

Socialnopedagoška diagnoza in načrtovanje tretmana

Sociopedagogical diagnostics and treatment programming

Nivex Koller – Trbović

Povzetek

*Nivex Koller-Trbović, dr. soc. ped.,
Edukacijsko-rehabilitacijski
fakultet
Sveučilišta u
Zagrebu,
Kušlanova 59a,
1000 Zagreb,
Hrvaška..*

Avtorica se ukvarja z diagnosticiranjem in programiranjem dela z otroki in mladostniki z motnjami vedenja. Poudarja predvsem socialnopedagoški pristop kot sestavni del interdisciplinarnega procesa diagnosticiranja in programiranja. Govori tako o kritikah kot o nujnosti teh procesov ter navede stališča mnogih avtorjev, njihov pogled na trenutno stanje na tem področju in predloge za nadaljnji razvoj teh procesov. Pri tem govori o vlogi socialnega pedagoga kot stalno vključenega člana ter o usmeritvi k sodelovanju in partnerstvu z uporabniki tako med procesom ugotavljanja stanja kot tudi, med samim izvajanjem načrtov in programov intervencij, kar je pomembna novost na tem področju. Na temelju navedenih značilnosti modernega procesa socialnopedagoškega diagnosticiranja in programiranja avtorica daje smernice in primerja prejšnji in sedanji postopek pri tem pa, spoštuje sodobna načela pozitivne usmeritve:

naravnost, partnerstvo, individualizacija, usmerjenost k tretmanu in dinamičnost.

Ključne besede: socialnopedagoško diagnosticiranje in programiranje, otroci in mladostniki z motnjami vedenja, sodelovanje, partnerstvo

Abstract

The author is researching diagnostics and programming in working with children and adolescents with behavioural problems. She singles out the sociopedagogical approach as an integral part of interdisciplinary process of diagnosing and programming. She dwells on criticism as well as the necessity of these processes quoting views of many writers, their assessment of the current situation in this area and suggestions for further development. She sees the role of a social pedagogue as a permanently involved person, and believes in co-operation and partnership with the users both in the period of situation assessment as well as in the period of intervention plan and program implementation, which can be seen as an important improvement in this area. On the basis of mentioned features of the new developments in sociopedagogical diagnostics and programming, the author identifies the trends and compares the previous and current procedure in the light of respect for the principles of positive orientation: naturalness, partnership, individualisation, treatment orientation and dynamism.

Key words: sociopedagogical diagnostics and treatment programming, children and adolescents with behavioural problems, co-operation, partnership

1. Obrazložitev pojmov

V sodobni socialnopedagoški literaturi in praksi doživlja izraz diagnosticiranje številne kritike, ker spominja na postopek zdravljenja, ki se mu pacient pasivno podreja ali se mu potrpežljivo prepušča. Uhlendorff navaja stališča kritikov tega pojma in tudi postopka, ki menijo, da je diagnoza v nasprotju z sodobnim razumevanjem pomoči mladim, ki imajo motnje vedenja (ali so v tem pogledu ogroženi) in njihovim družinam. Sodobno razumevanje tega izraza postavlja kliente v vlogo enako aktivnih in polnoprav-

nih partnerjev pri vzgoji za lastno odgovornost. Iz teh razlogov je treba na področju pomoči mladim pojem diagnoze (posebno socialnopedagoške, a tudi drugih) ločiti od medicinskega razumevanja tega pojma.

V socialnopedagoško literaturo in manj v prakso se zaradi manjvrednosti in razlikovanja od področja medicinske diagnostike, uvajajo izrazi, ki bolje označujejo ta pojem. Omenja se spraševanje, ocenjevanje, načrtovanje in programiranje, ugotavljanje možnosti spraševancev, ipd. (Koller-Trbović, 1996, 1997). Toda ne gre le za pojmovno neujemanje, temveč za razprave o potrebnosti diagnosticiranja kot samostojnega procesa oziroma procesa, ki je predhodnica intervenciji.

