

Oznaka poročila: ARRS-CRP-ZP-2021/23



ZAKLJUČNO POROČILO O REZULTATIH CILJNEGA RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

A. PODATKI O RAZISKOVALNEM PROJEKTU

1. Osnovni podatki o raziskovalnem projektu

Šifra	V5-1918	
Naslov	Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji	
Vodja	16083 Mitja Krajncan	
Naziv težišča v okviru CRP	1.3.3. Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji	
Obseg učinkovitih ur raziskovalnega dela	312	
Cenovna kategorija	A	
Obdobje trajanja	11.2019 - 10.2020	
Nosilna raziskovalna organizacija	1988	Univerza na Primorskem Universita del Litorale
	2158	Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta
Raziskovalne organizacije - soizvajalke		
Raziskovalno področje po šifrantu ARRS	5	DRUŽBOSLOVJE
	5.01	Vzgoja in izobraževanje
Družbeno-ekonomski cilj	09.	Izobraževanje
Raziskovalno področje po šifrantu FORD	5	Družbene vede
	5.03	Izobraževanje

2. Sofinancerji

	Sofinancerji	
1.	Naziv	
	Naslov	

B. REZULTATI IN DOSEŽKI RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

3. Povzetek raziskovalnega projekta¹

SLO

Raziskovalni projekt smo zasnovali na deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi raziskovanja. V raziskavo smo vključili otroke in mladostnike s posameznimi motnjami oziroma odkloni (avtoagresijo, heteroagresijo, težav v duševnem zdravju, zanemarjene in zlorabljenе otroke, izrazite čustvene in vedenjske motnje, zloraba substanc do zasvojenosti, delikventna in kazniva dejanja). Po pregledu domače in tuje literature ter raziskav smo naredili analizo dokumentacije (dnevniki, anamneze, diagnoze, poročila) nato pa opravili 37 intervjujev v vseh slovenskih vzgojnih zavodih (Veržej, Maribor, Malči Beličeve Ljubljana, Nove Jarše Ljubljana, Smlednik, Kranj, Logatec, Planina in Višnja gora) z ravnatelji, strokovnimi delavci in svetovalnimi delavci. Intervjuji so potekali v septembru in začetku oktobra 2020, kar je bilo tudi edino necovidno obdobje.

Raziskovalni projekt pomeni pomemben doprinos k socialno pedagoški znanosti, posebej področja kriznih intervenc, kjer ni bilo na področju vzgojnih zavodov opravljene nobene poglobljene in raziskave, kjer bi zajeli vse vzgojne zavode. Raziskava je pokazala, da obstaja v vzgojnih zavodih nakopičenost različnih kriznih situacij, ki zahtevajo smernice za ustrezna ravnanja znotraj vsake izmed njih, tako avtoagresije, heteroagresije, težav v duševnem zdravju, ki zahtevajo (pedo) psihiatrične obravnave, zanemarjenosti s postraumatičnimi motnjami, zlorab dovoljenih in nedovoljenih substanc do zasvojenosti. Po pregledu tuje literature in raziskav in s pomočjo podatkov, pridobljenih na terenu smo podali izhodišča za pripravo smernic delovanja v kriznih situacijah v vzgojnih zavodih (strokovnih centrih).

Izpostavimo še pomembnost etičnih standardov in ohranjanje socialno pedagoških usmeritev. Meje in povezanosti strok, funkcionalnega mrežnega delovanja so nujne, da se ne zaide v preveč medicinski ali kaznoven pristop ali premalo strukturirano in diferencirano okolje znotraj vzgojnega zavoda - strokovnega centra. Upoštevanja načel regionalizacije, participacije, v življenjski svet usmerjene socialno pedagoške pomoči, deinstitucionalizacijskih procesov, decentralizacije moči, normalizacije ter individualizacije. Na voljo je dovolj programov, ki lahko zajamejo tudi senzibilnejši pristop do otrok in mladostnikov, ki se znajdejo v kriznih situacijah. Razumevanje otrokovih potreb in stanja zahteva participacijo vseh zanj v tistem trenutku pomembnih posameznikov.

ANG

Abstract

The research project was based on the descriptive and causal non-experimental research method. The study included children and adolescents with individual disorders or deviations (auto aggression, hetero aggression, mental health problems, neglected and abused children, severe emotional and behavioural disorders, substance abuse or addiction, delinquent and criminal offenses). Upon reviewing domestic and foreign literature, as well as research, we analysed the documentation (diaries, anamnesis, diagnoses, reports) and later conducted 37 interviews throughout all Slovenian educational institutions (Veržej, Maribor, Malči Beličeve Ljubljana, Nova Jarše Ljubljana, Smlednik, Kranj, Logatec, Planina and Višnja gora) with principals, professionals and school counsellors. The interviews took place in September and early October 2020, which was also the only non-Covid period.

The research project represents an important contribution to social pedagogical science, especially in the field of crisis interventions, where no in-depth research has been performed in the field of educational institutions, covering all educational institutions. The research shows that there is an accumulation of various crisis situations in educational institutions which require guidelines for appropriate behaviour within each of them, such as auto aggression, hetero aggression, mental health problems requiring (pedo)psychiatric treatment, neglect with posttraumatic stress disorders, abuse of permissible and illicit substances or addiction. After reviewing foreign literature and research, and with the help of data obtained in the field, we provided some starting points for the preparation of guidelines on how to proceed in crisis situations in educational institutions (professional centres).

We also emphasize the importance of ethical standards and the maintaining of socio-pedagogical standpoints. The boundaries and connectedness of professions, as well as functional networking are necessary to avoid leaning towards an overly medical or punitive approach or an insufficiently structured and differentiated environment within the educational institution - professional centre. It is necessary to adhere to the principles of regionalization, participation, living space oriented social pedagogical assistance, deinstitutionalization processes, decentralization of power, normalization and individualization. There are enough programs available which may cover even a more sensitive approach to children and adolescents who find themselves in crisis situations.

Understanding the child's situation and needs requires participation of all the individuals important to him or her at the time.

4. Poročilo o realizaciji predloženega programa dela oz. ciljev raziskovalnega projekta²

Potrdili smo ugotovitve, da je v zavodih za vzgojo in izobraževanje nameščena tudi populacija z zelo kompleksnimi težavami oziroma takšna katerih so vedenjski in čustveni odzivi na zahteve vsakdanjega sveta tako obremenilni, da njihove reakcije zahtevajo posebne smernice in pristope. Medtem je nova zakonodaja sprejeta, ki zajema celostno obravnavo preko strokovnih centrov, na celotnem kontinuumu pomoči, bodo izhodišča za pripravo smernice za ravnanje v kriznih situacijah v ustrezno pomoč. Gre za kategorije nasilja (avto/hetero agresije otrok in mladostnikov), kompleksne, večplastne težave otrok in mladostnike, tiste s težavami v duševnem zdravju in njihove specifične v delu in intervencah vzgojnih zavodov, kakor tudi zasvojeni mladi v vzgojnem zavodu terjajo jasne smernice za ravnanje in spoprijemanje z njimi. Zahtevajo rano detekcijo in ustrezne diferencirane pristope, glede na težavnost in motnjo. Prav tako smo identificirali še nekatere pomembne kategorije, ki so pomembne za ravnanje v kriznih situacijah in predstavljajo specifičnost delovanja ustanove in medresorskega sodelovanja: begi, prevozi, delo s policijo, romska populacija, majhni otroci, premeščanje otrok iz ustanove v ustanovo, sodelovanje s centri za socialno delo in pomen priprav na sprejem in uravnoveženost spola pri vzgojiteljih.

Postavljeni cilji so bili:

1. Analiza dobrih praks v tujini
2. Pregled in analiza obstoječe problematike v vzgojnih zavodih
3. Prepoznavanje indikatorjev za nastanek raziskovane problematike in hitro detekcijo
4. Priprava smernic in metod reševanja problematike pred, v in po kriznih situacijah
5. Ustvarjanje mrežnega pristopa v reševanju problematike
6. Priprava pedagoških metod v delu z obravnavano populacijo
7. odpravljanja diskriminacije zaradi otrokove težave v primerjavi z drugimi otroci ali mladostniki v zavodu

V raziskavi smo analizirali literaturo in raziskave iz Avstrije, Nemčije, Danske, Finske, Irske, Velike Britanije, Hrvaške, Srbije in Združenih držav Amerike. V rezultatih in monografiji, ki je v procesu oblikovanja in tiska, lektura je bila že opravljena, smo tudi predstavili nabor primerljivih in aktualnih rezultatov raziskav in dobrih praks, kakor tudi v predlogih za oblikovanje smernic.

Pregled in analiza obstoječe problematike v vzgojnih zavodih je potekala v obliki intervjujev in analize dokumentacije. Cilj smo prav tako v celoti dosegli.

V okviru raziskave smo podali smernice za prepoznavanje indikatorjev za nastanek kriznih situacij .

Prav tako smo v celoti realizirali cilj priprave izhodišč za izdelavo smernic in metod reševanja problematike, vsakega pojavnost posebej, pred, v in po kriznih situacijah.

Glede na analizo smo potrdili pomen mrežnega pristopa v reševanju problematike, pri čemer smo izpostavili zahtevo po učinkovitem medresorskem sodelovanju.

Realizirali smo tudi cilj priprave metod v delu z obravnavano populacijo, predvsem povezano s tujimi izkušnjami.

Tudi cilj ozaveščanja strokovnih delavcev in ustreznega znanja, da se raziskovan del populacije z vedenjskimi in čustvenimi motnjami sooča s kriznimi intervencijami v že itak obremenjeni populaciji, je tudi pomemben člen v verigi dela, ki je realiziran.

Ključne ugotovitve

Kot ključna ugotovitev je bila potrjeno predvidevanje, da so krizne situacije sledeče: avtoagresija, heteroagresija, zasvojenosti, težave v duševnem zdravju in kombinirane motnje. Za vsako od njih smo izdelali predloge za izdelavo smernic in protokolov, kakor tudi ponudili različne pristope in reflektirali tuje izkušnje. Pri heteroagresiji od prepoznavanja kriznih stanj, do razumevanja vplivanja na otroke, na pripravljenost v soočanju in razumevanju kriz, mobilnosti, oblačil, opreme, napovedanih previdnostnih ukrepov, urjenja v strategiji opazovanj, načrtovane samokontrole, kriznega komuniciranja, uporabe prisilnih ukrepov, če so ogrožena življenja, do tehnik, izolacijskih ukrepov, ipd. Pri avtoagresiji si vsaka ustanova naredi svoj varnostni načrt, vsaka skupina oz. program v strokovnem centru se posebej pripravi za obravnavo vsakega od rizičnih posameznikov, potrebno je dodatno usposabljanje za strokovne delavce za ustrezno ukrepanje ob določenih pojavih samopoškodb, potrebni so dogovori s (pedo)psihiatrijo, treba je zmanjšati normative v skupinah, treba je oblikovati preventivne programe in se truditi za ozaveščanje mladih.

