s spletom

V obdobju mladostništva poteka intenziven razvoj možganov, zaradi katerega lahko pri mladostnikih opazimo neke skupne značilnosti, kot so nagnjenje k tveganim vedenjem, pomanjkljiva samonadzor in načrtovanje, spremembe razpoloženja ipd. Zaradi razvojnega stanja možganov v obdobju mladostništva so mladostniki še posebno ranljiva skupina za razvoj vseh vrst zasvojenosti. Pomembno je, kakšne izkušnje dobiva mladostnik, saj te vplivajo na njegov nadaljnji razvoj. Danes si mladi ne predstavljajo svojega sveta brez uporabe spleta in naprav, na spletu namreč zadovoljujejo >

številne svoje potrebe. Naloga staršev je, da mladostnike podpirajo pri učenju načrtovanja dejavnosti, strukture časa in seveda tudi zmerne ter uravnotežene uporabe spleta in naprav.

Evropska raziskava o vedenju mladostnikov na spletu (Dreider idr. 2013) je pokazala, da mladostniki na spletu zadovoljujejo predvsem potrebo po vključenosti v vrstniško skupino in po raziskovanju ter pridobivanju novih (ne)formalnih informacij. Mladostniki, vključeni v raziskavo, so poročali tudi o tem, da s pomočjo spleta zadovoljijo potrebo po stimulaciji in zabavi (poslušanje glasbe, ogled posnetkov, filmov, igranje iger ipd.). Ker so navedene potrebe v obdobju mladostništva izrazite, mladi uporabljajo splet in naprave pogos-

## Spalnice in otroške sobe naj bodo prostor brez digitalnih naprav, vsaj uro pred spanjem pa se uporaba naprav odsvetuje.

to, večinoma vsakodnevno. Mladostniki, ki so že izkazovali težave na področju prekomerne uporabe spleta, so poročali, da želijo skoraj ves čas uporabljati splet, ker jim to olajša življenje - krepijo samopodobo, krepijo svojo vlogo v medvrstniških odnosih, lažje izražajo osebne in čustvene vsebine na spletu kot v živo, v primeru težav v vsakdanjem življenju pa se z uporabo spleta zamotijo ter umikajo. Mladostniki, ki so splet uporabljali prekomerno, so poročali o vidnih posledicah, kot so upad šolskega uspeha, nedokončane obveznosti, zdravstvene težave, utrujenost.

Velika večina mladih zelo intenzivno in pogosto uporablja splet ter naprave, pa kljub temu ne razvijejo te-

**Starši naj poskrbijo, da imajo otroci v dnevu več časa, ki ga preživijo brez naprav, da starši s svojim zgledom in spodbudami usmerjajo otroke h kakovostnemu preživljanju prostega časa (igra, hobiji), da ima družina skupen čas brez naprav (obroki, skupne dejavnosti) ter da poskrbijo tudi za odgovorno opravljanje obveznosti (šolsko delo, hišna opravila ipd.).**

žav na področju uporabe spleta oz. zasvojenosti, saj pri razvoju težav igrajo pomembno vlogo dejavniki tveganja, omenjeni v prejšnjem poglavju. Čas, preživet na spletu, torej ni ključno merilo prepoznavanja težav na področju uporabe spleta (npr. Blinka idr. 2015), temveč je ključno prepoznavanje motivov, zaradi katerih oseba uporablja splet, in pa posledic, ki jih občuti v življenju zaradi uporabe spleta.

## Dejavniki tveganja zasvojenosti z različnimi spletnimi vsebinami

Različne spletne vsebine lahko privlačijo različne skupine ljudi. *Igranje spletnih iger* privlači predvsem moške, še posebno mlajše odrasle in mladostnike, ki na ta način zadovoljujejo različne potrebe, kot so zabava, miselna stimulacija, tekmovalnost (npr. Andreassen, Billieux, Griffiths in Pallesen 2016).

Nekateri raziskovalci (Andreassen idr. 2016) so ugotovili, da so k *zasvojenosti z uporabo družabnih omrežij* bolj nagnjene mlajše, samske ženske, s pridruženimi različnimi psihološkimi dejavniki tveganja. Prav tako ugotavljajo, da več žensk kot moških razvije zasvojenost s pošiljanjem sporočil po različnih komunikacijskih kanalih. V zadnjem obdobju strokovnjaki govorijo tudi o anksioznosti, vezani na strah pred zamujanjem dejavnosti in novosti na spletu, zlasti na družabnih omrežjih (angl. Fear of Missing Out, FoMO), ki se povezuje s zasvojenostjo z družabnimi omrežji (Vaidya, Jaiganesh in Krishnan 2015).

Pri težavah zasvojenosti s spletnim nakupovanjem nekateri avtorji govorijo o različnih motivih kompulzivnih kupcev, in sicer materialnih želj na eni strani in lajšanje stisk z nakupovanjem na drugi (npr. Mueller idr. 2011). Težave na področju kompulzivnega nakupovanja na spletu ima več žensk kot moških (Mueller idr. 2011; Andreassen idr. 2016), splet pa je bolj privlačen za nakupovanje zaradi takojšnjega ugodja, široke ponudbe, neomejenega časa nakupovanja (Duroy, Gorse in Lejoyeux 2014).

*Zasvojenost z igrami na srečo* se pogosto odvija na spletu, v različnih spletnih igralnicah, športnih stavah na spletu in igranju pokra na spletu. Dodatna tveganja, vezana na splet, so

možnost negotovinskega plačevanja, anonimnost, neomejen dostop, izguba stika z ljudmi in lažen občutek nadzora vedenja (Tonioni 2013). Raziskave kažejo, da so moški bolj rizični za razvoj zasvojenosti z igrami na srečo kot ženske (Andreassen idr. 2016).

## Kakšna so priporočila

Ni splošnih smernic, kako naj družine sklepajo dogovore o uporabi naprav, saj mora vsaka družina najti način, ki je realen in funkcionalen za njen življenjski slog. V nadaljevanju predstavljamo nekaj priporočil, ki lahko staršem pomagajo pri vzpostavljanju zdrave uporabe naprav njihovih otrok, ki temeljijo tako na smernicah akademije ameriških pediatrov, izdane leta 2016, na podlagi številnih strokovnih raziskav ter tudi na podlagi mnogih izkušenj iz prakse programov Logout.

Spalnice in otroške sobe naj bodo prostor brez digitalnih naprav, vsaj uro pred spanjem pa se uporaba naprav odsvetuje (Moreno, Reid Chassiakos, Cross 2016). Tako bo spanec bolj kakovosten, počutje boljše. Izkušnje z mnogimi starši in otroki, vključenih v programe Logout, kažejo, da je lahko sklepanje in upoštevanje dogovorov o uporabi naprav med starši in otroki oteženo v primeru, ko otroci sami kupujejo naprave z lastnimi prihranki ali pa ko dobijo naprave za darilo od katerega izmed družinskih članov. Nakup naprave naj bo raje odločitev vse družine, pred katerim se družina dogovori glede osnovnih pravil uporabe. Starši naj poskrbijo, da imajo otroci v dnevu več časa, ki ga preživijo brez naprav, da starši s svojim zgledom in spodbudami usmerjajo otroke h kakovostnemu preživljanju prostega časa (igra, hobiji), da ima družina skupen čas brez naprav (obroki, skupne dejavnosti) ter da poskrbijo tudi za odgovorno opravljanje obveznosti (šolsko delo, hišna opravila ipd.). V Logout priporočamo tudi t. i. digitalni post, ko družina ali posameznik izklopi, če se le da, vse naprave in si vzame čas za pogovor ter kakovostno preživljanje prostega časa. Zaupanje, toplina, izražanje čustev ter postavljanje ustreznih mej so nekateri izmed ključnih varovalnih dejavnikov, ki jih lahko starši krepijo. Starši naj izražajo odprtost do spletnih vsebin, ki otroka in mladostnika zanimajo, tako da si jih ogledajo skupaj, da se pogovarjajo o vsebinah. Otroke naj spodbujajo k čim bolj ustvarjalnim in poučnim načinom uporabe spleta. Pomembna je tudi komunikacija o temah varnosti in zlorab na spletu ter spletnem nasilju in pogovori o različnih načinih ukrepanja v primeru zlorab (povzeto po Moreno, Reid Chassiakos, Cross 2016).

## Kam po pomoč

V Centru pomoči pri prekomerni rabi interneta Logout izvajamo psihološka svetovanja za starše, otroke, mladostnike, odrasle, ki potrebujejo oporo pri vzpostavljanju bolj zdrave, zmerne in ustvarjalne uporabe spleta ter naprav oz. podporo pri obvladovanju prekomerne uporabe in zasvojenosti s spletom. Opravljamo individualne, družinske in skupinske obravnave ter anonimno svetovanje po telefonu in prek spleta. Izvajamo različne preventivne dejavnosti (delavnice, predavanja,

izobraževanja, osveščanje javnosti). Sodelujemo in izobražujemo tudi strokovnjake iz drugih institucij in organizacij, kot so šole, zdravniki, centri za socialno delo, nevladni programi ipd. Programe sofinancirajo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za zdravje, Mestna občina Ljubljana in Mestna občina Koper.

- Svetovalnica Logout v Ljubljani, Metelkova ul. 15, tel. 041 233 474, in Svetovalnica Logout v Izoli; Ljubljanska ul. 22, tel. 064 236 516; info@logout.si, www.logout.si
- Društvo Projekt Človek - Sprejemni centri po Sloveniji; www.projektclovek.si
- Zdravstveni dom Nova Gorica - Center za bolezni odvisnosti, miha.kramli@zd-go.si, www.zd-go.si
- Zdravstveni dispanzerji za otroke in mladostnike (klinični psihologi, pedopsihiatri, osebni zdravniki)
- Safe.si - Točka osveščanja o varni rabi interneta in mobilnih naprav za otroke, najstnike, starše in učitelje; www.safe.si
- Spletno oko - Točka za prijavo sovražnega govora in posnetkov spolnih zlorab na spletu; www.spletno-oko.si

## Sklep

Zdrava in zmerna uporaba spleta ter naprav je sodoben izziv za vso družbo, še posebno pa za starše in njihove otroke. Mnogi starši potrebujejo oporo strokovnjakov pri vzpostavljanju dogovorov in mej glede uporabe naprav. Skladno z naraščanjem uporabe digitalnih naprav znotraj vse populacije, zlasti pa med mladimi, narašča z leti tudi zanimanje različnih strokovnjakov (psihiatri, psihologi, nevrologi, pedagoški delavci idr.) in akademskih raziskovalcev za preučevanje vpliva uporabe spleta na razvoj otrok in mladostnikov ter na življenje odraslih oseb. Najverjetneje lahko pričakujemo porast študij, ki bodo še podkrepile znanstveno podlago za uvajanje specifičnih strokovnih programov pomoči na eni strani ter usmerjenih preventivnih ukrepov na drugi. Pomembno je dosledno izobraževanje strokovnjakov in širše javnosti ter strokovno povezovanje za zgodnje preprečevanje težav in zagotavljanje ustreznih ter uspešnih obravnav. <