Mollenhauer in Uhlenborff (1995) sta na področje pomoči mladim prinesla pojem »socialnopedagoška diagnoza«, ki temelji na samorazlagi mladit, na njihovih »življenjskih temah« in utrjuje vpogled v potrebe in naloge, povezane s socialnopedagoškim področjem, kot sta poskus sistematiziranega razumevanja življenjskega položaja mladit in postavljanja prognoze za izboljšanje življenjske situacije. Avtorja pravita, da so zorni kot, globina pogleda in horizont pri socialnopedagoški diagnozi drugačni kot pri že utečenem postopku t.i. psihosocialne diagnoze s področja pomoči mladim. Namen psihosocialne diagnostike je zbirati ustrezne količine pomembnih informacij o mladostniku, družini in okolici zaradi oblikovanja načrta pomoči kot izhodišča za ugotavljanje ciljev in izvajanje pomoči. Pri tem gre tako za razlago pojavov kot tudi za poskus pomagati osebi, da se znajde v okolici ali da se okolica tako spremeni, da posameznik lahko razvija v njej svoje razvojne možnosti. Kljub navedenim zahtevam in usmeritvi diagnoze k individualnemu v povezavi s pedagoškimi zahtevami se zdi, da smo še vedno na začetku razdelave metod in da to področje še zmeraj pogosto temelji na intuiciji strokovnjakov. **Kajti diagnoza primera ne vodi k tretmanu, temveč samo opravičuje intervencijo** (npr. vzgojno skrb, odstranitev otroka iz družine ipd.). Kritiki pravijo, da diagnoze ne vsebujejo načrta dela, čeprav vsebujejo družinsko anamnezo in dolge opise trenutnega življenjskega položaja otroka in družine ter njihovih odnosov. Na koncu pa je običajno interpretacija in prognoza možnosti za izboljšanje življenjskega položaja klienta in predlog za vrsto pomoči (npr. rejniška družina, napotitev v zavod, ipd.). To ne zadostuje za oblikovanje določene oblike tretmana. Eden od kritikov diagnostike na področju pomoči mladim, Marchel (1994 - po Uhlenborff, 1997), ugotavlja na temelju takega pristopa, da tako pojmovanje diagnoze spominja na medicinsko in da gre za dozdevno objektivni odnos diagnoza-terapija, za znanstveno doka-

zane postopke, pri čemer so strokovnjaki osrednji akterji in klienti v primerjavi z njimi razmeroma pasivni viri informacij in razmeroma pasivni objekti posredovanja do odločitve. Zato ta avtor in tudi mnogi drugi zahtevajo, da se diagnoza (kot termin in pogosto tudi sam postopek) na področju pomoči mladim ne uporablja več. Nekateri drugi avtorji (Mueller, 1994; Harnach-Beck, 1995 - po Uhlendorff, 1997) pa menijo, da je diagnoza še vedno nujno potrebna in da posredno izhaja iz Zakona o vzgojni pomoči otrokom in mladostnikom (čl. 27 - po IgfH, 1998), toda v spremenjeni obliki. Trdijo, da mora, če je potrebna dolgotrajnejša pomoč pri vzgoji, odločitev sprejeti skupina več strokovnikov skupaj in da je treba z otrokom in njegovim skrbnikom oblikovati načrt pomoči, ki temelji na t.i. vzgojnih potrebah, določiti vrsto pomoči in tudi nujno ukrepati. Da bi določili, ali obstaja vzgojna potreba in katera vrsta pomoči je potrebna, omenjeni avtorji še naprej imenujejo ta proces pojasnjevanja diagnoza, ki kot pojem obsega pomen življenjskega položaja in prognozo pogojev, potrebnih za izboljšanje. V zvezi s podobnostjo z medicinsko terminologijo Mueller (1994) pravi, da dosednji pojem diagnoze v socialni pedagogiki pokriva samo en del pojma socialnopedagoške diagnoze. Socialnopedagoško diagnozo razume kot pojasnitev, »Kdo ima katere probleme« in »Kaj naj v strokovnem smislu naredimo«. Pri tem gre za kompromis in pošten odnos med strokovnjakom in klientom. Isti avtor navaja, da mora socialni pedagog še bolj kot drugi strokovnjaki skupaj s klienti pojasniti in se dogovoriti za pomoč, ki jo klient potrebuje. Predvsem pa morata najti skupne cilje.