Otroci in mladostniki s težavami v duševnem zdravju (delež se giblje od polovice do dveh tretjin vseh otrok vključenih v obravnavo) je pokazala velike vrzeli v dogovorih in sodelovanju s psihiatrično stroko. Izpostavljena je potreba po takojšnjem zagonu, dostopu do posameznika in identifikacija težav oz. da se ob pravem času prepreči intenzivnejše simptome. Časovni dejavnik igra bistveno vlogo. Kakor tudi vzpostavitev razmerja, da se glede na vedenje (govorica telesa, obrazni izrazi, kretnje itd.) in detekcijo prilagodimo vedenju osebe, ki jo vodimo v kriznem posredovanju, s čimer si pridobimo zaupanje in vpliv.

Otroci in mladostniki s težavami z zasvojenostjo smo ugotovili pomembnost pripravljenosti vzgojiteljev v soočanju z vedenjem in simptomi mladih, za sprejem v hišo brez drog, sprejem sporazumov in dogovorov, pripravljenost na refleksijo, Treba je razviti vire in nove vzorce vedenja (v posameznih primerih tudi tako, da jih na kratko odstranimo iz prejšnjih življenjskih referenc) ter se soočiti z novo resničnostjo življenja in izkušenj, podpore in vodenju pri strukturiranju dneva, nabavi ali vzdrževanju nastanitvenih kapacitet, ki ustrezajo razmeram in možnostim mladih, konfliktih v »okolju«, v katerem prebivajo, zagotavljanju osnovne fizične oskrbe, vzdrževanju ali uvedbi primerne pouka, usposabljanja in urjenja delovnih možnosti ter ravnanje z uradi, organi in institucijami. Potreba je ob pomembnih ugotovitvah v konkretnih situacija, manjše število otrok oz. mladostnikov na skupino (normativi), regionalna pokritost in diferenciranje programov pomoči znotraj strokovnih centrov, dogovor in stalnost v (pedo)psihiatrični pomoči, ustrezna prisotnost strokovnih delavcev v pripravljenosti, morebiti ima vsak strokovni center svojo skupino za krizni čas, v kateri je ob otroku oz. mladostniku tudi strokovni delavec, ki ima z njim najboljši odnos, konsenz o pristojnostih vseh vpletenih subjektov (tudi na medresorski ravni), nudenje takojšnje psihološke pomoči, stalna prisotnost spremljevalca tam, kjer je to potrebno, individualni pouk (priznanje dodatnih ur za učitelje), vzdrževanje terapevtskega prostora, stalno strokovno izpopolnjevanje na področju specifičnih metod in pristopov glede na ciljno skupino otrok in mladostnikov ter njihovih kriznih situacij in ustrezno dokumentiranje kriznih situacij ter dogovorjena, učinkovita krizna komunikacija.

Znanstvena spoznanja – rezultate in učinke za uporabo in sodelovanje s tujimi partnerji Raziskava je pokazala, da je potrebno, da strokovni centri najdejo svoje vire in priložnosti za delo v kriznih situacijah. Obstaja plejada tehnik in pristopov, vsekakor noben ne pomeni rešilnega izhoda *a priori*, vedno je povezan z ustrezno usposobljenostjo in držo tako strokovnih delavcev kot kulture ustanove. Izredno pomembni so etični standardi in ohranjanje socialno pedagoških usmeritev. Meje in povezanosti strokovnega funkcionalnega mrežnega delovanja so nujne, da se ne zaide v preveč medicinski ali kaznovalen pristop ali premalo strukturirano in diferencirano okolje znotraj strokovnega centra. Nov zakon zahteva upoštevanje načel regionalizacije, participacije, v življenjski svet usmerjene socialnopedagoške pomoči, deinstitucionalizacijskih procesov, decentralizacije moči, normalizacije ter individualizacije. Zato ima na voljo dovolj programov, ki lahko vključujejo tudi senzibilnejši pristop do otrok in mladostnikov, ki se znajdejo v kriznih situacijah. Kriza sama po sebi ni nič prijetnega in mladi se v njej ne znajdejo zato, ker bi si to želeli. Razumevanje otrokovih potreb in stanja zahteva participacijo vseh zanj v tistem trenutku pomembnih posameznikov; zahteva sodelovanje na ravni zavedanja reflektiranih pristojnosti vseh vpletenih. Medresorski dogovor z vsemi vpletenimi strokovnjaki je tako izjemnega pomena za izdelavo smernic, postopkov in opor v kriznem interveniranju. Predlogi, ki so zapisani za vsakega od raziskanih področij, od heteroagresije, avtoagresije do težav z odvisnostjo, težav v duševnem zdravju in drugih pomembnih postavk, in ki so bili izpostavljeni v intervjujih, so lahko funkcionalen gradnik. Vsekakor so lahko smernice, ki jih dajo zunanji opazovalci, samo osnova za vsak strokovni center posebej, ki mora ustvariti svojo politiko in načine delovanja, s katerimi bo učinkovit.

S tujimi partnerji konstantno sodelujemo, njihove izkušnje so nam prišle zelo prav, sicer pa se sodelovanje rezultira tudi v pripravi triple degree doktorskega študija med Pedagoško fakulteto, Oddelkom za socialno pedagogiko Univerze na Primorskem in Berlinsko socialno pedagogiko (FHM) in Graško socialno pedagogiko (Institut fuer Erziehungs- und Bildungswissenschaft Uni-Graz). Doprinos k znanosti je tudi znanstvena monografija, znanstveni članki v reviji Elementarno izobraževanje (Scopus), Societies (ESCI, Scopus, RePEc itd.); vsi članki so sprejeti s strani recenzentov in uredniških odborov in so v procesu objave.

5. Ocena stopnje realizacije programa dela na raziskovalnem projektu in zastavljenih raziskovalnih ciljev³

Vsi zastavljeni cilji na raziskovalnem projektu so bili doseženi. Stopnji realizacije programa dela vsekakor lahko ocenimo z zelo dobrim. Namreč, glede na postavljene cilje in glede na deseminacijo rezultatov lahko zaključimo, da bodo realizirani cilji imeli odmevnost tako v strokovnem kot znanstvenem predvsem slovenskem prostoru. Slovenski prostor institucionalne vzgoje s celostno obravnavo na celotnem kontinuumu potreb otrok in mladostnikov z vedenjskimi in čustvenimi težavami in motjami. Po 50 letih praktično je prišlo v času enega leta do korenitih in prepotrebni sprememb v izvajanju obravnav kot tudi zakonsko podlago za primernejšo in otrokovim oziroma mladostnikovim potrebam ustrežnejšim oblikami pomoči. V raziskovalnem projektu smo ponudili analitičen pregled težav in problemov s katerimi se srečujejo otroci in mladostniki v kriznih situacijah, fenomenologijo le-teh in pa pregled učinkovitih prijemov. Izhodišča za izdelavo smernic nakazujejo na nujnost ustvarjanja dorečenih protokolov in sistemsko kakor tudi medresorsko definiranih intervencij.

Tako smo v celoti realizirali cilj analize dobrih praks v tujini, kjer smo tako preko temeljnih

avtorjev, kot kolegov, posebej iz Nemškega prostora (prof.dr. Friedhelm Peters) ter FICE International (mednarodno združenje za izvendružinsko vzgojo) pridobili aktualne in pomembne podatke iz tujine. Prav tako smo v celoti realizirali cilj pregleda in analize obstoječe problematike na področju kriznih situacij in intervencij v slovenskem prostoru strokovnih centrov (vzgojnih zavodov), kjer smo realizirali tudi naslednji cilj v celoti, namreč postavili izhodišča za hitro detekcijo in ustrezno reakcijo, tako že v izhodišču pri prepoznavanju indikatorjev, kot v samih metodičnih prijemih v in po krizni situaciji. Naslednji cilj smo prav tako v celoti realizirali idejno tudi zasnovali na podlagi izkušenj in težav zaposlenih ter tujimi izkušnjami povezanimi z mrežnim sodelovanjem, ki zahteva medresorsko sodelovanje.

Tudi cilj priprave pedagoških metod je bil realiziran, gre za okvirne metode, ki jih lahko ponudimo v izhodiščih, vsekakor pa so vezane kot vsa metodika na kompetence izvajalca, kjer žal na področju dela z vedenjsko in čustven motenimi in težavnimi otroci in mladostniki ni receptov. Tudi cilj nediskriminiranosti znotraj ustanove smo s pripravo izhodišč za izdelavo smernic reakcij in delovanja v kriznih situacijah realizirali.

6. Spremembe programa dela raziskovalnega projekta oziroma spremembe sestave projektne skupine⁴

Sprememba programa je bila samo v čakanju izvedbe polstrukturiranih intervjujev in analize dokumentacije na obiskih vseh ustanov zaradi pandemije. Zato smo le to opravili v mesecu septembru in oktobru, sicer smo mislili v mesecu marcu, aprilu in maju.

7. Najpomembnejši dosežki projektne skupine na raziskovalnem področju⁵

Dosežek	
1.	COBISS ID
	Naslov
	<i>SLO</i>
	<i>ANG</i>
	Opis
	<i>SLO</i>
	<i>ANG</i>
	Objavljeno v
	Tipologija

8. Najpomembnejši dosežek projektne skupine na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti⁶

Dosežek	
1.	COBISS ID
	Naslov
	<i>SLO</i>
	<i>ANG</i>
	Opis
	<i>SLO</i>
	<i>ANG</i>
	Šifra
	Objavljeno v
	Tipologija

9. Drugi pomembni rezultati projektne skupine⁷

Krajncan, M. in Vrhunc Pfeifer, K. (2021). Krizne intervence v vzgojnih zavodih - Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji. Koper: Univerza na Primorskem, pedagoška fakulteta, 242 str.