## Viri in literatura

1. Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. in Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30 (2), str. 252-262.
2. Blinka, L., Škařupová, K., Ševčíková, A., Wölfling, K., Müller, K. W., Dreider, M. (2015). Excessive internet use in European adolescents: What determines differences in severity? *International Journal of Public Health*, 60 (2), str. 249-256.
3. Caplan, S. E. (2002). Problematic internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in human behaviour*, 18, 553-575.
4. Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in human behavior*, 17(2), 187-195.
5. Dreider, M., Tzavela, E., Wölfling, K., Mavromati, F., Duven, E., K, Karakitsou, C., ..., Tsitsika, A. (2013). The development of adaptive and maladaptive patterns of internet use among european adolescents at risk for internet addictive behaviors: a grounded theory inquiry. *European Psychiatry*, 28 (1). DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76643-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76643-4).
6. Duroy, D., Gorse, P., Lejoyeux, M. (2014). Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive Behaviors*, 39 (12), str. 1827-1830.
7. Kuss, D. J., Van Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987-1996.
8. Li, W., Garland, E. L., Howard, M. O. (2013). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*, 31, 393-411.
9. Moreno, M., Reid Chassiakos, Y., Cross, C. (2016). AAP Council on Communications and Media: Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*, 138 (5). DOI: 10.1542/peds.2016-2592.
10. Mueller, A., Mitchell, J. E., Peterson, L. A., Faber, R. J., Steffen, K. J., Crosby, R. D., Claes, L. (2011). Depression, materialism, and excessive Internet use in relation to compulsive buying. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (4), str. 420-424.
11. Servidio, R. (2014). Exploring the effects of demographic factors, Internet usage and personality traits on Internet addiction in a sample of Italian university students. *Computers in Human Behavior*, 35, 85-92.
12. Tonioni, F. (2013). *Ko internet postane droga*. ZD Osnovno varstvo Nova Gorica.
13. Tsai, H. F., Cheng, S. H., Yeh, T. L., Shih, C. C., Chen, K. C., Yang, Y. C. (2009). The risk factors of Internet addiction - a survey of university freshmen. *Psychiatry Res.*, 167, 294-299. doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.015.
14. Vaidya, N., Jaiganesh, S. in Krishnan, J. (2015). Prevalence of Internet addiction and its impact on the physiological balance of mental health. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 6(1), str. 97-100.
15. Van den Eijnden, R. J. J. M., Meerkerk, G. J., Spijkerman, R., in Engels, R. C. M. E. (2008). Online communication, compulsive internet use and social well-being among adolescents: A longitudinal study. *Developmental psychology*, 44(3), 655-665.
16. Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., in Hong, L. D. (2011). Problematic internet use in high school students in Guangdong Province, China. *PLoS ONE*, 6(5): e19660. doi:10.1371/journal.pone.0019660.
17. Wu, C. Y., Lee, M. B., Liao, S. C., Chang, L. R. (2015). Risk Factors of Internet Addiction among Internet Users: An Online Questionnaire Survey. *PLoS ONE* 10(10): e0137506. doi:10.1371/journal.pone.0137506.
18. Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41, 93-98.
19. Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and behavior*, 1, 237-244.
20. Young, K. (2015). The Evolution of Internet Addiction Disorder. V: Montag, C. in Reuter, M. (ur.), *Internet Addiction: Neuroscientific approaches and Therapeutical Interventions* (str. 3-17). Berlin, Heidelberg, Germany: Springer International Publishing.



REPUBLIKA  
SLOVENIJA

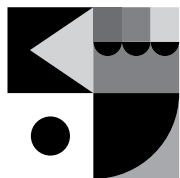
MINISTRSTVO  
ZA KULTURO

MINISTRSTVO ZA IZOBRAŽEVANJE,  
ZNANOST IN ŠPORT



Zavod Republike Slovenije za šolstvo

cankarjev dom



Kulturni  
bazar

2018

# Jubilejni, deseti Kulturni bazar

Spoštovani strokovni delavci v vzgoji in izobraževanju,  
vljudno vas vabimo, da se nam pridružite  
**v četrtek, 5. aprila 2018, v Cankarjevem domu v Ljubljani.**

Ob jubileju smo pripravili bogat in zanimiv program **strokovnega usposabljanja**, katerega osrednja tema je **Evropsko leto kulturne dediščine 2018**, posebno pozornost pa namenjamo tudi **Cankarjevemu letu 2018** ter **medgeneracijskemu povezovanju na področju kulture**.

Program vključuje skoraj 50 dogodkov: predstavitve, predavanja, delavnice in vodenja po razstavi, raznovrstne vsebine omogočajo, da si lahko vsak udeleženec izbere tisto, kar ga strokovno najbolj zanima. Vrtcem in šolam ter drugim zavodom iz vzgoje in izobraževanja prav posebej priporočamo, da **omogočijo udeležbo na usposabljanju več strokovnim delavcem posameznega VIZ** (strokovnim delavcem različnih predmetov in področij, različnih stopenj izobraževanja, tudi svetovalni službi, šolskim knjižničarjem ...).

Program strokovnega usposabljanja in prijavnica:  
[www.kulturnibazar.si](http://www.kulturnibazar.si)  
Vstop prost

Partnerji



REPUBLIKA  
SLOVENIJA

MINISTRSTVO  
ZA ZDRAVJE

MINISTRSTVO ZA KMETIJSTVO,  
GOZDARSTVO IN PREHRANO

MINISTRSTVO ZA  
OKOLJE IN PROSTOR

Častna pokroviteljica



Slovenska  
nacionalna komisija  
za UNESCO

Organizacija Združenih  
narodov za izobraževanje,  
znanost in kulturo

# Dolgotrajno bolni učenci – podpora svetovalne službe

MAJA GORENC ŠULC, Osnovna šola Bršljin  
maja.gorenc.sulc@gmail.com

---

● **Povzetek:** Bolezen spremeni način življenja; kljub bolezni pa gre življenje naprej in prav šola je pogosto tista, ki otroka spomni na to. V prispevku opisujem pomen celostne obravnave dolgotrajno bolnih otrok v vzgojno-izobraževalnem procesu. Ti otroci so zaradi zdravljenja oz. poslabšanja zdravstvenega stanja pogosto odsotni od pouka. V duhu vključujoče šole se tega zavedamo in se trudimo ves čas posebno pozornost namenjati ustvarjanju pozitivnega vzdušja v razredu ter dobremu sodelovalnemu odnosu s starši dolgotrajno bolnega učenca. Strokovna skupina na šoli izdelava individualizirani program, s katerim določimo oblike dela na posameznih področjih oz. predmetih, način izvajanja dodatne strokovne pomoči ter potrebne prilagoditve pri organizaciji, preverjanju in ocenjevanju znanja, napredovanju in časovni razporeditvi pouka. Z vsemi predvidenimi prilagoditvami pomagamo otroku s posebnimi potrebami doseči vsaj minimalne cilje in standarde znanja razreda, v katerega je vključen, na prvem mestu pa je seveda zdravje otroka.

**Ključne besede:** otroci s posebnimi potrebami, dolgotrajno bolni otroci, individualizirani program, dodatna strokovna pomoč, inkluzija.

Chronically Ill Pupils – Support from Counselling Service

● **Abstract:** Disease changes a child's way of life, but despite the disease, life goes on and school is often the one that reminds the child of that fact. Chronically ill children are children with long-term or chronic disorders and

diseases. They are often absent from school due to treatments or a deterioration of their medical condition. The school staff are aware of this issue and, following the principles of an inclusive school, are continuously working towards comprehensively addressing such pupils. After having integrated children with special needs into school, the staff pay special attention to creating a positive atmosphere and good cooperative relationship with parents of chronically ill pupils. The school's expert group designs an individualized programme, which determines the forms of work in specific areas or specific subjects, the method of implementing additional professional assistance, and the necessary adjustments to the organization, knowledge assessment, promotion, and class schedule. With all of the proposed adjustments the school tries to enable the child with special needs to achieve at least the minimum objectives and standards of knowledge; nevertheless, the child's health is of paramount importance.

**Keywords:** children with special needs, chronically ill children, an individualized programme, additional professional assistance, inclusion.

## 1 Dolgotrajno bolni učenci

Po Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Ur. l.

RS, 58/2011) so otroci s posebnimi potrebami skupina otrok, ki pri vzgoji in izobraževanju krajši ali daljši čas potrebujejo različne oblike pomoči in prilagoditve. V to skupino spadajo tudi dolgotrajno bolni otroci. To so otroci z dolgotrajnimi oziroma kroničnimi motnjami ter boleznimi, ki jih ovirajo pri šolskem delu. Dolgotrajna bolezen je vsaka bolezen, ki ne izzveni v treh mesecih. Med dolgotrajne bolezni štejemo kardiološke, endokrinološke, gastroenterološke, alergološke, revmatološke, nefrološke, pulmološke, onkološke, hematološke, dermatološke, psihiatrične in nevrološke bolezni, avtoimune motnje ter motnje prehranjevanja. Ti otroci so omejeni v dejavnostih, ker imajo šibko psihofizično kondicijo, pogosto pa so zaradi zdravljenja oz. poslabšanja zdravstvenega stanja daljši ali krajši čas odsotni od pouka.

Kesič Dimić (2010) piše, da so dolgotrajno bolni otroci deležni veliko prepovedi, omejitev in odrekanih račun svojega zdravja. Zaradi različnih terapij z zdravili ali posegov lahko nastanejo spremembe v vedenju, spremenijo se lahko tudi telesni znaki, kar je precej neprijetno za mladostnika in vpliva na njegovo samopodobo. Zaradi potrebe po počitku so takšni otroci izolirani od svojih vrstnikov in zanimivega vrveža. So eni redkih, ki z veseljem hodijo v šolo. Če so pri pouku, vedo, da so v tistem trenutku zdravi in med svojimi vrstniki.

Dolgotrajno bolni otroci so otroci z dolgotrajnimi oziroma kroničnimi motnjami ter boleznimi, ki jih ovirajo pri šolskem delu. Dolgotrajna bolezen je vsaka bolezen, ki ne izzveni v treh mesecih.

Kadar je učenec dalj časa hospitaliziran, obiskuje bolnišnično šolo. Če so hospitalizirani na otroških oddelkih ljubljanskih bolnišnic, je učno-vzgojno delo v bolnišničnih šolskih oddelkih namenjeno obolelim in bolnim učencem iz vse Slovenije. Bolnišnični šolski oddelki delujejo na pediatrični kliniki, na otroškem oddelku ortopedske in dermatovenerološke klinike, na univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča ter na psihiatrični kliniki v Ljubljani. Občasno se šolsko delo odvija tudi na infekcijski kliniki, izvajajo pa tudi poučevanje na domu preko računalnika.

Namen te šole je, da učenec ne prekinja svojega šolskega dela, da se preko bolnišnične šole vključuje v svojo matično šolo in da mu šola osmisli čas bivanja v bolnišnici.

## 2 Usmerjanje in postopek usmerjanja

Za učence, ki se zdravijo doma ali le občasno obiskujejo pouk, šola ali starši vložijo zahtevo za pridobitev odločbe o statusu učenca s posebnimi potrebami, s katero je upravičen do dodatne strokovne pomoči. Usmerjanje je ugotavljanje primanjkljajev, ovir in motenj, ugotavljanje potreb po prilagoditvah in strokovni pomoči, usmerjanje v ustrezen program vzgoje in izobraževanja, določitev vrste in obsega prilagoditev

Zaradi različnih terapij z zdravili ali posegov lahko nastanejo spremembe v vedenju, spremenijo se lahko tudi telesni znaki, kar je precej neprijetno za mladostnika in vpliva na njegovo samopodobo. Zaradi potrebe po počitku so takšni otroci izolirani od svojih vrstnikov in zanimivega vrveža.

ter strokovne pomoči. Začetek postopka o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami lahko sprožijo starši oz. zakoniti zastopniki in tudi šola po uradni dolžnosti, kadar ocenijo, da je za otroka potrebna usmeritev. Vlogo za začetek postopka usmerjanja vložijo na območni enoti Zavoda Republike Slovenije za šolstvo pristojni glede na kraj otrokovega stalnega prebivališča. Vloga mora vsebovati zahtevo za uvedbo postopka, poročilo šole ali zavoda, ki ga obiskuje otrok, zapis pogovora z otrokom o postopku usmerjanja, strokovno dokumentacijo, ki jo je mogoče pridobiti na podlagi že opravljenih obravnav otroka (zdravstvena, psihološka, specialpedagoška, socialna in druga poročila, ki se nanašajo na utemeljevanje posebnih potreb otroka). Če člani strokovne komisije za usmerjanje presodijo, da imajo ti otroci takšne razvojne in učne zmožnosti, da bodo predvidoma s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo dosegli vsaj minimalne standarde znanja, določene v učnih načrtih za vse predmete v predmetniku določenega razreda, se jim glede na vrsto in stopnjo primanjkljaja, ovire oz. motnje lahko prilagodijo organizacija, način preverjanja in ocenjevanja znanja, napredovanje in časovna razporeditev pouka ter zagotovi dodatna strokovna pomoč.