Zato seže pogled socialnega pedagoga globlje in dlje, saj je povezan z vsakodnevnimi pedagoškimi interakcijami in oblikovanjem socialnopedagoških prostorov, v katerih deluje. Tak je pogled socialnega pedagoga praktika, ali po Uhlendorffu (1997), k praksi usmerjenega znanstvenika, ki ščiti razvoj otroka in njegove družine. Po Boenischu (1993) sodi v središče socialnopedagoške pozornosti uspeh v procesu obvladovanja življenja otrok v razvoju. Isti avtor pravi, da gre za kompleksno bio-psiho-socialno življenjsko problematiko, v kateri morajo mladi reševati razvojne naloge, razvijati vrednostni sistem in stališča, sprejemati norme, se izobraževati, zaposlovati, itd.

Tukaj se postavlja vprašanje, kako izpopolniti pedagoško okolje, kakšne naloge naložiti mladim, da bi jih zavarovati in jim hkrati pomagali pri njihovem napredovanju. Socialnopedagoške metode so na tem področju na začetku razvoja in jih je treba naprej razvijati in še posebej znanstveno evalvirati.

Iz do sedaj prikazanega, po Uhlendorffu (1997) izhaja, da gre za dve vrsti oziroma dve podpodročji diagnosticiranja pomoči mladim:

- prva naj odloča o administrativnih vprašanjih (npr. namestitve v zavod, pomoč pri vzgoji,...)
- druga naj osmisli konkretno delo z mladimi (npr. svetovalnice, dnevne skupine,...)

Zdi se, da socialnopedagoško diagnosticiranje in programiranje sledi šele, ko je nek otrok ali mladostnik napoten v določeno vrsto tretmana (izveninstitucionalnega, polinstitucionalnega ali institucionalnega) z namenom, da se za vsakega posameznika poskusi, skupaj z njim, torej s skupnim delom in osebno odgovornostjo, opredeliti konkretno pomoč in socialnopedagoške naloge.

To je nedvomno eden sprejemljivih in možnih načinov oz. poti za opredelitev socialnopedagoškega diagnosticiranja in programiranja, pri čemer nekateri avtorji (posebej Mueller in Uhlendorff, 1995) ponujajo diagnostiko, ki temelji na samorazumevanju in ki olajša skupno opredeljevanje nalog. Gre za t.i. kvalitativno metodologijo in hermenevtični pristop, ki se zdi prav za področje socialne pedagogike še posebej pomemben in zanimiv.

Dejstvo je, da mora biti socialnopedagoško diagnosticiranje in programiranje vključeno v proces diagnosticiranja in odločanja že od samega začetka, pri čemer je to samo en vidik interdisciplinarnega oziroma transdisciplinarnega procesa, katerega cilj in namen je ugotoviti simptomatologijo in etiologijo motenj vedenja, potrebe in sposobnosti uporabnikov in okolice, ter predlagati program tretmana, oceniti možne dosežke posameznikov na določenih področjih socialne integracije in osebne kompetentnosti, možne odzive na programe pomoči in tretmana, oziroma konkretne načine neposrednega dela s posameznikom in/ali njegovim okoljem (Koller - Trbović, 1996). Pojem »diagnosticiranje in programiranje tretmana« razumljen na ta način, zahteva že od vsega začetka neposredno delo celotnega strokovnega tima, sodelovanje in partnerstvo s klientom in njegovo družino ter tudi bodočim socialnopedagoškim okoljem.

