8 *Najnovejše raziskave v ZDA govorijo, da okoli 50 % ljudi, ki razmišljajo o samomoru, v treh mesecih pred dejanjem obišče splošnega zdravnika. Ne tožijo mu o psihičnih ampak o somatskih težavah. Osnovno vprašanje, ki se mu velja posvetiti je torej: kako samomorilni kandidati sporočajo o svoji nameri in odtod izvirajoče drugo vprašanje, ali jih okolica sliši in zakaj jih sliši ali presliši.*

20 *Travme, ki jih otrok doživi v zgodnjem otroštvu, zaznamujejo njegovo življenje. Ko starši niso sposobni zadovoljiti otrokove potrebe po bližini in stiku, ne zmorejo zagotoviti ustrezne skrbi, ki bi mu zagotavljala dovolj dobro okolje za razvoj. Zanimive so raziskave o otrocih, ki so preživeli zgodnje otroštvo v inštitucijah, kjer je manj topline in čustvenih spodbud.*

29 *Seminar ponuja priložnost, da se učitelji srečajo in reflektirajo svojo pedagoško izkušnjo. Ob kratkih predavanjih, pričevanjih in primerih kolegov delajo sami, v paru ali skupini ob različnih vprašanjih, ki se dotikajo njihovega doživljanja, čustev, razmišljanja, vzorcev vedenja, prepričanj, zaznave sebe in okolja, načinov komunikacije in dinamike procesov na delovnem mestu.*

37 *Zakaj si največjega bogastva ne bi raje pridobili pri mizi, z nožem in vilicami, ob spremljavi gastronomskih užitkov, kot pa z dietami, s stradanjem in odrekanjem ter bežanjem iz najljubših lokalov z okusno hrano in pijačo?*

44 *Ekskurzija nima samo izobraževalne, ampak tudi vzgojno funkcijo, saj je na potovanju veliko priložnosti za posredovanje življenjskih vrednot in razvijanje bolj osebnega stika z učenci, kar pozneje pripomore tudi k uspešnejšemu pouku. Ugotovila sem, da je zelo pomembno, da je ekskurzija zelo dobro pripravljena.*

Uvodnik

1 Silvo Šinkovec: **Otroci so naš zaklad**

V žarišču: Duševne motnje in bolezni

3 Franci Hrastar: **Duševne motnje in bolezni**
6 Angelca Žerovnik: **Možnost izobraževanja dolgotrajno bolnih**
8 Marjan Žveglič: **Prepoznavati samomorilne težnje**
10 Vanja R. Kiswarday: **Kje je kdo?**
13 Sonja Votolen: **Igor Ravnik: Epileptični otrok**
15 Ana Hromc: **Preprečevanje motenj hranjenja**
18 Karmen Pečarič Podobnik: **Kaj lahko stori Svetovalna služba?**
20 Nataša Rijavec Klobučar: **Neustrezno starševstvo**

Naš pogovor

23 Helena Jeriček: **Ljudmila Novak: Škoda je izgubljati moči za nepomembne stvari**

Biti vzgojitelj

27 Magdalena Jarc: **Ali potrebujemo novo šolo?**
29 Silvo Šinkovec: **Colloquium v Sloveniji**

Biblična stran

30 Viljem Lovše: **Pomen preizkušenj**

Razredništvo

32 Irena Snoj: **Ustrezni pravilniki – boljši učni uspeh?**
34 Maruša Vencelj: **Prve razredne ure**
36 Jelka Repenšek: **Zgodba za RU**

Starši

37 PN: **Zdrav življenjski slog**
39 Ciril Velkovrh: **Planinski bonton**

Vzgojna področja

40 Milček Komelj: **Bolečina slikarjevega brezdomstva**
42 Erna Žgur Černigoj, Franci M. Kolenec: **...volje, dela in ljubezni (CUIO Vipava)**

Izkušnje

44 Vida Svoljšak Rojko: **Zgodovinska ekskurzija**
46 Ana Retuznik Bozovičar: **Mlada srca v bolniški sobi**

47 **Prebrali smo**

49 **Iz življenja DKPS**

51 **Napovedni koledar**

52 **Summary**

52 **Avtorji**

Duševne motnje in bolezni

Franci Hrastar

Kar nekako neradi si priznamo, da bi lahko tudi otroci trpeli, bili prestrašeni, v stiski, depresivni, zbegani, nemočni in nebogljeni. Pa vendar morda v vseh razvojnih obdobjih doživljajo neugodne izkušnje, ki bistveno načnejo njihov harmonični razvoj. V teh obdobjih so pogosto izpostavljeni dokaj hudim obremenitvam v šolskem, ožjem in širšem socialnem okolju. Poleg prirojenih dejavnikov so ravno te obremenitve velikokrat vzrok za nastanek motenj, ki lahko bistveno znižujejo njihovo učinkovitost, povzročajo telesne in psihične tegobe, spreminjajo njihovo odzivanje, vedenje, celo čustvovanje in doživljanje.