Namen te šole je, da učenec ne prekinja svojega šolskega dela, da se preko bolnišnične šole vključuje v svojo matično šolo in da mu šola osmisli čas bivanja v bolnišnici.

primanjkljajev, izvajanje svetovalnih storitev in izvajanje učne pomoči; določijo cilje in oblike dela na posameznih vzgojno-izobraževalnih področjih, strategije vključevanja otroka s posebnimi potrebami v skupino, potrebne prilagoditve pri preverjanju in ocenjevanju znanja, doseganju standardov in napredovanju, uporabo prilagojene in pomožne izobraževalne tehnologije, izvajanje fizične pomoči, izvajanje tolmačenja v slovenskem znakovnem jeziku, prehajanje med programi ter potrebne prilagoditve pri organizaciji, časovno razporeditev pouka in veščine za čim večjo samostojnost v življenju. Evalvacija individualiziranega programa poteka na koncu prvega ocenjevalnega obdobja oz. po potrebi in na koncu šolskega leta. Na koncu šolskega leta že načrtujemo individualizirani program za dolgotrajno bolnega učenca za naslednje šolsko leto.

### 3 Dodatna strokovna pomoč

Dodatna strokovna pomoč ima dve funkciji, in sicer rehabilitacijsko in funkcijo pomoči pri učenju.

Dodatna strokovna pomoč je sestavni del vzgojno-izobraževalnih programov s prilagojenim izvajanjem. Ima dve funkciji: pomoč pri premagovanju primanjkljajev, ovir in motenj (rehabilitacijska funkcija) in učna pomoč (funkcija pomoči pri učenju). To pomoč zagotavljajo strokovnjaki (specialni pedagogi, socialni pedagogi, inkluzivni pedagogi, psihologi, pedagogi, logopedi, učitelji idr.).

#### 3.1 Individualizirani program

V skladu s 27., 28., 29. in 30. členom Zakona o usmerjanju (Ur. l. RS, št. 54/00) je strokovna skupina, ki jo imenuje ravnatelj, na šoli dolžna za otroka s posebnimi potrebami v roku 30 dni po dokončnosti odločbe o usmeritvi izdelati individualizirani program. Pri njegovi pripravi sodelujejo starši. Z individualiziranim programom v programu s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo določijo organizacijo in izvedbo dodatne strokovne pomoči za premagovanje

## 4 Prilagoditve vzgojno-izobraževalnega procesa

V vzgojno-izobraževalnem procesu prilagodimo organizacijo pouka, prostor, didaktične pripomočke in opremo, organizacijo časa, poučevanje in učenje, preverjanje in ocenjevanje znanja.

### 4.1 Organizacija pouka

Za nekatere učence, ki jim je dolgotrajna bolezen povzročila tudi gibalno oviranost, je treba pouk organizirati tako, da njihove težave ne bodo onemogočale oz. preprečevale šolskega dela. Sicer je priporočljivo, da je matična učilnica takega učenca v pritličju šole, da se, kolikor je mogoče, zmanjša število selitev iz učilnice v učilnico oz. takemu učencu omogočimo zamenjavo učilnice pred odmori.

### 4.2 Didaktični pripomočki in oprema

Dolgotrajno bolnim otrokom po potrebi lahko zagotovimo posebej didaktične pripomočke in opremo.

### 4.3 Stalni ali začasni spremljevalec

Zobec (2013) piše, da gibalno oviranim otrokom, ki zaradi ovir pri gibanju ne morejo samostojno hoditi in pri dnevnih opravilih potrebujejo delno ali stalno fizično pomoč pri izvajanju šolskega dela z odločbo lahko dodelijo spremljevalca. Gre za težje ali težko gibalno ovirane otroke, ki za večji del gibanja v prostoru in



zunaj njega potrebujejo delno ali popolno pomoč druge osebe, uporabljajo pa ročni ali elektronski voziček. Spremljevalec je lahko občasni ali stalni, določijo pa ga z odločbo in na podlagi otrokovih potreb.

## 4.4 Poučevanje in učenje

Nekateri dolgotrajno bolni otroci takoj po vrnitvi iz bolnišnice in bolnišnične šole še ne morejo prisostovati pri vseh urah pouka.

Zato naj bo takemu učencu omogočeno postopno obiskovanje pouka.

Razrednik je ključna oseba; med drugim spodbuja otrokove sošolce k pisanju pisem (elektronske pošte, spodbudnih SMS-sporočil) in obiskom, če so ti dovoljeni. Otrok, ki v bolnišnici ali v domači negi vzdržuje stik s sovrstniki, se počuti bolj sprejete-ga, ko se vrne v šolske klopi.

Upoštevatni je treba tudi, da je zaradi bolezni oz. načinov zdravljenja dolgotrajno bolni učenec pogosto odsoten (kontrolni pregledi, posebni postopki zdravljenja), zato je treba te odsotnosti upoštevati pri celotnem ritmu učno-vzgojnega dela (npr. učenec naj ne bo ocenjen, če se je ravno prejšnji dan vrnil s kontrolnega pregleda, dodatnega zdravljenja ipd.).

Zaradi pogostih izostankov jim moramo omogočiti nemoteno pridobivanje zapiskov obravnavane snovi. Najlažje je fotokopiranje ali skeniranje zapiskov učencev.

Učitelj, ki poučuje dolgotrajno bolnega otroka, mora biti seznanjen z naravo otrokove bolezni, saj so od nje in načinov zdravljenja odvisne vse posebne prilagoditve in posebnosti pri poučevanju. Najpomembnejše je, da učitelj upošteva, da ima učenec zaradi morebitnih zdravlil morda slabšo koncentracijo, da morda potrebuje pri posameznih nalogah in dejavnostih več časa, da morda potrebuje med uro hrano oz. tekočino, da potrebuje malo gibanja ipd. Vse to je odvisno od posamezne bolezni. Zato naj bodo podrobnosti opredeljene v individualnem načrtu.

Poglavitno pa je, da ima učitelj dolgotrajno bolnega otroka na očeh tako, da lahko opazi, ali učenec lahko sledi delu, ali je dejaven ali pa zgolj pasivno sedi pri uri. Upoštevati je treba otrokovo bolezen, ki pogostokrat zavira tempo dela.

Učno-vzgojno delo za dolgotrajno bolnega učenca je treba načrtovati tako, da bo usmerjeno predvsem na doseganje temeljnih učnih ciljev oz. na usvajanje temeljnih znanj in veščin. Tako bo tudi dolgotrajno bol-

ni učenec kljub svoji bolezni zmoženo uspešno nadaljevati svoje šolanje in ga tudi uspešno končati.

Ker se bolnišnično šolsko delo odvija individualno oz. v manjših skupinah, tako da je lahko do največje možne mere individualizirano, se lahko zgodi, da bo imel učenec po vrnitvi v svojo šolo težave (ne bo zmoženo slediti tempu dela v oddelku, težko se bo vključil v skupino). Treba mu je pomagati (skrbno spremljanje, uvajanje primerne oblike dela, notranje diferencialno delo, če je potrebno, dopolnilni pouk oz. individualna učna pomoč).

Zaradi specifičnosti obolenja posameznega otroka je treba včasih prilagoditi tudi delo pri posameznem predmetu (športna, likovna, tehnična, glasbena vzgoja, gospodinjstvo) in pri posameznih drugih šolskih dejavnostih (športni, naravoslovni, tehniški dnevi, ekskurzije, šola v naravi, tabori). Teh dejavnosti naj se dolgotrajno bolni učenci praviloma udeležujejo. Morebitne konkretne omejitve oz. prilagoditve so povezane s specifično otrokovega obolenja oz. bolezni, zato naj se matična šola o tem posvetuje z bolnišničnim učiteljem. Takim otrokom je treba zagotoviti dodatno spremstvo, če je to potrebno (prostovoljci, starši).

Zaradi večkratnih, krajših odsotnosti (pregledi, postopki zdravljenja) dolgotrajno bolni učenec pogosto ni deležen učiteljeve razlage, pojasnil, usmeritev. Zato mu je vse to treba omogočiti, bodisi v obliki dopolnilnega pouka bodisi v obliki individualne učne pomoči. Zagotoviti je treba vire in določiti izvajalce dodatne pomoči, kar pa ne sme biti prepuščeno le dobri volji posameznega učitelja. Do dodatne učne pomoči ima dolgotrajno bolni učenec pravico, določitev obsega in trajanja pa naj bo v pristojnosti komisije za usmerjanje. Dodatno strokovno pomoč izvaja strokovni delavec, določen z odločbo o usmeritvi.

Razrednik je ključna oseba; med drugim spodbuja otrokove sošolce k pisanju pisem in obiskom, če so ti dovoljeni.

Učitelj, ki poučuje dolgotrajno bolnega otroka, mora biti seznanjen z naravo otrokove bolezni, saj so od nje in načinov zdravljenja odvisne vse posebne prilagoditve in posebnosti pri poučevanju.

## 4.5 Preverjanje in ocenjevanje znanja

Pri preverjanju in ocenjevanju znanja je treba upoštevati otrokovo zdravstveno stanje in njegove psihofizične sposobnosti. Preverjanje in ocenjevanje naj bo sprotno, napovedano in opravljeno tako, da ne deluje obremenilno na učenca. Učitelj naj bo seznanjen, če otrok uživa zdravila, ki zmanjšajo koncentracijo in

Zaradi specifičnosti obolenja posameznega otroka je treba včasih prilagoditi tudi delo pri posameznem predmetu in pri posameznih drugih šolskih dejavnosti.

nasploh upočasnjujejo ritem dela. To je treba upoštevati tudi pri preverjanju in ocenjevanju, tako da zagotovimo preverjanje in ocenjevanje manjših sklopov, podaljšan čas preverjanja ali odložitev preverjanja (npr. če ima učenec kontrolni pregled, če se vrne po daljši odsotnosti). Zaradi narave

učenceve bolezni oz. obolenja je preverjanje lahko samo ustno ali samo pisno.

Dolgotrajno bolni učenci so kot drugi učenci s posebnimi potrebami upravičeni do prilagojenega opravljanja nacionalnih preizkusov znanja.

## 5 Celostna obravnava dolgotrajno bolnih otrok

### 5.1 Pomoč pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces

Ob vključitvi otroka s posebnimi potrebami v šolo oz. oddelek je treba posebno pozornost nameniti ustvarjanju čim bolj pozitivnega vzdušja. Nepoznavanje drugačnosti otrok s posebnimi potrebami lahko med drugimi učenci v oddelku oz. na šoli okrepi morebitne predsodke ali ustvari nespodbudno vzdušje. Zato je pomembno »pripraviti« otroke na vključitev otroka s posebnimi potrebami, tako da jim damo čim več informacij in možnost spraševanja. V prilagojeno obravnavo kronično bolnega otroka je treba vključiti vse zdrave otroke, sošolce. S tem se krepi socialna pripadnost skupnosti in socialna pozitivna vrednostna usmerjenost vseh učencev.

Otroci se med šolanjem srečujejo s številnimi težavami - od tistih pri učenju do strahu pred nalogami in spraševanjem, od osamljenosti v razredu do poslabšanja učnega uspeha, od težav, ki jih povzročajo različne oblike zasvojenosti, do neurejenih družinskih razmer. Včasih pa so to le vprašanja ali težave, ki so čisto edinstvene, odgovor nanje pa je neznan. Tu je šolska svetovalna služba na voljo prav vsem učencem, staršem in učiteljem, ki se srečajo z določenimi stiskami in vprašanji, ki jih ne zmorejo rešiti sami. Sodelovanje staršev s šolo je gotovo pomemben način za otrokov optimalni razvoj. Starši dolgotrajno bolnega otroka so zaradi zaskrbljenosti velikokrat pretirano

zaščitniški (skušajo ga zaščititi pred vsemi mogočimi zunanji vplivi in dodatnimi bolečinami) in obremenjeni s samo boleznijo. Otroka nevede izolirajo v domačem okolju, pogosto ob pretirani negi in oskrbi. Zato je pomembno, da z njimi vzpostavimo sodelovalen odnos in jim dajemo oporo pri šolski tematiki ter jasno predstavimo svojo vlogo in pomoč.

Prav tako je treba otroku s posebnimi potrebami predstaviti naravo njegovih posebnih potreb in ga razbremeniti občutka krivde, ki je pogosto prisoten ob težavah, ki jih ima lahko na različnih razvojnih in učnih področjih. Tako kot za vse otroke je za otroka s posebnimi potrebami še bolj pomembno, da se čuti v oddelku sprejetega in varnega, saj je to pogoj za vzpostavljanje socialnih interakcij, komunikacijo in tudi uspešno učenje.

V duhu vključujoče (inkluzivne) šole je treba pouk skrbno načrtovati in izvajati s holističnim in individualnim pristopom s stalnim prilagajanjem trenutnim psihofizičnim potrebam otroka.