Podobno govori o procesu diagnosticiranja motenj v vedenju otrok in mladostnikov Myschker (1996), ki meni, da ta diagnostika sledi integrativnemu pristopu, procesno kompleksnemu in kooperativnemu oziroma točneje timskemu, kjer so za omogočanje ciljno usmerjene pedagoško-terapevtske prakse nujni izvidi vseh strokovnjakov (zdravnika, psihologa, socialnega delavca, pedagoga). Zato diagnostiko na področju motenj v vede-

nju otrok in mladih lahko razumemo kot multidimenzionalno in multiprofesionalno.

Kovačević in sodelavci (1998: 297) pojasnjujejo, da je neupravičeno in nemogoče predvidevati vedenje neke osebe samo zato, ker ima določeno vrsto motnje. Zato menijo, da morata diagnostika in klasifikacija temeljiti na taksonomski analizi biopsihosocialnih struktur oseb s težavami v socialni integraciji, pri čemer se bo morebiti pokazalo, da poškodba ali motnja nista najpomembnejša elementa strukture. Bouillet (1998: 17) meni, da je najpomembnejši smisel klasifikacije nudenje konceptualnega okvira rehabilitacijskih programov, točneje, neposredna izbira tretmana. Po mnenju iste avtorice prihaja resnični smisel klasifikacije do izraza, če je le ta usmerjena k diferenciranemu tretmanu, pri čemer klasificiranje postaja načelo programiranja rehabilitacijskih diferenciranih tretmanov, ker le ta način pripelje do pomembnejšega zmanjševanja verjetnosti nadaljnjega razvoja motenj. No, moramo dodati, da je to le ena pot in ena od možnosti, ki pa ne zadošča, saj k resnični izbiri skladnega tretmana za določenega uporabnika pomaga šele proces diagnosticiranja in programiranja ob upoštevanju načela individualizacije in sodelovanja.

Ravno zaradi razlogov, ki smo jih prej imenovali, negotovih pravnih pojmov in situacij je nujno, da v ta proces vključimo vse potrebne in zainteresirane strani, da bi se napake ocenjevanja, enostranskega pristopa, subjektivizma in nekompetentnosti zmanjšale na minimalno raven, odločitev pa bi bila zares skladna s posameznikom oziroma z njegovimi željami. Mueller (1994) meni, da v socialnopedagoškem prostoru pogosto ni objektivno navedeno, katere informacije so pomembne, tako da včasih zberejo številne informacije, ki so za praktične namene neuporabne in pogosto izpustijo pomembne informacije kot npr., kaj klient sam želi. Natančno programiranje tretmana na podlagi informacij, pridobljenih v procesu diagnosticiranja, omogoča dogovarjanje in usklajevanje o konkretni ponudbi in pomoči, o konkretnih aktivnostih, vključenih osebah, časovnih rokih ter obvezni evalvaciji programa in napredka klienta. Šele na ta način je mogoče ne le zelo jasno konkretizirati delovanje v okviru tretmana, temveč tudi omogočiti strokovno in tudi znanstveno evalvacijo in kontrolo, ki bosta doprinesli k nadaljnjemu razvoju socialnopedagoške metodologije diagnosticiranja in tretmana.

Termina diagnosticiranje in programiranje nista sinonimna, niti ne označujeta istih procesov, a sta med seboj neločljivo povezana ter kažeta na nujnost vsestranskega in kompleksnega dela s klientom/uporabnikom pri

izbiri primerne intervencije in tretmana. Proces diagnosticiranja je usmerjen bolj k ugotavljanju simptomatologije in etiologije motenj v vedenju ter potreb in razvojnih možnosti otroka ali mladostnika in njegovega okolja. Proces programiranja pa je usmerjen k projekciji in predvidevanju tretmana. Jasno je, da gre za nerazdružljiva procesa, glede na to, da je diagnosticiranje pogoj in temelj kakovostnega programiranja, programiranje pa je most do konkretnega tretmana, točneje posredovanja in to vse skupaj poteka ob aktivnem in partnerskem sodelovanjem z uporabniki samimi. Mueller (1994), ki govori o anamnezi, diagnozi, intervenciji in evalvaciji, predlaga tak model dela s primerom.