V medicinskem izrazoslovju ni običajno, da bi posamezne posebnosti v zdravju delili na motnje in bolezni. V otroški in mladostniški psihiatriji pa je taka delitev smotrna, ker na ta način nekako označujemo dolgoročno resnost nekega stanja in možnost preraščanja posameznih motečih odstopanj v razvoju v obdobju odraščanja. Tako govorimo o motnjah takrat, ko z njimi opisujemo posebnosti dozorevanja, odzivanja, vedenja in učinkovanja otroka v določenih okoliščinah in njihovo sposobnost obvladovanja zahtevanih veščin. O duševnih boleznih pa govorimo takrat, ko so simptomi enaki ali podobni onim v odrasli dobi ali pa se njihova simptomatika nadaljuje v višjih starostnih obdobjih.

Mnoge motnje so razvojno pogojene. Na prvem mestu so motnje psihološkega razvoja, kamor prištevamo: **specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju**. Med njimi so:

- *Specifične motnje artikulacije*: otroci imajo normalno sposobnost jezikovnega izražanja, tvorba glasov pa je pod ravnjo drugih otrok ustrezne starosti.
- *Ekspresivna jezikovna motnja*: sposobnost razumevanja govora je normalna, sposobnost pomenskega uporabljanja govornega izražanja pa je bistveno pod ravnjo njegove starosti.
- *Receptivna jezikovna motnja,* pri kateri otrok zaostaja v sposobnosti razumevanja govora.

Pri šolskem delu so pomembne **specifične razvojne motnje šolskih veščin**. Sem prištevamo:

- *Specifične motnje branja:* bralne sposobnosti so lahko pomembno prizadete zaradi slabše sposobnosti razumevanja prebranega, morda je znižana sposobnost prepoznavanja prebranih besed. Lahko se pojavijo tudi težave pri glasnem branju ali pri črkovanju.
- *Specifične motnje pisanja:* prizadeti sta sposobnost glasnega črkovanja in pravilnega zapisovanja črk, ne pa tudi motenj branja. Otroci spuščajo in zamenjujejo črke (predvsem po podobnosti), vlagajo izredno veliko truda v pisanje, vendar je pisava kljub temu grda, polna drobnih napak. Motnja se bistveno stopnjuje v zahtevnih okoliščinah, npr. pri pisanju nareka.
- *Specifične motnje računanja:* običajno je prizadeto obvladovanje temeljnih računskih operacij (seštevanja, odštevanja, deljenja, množenja), višje matematične veščine pa navadno niso motene.

V klinični praksi pa najpogosteje ugotavljamo *mešane motnje šolskih veščin,* tako motnje branja, pisanja kakor tudi računanja.

Specifična razvojna motnja motoričnih sposobnosti: pri otroku sicer ne ugotavljamo prirojene ali pridobljene nevrološke okvare, ob pregledu pa je le mogoče ugotoviti izrazito slabo fino motoriko, slabo koordinacijo gibov in posamezne nehotne vzgibe posameznih mišičnih skupin. Govorimo *o sindromu okornega otroka,* ki ima mnogokrat tudi motnje na področju branja, pisanja in računanja.

V zelo obsežno skupino motenj v otroštvu uvrščamo **vedenjske in čustvene motnje**, ki se navadno pričnejo v otroštvu in mladostništvu.

Na prvem mestu je treba omeniti **hiperkinetično motnjo (hiperkinetični sindrom)**, ki je po kliničnih izkušnjah najpogostejša neugodna spremljevalka otrokovega relativnega ali pa celo absolutnega šolskega neuspeha. Pogostost pojavljanja je dokaj visoka, vse tja do 10 % vseh šoloobveznih otrok. Vo-