Krajnčan, M. (2021). Indicators of the quality of work in residential treatment centres. Elementarno izobraževanje 14 (posebna izdaja). Maribor: Univerzitetna založba Univerze v Mariboru. (potrjeno in v procesu izdaje)

Vrhunc Pfeifer, K. (2021). Crisis situations of children/adolescents with emotional and behavioural disorders in education. Elementarno izobraževanje 14 (posebna izdaja). Maribor: Univerzitetna založba Univerze v Mariboru. (potrjeno in v procesu izdaje)

Krajnčan, M. (2021). Resolving crisis situations with behaviorally and emotionally disturbed young people in Slovenia. Special Issue "Problems in Adolescents: What Are the Psychological, Social and Financial Consequences?". Basel: Societies journal. (potrjeno v procesu izdaje)

10. Pomen raziskovalnih rezultatov projektne skupine⁸

10.1. Pomen za razvoj znanosti⁹

SLO

Raziskovalni rezultati predstavljajo pomemben doprinos k socialno pedagoški znanosti. Pomen je v iskanju učinkovite metodologije in izhodišč za oblikovanje smernic za delo v kriznih situacijah in kriznih intervencijah z vedenjsko in čustveno težavnimi in motenimi otroci in mladostniki. Pomeni prav tako pomembno dopolnitev in posledično izhodišče za razvoj programov in prijemov v celostni obravnavi omenjene populacije in sicer na celotnem kontinuumu pomoči. Prav tako bo prispevalo k boljši diferenciaciji programov in odzivov na potrebe otrok in mladostnikov.

Z znanstveno monografijo *Krizne situacije v vzgojnih zavodih (strokovnih centrih) – Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji* (242 str.) smo še dodatno izpostavili potrebo po nadaljnjem znanstveno raziskovalnem delu s področja, posebej pa v spremljanju in evalviranju intevenc in smernic, ki bodo posledica raziskanih izhodišč in predstavljajo noviteto in hkrati izhajajo iz izjemnih potreb ciljne skupine. Predvidevamo, da bo se moralo ustrezno postaviti protokole, jih sproti znanstveno ovrednotiti in spremljati.

Tudi z znanstvenimi članki bomo zaznamovali nadaljnji razvoj znanosti iz področja kriznih intervenc. Naj ponovimo, omenjena raziskava pomeni pionirsko delo na področju kriznih intervenc v slovenskem prostoru in ustrezno izhodišče za nadaljnji razvoj. Posebej smo izpostavili heteroagresijo, avtoagresijo, težave v duševnem zdravju in zasvojenosti. Za vsako kategorijo posebej smo izdelali izhodišča za pripravo smernic. Ob njih smo s pomočjo kvalitativne metodologije prišli še do nekaterih pomembnih področij delovanja vzgojnih zavodov (strokovnih centrov), ki bodo v prid funkcionalnejši pomoči in razvoju socialno pedagoške znanosti. Prav tako bodo prispevali k razvoju ustreznih metod socialno pedagoškega dela.

ANG

10.1. Importance for the development of science

The research results represent an important contribution to social pedagogical science. The importance is in finding an effective methodology and starting points to develop guidelines for working in crisis situations and crisis interventions with behaviourally and emotionally difficult and disturbed children and adolescents. It is also an important complement and consequently a starting point for the development of programs and approaches in holistic treatment of the population mentioned, namely on the entire continuum of help. It shall also contribute to better differentiation of programs and responses to the needs of children and adolescents.

With the scientific monograph *Crisis Situations in Educational Institutions (Professional Centres) - Starting points for the preparation of guidelines for dealing with crisis situations in institutions for the education of children and adolescents with emotional and behavioural disorders in Slovenia* (242 pages), we have further emphasized the need for additional scientific research work in the field, especially in the monitoring and evaluation of interventions and guidelines, which will be the result of the researched starting points and represent a novelty, while at the same time arise from the exceptional needs of the target group. We anticipate that appropriate protocols will have to be set up, which will need to

scientifically evaluated and monitored on an ongoing basis. Scientific articles will also mark further development of science in the field of crisis interventions. In revision, the research mentioned represents a pioneering work in the field of crisis interventions in Slovenia and an appropriate starting point for further development. We particularly highlighted hetero aggression, auto aggression, mental health problems and addiction. We developed starting points for the preparation of guidelines for each category separately. Consequently, we have come to some important areas of educational institutions (professional centres) operation with the help of qualitative methodology, which will be in favour of more functional assistance and the development of social pedagogical science. As well, they will contribute to the development of appropriate methods of socio-pedagogical work.

10.2. Pomen za razvoj Slovenije¹⁰

SLO

Rezultati so za razvoj stroke pomembnega značaja. Aplikativnost rezultatov za slovenski prostor pomeni izdelavo izhodišč za izdelavo smernic dela vzgojiteljev, strokovnih delavcev, ki so v kriznih situacijah prevečkrat prepuščeni lastni iznajdljivosti in kreativnosti. Prav tako bo pomenilo zahtevo po dogovorih različnih akterjev po definiranem sodelovanju strokovnjakov iz različnih ministrskih resorjev, tako zdravstva, predvsem psihiatrije, sociale (predvsem dela z družinami in pomembnimi drugimi), pravosodja (družinskih sodišč), notranjih zadev (policije in kriminalistov) ter šolstva (svetovnih delavcev, vzgojiteljev in šol).

V zadnjih pol leta je bilo na slovenskem področju dela in razvoja vzgojnih zavodov, ki so se z novo zakonodajo (Zakon o obravnavi otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami ter motnjami v vzgoji in izobraževanju – UL RS 200/20), postavlja po desetletjih stagnacije kot sodoben, ki odpira možnosti fleksibilnih in na otrokove potrebe usmerjenih oblik pomoči.

Izpostavljenost raziskanih kategorij predstavlja za slovensko socialno pedagoško stroko novost in zavezo, da se bodo razvijale strategije dela tudi v kriznih situacijah in da bo ta del populacije, ki ni majhen lahko dobil ustrezno zaščito in podporo. Tako smo na področjih avtoagresije, heteroagresije, duševnega zdravja in zasvojenosti otrok in mladostnikov, ki zahtevajo specifične krizne intervence ob podatkih pridobljenih na terenu v vzgojnih zavodih (strokovnih centrih) in analizo tujih raziskav in literature ustvarili kvalitetna izhodišča za pripravo smernic. Ob tem smo omenjenim ustanovam, izvajalcem in skrbnikom ponudili vpogled v področja dela in sodelovanja, ki bodo dvignila raven sodelovanja in povezovanja med različnimi akterji. V tem kontekstu smo posebej izpostavili nekatere pomembne kategorije, ki so pomembne za ravnanje v kriznih situacijah in predstavljajo specifičnost delovanja ustanove in medresorskega sodelovanja: begi, prevozi, delo s policijo, romska populacija, majhni otroci, premeščanje otrok iz ustanove v ustanovo, sodelovanje s centri za socialno delo in pomen priprav na sprejem in uravnoveženost spola pri vzgojiteljih.

Slovenski prostor bo na takšen način lahko vzpostavil odziven in fleksibilen prostor pomoči za posebej ranljivo skupino, ki se znajde v kriznih situacijah.

ANG

10.2. Importance for the development of Slovenia

The results are important for the development of the profession. Applicability of results for Slovenia means the creation of starting points for the development of guidelines for the work of educators and professionals who are left to their own ingenuity and creativity in crisis situations too often. It will also denote a requirement for agreements of various actors regarding defined participation of experts from various ministerial departments, such as health, social work (especially work with families and important others), justice (family courts), home affairs (police and criminal investigators), education (counsellors, educators and schools), and most of all, psychiatry.

In the last six months, with the new legislation (Act on the Treatment of Children and Adolescents with Emotional and Behavioural Problems and Disorders in Education - UL RS 200/20), the work and development of educational institutions in Slovenia have awoken from decades of stagnation into a modern state, which opens up possibilities for flexible and child-centred forms of help.

The exposure of the researched categories represents a novelty for the Slovenian social

pedagogical profession and a commitment that work strategies shall develop even in crisis situations and that this part of the population, which is not small, will be able to receive adequate protection and support. Thus, in the areas of auto aggression, hetero aggression, mental health and addiction of children and adolescents, which require specific crisis interventions, with the data obtained in the field in educational institutions (professional centres) and analysis of foreign research and literature, we created quality starting points for the preparation of guidelines. At the same time, we offered the mentioned institutions, professionals and caretakers an insight into the areas of work and cooperation, which will raise the level of cooperation and networking among different actors. In this context, we have highlighted some important categories necessary for dealing with crisis situations and which represent the specifics of the institution and interdepartmental cooperation: escape, transport, work with the police, Roma population, young children, transfer of children from institution to institution, cooperation with social work centres and the importance of preparation for admission and gender balance among educators. In this way, Slovenia will be able to establish a responsive and flexible area of help for a particularly vulnerable group which finds itself in crisis situations.

11. Vpetost raziskovalnih rezultatov projektne skupine

11.1. Vpetost raziskave v domače okolje

Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

- v domačih znanstvenih krogih
 pri domačih uporabnikih

Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?^{1.1}

Vzgojni zavodi (strokovni centri), nevladne organizacije, kolegice in kolegi na oddelku za socialno pedagogiko Pef.

11.2. Vpetost raziskave v tuje okolje

Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

- v mednarodnih znanstvenih krogih
 pri mednarodnih uporabnikih

Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujini raziskovalnimi inštitucijami:^{1.2}

Sodelovanje s prof.dr. Friedhelm Peters (piševa skupno znanstveno monografijo o Izvendružnski pomoči otrokom in mladostnikom v kriznih situacijah) FICE International (mednarodno združenje za izvendružinsko vzgojo), v pomoč pri informacijah, podatkih drugih držav in izdajateljica monografije s prof.dr. Petersom FHM Berlin (v obliki izmenjav kadra, študentov in oblikovanja skupnega doktorskega študija)

Kateri so rezultati tovrstnega sodelovanja:^{1.3}

Bodo vidni v naslednjem obdobju, saj gre za začetek sistematičnih tovrstnih pristopov pri nas.