Tudi Bundschuh (1996) meni, da je diagnosticiranje edinstven proces, katerega naloga ni le odgovoriti na vprašanje, »kaj je«, temveč, »kaj je treba« in kako lahko to ugotovimo ter naprej spremljamo realizacijo in evalviramo. Torej, diagnosticiranje na področju pomoči, skrbi za otroke in mladostnike z motnjami vedenja ali tveganjem za motnje vedenja mora omogočiti odločitev za izbor učinkovite pomoči ter evalvacijo realizacije.

2. Sodelovanje in partnerstvo - več kot »diagnoza«

Socialnopedagoško diagnosticiranje in programiranje je obenem tudi prostor za interveniranje in možnosti preverjanja. Je vzporedno potekajoč proces, ki upošteva vse druge ugotovitve in pokazatelje na sintetični ravni. Gre za vzporednost diagnosticiranja in interveniranja, pri čemer klient ne igra pasivne in stranske, temveč aktivno in partnersko vlogo pri odločanju in interveniranju. Zato sodelovanje uporabnikov ni le postulat, temveč ključni element in značilnost vsakega dela (Koller - Trbovič, 1999b). Podobno ta proces definirata Marcovitsch in Simons (1986), ki zaključujeta, da proces diagnosticiranja ne prispeva le k boljšemu razumevanju socialnih problemov in problemov vedenja, temveč je to hkrati trenutek za intervencijo.

Kovačević in sodelavci (1988) omenjajo, ko govorijo o ciljih in namenu diagnosticiranja, da gre za ugotavljanje ne le inicialnih, temveč tudi tranzitivnih in končnih stanj, torej za ugotavljanje dinamičnosti.

Na podlagi povedanega je mogoče navesti nekatere značilnosti sodobnega socialnopedagoškega diagnosticiranja in programiranja, ki prej povedano dodatno pojasnjujejo in lahko služijo kot metodična načela operacionalizacije teh procesov v praksi:

- diagnosticiranje in programiranje morata biti organizirana v obliki dinamičnega, kontinuiranega in krožnega procesa, v katerem se neprestano

prepletajo faze diagnosticiranja oziroma programiranja ter intervence in evalvacije

- diagnosticiranje in programiranje morata vedno biti timsko delo strokovnjakov enakih in različnih profilov, ki se ukvarjajo z otroki in mladostniki nasploh, a posebej s tistimi z motnjami vedenja
- diagnosticiranje in programiranje je treba čimbolj tretmansko organizirati, kar pomeni, da morata nuditi možnosti za intervenco
- pri procesu diagnosticiranja in programiranja je treba uporabiti vse pomembne vire informacij, različne oblike, metode in teme dela na vseh področjih življenja in delovanja otroka ali mladolenika
- proces diagnosticiranja in programiranja je usmerjen predvsem k potrebam uporabnika ter k njegovim močnim stranem zaradi tretmanske usmerjenosti in perspektivnosti
- del vsakega diagnostičnega procesa in procesa programiranja je kontinuirano sodelovanje in partnerstvo z izpraševancem, skupno delo, spodbujanja lastnih dejavnosti te osebe, prevzemanja odgovornosti in nadzora nad svojim življenjem in tudi omogočanje delovanja
- že sam proces diagnosticiranja in programiranja je zaradi prej navedenih pogojev temelj za razvoj dobrih odnosov med vsemi sodelujočimi in njihovo medsebojno spoštovanje
- med diagnosticiranjem in programiranjem moramo ugotavljati in spoznavati, razen potreb in zmožnosti gojenca, tudi objektivne možnosti okolja in tretmana.

Tabela 1 kaže primerjavo klasičnega in sodobnega koncepta diagnosticiranja in programiranja, predvsem, a ne samo socialno pedagoškega tretmana (Koller-Trbovič, 1997).

Tabela 1: Primerjavo klasičnega in sodobnega koncepta diagnosticiranja.