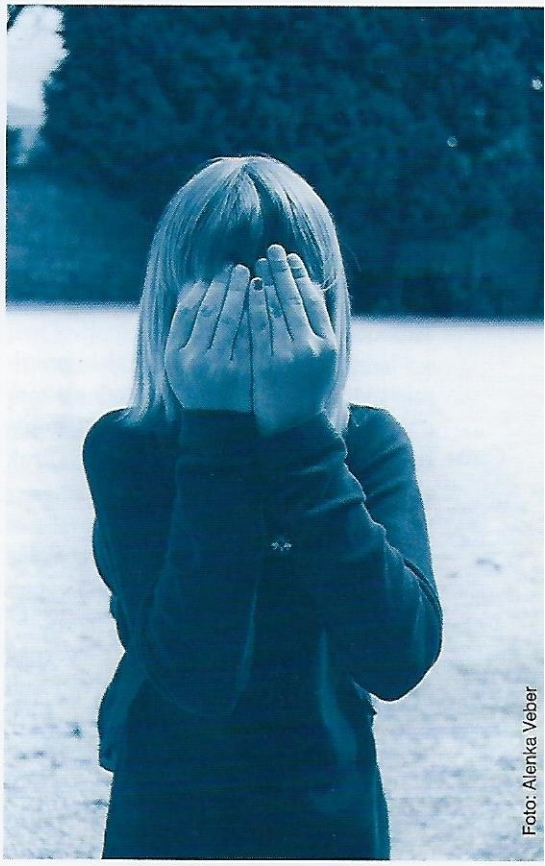

Foto: Alenka Veber

dilni znak te motnje je droben nemir. Otrok se med poukom ali pri učenju ves čas premika na stolu, binglja z nogami, včasih kar vstane in se sprehodi po razredu. Vedno se z nečim moti (čečka po zvezku, brska po torbici, išče kaj pod klopjo), sledi najmočnejšemu dražljaju v okolju (klepetu sošolcev, avtomobilu na cesti), kar kaže na izrazito motnjo zbranosti in pozornosti. Pri delu ne zna vztrajati, se hitro zasiti z delom, hitro je zadovoljen z doseženim. Dnevi kar dobre uspešnosti se menjavajo z dnevi popolnega nezanimanja in razdražljivosti. Tak otrok zna biti hitro užaljen, celo ihtav in nezmeren v zahtevah, na drugi strani pa tudi izrazito čustveno topel in se hvaležno stisne k tistemu, ki ga zna tudi pohvaliti, ne le grajati. Tej motnji so lahko pridružene tudi specifične učne motnje. Obravnava je izrazito multidisciplinarna.

Otroke in mladostnike pogosto ocenjujemo kot **vedenjsko motene**. Pri tem pa ne znamo upoštevati, da otrok zaradi razvojne stopnje še nima na razpolago vseh veščin obvladovanja stresa, da je njegova raven mišljenja nedozorela, izkustveni modeli pomanjkljivi in da je njegov položaj v socialnem okolju podrejen. Zato smemo z motnjo vedenja označiti samo tiste otroke in mladostnike, pri katerih ugotavljamo trajen vzorec disocialnega, agresivnega in predrznega vedenja, ki velja za hujše kršitve starosti primernega odzivanja v obdajajočem okolju. Poleg tega pa je v ozadju takega vedenja pogosto tudi posameznikova huda stiska zaradi odzivanja okolice na njegov morda nekoliko nenavaden način komuniciranja, nemirnega vedenja ali slabšega uspeha.

Neredko se za takim vedenjem prikrivajo tudi porušeni harmonični odnosi znotraj matične družine. *Vedenjske motnje so lahko omejene samo na družinsko okolje.* Otrok ali mladostnik s to motnjo je izrazito destruktiven samo v odnosu do staršev, sorojencev in sorodnikov. Njegovo vedenje v širšem socialnem okolju pa je običajno popolnoma neproblematično.

Druga oblika je *nesocializirana vedenjska motnja*, pri kateri je otrok ali mladostnik osamljen, ni sposoben normalnega navezovanja odnosov z vrstniki. V svojem vedenju kaže destruktivnost z napadalnostjo do drugih, grobostmi, izsiljevanjem, s prepirljivostjo in z zastraševanjem mlajših ali šibkejših od sebe.Tretja oblika so *socializirane vedenjske motnje,* pri katerih otrok ali mladostnik normalno navezuje stike z vrstniki, pri tem pa se v določenih okoliščinah lahko pojavljajo nastopaštvo, napadalno in razdiralno vedenje, kršenje veljavnih norm, nasprotovanje avtoriteti in postavljanje z junaštvi. Neredko se taki otroci in mladostniki združujejo v vedenjsko problematične skupine.