12. Označite, katerega od navedenih ciljev ste si zastavili pri projektu, katere konkretne rezultate ste dosegli in v kakšni meri so doseženi rezultati uporabljeni

Cilj		
F.01	Pridobitev novih praktičnih znanj, informacij in veščin	
	Zastavljen cilj	<input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE
	Rezultat	Dosežen <input type="text"/>

	Uporaba rezultatov	Delno
F.02	Pridobitev novih znanstvenih spoznanj	
	Zastavljen cilj	<input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE
	Rezultat	Dosežen
	Uporaba rezultatov	V celoti
F.03	Večja usposobljenost raziskovalno-razvojnega osebja	
	Zastavljen cilj	<input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE
	Rezultat	Dosežen
	Uporaba rezultatov	V celoti
F.04	Dvig tehnološke ravni	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.05	Sposobnost za začetek novega tehnološkega razvoja	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.06	Razvoj novega izdelka	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.07	Izboljšanje obstoječega izdelka	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.08	Razvoj in izdelava prototipa	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.09	Razvoj novega tehnološkega procesa oz. tehnologije	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.10	Izboljšanje obstoječega tehnološkega procesa oz. tehnologije	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.11	Razvoj nove storitve	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE

	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.12	Izboljšanje obstoječe storitve	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.13	Razvoj novih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.14	Izboljšanje obstoječih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.15	Razvoj novega informacijskega sistema/podatkovnih baz	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.16	Izboljšanje obstoječega informacijskega sistema/podatkovnih baz	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.17	Prenos obstoječih tehnologij, znanj, metod in postopkov v prakso	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.18	Posredovanje novih znanj neposrednim uporabnikom (seminarji, forumi, konference)	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.19	Znanje, ki vodi k ustanovitvi novega podjetja ("spin off")	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.20	Ustanovitev novega podjetja ("spin off")	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>

F.21	Razvoj novih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.22	Izboljšanje obstoječih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.23	Razvoj novih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.24	Izboljšanje obstoječih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.25	Razvoj novih organizacijskih in upravljavskih rešitev	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.26	Izboljšanje obstoječih organizacijskih in upravljavskih rešitev	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.27	Prispevek k ohranjanju/varovanje naravne in kulturne dediščine	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.28	Priprava/organizacija razstave	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.29	Prispevek k razvoju nacionalne kulturne identitete	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
F.30	Strokovna ocena stanja	
	Zastavljen cilj	<input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE

	Rezultat	Dosežen <input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	V celoti <input type="button" value="v"/>
F.31	Razvoj standardov	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
F.32	Mednarodni patent	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
F.33	Patent v Sloveniji	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
F.34	Svetovalna dejavnost	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
F.35	Drugo	
	Zastavljen cilj	<input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>

Komentar

13. Označite potencialne vplive oziroma učinke vaših rezultatov na navedena področja

	Vpliv	Ni vpliva	Majhen vpliv	Srednji vpliv	Velik vpliv	
G.01	Razvoj visokošolskega izobraževanja					
G.01.01.	Razvoj dodiplomskega izobraževanja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.01.02.	Razvoj podiplomskega izobraževanja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
G.01.03.	Drugo: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02	Gospodarski razvoj					
G.02.01	Razširitev ponudbe novih izdelkov/storitev na trgu	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.02.	Širitev obstoječih trgov	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.03.	Znižanje stroškov proizvodnje	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.04.	Zmanjšanje porabe materialov in energije	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.05.	Razširitev področja dejavnosti	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.06.	Večja konkurenčna sposobnost	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.07.	Večji delež izvoza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

G.02.08.	Povečanje dobička	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.09.	Nova delovna mesta	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.10.	Dvig izobrazbene strukture zaposlenih	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.11.	Nov investicijski zagon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.02.12.	Drugo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.03	Tehnološki razvoj					
G.03.01.	Tehnološka razširitev/posodobitev dejavnosti	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.03.02.	Tehnološko prestrukturiranje dejavnosti	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.03.03.	Uvajanje novih tehnologij	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.03.04.	Drugo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.04	Družbeni razvoj					
G.04.01	Dvig kvalitete življenja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.04.02.	Izboljšanje vodenja in upravljanja	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.04.03.	Izboljšanje delovanja administracije in javne uprave	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.04.04.	Razvoj socialnih dejavnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
G.04.05.	Razvoj civilne družbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.04.06.	Drugo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.05.	Ohranjanje in razvoj nacionalne naravne in kulturne dediščine in identitete					
G.06.	Varovanje okolja in trajnostni razvoj					
G.07	Razvoj družbene infrastrukture					
G.07.01.	Informacijsko-komunikacijska infrastruktura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.07.02.	Prometna infrastruktura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.07.03.	Energetska infrastruktura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.07.04.	Drugo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
G.08.	Varovanje zdravja in razvoj zdravstvenega varstva					
G.09.	Drugo:					

Komentar

14. Naslov spletne strani za projekte, odobrene na podlagi Javnih razpisov za sofinanciranje ciljnih raziskovalnih projektov za leta 2017, 2018 in 2019¹⁴

https://www.pef.upr.si/raziskovanje/projekti_arrs/2020052009315454/

C. IZJAVE

Podpisani izjavljam/o, da:

- so vsi podatki, ki jih navajamo v poročilu, resnični in točni;
- se strinjamo z obdelavo podatkov v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov za potrebe ocenjevanja in obdelavo teh podatkov za evidence ARRS;
- so vsi podatki v obrazcu v elektronski obliki identični podatkom v obrazcu v pisni obliki (v primeru, da poročilo ne bo oddano z digitalnima podpisoma);

- so z vsebino zaključnega poročila seznanjeni in se strinjajo vsi soizvajalci projekta;
- bomo sofinancerjem istočasno z zaključnim poročilom predložili tudi elaborat na zgoščenki (CD), ki ga bomo posredovali po pošti, skladno z zahtevami sofinancerjev.

Podpisi:

*zastopnik oz. pooblaščen oseba
raziskovalne organizacije prijaviteljice:*

in

vodja raziskovalnega projekta:

Univerza na Primorskem, Pedagoška
fakulteta

Mitja Krajnčan

ŽIG

Datum:

12.5.2021

Oznaka poročila: ARRS-CRP-ZP-2021/23

¹ Napišite povzetek raziskovalnega projekta (največ 3.000 znakov v slovenskem in angleškem jeziku). [Nazaj](#)

² Navedite cilje iz prijave projekta in napišite, ali so bili cilji projekta doseženi. Navedite ključne ugotovitve, znanstvena spoznanja, rezultate in učinke raziskovalnega projekta in njihovo uporabo ter sodelovanje s tujimi partnerji. Največ 12.000 znakov vključno s presledki (približno dve strani, velikost pisave 11). [Nazaj](#)

³ Realizacija raziskovalne hipoteze. Največ 3.000 znakov vključno s presledki (približno pol strani, velikost pisave 11). [Nazaj](#)

⁴ Navedite morebitna bistvena odstopanja in spremembe od predvidenega programa dela raziskovalnega projekta, zapisanega v prijavi raziskovalnega projekta. Navedite in utemeljite tudi spremembe sestave projektne skupine v zadnjem letu izvajanja projekta. Če sprememb ni bilo, navedite »Ni bilo sprememb«. Največ 6.000 znakov vključno s presledki (približno ena stran, velikosti pisave 11). [Nazaj](#)

⁵ Navedite dosežke na raziskovalnem področju, ki so nastali v okviru tega projekta. Raziskovalni dosežek iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) vpišete tako, da izpolnite COBISS kodo dosežka – sistem nato sam izpolni naslov objave, naziv, IF in srednjo vrednost revije, naziv FORD področja ter podatek, ali je dosežek uvrščen v A'' ali A'. [Nazaj](#)

⁶ Navedite dosežke na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti, ki so nastali v okviru tega projekta. Dosežke iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) vpišete tako, da izpolnite COBISS kodo dosežka – sistem nato sam izpolni naslov objave, naziv, IF in srednjo vrednost revije, naziv FORD področja ter podatek, ali je dosežek uvrščen v A'' ali A'.

Dosežek na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti je po svoji strukturi drugačen kot dosežek na raziskovalnem področju. Povzetek dosežka na raziskovalnem področju je praviloma povzetek bibliografske enote (članka, knjige), v kateri je dosežek objavljen.

Povzetek dosežka na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti praviloma ni povzetek bibliografske enote, ki ta dosežek dokumentira, ker je dosežek sklop več rezultatov raziskovanja, ki je lahko dokumentiran v različnih bibliografskih enotah. COBISS ID zato ni enoznačen, izjemoma pa ga lahko tudi ni (npr. prehod mlajših sodelavcev v gospodarstvo na pomembnih raziskovalnih nalogah, ali ustanovitev podjetja kot rezultat projekta ... - v obeh primerih ni COBISS ID). [Nazaj](#)

⁷ Navedite rezultate raziskovalnega projekta iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) v primeru, da katerega od rezultatov ni mogoče navesti v točkah 7 in 8 (npr. v sistemu COBISS rezultat ni evidentiran). Največ 2.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

⁸ Pomen raziskovalnih rezultatov za razvoj znanosti in za razvoj Slovenije bo objavljen na spletni strani: <http://sicris.izum.si/> za posamezen projekt, ki je predmet poročanja. [Nazaj](#)

⁹ Največ 4.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

¹⁰ Največ 4.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

¹¹ Največ 500 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

¹² Največ 500 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

¹³ Največ 1.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

¹⁴ Izvajalec mora za projekte, odobrene na podlagi Javnega razpisa za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2017« v letu 2017 in Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2019« v letu 2019 ter Javnega razpisa za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa »Zagotovimo.si hrano za jutri« v letu 2018, na spletnem mestu svoje RO odpreti posebno spletno stran, ki je namenjena projektu.

Obvezne vsebine spletne strani so: vsebinski opis projekta z osnovnimi podatki glede financiranja, sestava projektne skupine s povezavami na SICRIS, faze projekta in njihova realizacija, bibliografske reference, ki izhajajo neposredno iz izvajanja projekta ter logotip ARRS in drugih sofinancerjev. Spletna stran mora ostati aktivna še 5 let po zaključku projekta. [Nazaj](#)

Obrazec: ARRS-CRP-ZP/2021 v1.00

DA-B8-C0-8F-0B-43-93-64-0C-20-73-EF-BC-88-AF-17-1F-5C-A4-D4

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji

Prof. dr. Mitja Krajnčan
As. Katja Vrhunc Pfeifer

Kolofon

KAZALO

Uvod

Kako in zakaj nastane krizna situacija

Krizna situacija

Heteroagresija, nasilje

Avtoagresija

Zasvojenosti

Psihiatrične in kombinirane težave/motnje otrok in mladostnikov

Zlorabe

Raziskovalna metoda

Namen in cilji

Raziskovalna vprašanja

Metodologija

Rezultati

Heteroagresija, nasilje

Avtoagresija

Zasvojenosti

Psihiatrične in kombinirane težave/motnje otrok in mladostnikov

Zlorabe

Zaključek

Literatura

Uvod

Tema Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji je časovno padla v čas splošne krize, povezane s pandemijo Covid-19.