### 5.2 Podpora učiteljev

Učitelj preživi največ časa z otrokom s posebnimi potrebami in ima zato v učnem procesu najbolj odgovorno nalogo. Ta zahteva od njega predvsem poznavanje otroka s posebnimi potrebami ter pozitiven odnos do njegovih posebnih potreb poleg strokovnih kompetenc, ki si jih je pridobil med študijem.

Košir in drugi (2008) so menja, da zgolj uveljavljene oblike dela s starši praviloma niso dovolj za učinkovito vključevanje otrok s posebnimi potrebami in morebitno reševanje problematike v odnosih med učenci, strokovnimi delavci in starši vseh otrok in otrok s posebnimi potrebami. Nepoznavanje problematike, ki je povezana z vključitvijo otrok s posebnimi potrebami v šolo (oddelek), lahko sproža različna odzivanja staršev drugih otrok. Zato

je pomembno posebno pozornost posvetiti tudi načrtovanju sodelovanja s starši. Poteka naj na najmanj treh ravneh: s starši vseh otrok na šoli, s starši otrok v oddelku, v katerega je vključen otrok s posebnimi potrebami, ter s starši otroka s posebnimi potrebami.

V prilagojeno obravnavo kronično bolnega otroka je treba vključiti vse zdrave otroke, sošolce. S tem se krepi socialna pripadnost skupnosti in socialna pozitivna vrednostna usmerjenost vseh učencev.

Šolska svetovalna služba je na voljo prav vsem učencem, staršem in učiteljem, ki se srečajo z določenimi stiskami in vprašanji, a jih ne zmorejo rešiti sami.

Za uspešno interdisciplinarno in usklajeno timsko delo v vseh fazah procesa načrtovanja, izvajanja in evalvacije programa za otroka se morajo strokovni delavci stalno strokovno spopolnjevati.

V okviru šole naj bo poskrbljeno za izobraževanje in seznanjanje vseh staršev o otrocih s posebnimi potrebami ter o njihovih možnostih za vključevanje v šolo, ki ima lahko prednosti za otroka s posebnimi potrebami in za vse otroke.

### 5.3 Podpora šolske svetovalne službe

Pomembno je, da starši pridobijo zaupanje in se razbremenijo strahu, ki ga prinaša vključitev njihovega otroka v program osnovne šole. Za uspešno sodelovanje s starši je izjemnega pomena usklajeno timsko interdisciplinarno delovanje vseh strokovnih delavcev na šoli. Vključitev otroka v šolo bo učinkovitejša, če bo šola vzpostavila sodelovanje staršev pri ugotavljanju otrokovih močnih področij in težav ter pri načrtovanju, izvajanju in evalvaciji individualiziranega programa. Šolska svetovalna delavka jih seznanila z njihovo vlogo pri sistematičnem spremljanju razvoja in učenja otroka. Starši lahko otroka spremljajo tudi v drugem, domačem okolju in zabeležijo morebitno drugačno vedenje. Informacije o otrokovem funkcioniranju doma, njegovih vedenjskih vzorcih, učnih navadah, spretnostih, interesih, motivaciji itd. bodo strokovnim delavcem v veliko pomoč pri prepoznavanju otrokovih močnih področij. Sodelovanje med starši in šolo pomeni tudi skupno odgovornost za doseganje ciljev, zato je pomembno razmejiti in določiti obseg dela vsakega vključenega v programu ter obremenitve otroka v šoli in doma, vloga, pristojnosti in odgovornost staršev in strokovnih delavcev pri izvajanju programa.

V duhu vključujoče (inkluzivne) šole je treba pouk skrbno načrtovati in izvajati s holističnim in individualnim pristopom s stalnim prilagajanjem trenutnim psihofizičnim potrebam otroka.

Svetovalni delavci so običajno tisti, ki urejajo dokumentacijo glede vložitve zahteve za usmerjanje. Zbirajo strokovno dokumentacijo in so podpora dolgočasno bolnemu učencu, staršem in učiteljem. Po potrebi se udeležujejo in vzpostavljajo stike z bolnišnično šolo in drugimi institucijami.

## 6 Sklep

Šola mora otroku s posebnimi potrebami skladno z odločbo zagotoviti pogoje za doseganje optimalnega razvoja. Za uspešno interdisciplinarno in usklajeno timsko delo v vseh fazah procesa načrtovanja, izvajanja in evalvacije programa za otroka se morajo strokovni delavci stalno strokovno spopolnjevati. Samo z medsebojnim pogovorom in skupnim reševanjem težav bodo strokovnjaki našli najbolj učinkovite oblike dela s posameznikom. Pri obravnavi dolgočasno bolnih otrok gre včasih predvsem za borbo za življenje in pridobljeno šolsko znanje ter ocene niso na prvem mestu.

»No,« je končno rekla gospa Kidman, »Ali je kdo v razredu, ki ga staranje ne skrbi?«  
Navzgor je švignila Simonova roka. »Mene čisto nič,« je izjavil.

»Dobro, Simon,« je olajšano vzkliknila gospa Kidman. »Zakaj se pa ti ne bojiš staranja?«

In nenadoma sem opazil, kako se je poskušala ustaviti, saj je spoznala, kaj prihaja.

»No, jaz sploh ne bom nikoli star, a ne?« je odgovoril Simon. »Jaz bom prvi umrl.«

V učilnici je zavladala popolna tišina. Nihče ni vedel, kaj naj reče. Nihče ni vedel, kam naj pogleda.

(Hill 2003, str. 12) <

### Viri in literatura

1. Bečan T., Klinc A., Čuk, M. (2003). Navodila za izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo za devetletno osnovno šolo, Navodila za delo z dolgočasno bolnimi učenci. Ljubljana: MIZŠ. Str. 28-30. Dostopno na [http://www.mizs.gov.si/si/delovna\\_podrocja/direktorat\\_za\\_predsolsko\\_vzgojo\\_in\\_osnovno\\_solstvo/izobrazevanje\\_otrok\\_s\\_posebnimi\\_potrebami/programi/](http://www.mizs.gov.si/si/delovna_podrocja/direktorat_za_predsolsko_vzgojo_in_osnovno_solstvo/izobrazevanje_otrok_s_posebnimi_potrebami/programi/) (27. 12. 2017).
2. Hill, D. (2003). Se vid'va, Simon! Dob pri Domžalah: Miš.
3. Kesič Dimic, K. (2010). Vsi učenci so lahko uspešni. Napotki za delo z učenci s posebnimi potrebami. Ljubljana: Rokus Klett. Str. 35.
4. Košir, S. idr. (2008). Navodila za prilagojeno izvajanje programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

5. Podjavoršek, N. (2003). Individualizirani program za dolgotrajno bolne dijake. Šolsko svetovalno delo, *letnik VIII(3-4)*, 2003, str. 57, 58.
6. *Zakon o osnovni šoli*. (2006). Uradni list RS, št. 81/06 (31. 7. 2006). Dostopno na <https://www.uradni-list.si/1/content?id=74775> (14. 8. 2016).
7. *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami*. (2011). Uradni list RS, št. 58/2011 (22. 7. 2011). Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201158&stevilka=2714> (12. 8. 2016).
8. Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (2013). Uradni list RS, št. 88/2013 (25. 10. 2013). Dostopno <https://www.uradni-list.si/1/content?id=114834> (12. 8. 2016).
9. Pravilnik o dodatni strokovni in fizični pomoči za otroke s posebnimi potrebami (2013). Uradni list RS, št. 88/2013 (25. 10. 2013). Dostopno na <https://www.uradni-list.si/1/content?id=114834> (12. 8. 2016).
10. *Pravilnik o osnovnošolskem izobraževanju učencev s posebnimi potrebami na domu*. (2016). Uradni list RS, št. 22/2016 (1. 2. 2016). Dostopno na <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAVIII10> (7. 10. 2016).
11. Zobec, T. (2013). Spremljevalec gibalno oviranega otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu. *Vzgoja*, 57, 43-44.

# Razvijanje osebnih in socialnih kompetenc učencev

MAJA ŠEBJANIČ ORAŽEM, Osnovna šola Puconci  
maja.sebjanic@ospuconci.si

---

● **Povzetek:** Osebni in socialni razvoj, ki vključuje razvijanje osebnih in socialnih kompetenc učencev, je eno od osnovnih področij dela šolske svetovalne službe in pomembno prispeva k vzgojnemu delovanju šole. Šolski svetovalni delavec lahko k razvijanju teh kompetenc prispeva z vključevanjem v pouk in druge oblike vzgojno-izobraževalnega dela. Ob timskem pristopu v sodelovanju z (razrednim) učiteljem lahko pripravi in izvede dejavnosti, ki imajo dolgoročne učinke. Takšno je na primer področje medsebojnih odnosov med učenci s poudarkom na reševanju konfliktnih okoliščin. Za delo na tem področju je uporaben sklop delavnic, ki z različnimi oblikami dela prispevajo h krepitvi medsebojnih odnosov med učenci in razvijanju zmožnosti samostojnega konstruktivnega reševanja konfliktov.

**Ključne besede:** šolska svetovalna služba, osebni in socialni razvoj, medsebojni odnosi, reševanje konfliktov, formativno spremljanje.

## Developing Students' Personal and Social Competences

● **Abstract:** Personal and social development, which encompasses the development of students' personal and social competences, is one of the basic areas of work of a school counselling service and contributes significantly to the school's educational function. A school counsellor can contribute to

the development of said competences by becoming involved in classes and other forms of educational work. Using a team approach, in cooperation with the (class) teacher, the counsellor can prepare and carry out activities with long-term effects. One relevant field is the interpersonal relationships among students, with emphasis on conflict resolution. Work in this field can benefit from a set of workshops that contribute to strengthening interpersonal relationships among students and developing their abilities of independent, constructive conflict resolution using various work methods.

**Keywords:** school counselling service, personal and social development, interpersonal relationships, conflict resolution, formative assessment.

## Uvod

V 21. stoletju so se značilnosti vzgojno-izobraževalnega procesa spremenile in zahtevajo vedno večjo usmerjenost učnega procesa na učenca, strukturiranost in dobro načrtovanje, personalizacijo, inkluzivnost in socialnost učenja. To so tudi temeljna načela formativnega spremljanja in omogočajo sprotno spremljanje učenčevega doseganja zastavljenih ciljev in (samo)uravnavanje procesov učenja. Z dejavnostmi, ki vključujejo elemente formativnega spremljanja, lahko učence spodbujamo k prevzemanju odgovornosti za svoje učenje/vedenje, učenca postavimo v središče učnega procesa, spodbujamo njegovo zavzetost in motivacijo za učenje, upoštevamo individualne razlike med učenci in njihovo predhodno znanje, sproti podajamo povratne informacije o njihovem napredovanju, kar omogoča izboljševanje njihovih učnih dosežkov, in hkrati razvijamo zmožnost vrednotenja, usklajenega z zastavljenimi cilji in oblikovanimi merili uspešnosti.

Temeljna načela formativnega spremljanja omogočajo sprotno spremljanje učenčevega doseganja zastavljenih ciljev in (samo)uravnavanje procesov učenja.

## Čustveni, osebni in socialni razvoj učencev

Čustveni razvoj skupaj s socialnim in spoznavnim razvojem učencem v drugem in tretjem razredu omogoča vedno »boljše zavedanje, razumevanje in razlaganje lastnih čustev in čustev drugih ter vse učinkovitejše nadzorovanje doživljanja in izražanja čustev« (Fekonja in Kavčič 2004, str. 428). Največji napre-

dek v njihovem čustvenem razvoju je tako razvoj nadzora nad doživljanjem in izražanjem negativnih čustev.