Klasični pristop	Sodobni pristop
statičnost	dinamičnost in proces
usmerjenost k težavam in problemom	usmerjenost k potrebam in zmožnostim
ugotavljanje stanja	interveniranje
usmerjenost k izpraševancu in izolacija	interakcija izpraševanca in okolice

distanca v odnosih	kommunikacija in odnos z izpraševancem in družino
nevpleteno opazovanje	vpleteno obnašanje
ponujanje rešitev na pladnju	partnerstvo, skupno odločanje, sodelovanje izpraševanca in družine
etiketiranje in podajanje diagnoz	opis in usmerjenost k intervencijam na podlagi zaznanih potreb
ugotoviti »kaj je«	ugotoviti, »kaj je treba« in kako bi to lahko izvedli

Iz tako določenih cjev in nalog socialnopedagoškega diagnosticiranja in programiranja izhaja tudi specifična vloga in položaj socialnega pedagoga v tem procesu, v katerem je neprestano »vključeni« strokovnjak.

Če bi vse že rečeno poskusili združiti na enostaven in razumljiv način, ki pa obenem razločuje socialnopedagoški pristop k diagnosticiranju in programiranju tretmana za otroke in mladostnike s tveganjem za ali z motnjami vedenja, bi lahko rekli, da sodobni socialnopedagoški pristop ne vsebuje značilnosti t.i. klasičnega medicinskega modela. Že v procesu diagnosticiranja je usmerjen k tretmanu. Gre za t.i. »mehko« (termin povzet po Mayring, 1995), kvalitativno diagnostiko, ki se razlikuje od bolj togih in kvantitativnih pristopov diagnosticiranja motenj vedenja otrok in mladostnikov. Poudariti moramo, da gre za dopolnjujoč pristop, v katerem se obe metodi med seboj dopolnjujeta in ne izključujeta. Ker bi procesi diagnosticiranja ter programiranja in interveniranja vsekakor morali biti interdisciplinarni in timski, lahko socialni pedagog dopolni morebitne pomanjkljivosti nezadostnega uporabljanja standardiziranih merskih instrumentov s sodelovanjem z drugimi strokovnjaki v timu in s tem zagotovi celovitost in kakovost procesa.

To nikakor ne pomeni, da so kvalitativne metode, o katerih govorimo, neznanstvene in neutemeljene; so le drugačne, bližje otrokom, bolj življenjske. Več znanstvenega preverjanja socialnopedagoških metod in praks, kot ga je bilo do zdaj, pa kljub temu ostaja pomembna naloga socialnopedagoške diagnostike v prihodnosti.

V zvezi s tem Novosel (1983: 21) navaja, da z opisovanjem dejstev, torej z več deskripcije, ne bomo prišli do razlag in zakonitosti. Višja faza kot deskripcija je razlaga oziroma povezovanje simptomov, ugotavljanje zvez. Torej je najprej treba najti vrste dejstev, potem pa zveze, korelacije med njimi.

V znanosti želimo na podlagi t.i. manifestnih, pojavnih dejavnikov sklepati o latentnih, skritih dejavnikih, ki pa tudi vplivajo na vedenje. No, tudi če pri tem uspemo, nam dostikrat samo te informacije in spoznanja ne pomagajo pri konkretnemu programiranju tretmana.

Kot navaja M. Ajduković (1995, str. 37), temelji učinkovit program pomoči otroku, ki že kaže motnje vedenja, na dobrem poznavanju otroka in njegovega specifičnega okolja. V procesu ocenjevanja otrokovih težav in možnosti navaja (po Oxley, 1986) tri skupine podatkov, ki jih je treba oceniti:

- dejstva o otroku in njegovi okolici
- otrokovo doživljanje položaja in odnos do tega, ki mu pomaga
- mnenje strokovnjaka o otroku in položaju, v katerem se nahaja.

Na temelju vseh teh informacij se izdela program, ki ga je treba nujno evalvirati. Program je treba sestaviti skupaj z otrokom, njegovimi starši in vsemi, ki bodo vključeni v tretman.