Verjamemo, da so rezultati, ki smo jih uspeli pridobiti v drugi polovici septembra, ko se je ponovno začelo nakazovati, da prihaja ponovno do vse večjih okužb, vseeno pridobljeni brez večjega vpliva.

V raziskavi smo teoretično opredelili kako in zakaj prihaja do kriznih situacij, analizirali smo teoretska dognanja najpogostejših fenomenov kriznih situacij. Nadaljujemo z empiričnim delom, v katerem smo definirali raziskovalno metodologijo, postopek pridobivanja podatkov in demografske značilnosti respondentov.

Sledi analiza z zaključki.

Želeli bi se zahvaliti vsem zavodom za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji, ker ste si vzeli čas in poglobljeno odpirali zahtevne in pomembne teme, povezane s kriznimi situacijami, njenim reševanjem, dilemami, težavami, predlogi in razmišljanji. Prisostvovali so poleg ravnateljcev tudi strokovni delavci v vzgoji in izobraževanju, kot tudi svetovalni delavci.

Prav tako bi se želeli zahvaliti skrbnici raziskovalnega projekta mag. Poloni Šoln Vrbinc za njeno podporo in hkrati pomembno vlogo, ki jo nesebično izvaja na področju zavodov za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov z vedenjskimi in čustvenimi motnjami v Sloveniji.

Rezultati in predlogi kažejo na potrebe boljše in natančnejše definicije vlog, postopkov in pristojnosti v delovanju v kriznih situacijah. Izhodišča za izdelavo smernic za ravnanje v kriznih situacijah predstavljajo pomemben okvir za nadaljevanje same izdelave smernic, katere predlagamo, da si naredi vsak strokovni center posebej, iz gradiva pa črpajo vsebinske možnosti.

Nedvomno je potrebno narediti tudi medresorske dogovore glede sodelovanja in pristojnosti, kakor tudi razmisliti o zmanjšanju normativov in ustanavljanju fleksibilne intenzivne skupine povezane z regijskimi strokovnimi centri.

Skozi vsebinsko izpostavljene transkribirane odgovore respondentov v vsakem od zavodov je prikazana tudi tuja praksa in izkušnje ter dobre prakse.

V Kopru, 14.2. 2021

Mitja Krajnčan in Katja Vrhunc Pfeifer

KAKO IN ZAKAJ NASTANE KRIZNA SITUACIJA

Krizno situacijo, oz. proces, v katerem se oblikuje kriza je potrebno razumeti kot psihološko breme, ki bistveno odstopa od običajnega stanja. Stanje duševnega stresa se dojema kot težko sprejemljivo in pogosto vodi v čustveno destabilizacijo. Prav tako govorimo o krizi tudi, ko »spremenjene razmere zahtevajo rešitve, ki jih ni mogoče obvladati z doslej razpoložljivimi ali očitnimi možnostmi za reševanje problemov" (Droos, 2001).

Kriza je izguba duševnega ravnovesja, ki ga človek občuti, ko se spopada z dogodki in življenjskimi razmerami, ki se jih trenutno ne more spoprijeti zaradi narave in obsega svojih spretnosti, pridobljenih s prejšnjimi izkušnjami in preizkušenimi pomagali za doseganje pomembnih življenjskih ciljev ali za spopadanje s svojo življenjsko situacijo (Cullberg, 1978, Sonneck 2000).

Psihosocialne krize sta opredelila Reiter & Strotzka (1977), ki sta psihosocialno krizo opisala predvsem kot akutni dogodek ali izkušnjo, ki se je pojavila nenapovedano oziroma presenetljivo. Kot dogodek ali izkušnjo, ki običajno povzroči izgubo ali ima grozeč značaj. Ter vprašanje ciljev in vrednot, katere zaznamuje spremljajoč strah, občutek nezadostnosti in nemoči, uveljavitev odločitve in prilagoditev v razmeroma kratkem času. Poleg tega pa nastopi psihosocialna kriza tudi ob preseganju zmogljivosti za reševanje problemov, katerih rezultat je negotovost ali preusmeritev.

Krizna stanja lahko opredelimo kot: »vsa stanja, v katerih je porušeno človekovo duševno ravnovesje, potem ko utrpi hujšo izgubo, mu takšna izguba grozi ali pa si jo dovolj močno predstavlja, do te mere, da ga človek z vsemi svojimi napori in poskusi obvladovanja ne zmore ponovno vzpostaviti« (Kocmur, 1999, v Škodlar in Zajc, 2003, str. 33). Nastopi takrat, ko oseba v dani situaciji s svojimi mehanizmi ne zmore rešiti težave, ki ji je pomembna (Tekavčič-Grad, 1994). Ni odvisna le o težke situacije temveč tudi od posameznika, njegovih osebnostnih potez in njegovih kompetenc za spopadanje s stresom (Ucman, 2018). Stanja teh vrst lahko prepoznamo po naslednjih značilnostih: »tesnobi z vsemi duševnimi in telesnimi sindromi, zoženi pozornosti z ruminacijo določenih vsebin, težnji k brezplodnemu razpravljanju in neurejenemu kopičenju informacij, pomiku na razvojno zgodnejše oblike vedenja, izgubi občutka za prioritete, izgubi samozaupanja, povečanju sugestibilnosti, želji po izhodišču za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

čustveni opori, mislih o samomoru, poskusih samomora, težavah v kontroliranju čustvenih reakcij, impulzivnem in neproduktivnem vedenju, zmanjšanju vpogleda v čas prostor in socialno okolje in glede na druge ne-značilne spremembe v vedenju« (Škodlar in Zajc, 2003, str. 34; Tekavčič-Grad, 1994, str. 3; Ucman, 2018, str. 33). Delimo jih na *razvojna krizna stanja*, ki so povezana z novimi življenjskimi obdobji in psihosocialnimi nalogami, s katerimi se posameznik neuspešno sooča (upokojitev, mladostništvo, osamosvajanje, itn.) in *travmatska krizna stanja*, ki nastopijo kot odgovor na nepričakovano izrazito stresno situacijo (izkušnja nasilja, prometna nesreča, pričanje kriminalnemu dejanju, itn.) (Škodlar in Zajc, 2003). Za krizo je značilno, da traja od nekaj dni do nekaj tednov. V primeru, da traja dlje časa lahko govorimo o kroničnemu problemu. Za obdobje krize je za posameznika značilna naklonjenost za spremembe, kar pomeni, da je to kljub težavnosti, obdobje v katerem so mogoče pozitivne spremembe (Tekavčič-Grad, 1994).

Pomoč, ki sledi krizi oziroma stiski imenujemo krizna intervencija, intervencija v krizi ali pomoč v stiski (Tekavčič-Grad, 1994). Osnovni cilj krizne intervencije naj bi bil vrnitev posameznika (vsaj na) nivo vsakodnevnega funkcioniranja, ki je bilo za posameznika značilno pred nastopom krize (Ucman, 2018).

Pri obvladovanju kriznih stanj nam lahko pomaga priključitev ključnih korakov, ki jih opisujemo v nadaljevanju. 1) Na začetku procesa mora svetovalec z osebo v stiski (v nadaljevanju oseba) najprej vzpostaviti pristen odnos. Dinamika se seveda razlikuje od situacije do situacije, kljub temu pa lahko rečemo, da se zaupanje v glavnem vzpostavlja skozi empatičen in topel odnos, v katerem svetovalec sliši in razume osebo. Preko zaupnega odnosa svetovalec osebi jasno sporoča, da je sprejela pravilno odločitev, ko je poiskala pomoč. Na tej točki stranki torej skleneta dogovor o skupnem sodelovanju. 2) V drugem koraku svetovalec in oseba določita in analizirata ključen problem. Tekom tega koraka se osredotočata na trenutek v katerem sta in skušata odgovoriti na vprašanja kako »zdaj« olajšati situacijo. 3) V tretjem koraku se svetovalec osredotoči na čustva osebe. Vsa čustva ne glede na njihovo težo sprejema in osebi sporoča, da je do njih upravičena. Skozi proces skuša ugotoviti katera čustva se najpogosteje pojavljajo, kakšne so posledice in kaj pri osebi zmanjšuje občutke tesnobe. 4) V naslednjem koraku udeleženca zavzamete aktivnejšo vlogo in skušata ugotoviti, kateri so bili uspešni pretekli mehanizmi reševanja kriz. Neučinkovitim mehanizmom, ki jih je posameznik že preizkusil, se poskušata izogniti in iščeta vire (po)moči iz okolice posameznika. 5) Tekom zadnjega koraka poskuša svetovalec doseči čim večjo aktivnost posameznika. Skupaj

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

razmišljata o možnostih in razvijata akcijski načrt. Najprej poiščeta čim večje število potencialnih rešitev in potem sprejmeta za osebo najbolj optimalno rešitev. Sledi pogovorna simulacija izvedbe načrta s katero skušata zagotoviti, da bo nadaljnji proces potekal čim bolj gladko. Ko akcijski načrt teče, je njun cilj čim bolj samostojno delovanje osebe, pri čemer ima le-ta ves čas na voljo podporo svetovalca, ki jo usmerja na »pravo« pot (Tekavčič-Grad, 1994).

Aspekti krize

1. krizni dogodek
2. Subjektivni pomen
3. Dovzetnost za krizo
4. Odziv okolja
5. Potek krize

Koncept kriznih stanj bi lahko razumeli kot nekakšen seštevček vsaj dveh teoretičnih modelov, in sicer psihodinamskega in socialnega, medicinski model pa se nekako neizogibno vključuje kot telesni odziv na mnoge psihološke vzgibe (Kocmur, ____).

V nadaljevanju bomo predstavili razliko med psihosomatskim in socialnim modelom kriznih stanj.