V tem obdobju so za čustveni razvoj bistvenega pomena medosebni odnosi, saj učenci preživijo več časa v vrstniških skupinah, ki so pomembne za izražanje tako prosocialnega kot tudi agresivnega vede-

nja. Prosocialno vedenje se kaže kot posameznikovo pozitivno prilagajanje socialnemu okolju, v katerem živi, ter dejavno in sistematično sodelovanje z drugimi. Nanj vplivajo tudi posameznikove spretnosti reševanja medosebnih problemov, kot so občutljivost za probleme, sposobnost oblikovanja različnih rešitev medsebojnih problemov, pojasnjevanja korakov, potrebnih za njihovo rešitev, razmišljanje o možnih posledicah vedenja za posameznika in druge ljudi in podobno (prav tam). Ta razvojni mejnik in njegove značilnosti je dobro upoštevati ob pripravi na delo z učenci.<sup>1</sup>

## Osebnostne in socialne kompetence

V evropskem prostoru se v zadnjih letih vedno bolj uveljavlja koncept ključnih oziroma vseživljenjskih kompetenc, ki zajema znanja, spretnosti in ravnanja. Ta bodo učencem pomagala pri osebnotnem razvoju in izpolnitvi, vključevanju v družbo ter pozneje v življenju pri iskanju službe in zaposlitvi. Ključne kompetence zajemajo sporazumevanje v maternem in tujih jezikih, digitalno pismenost, bralno pismenost, matematične in naravoslovne kompetence, učenje učenja, socialne kompetence, kompetence za aktivno državljanstvo, samoiniciativnost in podjetnost ter kulturno zavest in izražanje (Developing Key Competences at School in Europe. Challenges and Opportunities for Policy. Eurydice Report 2012; v nadaljevanju Developing Key Competences ... 2012).

Največji napredek v njihovem čustvenem razvoju je tako razvoj nadzora nad doživljanjem in izražanjem negativnih čustev.

## Vloga šolske svetovalne službe pri osebnem in socialnem razvoju učencev

Šolska svetovalna služba se na področju osebnega in socialnega razvoja vključuje preko svetovalnega in posvetovalnega dela z učenci, učitelji in starši o splošnih značilnostih osebnega (to je spoznavnega in čustvenega) ter socialnega razvoja in o posebnostih v osebnem ter socialnem razvoju učencev (Čačinovič Vogrinčič idr. 2008, str. 21).

Svetovalno delo z učenci zajema svetovanje in neposredno pomoč ter koordinacijo pomoči učencem s težavami v osebnem in socialnem razvoju in svetovalno-preventivno delo z učenci v programih za spodbujanje osebnega in socialnega razvoja. Svetovalno in posvetovalno delo z učitelji pa

Svetovalno delo z učenci zajema svetovanje in neposredno pomoč ter koordinacijo pomoči učencem s težavami v osebnem in socialnem razvoju in svetovalno-preventivno delo z učenci v programih za spodbujanje osebnega in socialnega razvoja.

zajema posvetovalno delo z učitelji pri izdelavi individualnih programov dela z učenci, ki imajo težave v osebnem in socialnem razvoju, ter načrtovanje, koordinacijo in evalvacijo preventivnih programov za učence; neposredno pomoč učiteljem pri delu z učenci s težavami v osebnem in socialnem razvoju; in organizacijo, koordinacijo ali izvedbo predavanj in delavnic za učitelje o značilnostih normalnega osebnega in socialnega razvoja ter o značilnostih učencev s tovrstnimi težavami (prav tam, str. 21-22).

## Dejavnosti za spodbujanje razvoja osebnih in socialnih kompetenc učencev

Šolski svetovalni delavec se v okviru svojega svetovalnega dela z učenci na področju osebnega in socialnega razvoja lahko torej aktivno vključi z oblikami svetovalno-preventivnega dela, kakor so na primer različne delavnice in druge aktivne oblike dela.

Pri načrtovanju dejavnosti in sprotnem spremljanju doseganja zastavljenih ciljev se svetovalni delavec lahko opre na vzgojne cilje iz učnih načrtov nekaterih predmetov, kot sta na primer slovenščina in spoznavanje okolja,

vendar le fragmentarno ob posameznih učnih temah. Ker za vzgojno področje nimamo posebnega učnega načrta in učnih ciljev, si pri načrtovanju različnih oblik dela z učenci svetovalni delavci lahko pomagamo z naborom standardov ASCA za področje osebnega in socialnega razvoja, pripravljenih v okviru Ameriškega združenja svetovalnih delavcev. V okviru teh ciljev učenec med drugim:

- obvlada strategije za reševanje problemov in za sprejemanje odločitev;
- je samodiscipliniran in zaupa vase;
- zna poiskati pomoč ustreznih ljudi v šoli in domačem okolju;
- konstruktivno rešuje konflikte;
- zna vzpostaviti prijateljske odnose, jih ohranjati in kooperativno sodelovati z drugimi;
- spreminjanje vedenja razume kot nujnost za razvoj in napredovanje;
- je olikan in se spoštljivo vede do drugih;
- obvlada strategije za obvladovanje pritiska vrstnikov (zna reči ne) in podobno (Standards for School Counseling Programs in Virginia Public Schools 2004; v nadaljevanju Standards ... 2004).

V nadaljevanju bomo prikazali primer sklopa delavnic na temo *Medsebojni odnosi*, pri katerih je bil poudarek na cilju konstruktivno reševanje konfliktov. Načrtovane delavnice so bile pripravljene in izvedene v drugem in tretjem razredu, njihova priredba pa bi bila primerena tudi še za prvi in četrti oziroma peti razred.

## Načrt sklopa dejavnosti

Dejavnosti so bile načrtovane in pripravljene po načelih formativnega spremljanja in so zajemale vse njegove elemente, torej ugotavljanje predznanja, načrtovanje ciljev/namenov učenja in določitev meril uspešnosti, dokaze o učenju/učnih dosežkih, povratno informacijo ter samovrednotenje, vrstniško vrednotenje in samoregulacijo. Dejavnosti so zajemale nekatere obravnavane učne teme predmeta spoznavanje okolja in nekatera umetnostna besedila, predvidena za obravnavo pri slovenščini. Oblike dela so zajemale tako individualno delo kot tudi delo v dvojicah in skupinsko delo.

Ker za vzgojno področje nimamo posebnega učnega načrta in učnih ciljev, si pri načrtovanju različnih oblik dela z učenci svetovalni delavci lahko pomagamo z naborom standardov ASCA za področje osebnega in socialnega razvoja, pripravljenih v okviru Ameriškega združenja svetovalnih delavcev.

Načrtovani sklop dejavnosti je primeren za 8-10 šolskih ur, ciljna skupina pa so učenci prvega triletja (zlasti 2. in 3. razred). Poleg ciljev iz standardov ASCA za področje osebnega in socialnega raz-

voja so bili cilji dejavnosti cilji konativnega (vzgojnega) področja, in sicer:

- sprejemanje (prepoznavanje, sprejemanje, pozorno opazovanje - učenec prepozna in loči vedenje, ki je v skladu/neskladju z razrednimi pravili);
- reagiranje (upoštevanje in sledenje oblikovanim pravilom - učenec pozna pravila vedenja, jih razume in jim sledi, kaže pripravljenost za reševanje konfliktov);
- usvajanje (psih)socialnih veščin (učenec pozna in z vedenjem dokazuje, da upošteva usvojene veščine reševanja konfliktov).

Dejavnosti so bile razporejene tako, da je bil v ospredju posamezne delavnice en element formativnega spremljanja. Razpored dejavnosti je razviden v tabeli 1.

Pri načrtovanju in izvedbi dejavnosti je priporočljivo, da svetovalni delavec sodeluje z (razrednim) učiteljem, saj ta najbolje pozna učence, njihovo funkcioniranje, morebitne posebno-

sti in podobno, saj z učenci preživi največ časa. Tako lahko svetovalni delavec bolje spozna učence, svetuje in pomaga učitelju pri vzgojnih dejavnostih ter s tem opravi svoje svetovalno-preventivno delo. Poudariti pa je treba še, da je le s timskim pristopom, doslednostjo vseh strokovnih delavcev in sprotim spremljanjem napredka učencev mogoče dolgoročno vplivati na medsebojne odnose med učenci in njihovo zmožnost konstruktivnega reševanja konfliktov.

Predstavljamo primer sklopa delavnic v drugem in tretjem razredu na temo Medsebojni odnosi, pri katerih je bil poudarek na cilju konstruktivno reševanje konfliktov.

## Določanje ciljev/namenov učenja in meril uspešnosti

V nadaljevanju se bomo osredinili na element določanja ciljev/namenov učenja in meril uspešnosti, saj se je v praksi izkazalo, da je delo najtežje ravno v tej fazi učenja.

Učenci se pri pouku učijo veliko o medsebojnih odnosih, ne nazadnje se o njih po-

Element formativnega spremljanja	Dejavnosti	Predvideno št. šolskih ur
Ugotavljanje predznanja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociometrična preizkušnja</li> <li>• Slikovne karte</li> <li>• Pogovor o medsebojnih odnosih</li> </ul>	1
Načrtovanje ciljev in določitev meril uspešnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skupno načrtovanje ciljev (določanje »pravil«)</li> <li>• Določitev meril uspešnosti</li> <li>• Strategija reševanja konfliktov - »semafor«</li> </ul>	1-2
Dokazi o učenju/učnih dosežkih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uporaba tehnike/strategije reševanja konfliktov (»semaforja«)</li> <li>• Zgodba, kako se naučiti lepega vedenja z opico Karlijem</li> <li>• Ilustracija/nadaljevanje zgodbe/strip</li> </ul>	1
Povratna informacija	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesem <i>Pretepač</i> (Tone Pavček)</li> <li>• Pismo/razvrščanje korakov reševanja konflikta v ustrezno zaporedje</li> <li>• Ugotavljanje uporabe veščin pri reševanju konfliktov</li> <li>• Lutkovna predstava <i>Dva zmerjavca</i> iz knjige <i>Zgodbe iz mesta Rič-Rač</i> (Lojze Kovačič)</li> <li>• Ilustracija/nadaljevanje zgodbe/strip</li> </ul>	2
Dokazi o učenju/učnih dosežkih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialne igre - reševanje konfliktne situacije z igro vlog (delo v skupinah)</li> <li>• Vrstniška povratna informacija</li> </ul>	1
Samovrednotenje, vrstniško vrednotenje, samoregulacija	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stripa s konfliktno situacijo <i>Blaž se pretepa</i> in <i>Kaja se grdo vede</i> iz zbirke <i>Takšno je življenje</i></li> <li>• Nadaljevanje stripov - rešitev konfliktne situacije v dvojicah</li> <li>• Povratna informacija, samovrednotenje in vrstniško vrednotenje</li> </ul>	2-3



govarjamo ob različnih pravilih, zato običajno znajo navesti veliko podatkov pri ugotavljanju predznanja. Najbolje je, da si njihove odgovore zapišemo in jih izkoristimo pri načrtovanju dejavnosti ter določanju ciljev/namenov učenja in meril uspešnosti. Učenci v prvem triletju cilje/namene učenja najlažje razumejo v obliki pravil, ki se jih je treba

Le s timskim pristopom, doslednostjo vseh strokovnih delavcev in sprotnim spremljanjem napredka učencev je mogoče dolgoročno vplivati na medsebojne odnose med učenci in njihovo zmožnost konstruktivnega reševanja konfliktov.

držati, da se bodo vsi v razredu dobro počutili. Za določanje ciljev v obliki razrednih pravil lahko kot motivacijo uporabimo pesem Ferija Lainščka *Nova pravila*. Po branju pesmi se z učenci pogovorimo, katera pravila bi želeli v razredu, da bi se vsi dobro počutili. Pomagamo jim lahko z opornimi točkami oziroma začetki povedi, ki jih morajo dokončati, na primer *Želim si .../Ne želim .../Rad /-a bi, da .../Ne bi rad/-a, da ...* Pri tem učence spodbujamo, da vsak zase navedejo pravila (lahko pisno, lahko pa v obliki ilustracij), ki bi jih želeli, da bi bilo v šoli boljše, da bi se boljše počutili oziroma kaj bi spremenili, kar jih moti, kar se tiče medsebojnih odnosov. Sledi poročanje učencev in zapisovanje pravil. Tista pravila, ki se pojavijo najpogosteje, zapišemo na poseben plakat, ki ga izobesimo v razredu in dosledno uporabljamo. Dosledna uporaba pomeni, da se tudi (razredni) učitelj drži dogovorjenega, učence opozarja na pravila, ki so jih sami določili, in pomemb-

nost njihovega upoštevanja v vseh fazah vzgojno-izobraževalnega dela.