Podoben pristop k diagnosticiranju zasledimo danes pri večini avtorjev, ki želijo na istematičen način pojasniti in določiti postopke, vloge in elemente programiranja ter pojasnjujejo številne prednosti skupnega in timskega dela z otroki in mladostniki ter njihovimi družinami, npr.: sodelovanje, razvijanje odnosov, delitev odgovornosti, razvoj samostojnosti, možnost izbiranja in odločanja, sprejemanje posledic za lastne odločitve in obnašanje (Koller-Trbovič, 1999a).

O tem še posebej prepričljivo govori Škerjanc (1999: 87), ko pravi, da si je pri načrtovanju in vzpostavljanju socialnih storitev treba zapomniti, da imajo potencialni uporabniki tako potrebne izkušnje kot tudi zapostavljene vire. Avtorica navaja, da so pri proučevanju sestave socialnega skrbstva najrazvitejših evropskih držav ugotovili, da le te opuščajo klasičen institucionalni pristop in privzemajo idejo individualizacije; obračajo se k uporabniku kot državljanu z osebnimi pravicami, med katerimi sta tudi pravica do odločanja o lastnem življenju ter pravica do polnega sodelovanja v družbi. Načela za vzpostavljanje učinkovitih socialnih služb, ki jih navaja avtorica, se v veliki meri prekrivajo s prej navedenimi značilnostmi sodobnega pristopa k diagnosticiranju, programiranju in interveniranju na področju pomoči mladim. Ti so:

- od prejemnika socialnih storitev k polnopravnemu državljanu
- sodelovanje uporabnikov
- razvidnost storitev in financiranja

- možnost izbire
- učinkovito ravnanje z razpoložljivimi sredstvi
- sinergičen pristop

Kadar govorimo o otrocih in mladostnikih, posebej o tistih z motnjami vedenja, moramo vedeti, da ni vedno mogoče pričakovati ali upoštevati njihovih želja zaradi obdobja, v katerem so, oziroma zrelosti in tudi zaradi okoliščin, v katerih se nahajajo. Toda Konvencija o otrokovih pravicah (UN, 1989) povsem sledi splošno veljavnemu trendu človeških pravic in potreb. V 12. členu tako poudarja nujnost uporabe načela individualizacije pri otrokovi sposobnosti dojemanja, razumevanja, zrelosti, zaradi upoštevanja otroka kot enakopravnega subjekta, ki mu pripadajo vse tiste pravice, ki jih lahko uresničuje.

Očitno je, da je ta pristop, o katerem govorimo, že razširjen predvsem med teoretiki, medtem ko v praksi, posebej na področju sodelovanja in partnerstva z otroki in mladostniki in njihovimi družinami, še ni dovolj uporabljen dejavnik uspešnega delovanja. Tudi novejša raziskave v prostoru socialnopedagoške diagnostike (raziskave: Mollenhauer in Uhlendorff, 1995; Kobolt, 1998 in prvi poskusi preverjanja istega instrumenta na Hrvaškem) kažejo v to smer. Gre za proces diagnosticiranja in programiranja tretmana na temelju partnerstva in sodelovanja z otrokom in mladostnikom s t.i. samorazlaganjem preteklosti, sedanjosti in prihodnosti in številnih življenjskih področij in tem (pri Uhlendorffu gre za samorazlagi časa, telesne slike, koncepta »jaz« in normativne orientacije; pri Koboltovi pa za področja: jaz v preteklosti in danes, jaz in družina, jaz in šola, jaz in vrstniki, prosti čas, interesi, hobiji, prihodnost, načrti, življenjska usmerjenost in specifična vprašanja, povezana z namestitvijo otroka v določeno ustanovo). Z možnostjo vpogleda v t.i. mape (dosjeje), ki so rezultati razgovora, otrok ali mladostnik na nazoren in slikovit način dobi vpogled v lastno življenje, pomankljivosti in zmožnosti ter v področja, ki so potrebna »intervencije«. Tak pristop omogoča razvijanje odnosov in sodelovanja že v začetku procesa ter sprejemanje dejavne in odgovorne vloge pri ustvarjanju lastne prihodnosti. Socialnemu pedagogu to odpira prostor za vzpostavljane dobre komunikacije in razvijanje odnosov ter sodelovanje z mladostnikom, to pa omogoča definiranje realnih programskih okvirjev in ciljev, ki jih mlada oseba sprejema. Na znanstveni ravni pa omogoča preverjanje različnih modelov razvoja in zrelosti ter kvantitativno raziskovalno metodologijo, kar bi moralo omogočiti ne le preverjanje modelov, temveč tudi ponuditi zelo specifične vrste in