PSIHODINAMSKI MODEL	SOCIALNI MODEL
Vzroki so osebni, zelo specifični in ne takoj razumljivi	Sloni na splošnih teorijah skupin, množic in kultur
Podzavestni duševni procesi so pomembni kot vzrok duševnih motenj	Dejavniki iz okolja lahko razložijo duševno motnjo
Pretekli konflikti iz otroštva lahko razložijo sedanje probleme	Sedanji konflikti lahko razložijo probleme
Simptomi imajo simboličen pomen	Simptome določa narava socialnega dogodka
Zdravljenje z individualno ali skupinsko terapijo	Zdravilo so spremembe v okolju

Tabela 1: Razlike psihosomatski in socialni model kriznih stanj (Kocmur, str. 90)

"Krizna intervencija je neodvisna metoda svetovanja, terapije in zdravljenja [...]" (Stein 2009, str. 151). Mladi, ki so v kriznih razmerah, bodo deležni podpore. Pri kriznih intervencijah je treba upoštevati, da je kriza kompleksen psihosomatski in psihosocialni dogodek. Posledično lahko zadevne osebe utrpijo psihološke, socialne in / ali fizične težave (glej prav tam, str. 151). "Krizna intervencija [...] vključuje ukrepe za ublažitev kriznih razmer trpljenja in preprečevanje njihovih socialnih, psiholoških in zdravstvenih težav. Le ta pa se razlikuje glede na vrste kriz.

Splošna načela kriznih intervenc (Stein 2009):

- Hiter zagon
- Pomožna dejavnost
- Felksibilnost metod
- Fokus: trenutna situacija / dogodek
- Vključenost okolja in v okolje
- razbremenitev
- sodelovanje.

Ko se soočamo s krizno intervencijo, so nam lahko v oporo splošne smernice, ki jih navajata Škodlar in Zajc (2004). V začetku intervencije je bistveno, da najprej iščemo vire moči, ki jih posameznik v kriznem stanju ima in ga skušamo opolnomočiti, da situacijo kar se da samostojno razrešuje. Preden stanje psihiatrizziramo ali obravnavamo v okviru drugih strokovnih služb, vire iščemo med prijatelji, družinskimi člani, v skupnosti in v preteklih izkušnjah dobre prakse. S tem krepimo človekova lastna prizadevanja in ga opolnomočimo za podobne izzive v prihodnosti. Občutek samoučinkovitosti in samopomoči namreč pomembno prispeva k rotaciji perspektive v psihohigienske dejavnike, ki situacijo osvetlijo kot prelomnico in priložnost za uvajanje pozitivnih sprememb. Takšen pristop sicer lahko pomembno izboljša kvaliteto posameznikovega življenja, ni pa vedno mogoč. V določenih situacijah krizna intervencija zahteva naš takojšnji odziv, ki mora biti hiter, učinkovit in individualiziran. Ko presodimo, da posameznik situacije ne more rešiti sam s svojimi viri

(po)moči, mu pri tem nudimo podporo. Intervencija mora biti celovita in obsegati razbremenitev na čustveni, miselni in telesni ravni. Kot smo že navedli v enem izmed prejšnjih odstavkov, je ena izmed značilnosti posameznika v kriznem stanju ta, da svet doživlja zoženo, kar od nas zahteva razširjanje njegovega doživljanja (iskanje raznolikih možnosti in razpletov specifične situacije, iskanje posameznikovih lastnih značilnosti, ki lahko pripomorejo k pozitivni razrešitvi in oseb, ki lahko olajšajo situacijo). Pri interveniranju moramo biti pozorni, da razlikujemo disfunkcije, ki so povezane s krizno reakcijo in jih v okviru le-te lahko razrešujemo in dolgoročneje disfunkcije (disfunkcionalno razreševanje problemov, razvojni deficiti, neugodne osebnostne poteze) na katere v okviru krizne intervencije nimamo vpliva. Eden izmed ključnih ciljev ali celo pogojev za uspešno razreševanje krize je krepitev zavedanja posameznika, da ima moč in možnosti razreševanje situacije. Pomembno je, da krepimo samopodobo in občutke lastne vrednosti, saj bo le tako oseba dobila občutek obvladljivosti situacije in s tem nadzor nad svojim življenjem. Krizna intervencija naj bi vsebovala pet glavnih elementov: takojšnost, bližino problematične situacije, predajanje človeka v krizi, povezanost z okoljem in pozitivno naravnost. To pomeni, da mora biti pomoč nudena v najkrajšem možnem času in sicer v okolju, kjer je kriza nastala. Oseba, ki je v stiski se mora pomagajoči osebi predati in ji popolnoma zaupati. Na začetku, sicer situacija zahteva večjo aktivnost posameznika, ki nudi pomoč, kar pa ne pomeni, da je lahko oseba v stiski pasivna, saj razreševanje situacije v tem primeru ne bo učinkovito. Za doseg optimalne razrešitve je bistveno tudi spodbujanje pozitivne naravnosti z zavedanjem, da je stisko mogoče prebroditi in vključevanje ljudi, ki so osebi blizu (Tekavčič-Grad, 1994).

Predstavljamo Robertov 7 stopenjski model (Roberts, Yeager, 2005) krizne intervencije, ki se uporablja za mladostnike s težavami v duševnem zdravju, so odvisni od določenih prepovedanih substanc ali pa imajo druge zaznamujoče faktorje, ki botrujejo k nastanku kriznih situacij.

1. FAZA: Načrt in izvedba krizne ocene

Gre za najbolj kritičen prvi korak sedemstopenjske krizne intervence. Gre za oceno tveganja. To vključuje hitro oceno dejavnikov tveganja, vključno z oceno neposredne nevarnosti, razpoložljivostjo sredstev, verbalizacijo suicidalnosti ali potrebo po takojšnji zdravniški pomoči. Zajema pozitivne in negativne strategije, oceno družinske situacije, pomanjkanje

socialne podpore ter trenutno uporabo droge ali alkohola (Eaton in Roberts, 2002; Roberts, 2000).

2. FAZA: Vzpostavitev odnosa

V primeru zavračanja s strani otroka/mladoletnika je ključna vzpostavitev odnosa. Potrebno je doseči soglasje in razdeliti vloge v procesu. otroku/mladostniku je potrebno predočiti kakšen je naš položaj in vloga kot socialni pedagog oz. vzgojitelj v vzgojnem zavodu. Predstaviti to, da mu želimo pomagati, da bomo njegove vedenje dokumentirali, da bomo storili vse kar je v naši moči da mu pomagamo, vendar pa, da je vse odvisno od njega.

3. FAZA: Identifikacija večjih problemov

Potrebno je priti do dna izvoru posameznikovih težav in na to delati na tem, da bi te problem premostili.

4. FAZA: Spopadanje z občutki in čustvi (vključno z aktivnim poslušanjem in potrjevanjem)

Potrebno je prisluhniti strahovom in skrbem mladostnika. Potrebno je izkazati zavedanje, da se treba soočiti s številnimi težavami, ki pa so navadno med seboj povezane. Pri posamezniku je potrebno doseči to, da se svojih problemov zaveda, da tega ne zanika in, da se ga pripravi do tega, da se s svojimi težavami spopade.

5. FAZA: Ustvarjanje in raziskovanje alternativ

Mladostniku je treba omogočiti in razširiti vpogled v nove perspektive, ki bi mu omogočale nov pogled na samega sebe, da se ne počuti zgolj kot samo "problematičen otrok/mladostnik" temveč se vidi tudi v drugi luči.

Otroke/Mladostnike v tej fazi povprašamo, kaj bi želeli početi, če bi uspešno zaključili program. S tem vprašanjem odpremo posamezniku možnosti, hkrati pa mu omogočimo, da nam na ta način izkaže in zaupa svoje interese ali stvari, ki jih rad počne.

6. FAZA: Razvoj in oblikovanje akcijskega načrta

Gradnja akcijskega načrta vključuje pregled dokumentacije uporabnikove zgodovine, ki vključuje tako pozitivne kot negativne vidike. Akcijski načrt vključuje:

1. Nove cilje
2. Kako se je v preteklosti na izzive odzval ter kako bi se v prihodnosti želel odzvati na nove izzive.
3. Kaj je potrebno narediti drugače za doseg novih ciljev.

7. FAZA: IZGRADNJA NAČRTA NADALJNEGA UKREPANJA IN VZPOSTAVITEV DOGOVOROV

Zadnja faza pogosto vključuje dejanja po odpustu. Predvsem ohranjanje stikov ter nudenje pomoči, ko je le ta potrebna. Čim se začnejo stiki zmanjševati, je to pogosto znak, da je bila izgradnja načrta učinkovita, ter da uporabnik ne potrebuje več toliko zaledja.

Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (2005). Adolescent Substance Abuse and Crisis Intervention. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 5(1).

HETEROAGRESIJA, NASILJE

S sociološko psihološkega vidika lahko agresivnost opredelimo kot socialni problem, ki izhaja iz interakciji med dvema ali več posamezniki in je odvisen od lastnosti in situacije ali okoliščin, kjer se vedenje odvija. Agresivnost je tisto vedenje, ki je storjeno s ciljem povzročitve škode ali bolečine živemu bitju, ki se takemu dejanju želi izogniti (Krahé, 2013). Pušnik (2012) definira agresivnost kot vedenjsko značilnost, ki se kaže v nasilnih ali napadalnih besedah ali dejanih proti drugim. Agresivnost naj bi pomenila trajnejšo lastnost posameznika, medtem ko se agresija nanaša na trenutno reakcijo. Lahko rečemo, da »Je vsaka reakcija (fizična ali verbalna), izvedena z namenom, da se nekomu drugemu prizadene škoda ali poškodba kakršnekoli vrste, ne glede na to, če namera ni bila do konca realizirana.« (Žužul, 1989, str. 51.)