Določena pravila uporabimo za oblikovanje meril uspešnosti, na podlagi katerih bodo učenci lahko sami spremljali, ali dosegajo zastavljene cilje. Tudi določanje meril uspešnosti mora biti običajno vodeno, pomagamo jim lahko z vprašanji, kot na primer: *Kako se bo to, kar so zapisali, opazilo oz. kako bo videti; Kako bodo vedeli, da se je to uresničilo; Kaj morajo storiti, da bodo upoštevali postavljena pravila*. Ob tem naj opozorimo, da učenci velikokrat navajajo, da *morajo biti pridni*, zato jim postavimo dodatno vprašanje, *kaj pomeni, da so pridni, kaj morajo storiti, da so pridni, kdaj jim kdo reče, da so pridni*. Učenci namreč poslušajo te fraze in jih redno uporabljajo, vendar ne znajo opisati, kaj pomenijo.

Ob koncu tega elementa se z učenci še enkrat pogovorimo o pomenu upoštevanja določenih pravil in jih spodbudimo, da navedejo strategije reševanja konfliktov. Učence lahko spodbudimo h konstruktivnemu reševanju konfliktov s pomočjo modela - »semaforja« reševanja konfliktov. Ta zajema reševanje konflikta po korakih, pri čemer vsaka barva semaforja pomeni en korak. Rdeča barva tako pomeni *USTAVI SE! Poskusi ostati miren - nikoli se ni dobro pogovarjati, ko si je-*

Učenci v prvem triletju cilje/namene učenja najlažje razumejo v obliki pravil, ki se jih je treba držati, da se bodo vsi v razredu dobro počutili.

Šola	OŠ Puconci	Razred	2. in 3.	Svetovalna delavka	Maja Šebjanič Oražem	
Element FS		Dokazi o učenju, učni dosežki			Št. ure	7.
Cilji	Učenci: <ul style="list-style-type: none"> <li>• se vživljajo v različne konfliktne situacije;</li> <li>• sodelujejo v skupinskem delu;</li> <li>• z igro vlog rešujejo konfliktne situacije v skladu/neskladju z oblikovanimi pravili;</li> <li>• poznajo pravila ustreznega ravnanja v konfliktnih situacijah, jih razumejo in jim sledijo;</li> <li>• kažejo pripravljenost za reševanje konfliktov na miren način;</li> <li>• z vedenjem dokazujejo, da upoštevajo usvojene veščine reševanja konfliktov.</li> </ul>					
Oblike dela	Skupinsko delo	Metode dela	Pogovor, igra vlog, pisna gradiva			
Literatura	Grošelj, N., Ribič, M. (2015). <i>Lili in Bine 2. Učbenik za spoznavanje okolja v 2. razredu</i> . Ljubljana: Rokus Klett. McGrath, H., in Francey, S. (1996). <i>Prijazni učenci, prijazni razredi. Učenje socialnih veščin in samozaupanja v razredu</i> . Ljubljana: DZS. Peklaj, C., in Pečjak, S. (2015). <i>Psihosocialni odnosi v šoli</i> . Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete. Virk Rode, J., in Belak Ožbolt, J. (1991). <i>Razred kot socialna skupina in socialne igre</i> . Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.					

Tabela 2: Priprava dejavnosti

DEJAVNOSTI SVETOVALNE DELAVKE	DEJAVNOSTI UČENCEV	METODE IN OBLIKE DELA, PRIPOMOČKI
<b>UVODNI DEL</b>		
<p>Učence pozdravimo na našem sedmem skupnem srečanju. Povprašamo jih o njihovih vtisih glede našega dosedanjega dela, kaj jim je bilo najbolj všeč, kaj so se do sedaj naučili in ali se jim zdijo dejavnosti zanimive in koristne.</p> <p>Učencem povemo, da bomo z žrebom določili pet skupin s po tremi učenci in dve skupini s po štirimi učenci. Podamo jim škatlo z različnimi vrstami živali in naročimo, naj vsak izvleče en list. Učenci z isto živaljo sedejo za mizo, kjer je določen prostor za njihovo skupino. Če se prepirajo glede oblikovanih skupin, jih opomnimo na naše cilje in merila uspešnosti, saj se vse to upošteva pri njihovem delu.</p>	<p>Učenci podajajo svoje vtise in jih utemeljujejo.</p> <p>Učenci izvlečejo vsak svoj list. Skupine se posedejo za skupno mizo. Upoštevajo navodila in mirno počakajo na nadaljnja.</p>	Škatla, listki z živalmi
<b>OSREDNJI DEL</b>		
<p>Učencem povemo, da bodo danes postali neke vrste igralci, saj bodo po skupinah pripravili uprizoritev dane situacije. Vsaka skupina bo prišla pred tablo in odigrala svojo igro, ostale skupine pa bodo igro spremljale in na koncu komentirale.</p> <p>Razdelimo jim liste z opisom konfliktov in vlogami, ki si jih bodo razdelili v skupini. Pri pripravi iger naj učenci upoštevajo zastavljene cilje in merila uspešnosti, ne pozabijo pa naj tudi ne na napotke, ki smo jih posredovali v okviru povratne informacije.</p> <p><u>Igra vlog po skupinah</u></p> <p>Učencem razdelimo liste z opisanimi primeri iger vlog. Po potrebi učencem skupaj z učiteljico pomagamo pri pripravi uprizoritev z usmerjanjem, vendar jih spodbujamo k razmišljanju in iskanju rešitev vseh članov skupine.</p>	<p>Učenci pozorno poslušajo navodila.</p> <p>Učenci preberejo primer igre. Razmišljajo o rešitvah svojega primera in si razdelijo vloge. Pripravljajo igro.</p>	List z opisom primera
<b>ZAKLJUČNI DEL</b>		
<p>Učence prosimo, naj pridejo po skupinah pred tablo in uprizorijo svoj primer. Ostale spodbudimo k natančnemu opazovanju in na koncu k posredovanju povratnih informacij na podlagi zastavljenih ciljev in meril uspešnosti. Na koncu podamo povratno informacijo še sami.</p>	<p>Učenci predstavijo svojo igro, ostale skupine pa pozorno spremljajo. Podajajo povratne informacije.</p>	Plakat s cilji in merili uspešnosti

Tabela 3: Potek dejavnosti

Janja joka, ker jo je Jure zbadal, češ da je nerodna pri športni vzgoji, ker ne zna preskakovati kolebnice.
Učiteljica naroči, naj pospravimo igrače po igri. Vsi upoštevajo navodila, le Nuša ne.
Mojca je s sošolkami igrala igro črni peter in pri tem ni upoštevala pravil igre.
V odmoru vam je učiteljica dala žogo, da se lahko igrate igro po svojem izboru. Dečki želijo igrati nogomet, deklice pa med dvema ognjema. Nastane prepir, drug na drugega se kregate in kričite. Kako boste ravnali, da rešite spor?
Med odmorom so sošolci vzeli tvojo igračo, ne da bi te prej vprašali. Ko prideš nazaj v razred, ugotoviš, da tvoja igrača manjka. Kaj storiš?
Pri podaljšanem bivanju ste se sprli, po kakšnem vrstnem redu boste reševali interaktivno nalogo na tabli. Med sabo ste se zmerjali in sošolec/ena sošolka je po prepiru začel/začela jokati, ker ste ga/jo zmerjali. Kaj boste storili?
Pri malici te je sošolec potisnil in si polil čaj po drugem sošolcu. Kaj boste storili?

zen. Sledi oranžna barva, ki pomeni **POZOR, POČAKAJ!** Premisli, preden kaj rečeš. Poskusi se izogniti žaljivkam. Namesto da samo obtožuješ, povej, kako se počutiš in zakaj. Išči rešitve, ki bodo sprejemljive za vse. Dobro poslušaj, ne prekinjaj. V tem koraku je zelo dobro, da damo učencu čas, da razmisli ob vprašanjih oziroma opornih točkah (Počutim se ... - povej, kako se počutiš; Ko ... - povej, kaj se je zgodilo; Ker ... - povej, kaj te je razburilo; Želim ... - povej, kaj želiš, da se zgodi ali spremeni). Šele po tem preidemo na zadnji korak, zeleno barvo, in sicer **UKREPAJ!** Izberi rešitev, s katero boste vsi zadovoljni. Morda nimaš prav. Tega ni lahko priznati. Ko ti bo to uspelo, boš zadovoljen. Čestitaj si.

Izkušnje kažejo, da je učencem ta model všeč in si ga zlahka zapomnijo, poleg tega pa je uporaben, saj ni predolg in vsebuje ključne korake konstruktivnega reševanja konfliktov.

## Primer dejavnosti učencev – dokazi o učenju, učni dosežki

V tabelah 2 in 3 je primer konkretne priprave dejavnosti, pri katerih je bil v ospredju element dokazi o učenju oz. učni dosežki. V tabeli 4 smo dodali še primere, ki smo jih uporabili pri dejavnostih. Naj dodamo, da so prvi trije primeri iz učnega gradiva za spoznavanje okolja za 2. razred, ostali pa so naši lastni primeri, ki smo jih sestavili glede na težave, ki so se pojavljale v razredu.

## Sklep

Predstavljeni sklop delavnic na temo medsebojni odnosi, v katerih smo se osredinjali na konstruktivno re-

Pedagoški delavci s svojim zgledom pomembno vplivamo tako na učenje kot na vedenje učencev.

ševanje konfliktov, je bil preizkušen v več oddelkih na OŠ Puconci v dveh različnih šolskih letih. Glede na naše izkušnje je učencem všeč takšna oblika dela, vanj se z veseljem vključujejo in radi sodelujejo v tovrstnih dejavnostih.

Za uspešnost načrtovanih dejavnosti po načelih formativnega spremljanja in doseganje zastavljenih ciljev je izjemno pomembna dejavnost vključenost učencev v vse korake učnega procesa oziroma v vse elemente formativnega spremljanja. Zlasti pomembna je vključenost učencev v samo načrtovanje ciljev in določitev meril uspešnosti (v njim razumljivem jeziku). Izjemnega pomena je ne nazadnje tudi doslednost upoštevanja dogovorov vseh udeležencev procesa, tako svetovalnega delavca, učitelja in tudi učencev. Ključnega pomena je glede na izkušnje timsko sodelovanje svetovalnega delavca in (razrednega) učitelja, saj lahko le tako dosežemo dolgoročne učinke na področju medsebojnih odnosov med učenci in pomembno vplivamo na razvoj njihovih osebnih in socialnih kompetenc. Pedagoški delavci smo namreč tisti, ki s svojim zgledom pomembno vplivamo tako na učenje kot na vedenje učencev.

K uspehu formativnega spremljanja razvijanja osebnih in socialnih kompetenc učencev pomembno prispevajo sprotne spremljanje dela in napredka učencev, sprotne podajanje povratnih informacij (tako učitelja kot vrstnikov) na podlagi zastavljenih ciljev in meril uspešnosti ter sprotne spremljanje oziroma evidentiranje dokazov o učenju; zlasti priročno se je izkazalo oblikovanje osebnih map učencev (portfolijev), v katerih se zbirajo izdelki učencev. <

## Viri in literatura

1. Čačinovič Vogrinčič, G. idr. (2008). *Programske smernice. Svetovalna služba v osnovni šoli*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
2. Dumont, H. idr. (2013). *O naravi učenja. Uporaba raziskav za navdih prakse*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Dostopno na <http://www.zrss.si/pdf/o-naravi-ucenja.pdf> (17. 12. 2016).
3. European Commission/EACEA/Eurydice (2012). *Developing Key Competences at School in Europe. Challenges and Opportunities for Policy. Eurydice Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
4. Fekonja, U., in Kavčič, T. (2004). Čustveni razvoj v srednjem in poznem otroštvu. V: Marjanovič Umek, M., in Zupančič, M. (ur.), *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, str. 428-439.
5. Gradivo srečan in izobraževanj projekta *Formativno spremljanje/preverjanje*. Ljubljana, Maribor: ZRSS.
6. Holcar Brunauer, A. idr. (2016). *Formativno spremljanje v podporo učenju. Priročnik za učitelje in strokovne delavce*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
7. *Standards for School Counseling Programs in Virginia Public Schools* (2004). Dostopno na [http://www.doe.virginia.gov/support/school\\_counseling/counselingstandards.pdf](http://www.doe.virginia.gov/support/school_counseling/counselingstandards.pdf) (3. 2. 2017).
8. *Tes. Teaching Resources*. Dostopno na <https://www.tes.com/teaching-resources> (15. 3. 2016).