oblike intervencij na področju pomoči otrokom in mladostnikom z motnjami vedenja. Dosedanje skromne iskušnje, do katerih smo prišli na Hrvaškem (skromne zaradi težav pri raziskovanju), vzbujajo upanje, da imamo možnost izboljšati kakovost ravno socialnopedagoškega diagnosticiranja in programiranja tretmana z dosti večjim vključevanjem otrok in mladostnikov samih v proces diagnosticiranja že od začetka procesa ter s skupnim načrtovanjem programa intervencije.

3. Literatura

Ajduković, M. (1995). Planiranje i provedba programa pomoći djeci. V Prevenција poremećaja u ponašanju kod djece stradalnika rata. Zagreb: MRSS RH, UNICEF i DPP (37-55).

Boehnisch, L. (1993). Sozialpaedagogik des Kindes-und Jugendalters. Juventa.

Bouillet, D. (1998). Priručnik za diferencirani tretman maloljetnih delinkvenata na temelju konceptualne razine s uputama za upotrebu testa nedovršениh rečenica. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Bundschuh, K. (1996). Einfuehrung in die seonderpeadagogische Diagnostik. Muenchen: E. Reinhardt, GmbH & Co. Verlag.

IGfH (1998). Imati prava – izboriti prava. Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republike Hrvatske.

Kobolt, A. (v tisku). Rekonstruktivno hermenvtično razumevanje kot element socialno pedagoške diagnostike. Kriminologija i socijalna integracija.

Koller-Trbović, N. (1996). Dijagnosticiranje kao pretpostavka tretmana. Kriminologija i socijalna integracija, 4 (1), 61-73.

Koller-Trbović, N. (1997). Socijalnopedagoški pristup dijagnosticiranju i programiranju tretmana za djecu i mladež s poremećajima u ponašanju. Kriminologija i socijalna integracija, 5 (1-2), 121-129.

Koller-Trbović, N. (1999a). Programiranje tretmana za djecu i mladež s poremećajima u ponašanju. V Odgoj u domovima- kako dalje? Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republike Hrvatske (49-59).

Koller-Trbović, N. (1999b). Uloga socijalne pedagogije danas. Kriminologija i socijalna integracija, 7 (1), 21-25.

Kovačević, V., Stančić, V., Mejovšek, M. (1988). Osnove teorije defektologije. Zagreb: Fakultet za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu.

Markovitch, S. i Simmons, N.J. (1986). Social and behavioral problems in the preschool years. Advances in special Education, 5, 121-146.

Mayring, P. (1995). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Mollenhauer, K. in Uhlenhorff, U. (1995). Sozialpaedagogische Diagnosen. Muenchen: Juventa.

Mueller, B. (1994). Sozialpaedagogisches Koennen. Lambertus Verlag.

Myschker, N. (1996). Verhaltensstoerungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, Berlin, Koeln: Verlag W. Kohlhammer.

Novosel, M. (1983). Dijagnosticiranje u defektologiji. Zagreb: Sveučilišna naklada Liber.

Škerjanc, J. (1999): Individualizacija socijalnih usluga - suvremeni pristup pri planiranju i organiziranju usluga za korisnike u sustavu socijalne skrbi. V Odgoj u domovima – kako dalje? Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republike Hrvatske (87-90).

Uhlenhorff, U. (1997): Sozialpaedagogische Diagnosen III. Muenchen: Juventa.

UN (1989). Konvencija o pravima djeteta. V Djeca prije svega.

Prevedla Ina Kreft.

Strokovni članek, prejet septembra 1999.