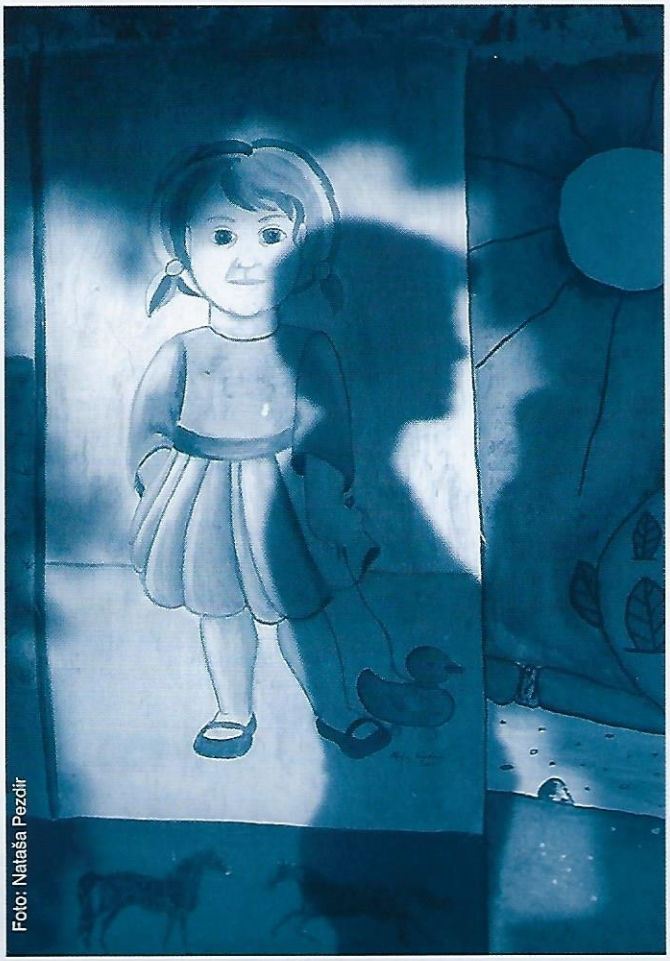
Foto: Nataša Pezdir

Za *opozicionalno vedenje* je značilno, da otrok ali mladostnik kljubovalno, včasih predrzno nasprotuje pravilom, ki jih ponavadi postavljajo odrasli. Tak otrok je na splošno bolj vzkipljiv, težje nadzoruje svoja čustva, zavestno preizkuša meje dopustnega. Lahko je tudi prikrit, škodoželjen in maščevalen.

Obravnava vedenjskih motenj ne more biti enosmerno represivna, saj se v ozadju pogosto skrivajo mnogi dejavniki tveganja, ki se samo v končni posledici kažejo kot neprilagojeno vedenje. V klinični praksi zato pogosteje kot o vedenjskih motnjah govorimo o **mešanih motnjah vedenja in čustvovanja**. Pogosto je otrok označen kot vedenjsko moten, podrobna diagnostična ocena pa pokaže jasne znake depresivnosti, anksioznosti ali drugih čustvenih stisk. Njegovo nesprejemljivo vedenje je torej le nespreten poskus reševanja notranjega vznemirjenja in spremembe v čustvenem doživljanju. Obravnava mora biti zato usmerjena v osnovno simptomatiko čustvenih stisk, ki s popuščanjem v svoji intenzivnosti omili tudi spremljajočo vedenjsko problematiko.

Čustvene motnje se začnejo v otroštvu. Omenimo tri:

- *Ločitvena tesnoba v otroštvu:* otrok postane hudo vznemirjen ob ločitvi od pomembne osebe (običajno matere), ni sposoben sam ostati v vrtcu, šoli, v varstvu druge, lahko tudi poznane osebe. V najhujših primerih mati ne sme niti za krajši čas zapustiti doma. Diagnozo smemo postaviti le takrat, ko je taka stopnja anksioznosti podaljšana v obdobje, ko bi moral otrok tako normalno razvojno bojazen že prerasti.
- *Fobična tesnoba v otroštvu* je pri večini otrok del običajnih razvojnih prehodov, saj vemo, da se posamezni otroci v določeni starosti bojijo malih živalih (npr. pajkov), se izogibajo določenim življenjskim okoliščinam, ki jim povzročajo nelagodje, ob določenih predmetih čutijo neugodje. O motnji govorimo le tedaj, ko so te bojazni pretirane in bistveno motijo otrokovo prilagojeno vedenje in odzivanje.

- Še bolj neugodna pa je *socialna tesnoba v otroštvu.* Prevladujoča nota doživljanja teh otrok je strah in negotovost v običajnih socialnih okoliščinah. Ves čas se čutijo na neki način ogrožene, neuspešne, so nezaupljivi do sebe in drugih. Ta strah hromi njihovo socialno prilagajanje, izogibajo se stikom z drugimi, šola je zanje obremenjujoča. Pogosto izostajajo od pouka, nimajo prijateljev, so osamljeni.