## Vključujoča šola

### Priročnik za učitelje in druge strokovne sodelavce

Danes mnogo učiteljev ugotavlja, da tradicionalni pristopi pri vzgojno-izobraževalnem delu niso več ustrezni, ker ne vodijo k zadovoljivim dosežkom učencev in dijakov. V ospredje prihaja koncept sodobne šole, ki ga podpira inkluzivna paradigma.

Da bi v slovenskih vrtcih in šolah še okrepili procese, ki podpirajo takšne pristope, je na Zavodu RS za šolstvo nastal priročnik Vključujoča šola.

Priročnik obsega 6 zvezkov, zbranih v mapi, cena 15,00 €



**PROTOKOLI** **PRIMERI KOLEGIALNEGA**  
**SOCIALNE IGRE** **PRIMERI** **PODPIRANJA**  
**PRAKTIČNI** **TEORETIČNA IZHODIŠČA** **KONKRETNE**  
**STRATEGIJE**  
**IDEJE ZA DELO V RAZREDU**  
**VPRAŠANJA ZA REFLEKSIJO**

**Zakaj vključujoča šola**

**Formativno spremljanje v podporo vsakemu učencu**

**Vodenje razreda za dobro klimo in vključenost**

**Socialno in čustveno opismenjevanje za dobro vključenost**

**Tudi učitelji smo učenci**

**Vključevanje v vrtcu**

Pri nastajanju priročnika je sodelovalo več kot 25 svetovalcev Zavoda RS za šolstvo z bogato pedagoško prakso, z dobrim poznavanjem raziskav in teoretičnih izhodišč ter s številnimi izkušnjami na področju razvojnega dela in svetovanja.

**Raznolikost  
je naša  
priložnost**

**Formativno  
spremljanje  
je naša pot**

**Vključenost  
je naš cilj**



## Uvod

V sodobni visoko storilnostni in tehnološko razviti družbi veliko pomenita učinkovitost in uspešnost z zunanjimi, vidnimi pokazatelji vred, npr. materialnim blagostanjem in družbenim položajem.

Zato je toliko bolj pomembno, da šola ne podleže takim pritiskom in da (p)ostane vzgojni in zaščitni dejavnik za psihično blagostanje oz. dobrobit otroka: da mu pomaga pri izgrajevanju v stabilno in uravnovešeno osebnost z zaupanjem v lastne zmožnosti, ki bo imela vpliv nad svojim življenjem in bo z njim zadovoljna, ki se bo polno vključevala v družbo in bo odzivna na potrebe soljudi, a bo hkrati nudila odpor pred škodljivimi pritiski.

Nenadomestljivo vlogo pri tem imata socialno in čustveno opismenjevanje, ki se v veliki meri odvijata prav v šoli: bolj ali pa manj uspešno – odvisno od tega, kako so učitelji na to pripravljeni.

V nadaljevanju boste med drugim spoznali proces ABC, ki kot temelj čustvenega opismenjevanja omogoča:

- razumevanje mišljenja, čustvovanja in vedenja otroka,
- seznanjanje otroka s procesi, s katerimi se sooča,
- učenje otrok o čustvih in vedenjskih izbirah,
- vzpostavitev odnosa z otrokom,
- postavljanje meja pri odgovornosti za čustva,
- usmerjeno načrtovanje dela z jasnimi cilji in
- bolj učinkovito in osmišljeno postopanje, ko želimo spreminjati otrokovo vedenje.

»Pomemben del otroštva je prav spoznavanje, kako biti dober človek, kako spoštovati druge, kako sodelovati. Socialno-emocionalne spretnosti so lepilo družbe. Zaradi njih je človek sosed, kakršnega si želimo. In prav zato je socialno-emocionalno učenje v šolah danes tako pomembno.«

*Greenberg, v intervjuju, 2015*

»Pred tridesetimi leti v nobeni šoli ni bilo socialno-emocionalnega učenja, zdaj ga poznajo v sto tisočih šolah po svetu. Začne se s pogumnimi voditelji, z ravnatelji, ki se odločijo, da si želijo drugačno šolo.«

*Greenberg, v intervjuju, 2015*

## Socialno in čustveno opismenjevanje za dobro vključenost



»Socialna kompetentnost se kaže kot prosocialno vedenje (pomoč drugim, skrb za druge in sodelovanje z drugimi) in kot odgovorno vedenje (sledenje pravilom in ohranjanje socialne pripadnosti).«

*Peklaj in Pečjak, 2015, str. 15*

Za dobro vključenost in učno uspešnost je zelo pomembno, kako socialno uspešni se počutijo učenci in kako znajo uravnavati svoja čustva. Če učenci doživljajo svoje socialne odnose kot kakovostne, če se v skupini znajdejo, se v njej dobro počutijo in občutijo pripadnost, so praviloma bolj motivirani oziroma zavzeti za učenje.

Socialna vključenost učenca je eden ključnih varovalnih dejavnikov duševnega zdravja in temelj zadovoljstva z življenjem in v njem.

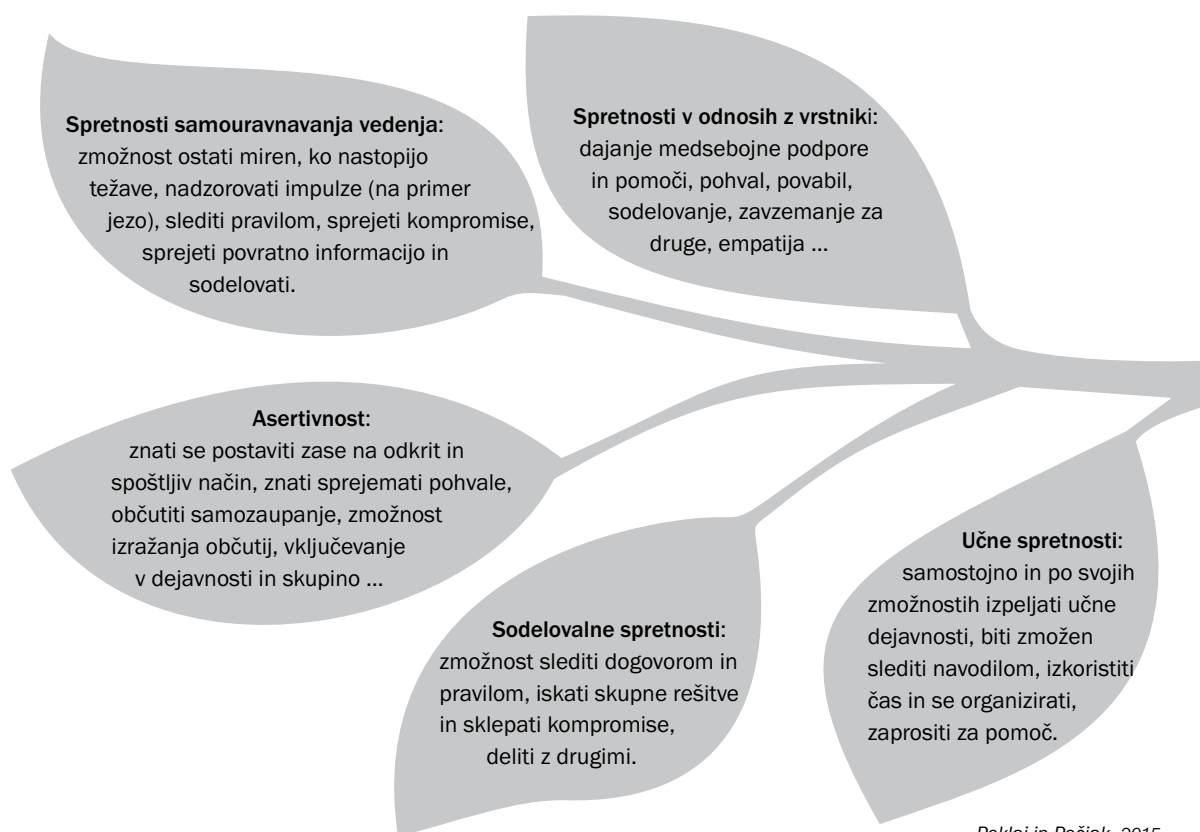
Glavni dejavnik socialne uspešnosti, torej uspešnosti v medosebnih odnosih, pa tudi uspešnosti širše v družbi, sta socialna in čustvena pismenost. Pridobivamo ju v procesu socialnega in čustvenega učenja oziroma opismenjevanja.

Socialna pismenost se kaže v odgovornem vedenju in ravnanju, dobro razvitih socialnih spretnostih in komunikacijskih veščinah ter v zmožnosti reševanja konfliktov. Temelji na posameznikovih spoznavnih, čustvenih in vedenjskih značilnostih.



Socialna pismenost je tesno povezana s čustveno pismenostjo, torej z zmožnostjo prepoznavanja čustev (pri sebi in drugih) in njihovega ustreznega uravnavanja. Zgolj zaradi lažje preglednosti ju bomo v nadaljevanju mestoma obravnavali ločeno in se v prvem delu zvezka bolj posvetili socialnemu opismenjevanju, v drugem delu pa čustvenemu.

Zdaj si oglejmo, katere so **temeljne socialne spretnosti**, ki tvorijo jedro socialne pismenosti. Učenje teh spretnosti je pomemben del socialnega opismenjevanja oziroma učenja.



*Peklaj in Pečjak, 2015*

Učenci se med seboj razlikujejo v razvitosti in izražanju socialnih spretnosti, zato je posvečanje pozornosti temu vidiku za učitelja izhodišče za načrtovanje in spodbujanje socialnega vključevanja. Nekateri učenci pri tem potrebujejo dodatno podporo. V takšnih primerih jih lahko vključimo v delavnice za krepitev

socialnih veščin (ki jih lahko izvaja svetovalna služba), podpremo pa jih lahko tudi s socialnimi oz. interakcijskimi igrami (prim. naprej, str. 9-12). Hkrati v vsakdanjih dogodkih iščemo priložnosti, da pri njih na sistematičen način podpiramo in krepimo ustrezno vedenje. Pri samem pouku k temu prispevamo z izvedbo pouka v različnih socialno spodbudnih oblikah.

## Šola kot prostor socialnega in čustvenega opismenjevanja



»Dobro življenje pomeni živeti polno, živeti v ravnovesju /.../ z naravo, družbo in samim seboj. /.../ Pomeni živeti v skupnosti, spoštovati vse oblike življenja; znati živeti in sobivati.«


T. Zgonik, 2017

Opolnomočenje učencev preko socialnega in čustvenega opismenjevanja je ključno za ustvarjanje spodbudnega okolja za vse vpletene oziroma za povečevanje soudeležnosti in vključenosti vseh učencev. Socialno in čustveno opismenjevanje poteka kot socialno-čustveno učenje in je lahko spontano (v vsakodnevnih socialnih situacijah) ali sistematično (pri aktivnostih, načrtovanih v ta namen, npr. delavnicah, socialnih igrah ...).

Različni pristopi za razvijanje socialno-čustvene pismenosti temeljijo na vzpostavljanju kakovostnih odnosov, empatiji in soodvisnosti.


V naših šolah se bodisi zaradi velike storilnosti bodisi zaradi ustaljenih kulturnih vzorcev pogosto zanemarjajo prav procesi, ki vključujejo socialno učenje in čustva. V teh procesih učenci pridobivajo izkušnje v izražanju občutij, (lastnih) čustev in odnosov do drugih ljudi ter tako na eni strani razvijajo samospoštovanje, samozaupanje in razumevanje, na drugi strani pa spoštovanje drugih, razumevanje socialnih okoliščin in socialno odgovornost. Pri tem je zanimivo, da najbolj referenčni tuji kurikulum, na čelu s finskim, prav tovrstne odnosne vrednote izpostavljajo kot ključne za kurikulum.



Učenci lahko razumejo in udeležujejo načela družbenega sožitja le, če so sami dejavno vključeni v urejanje skupnih zadev in dejavni pri delovanju v svetu. Zato je ena od pomembnih priložnosti za spodbujanje socialnega in čustvenega učenja formativno spremljanje, \* ki temelji na soudeležnosti in sodelovalnosti. 