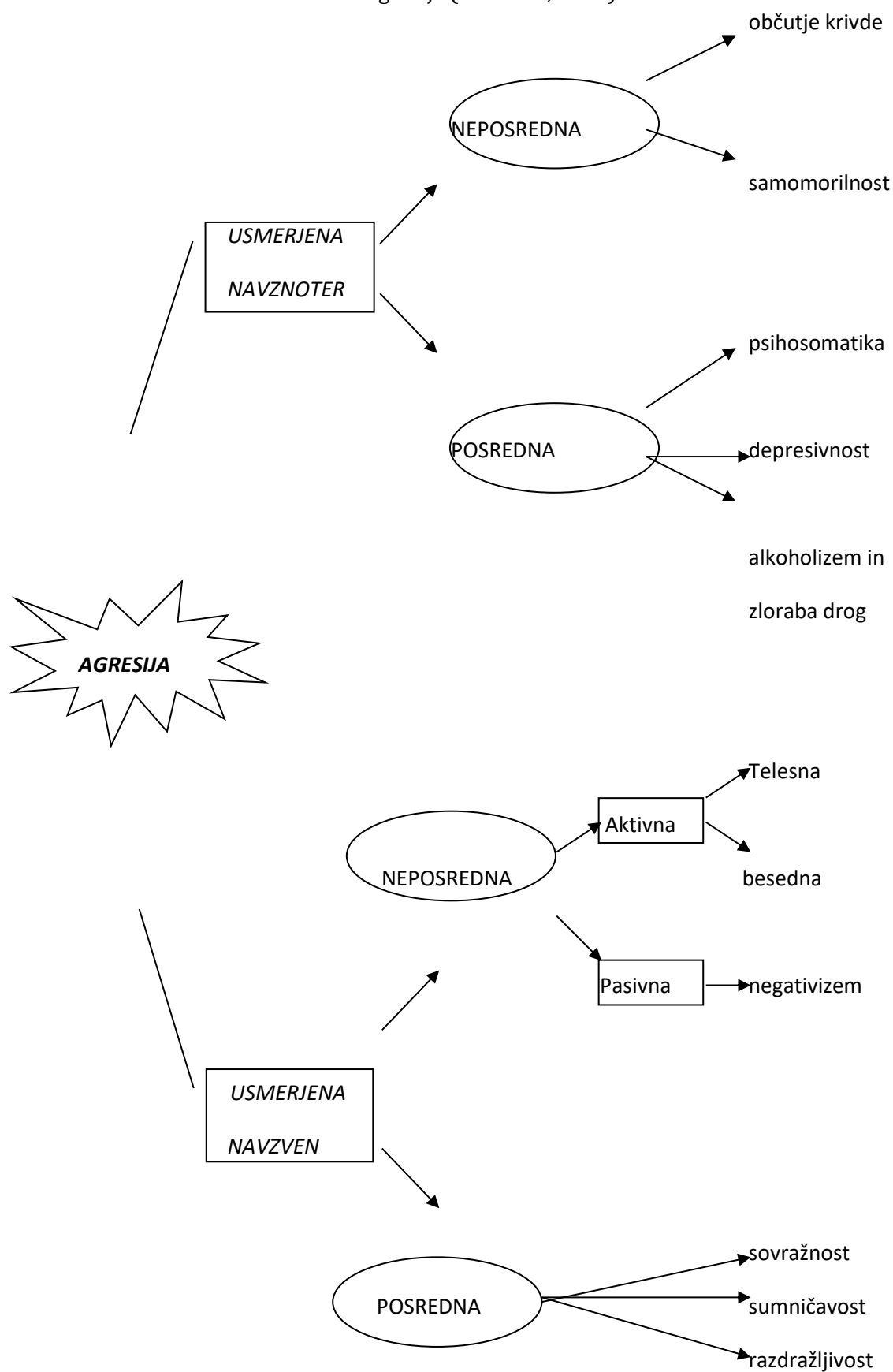
Agresivno vedenje zajema vse oblike gibanja, čustva kot so jeza in bes ter nasilno izražanje čustev (Pušnik, 2012). Z agresivnostjo sta povezana sorodna izraza antisocialno vedenje in nasilje. Antisocialno vedenje je vedenje, ki krši norme družbe in je širši pojem kot agresija. Pojem nasilja je bližji agresivnosti, vendar gre pri njem za vedenje z namenom povzročitve resne škode, kjer se uporablja fizično silo, katere namen je nekoga poškodovati ali mu celo vzeti življenje. Vse oblike agresivnosti pa ne vključujejo nasilja (npr. kričanje na nekoga je agresija, vendar ne nasilje).

Brekoviwitz (1993) med oblike agresije ločuje:

- besedno agresijo (žaljenje, opazke, šale, ipd.),
- posredno agresijo (spletkarjenje),
- agresijo, ki je usmerjena navzven (proti drugim),
- agresijo, ki je usmerjena vase (samomorilnost, alkoholizem, samozaničevanje, idr.),
- Instrumentalno agresijo (služi dosegu cilja, agresija je zgolj sredstvo),
- sovražna agresija (poškodovati ali ubiti nekoga),
- aktivna agresija (dejavno početi nekaj na škodo drugega),

- pasivna agresija (ko nekdo ne kaj ne naredi, s tem povzroči škodo drugemu),
- zavestno kontrolirana (načrovanje ropa) in
- impulzivna agresija (impulzivna nasilna reakcija na nek dražljaj).

Slika 1: Shema smeri in oblik agresije (Lamovec, 1978).



Obstajajo različne razlage o izvoru agresivnosti. Nekateri psihologi razlagajo agresivnost kot prirojenost destruktivnih teženj, medtem ko drugi menijo, da je agresivno vedenje predvsem odziv na frustracijo oziroma omejitve na poti do ciljev. Po eni od razlag pa se agresivnega vedenja naučimo na osnovi opazovanja (Marentič Požarnik, 2016).

Glede razlage, da je agresivnost prirojena, Tremblay (2012) navaja ugotovitve znanstvenikov, da je veliko dejavnikov tveganja, ki lahko vplivajo na mater otroka pred in med

nosečnostjo. To so lahko materine vedenjske težave v mladosti, nizka izobrazba, zgodnja nosečnost, depresivnost, kajenje, odnosi med partnerjema in nizki družinski dohodki lahko vplivajo na razvoj otrokovih možganov in genskega zapisa. Na ta način se antisocialno vedenje prenaša iz generacije v generacijo. Perinatalno okolje, ki vpliva na gene, je povezano z načinom življenja in zdravstvenim stanjem nosečnice.

Tremblay (2012) se v svojih raziskavah posveča razvoju antisocialnega vedenja otrok že od rojstva dalje. Pravi, da večina strokovnjakov za zgodnje otroštvo meni, da ne moremo govoriti o agresivnosti pri malčkih, saj le-ti niso »zavedni« svojega početja in posledično je opravljenih malo raziskav o agresivnosti otrok v zgodnjem obdobju razvoja. Ugotavlja, da je fizično nasilje prisotno pri večini predšolskih otrok. Z leti se večina otrok nauči reševati probleme tudi na druge načine, kar deklice osvojijo prej. Ugotavlja, da uporaba nasilja v mladostništvu izvira že iz otroštva. Jezo, nasprotovanje, kljubovanje in neupoštevanje pravil kaže večina otrok že v predšolskem obdobju. Jezo znajo izraziti že dojenčki. Približno sedem odstotkov otrok predstavlja kronične primere, ki se kažejo v mladostništvu. Fizična agresivnost z odraščanjem upada, kar naj bi bila posledica sposobnosti inhibicije impulzivnosti. Veliko raziskav kaže, da obstajajo razlike med dečki in deklicami. Število dečkov je višje v vseh kategorijah antisocialnega vedenja. Deklice se naučijo indirektno agresivnosti prej kot dečki in ta narašča vse do mladostništva.

Agresivnost v mladostništvu se kaže v uporništvu proti okolici, nenehnem nasprotovanju staršem in avtoriteti, fizični in verbalni agresiji, zanemarjanju šolskih obveznosti, kot tudi v uživanju alkohola in prepovedanih substanc, razmišljanju o smrti in samomoru. Posamezniki, za katere je značilno agresivno vedenje, imajo nižje verbalne in kognitivne sposobnosti. Različne oblike agresivnosti so pogosto del prilagoditvene motnje. Raziskava, ki so jo

opravili na mladih (16-26 let) s prilagoditveno motnjo, kaže, da je agresivnost pri mladih povezana z večjo ranljivostjo. Rezultati so pokazali pozitivno korelacijo med verbalno in fizično agresijo, verbalno agresijo in uporabo nedovoljenih substanc, verbalno agresijo in nizko frustracijsko toleranco in med frustracijsko toleranco in nagnjenostjo k samomoru. Mladostniki, ki uživajo psihoaktivne snovi, se pogosto vedejo agresivno in so nagnjeni k samopoškodovanju. Mlajši udeleženci so veliko bolj verbalno agresivni od starejših. Z verbalno agresijo naj bi posameznik drugemu povzročil psihično bolečino. Komunikacija je lahko verbalna ali neverbalna. Za verbalno agresivnost je vedno značilen povišan ton glasu v pogovoru s starši, z učitelji, vrstniki in drugimi brez posebnega razloga. Glede na rezultate raziskave je pri posameznikih, ki so verbalno agresivni, potrebno ukrepati, da ne pride do hujših in nevarnejših oblik agresivnosti (Ristić-Dimitrijević, Lazić, Nenadović, Djokić-Pješčić, Klidonas in Stefanović, 2011).

Raziskava, ki so jo avtorji Connor, Doerfler, Toscano, Volungis in Steingard (2004) opravili v ZDA v enem od vzgojnih zavodov, je zajemala skoraj štiristo otrok in mladostnikov, od katerih je imela polovica motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD), trideset odstotkov otrok in mladostnikov je imelo afektivno in anksiozno motnjo ter dvajset odstotkov druge psihotične motnje. Večina otrok/mladostnikov izvira iz disfunkcionalnih družin, kjer so bile ugotovljene težave z alkoholom in nasiljem ter fizične in spolne zlorabe. V raziskavi je bilo osemindvajset odstotkov otrok klasificiranih kot agresivnih, od tega sedemintrideset odstotkov reaktivno in enaindvajset odstotkov proaktivno agresivnih. Dekleta so dosegala višje rezultate v verbalni agresivnosti, samopoškodovanju in večji sovražnosti do okolja. Zanje so bili značilni višji znaki psihopatologije in večja uporaba drog. Za raziskavo so uporabili lestvico MOAS (verbalna agresivnost, objektivna agresivnost oziroma impulzivno uničevanje lastnine, avtoagresivnost in druge oblike agresivnosti, kot je fizični napad) in lestvico proaktivne/reaktivne agresivnosti ter vprašalnik sovražnosti (Buss Durkee Hostility Inventory).