Dokaj podobno stisko opažamo tudi pri **motnjah socialnega funkcioniranja**, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu in adolescenci. Najznačilnejši predstavnik te motnje je *selektivni mutizem.* Ti otroci običajno normalno govorno komunicirajo v domačem okolju. Ko pa so v tujem okolju ali pa v stiku z neznanimi ljudmi, popolnoma obmolknejo. V skrajnih primerih otrok celo šolsko leto praktično ne spregovori besede z učiteljico in morda le malenkostno komunicira z vrstniki. To motnjo kažejo predvsem otroci, ki so nasploh bolj plašni, odraščajo v okolju brez pravih socialnih vzpodbud, pa tudi otroci, ki so bili v prejšnjih razvojnih obdobjih preveč zaščiteni in varovani.

Poleg do sedaj opisanih motenj v šolskem obdobju čedalje pogosteje srečujemo **motnje hranjenja**, ki se lahko javljajo v obliki *anoreksije* (odklanjanja hrane) ali *bulimije* (pretiranega hranjenja, običajno v obliki napadov neustavljive požrešnosti, ki mu sledi bruhanje).

Med resna obolenja otrok in mladostnikov **štejemo psihoze, podobne shizofreniji ali manično-depresivni psihozi**, ki jih spremljajo motnje volje, hotenja, čustvovanja, motnje mišljenja ali zaznavne motnje. Pogosto so prvi znaki teh obolenj spremembe v vedenju in zniževanju šolskega uspeha. Klinična praksa kaže, da se starostna meja za ta obolenja znižuje in neredko prepoznavamo to simptomatiko že pri otrocih, starih od 9 do 12 let.

Zelo neugoden potek imajo **pervazivne razvojne motnje** *(avtizem, aspergerjev sindrom, dezintegrativna psihoza).* Zanje je značilen predvsem socialni umik. Otroci ne kažejo več zanimanja za dogajanje v okolju, umikajo se bližnjim stikom z drugimi, njihovo vedenje postane ponavljajoče, interesi in aktivnosti so osiromašeni, govor se porazgubi ali postane neadekvaten in ob razvitih kliničnih slikah dajejo vtis bistveno nižjih intelektualnih sposobnosti, kar pa pogosto ne velja v celoti. Te bolezni lahko nastopajo od tretjega leta starosti dalje in skoraj vedno bistveno znižujejo otrokovo sposobnost usvajanja šolskih znanj.

Depresije in depresivno anksiozna stanja v otroštvu lahko dolgo časa ostajajo prikriti, ker otrok morda ne kaže tipičnih znakov žalosti in nerazpoloženja, pač pa razdražljivost, upornost in neprilagojeno vedenje. Lahko se pojavijo tudi nerazložljive telesne težave, motnje hranjenja in spanja. Pogosto postane manj uspešen pri šolskem delu. V praksi videvamo, da je teh stanj čedalje več, žal pa jih veliko tudi predolgo ostane neodkritih in nezdravljenih. Na koncu lahko privedejo do poskusov samomora ali celo samomora.

Za **obsesivno kompulzivna stanja** so značilne prisilne misli in prisilna dejanja, ki ob izrazitih bolezenskih znakih privedejo do tega, da se otrok ali mladostnik v svojem življenjskem stilu popolnoma podredi notranjim doživljanjem in bojaznim, kar privede do opuščanja običajnih dnevnih aktivnosti.

Foto: Peter Prebil

Žal v zadnjih letih v našem okolju niso zanemarljive duševne motnje, povezane **z zlorabo psihoaktivnih snovi**, ki v svoji simptomatiki lahko kažejo na izrazite vedenjske, čustvene in celo psihotične motnje.

Vsaka duševna motnja ali duševna bolezen v otroštvu in mladostništvu – ne glede na nastanek in simptomatiko – zahteva pravočasno poglobljeno diagnostično oceno in ustrezno obravnavo. Le tako je mnogokrat mogoče preprečiti dolgotrajne spremembe, ki lahko bistveno narušijo otrokov osebnostni razvoj.

Tako govorimo o motnjah takrat, ko z njimi opisujemo posebnosti dozorevanja, odzivanja, vedenja in učinkovanja otroka v določenih okoliščinah in njihovo sposobnost obvladovanja zahtevanih veščin. O duševnih boleznih pa govorimo takrat, ko so simptomi enaki ali podobni onim v odrasli dobi ali pa se njihova simptomatika nadaljuje v višjih starostnih obdobjih.