V skupini ali v razredu se učenci učijo, kako sprejemati sebe in druge, kako konstruktivno komunicirati in se

odkrito izražati, kako razumeti svoja čustva in to, kar vpliva nanje, kako prevzemati odgovornost, kako razvijati realen pogled na različne življenjske okoliščine in kako konstruktivno reševati težave. Učenci se v tem preizkušajo in urijo ter pridobivajo zaupanje vase in večjo osebnostno moč le, ko so dejavni in ko jim je dovoljeno učenje iz napak.

\* Z ikono  so označene vsebine, ki se nanašajo na formativno spremljanje (FS) v podporo vključujoče šole.



## Kje so v šoli priložnosti za socialno in čustveno opismenjevanje?

Socialno in čustveno opismenjevanje poteka po številnih poteh in na različne načine, odvisno tudi od sposobnosti in potencialov učencev. V šoli so številne priložnosti, da učimo učence socialne spretnosti tako rekoč na vsakem koraku. Pri vsakem sodelovanju ves čas potekajo medsebojne interakcije.

Učenci imajo priložnost spoznavati sebe in druge pri različnih načinih dela, ko se izpostavljajo, ko pojasnjujejo svoja spoznanja in argumentirano zagovarjajo svoja stališča, ko se prilagajajo drugim ali jim nasprotujejo, ko izražajo čustva, vstopajo v dialog, se usklajujejo, upoštevajo drug drugega, se izmenjujejo v različnih vlogah in vživljajo vanje ter ko se podpirajo in spodbujajo.

Tudi učence, ki pogosto ostajajo v ozadju, lažje vključimo v skupino v neki dejavni obliki sodelovanja. Ko gre za skupno ustvarjanje, lahko namreč vsak član nekaj prispeva in je zato nepogrešljiv del skupine. Pomembno je, da te učence opazimo, prepoznamo njihova močna področja in jim omogočimo, da z njimi prispevajo v skupini. S tem dobijo priložnost, da se izkažejo, dobijo potrditev in okrepijo občutek sprejetosti in samozaupanja.

Vsaka šolska ura pri katerem koli predmetu je priložnost za to, da učenci prepoznajo svoja močna področja, razvijajo svoje potenciale, krepijo občutek zaupanja v lastne zmožnosti, se izrazijo in sodelujejo, prejemajo in dajejo povratne informacije, rešujejo težave in razvijajo svojo odgovornost.

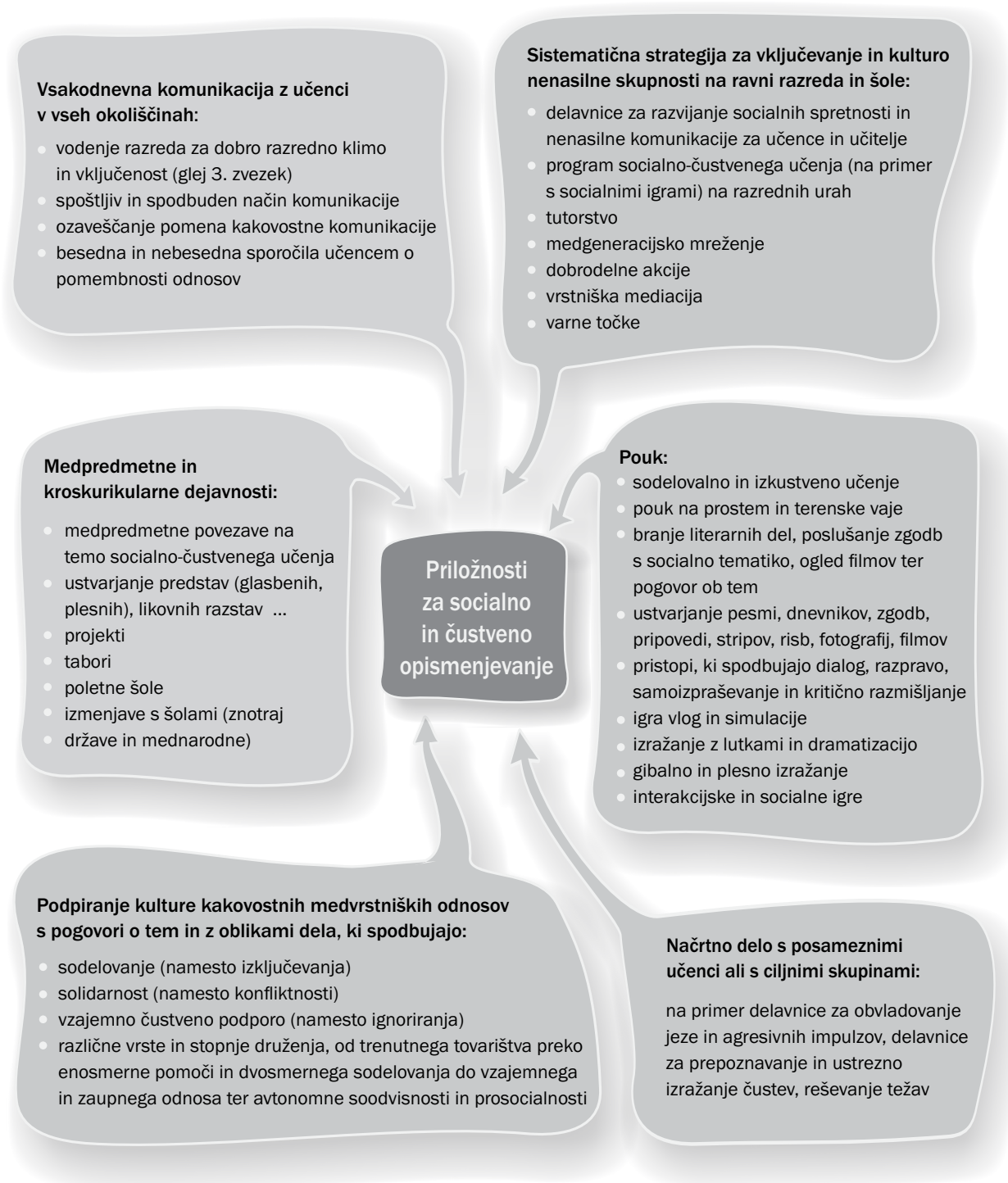
Medsebojne izmenjave pripomorejo k sproščenemu vzdušju v skupini ali v razredu, spodbujajo navezovanje medsebojnih stikov in prijateljskih odnosov, vplivajo pa tudi na zmanjšanje neustreznega vedenja učencev. Učenci ob strokovnem vodenju učitelja krepijo zdravo samopodobo, samozaupanje, samospoštovanje in »občutek, da zmorem«. Prav formativno spremljanje je eden od pristopov, ki to v veliki meri omogoča in podpira.

FS

Največ pa lahko za učenje socialnih spretnosti naredimo s tem, da v pouk redno vključujemo takšne oblike in načine dela, ki gradijo na sodelovanju, in da jasno sporočamo, kako pomembni so dobri odnosi in vključenost vseh.

FS





Socialna vključenost je v pomembni meri tudi učinek dobrih medvrstniških odnosov, na katere lahko močno vplivamo v šoli.



## Formativno spremljanje v podporo učenju

### Priročnik za učitelje in druge strokovne sodelavce

Na slovenskem knjižnem sejmu 2017 sta oblikovalec Davor Grgičević in Zavod RS za šolstvo prejela **nagrado za oblikovanje** v kategoriji učbeniki in priročniki.



nagrada  
za  
oblikovanje



Priročnik obsega 7 zvezkov, zbranih v mapi,  
cena 12,40 €, že 5. ponatis!

- Zakaj formativno spremljati
- Nameni učenja in kriteriji uspešnosti
- Dokazi
- Povratna informacija
- Vprašanja v podporo učenju
- Samovrednotenje, vrstniško vrednotenje
- Formativno spremljanje v vrtcu

IZRAŽANJE INDIVIDUALNOSTI  
AKTIVNA VLOGA UČENCA  
OPTIMALEN RAZVOJ  
UVELJAVLJANJE ZMOŽNOSTI  
OHRANJANJE RADOVEDNOSTI  
RAZVIJANJE USTVARJALNOSTI  
INTERES ZA UČENJE  
ODPRTOST  
SODELOVANJE  
UVELJAVLJANJE INTERESOV

Napovedujemo:

Formativno spremljanje KOT PODPORA UČENCEM S POSEBNIMI POTREBAMI

Formativno spremljanje pri MATEMATIKI

Formativno spremljanje pri ZGODOVINI

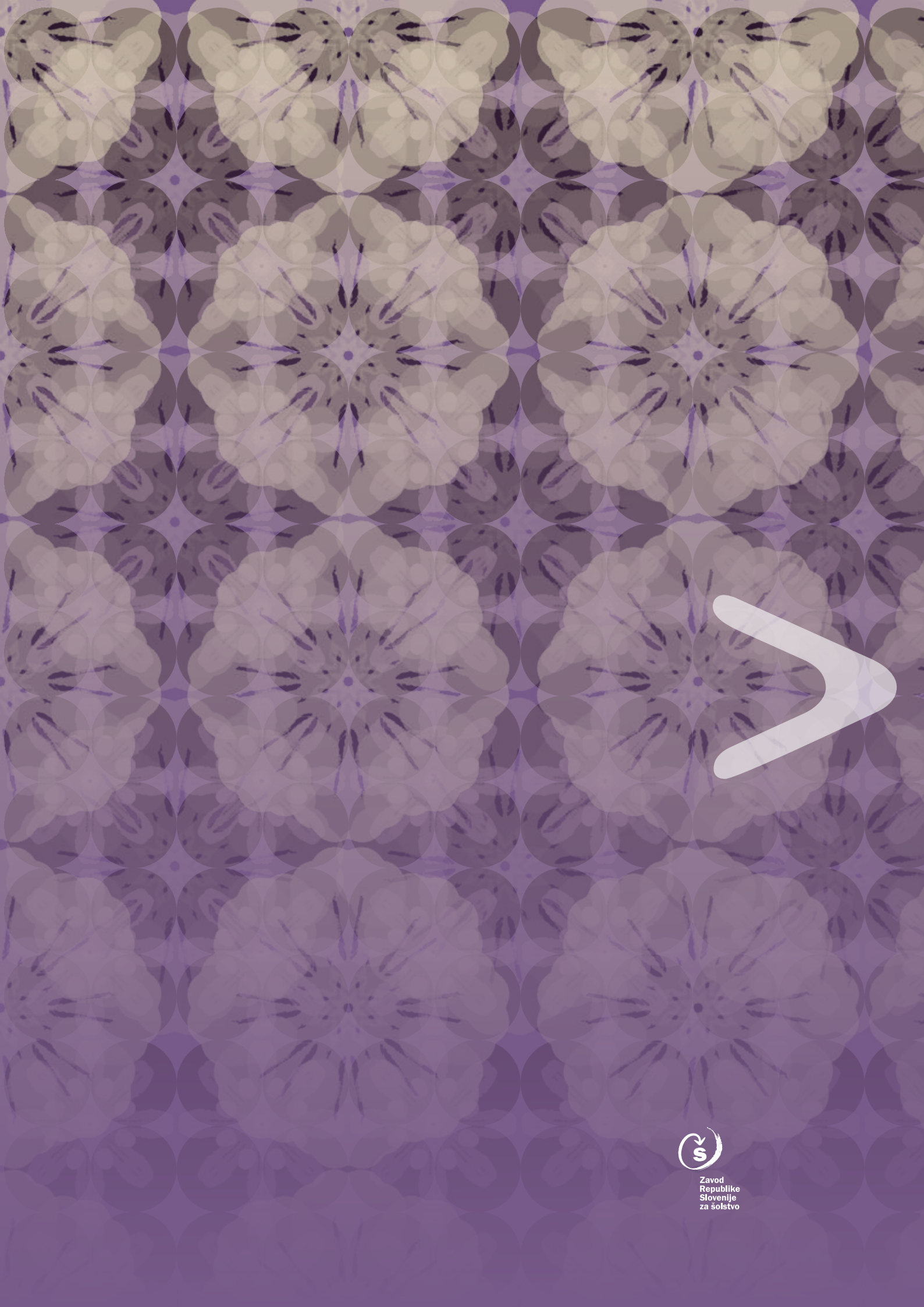
Formativno spremljanje pri RAZREDNEM POUKU

Formativno spremljanje pri DELU SVETOVALNIH DELAVCEV

izid  
2018



Zavod  
Republike  
Slovenije  
za šolstvo



Zavod  
Republike  
Slovenije  
za solstvo