Nasilje je Svetovna zdravstvena organizacija opredelila kot namerno uporabo fizične sile ali moči oziroma grožnje z njo proti drugi osebi, skupini ali skupnosti, ki ima kot posledico poškodbo, smrt, psihološko škodo, težave v razvoju in prikrajšanost.

Kvaliteta in narava odnosov, ki jih mladi ustvarijo s prijatelji, vrstniki, starši in drugimi, lahko vplivata na izbiro in možnosti vključevanja v nasilje in percepcijo sprejemljivih in primernih dejanj. Vključevanje v delinkventne skupine lahko poveča možnost za nasilna

dejanja. Tudi odnosi in konflikti v družini, nasilje, slaba navezanost na starše in njihov nadzor ter disciplina lahko vplivajo na nasilno vedenje posameznika. Na otrokov razvoj in zmanjševanje nasilnega vedenja lahko pozitivno vplivajo dobri odnosi s starši, s šolo in učitelji ter s prosocialnimi nenasilnimi vrstniki (David-Ferdon in Simon, 2014).

Rezultati raziskave Inštituta za socialno varstvo (2011) so pokazali, da je bilo v osmih od desetih slovenskih vzgojnih zavodov, vzgojno-izobraževalnih zavodov oziroma mladinskih domov v letu 2010 vključenih 113 otrok in mladostnikov, ki so bili nasilni do sebe in/ali drugih. Med temi je bilo največ mladostnikov starih od 14 do 16 let, med katerimi je bilo več kot 90 odstotkov fantov.

Eden glavnih dejavnikov, ki vpliva na to, da otrok postane nasilen, je njegova direktna izkušnja z nasiljem v otroštvu. Ne moremo trditi, da vsi viktimizirani otroci postanejo nasilneži, saj veliko posameznikov izvaja nasilje, čeprav v otroštvu niso doživeli travm. Kljub temu raziskave kažejo, da se nagnjenost k nasilju oblikuje v zgodnjem otroštvu v družini. Nasilni in ponižujoči načini discipliniranja že od zgodnjega otroštva, vplivajo na nagnjenost k nasilnim dejanjem (Children and Violence).

Ni jasnih dokazov, da je nasilje genetsko pogojeno. Eden od dejavnikov za predispozicijo k nasilju bi lahko bil posameznikov temperament. Genski in družbeni vplivi so neločljivo prepleteni. Že od zgodnjega otroštva vedenje otroka določi, kakšen odnos bo vzpostavil z drugimi in kako bodo ravnali z njim starši, sorojenci, drugi otroci in kasneje tudi širša družba. Biološke in osebnostne lastnosti lahko determinirajo posameznikovo nasilno vedenje (Children and Violence). Tudi Liseč (2004) navaja, da vsak posameznik v sebi nosi določeno mero nasilja in agresije, ki je vsota genetskih in karakternih lastnosti in tudi vzorcev vedenja, ki jih je pridobil v družini in okolju, kjer je odraščal. Mladostnike, ki imajo težave pri sprejemanju družbenih norm in vrednot, kamor spadajo tudi pravila vedenja, spoštovanje pravic posameznikov in skupin, tuje lastnine ter pravil javnega reda in miru, lahko po definiciji opredelimo kot nasilne.

Intervencije, ki se nanašajo na heteroagresijo in nasilje

Ena od intervencij (Individually Tailored Aggression Replacement) je namenjena zmanjševanju vedenjskih težav, predvsem pridobivanju veščin nadziranja agresivnosti. Intervencija je namenjena kršiteljem v starosti od šestnajst do enaindvajset let in se lahko izvaja v vzgojnih zavodih. Obsega obvezni in izbirni modul, ki omogoča optimalno

prilagojenost problemu vsakega posameznika. Program se lahko izvaja individualno ali v skupini največ sedmih posameznikov in traja od osem do dvanajst mesecev. Program deluje z moduli za motivacijo, analizo prekrška, samokontrolo, recidivno terapijo in kognitivno prestrukturiranje. Podobna intervencija je In Control, kjer uporabljajo tudi relaksacijske tehnike in telesne vaje. Pri tem programu deloma sodelujejo tudi starši (Boendermaker, Deković in Asscher, 2016).

Pomembna je takojšnja intervencija, ki se prične s prekinitvijo nasilja in zaščito žrtve. Strokovni delavec (vzgojitelj ali drug zaposlen), ki je zaznal nasilje, prekine nasilje tako, da otroke/mladostnike razdvoji. Če je to potrebno, lahko pokliče tudi ustrezno pomoč. Žrtvi pomaga tako, da jo umakne v varen prostor in jo tako zaščiti pred nasilnežem. V primeru, da je prišlo do poškodb, je potrebno poklicati nujno zdravniško pomoč oziroma pospremiti otroka/mladostnika k zdravniku. Strokovni delavec se nato ločeno pogovori z žrtvijo in ji nudi čustveno podporo in se po želji z njo pogovori o dogodku. Medtem se lahko z nasilnežem pogovori drug strokovni delavec, ki ga pomiri in zaščiti pred nadaljnjim nasiljem. Raziskovanje situacije ni nujno potrebno. Žrtev in storilca ne soočamo in se z obema pogovorimo brez prisotnosti opazovalcev nasilja. O dogodku je dobro obvestiti tudi starše. Pomembno je, da zaznavo nasilja strokovni delavec zabeleži in zapiše kaj, kje in kdaj se je zgodilo ter kdo je bil vpleten. Zabeležiti je potrebno tudi, kako je sam ravnal ob zaznavi nasilja (Lešnik Mugnaioni idr., 2016).

AVTOAGRESIJA

Avtoagresivnost prištevamo med dimenzije agresije, zato jo s pomočjo izhodiščnega koncepta agresije tudi razlagamo. Agresijo strokovnjaki, ki se ukvarjajo s socialno psihologijo opredeljujejo kot vedenje »s katerim se namerava koga fizično ali duševno prizadeti ali oškodovati« (Berkowitz, 1993, v Ule 2005, str. 255). To pomeni, da je avtoagresivnost vedenje posameznika, ki ima namen prizadeti škodo sebi, medtem ko so dejanja heteroagresivnega posameznika obrnjena navzven v njegovo okolico. Avtoagresivnost je na začetku običajno usmerjena navzven, v ljudi, ki so posameznika na nek način razočarali, pustili na cedilu ali mu niso naklonili dovolj pozornosti. Šele kasneje, ko se ta agresivnost ne more več udejanjati v zunanjem svetu, jo posameznik obrne vase (Žmitek, 1999).

Poznamo več različnih oblik avtoagresivnega vedenja, ki jih lahko razdelimo na: indirektno samouničevalno (samodestruktivno) vedenje, samomorilno razmišljanje (fantazije), samomorilne težnje, parasuicidalno pavzo, samomorilne grožnje, namerno samopoškodovanje, parasuicidalne geste, poskus samomora – tentamen suicidii in samomor (Mrevlje, 1995).

Indirektno ali posredno samouničevalno vedenje se od drugih oblik avtoagresivnega vedenja razlikuje predvsem po tem, da se posameznik zanj ne odloči zavestno. Pri indirektnem samodestruktivno vedenju gre torej za vedenje, ki ogroža človekovo življenje, vendar je za razliko od drugih oblik prikrite narave (Mrevlje, 2010). Zanj je značilno, da svojo avtodestruktivno vlogo izpolnjuje preko različnih bio-psiho-socialnih posledic, ki posamezniku skrajšujejo življenjsko dobo in/ali ogrožajo njegovo življenje (Kodelja, 1991). To vrsto avtoagresivnega vedenja kot tako identificirajo predvsem strokovnjaki in občasno bližnji, sam posameznik pa se ga ne zaveda (Mrevlje, 2010). Prepoznamo ga lahko v opuščanju zdravljenja, ko je le-to potrebno, igranju na srečo, športnih disciplinah z visoko stopnjo tveganja, anoreksiji nervozi, delinkventnem vedenju, ki osebo vodi do tveganih situacij in negativnega družbenega odziva, prezgodnjemu spolnemu vedenju, vožnji motornega vozila v vinjenem stanju, pretiranem samopožrtvovalnem vedenju in zlorabi alkohola, drog in zdravil (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012; Mrevlje, 1995).

Motnje hranjenja običajno ne štejemo za eno izmed oblik avtoagresivnega vedenja, vendar pa kljub temu v motnjah hranjenja lahko prepoznamo določene dimenzije indirektnega samouničevalnega vedenja (Mrevlje, 2010). Za motnje hranjenja je namreč značilna visoka

stopnja umrljivosti, med vzroki za smrt pa se poleg organskih razlogov pogosto pojavlja tudi samomor. Običajno so prisotne tudi druge duševne motnje, ki bi lahko razložile visoko stopnjo avtoagresivnega vedenja, vendar so raziskave pokazale, da tesna povezava med motnjami hranjenja in samomori ostaja taka tudi, ko izključimo komorbidnost ostalih psihiatričnih motenj (Yao idr., 2016).

Zlorabo drog, alkohola in zdravil omenjamo med vsebinami indirektnega samouničevalnega vedenja zaradi povezav, ki so jih med zasvojenostjo in avtoagresivnostjo naredile številne avtorice in avtorji (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012; Kociper, 2000; Mrevlje, 1995). Zlorabo alkohola so že leta 1938 označili za kronični samomor¹, predvsem zaradi vseh škodljivih učinkov, ki jih ima alkohol na telo. Poleg tega povezava temelji tudi na podatku, da zasvojeni od alkohola, psihoaktivnih zdravil in nedovoljenih drog predstavljajo tretjino vseh samomorov. Posebno tveganje predstavljata dva dogodka v njihovem življenju in sicer: trenutek zavedanja o zasvojenosti in prehodno obdobje med hospitalizacijo in ambulantno obravnavo.

Parasuicidalne geste so oblike vedenja, ki imajo veliko stičnih točk s samomorilnostjo, zato se jih pogosto obravnava v okviru suicidologije. Bistvena razlika med samomorilnostjo in parasuicidalnimi gestami je ta, da samomorilnost spremlja namera končati svoje življenje, medtem ko je namen parasuicidalnih gest opozorilo na težko duševno stisko. Tovrstne geste in oblike vedenja lahko torej razumemo kot klic na pomoč in ne kot željo po smrti. Prepoznamo jih lahko v naslednjih vedenjskih vzorcih: »manjši prekomerni odmerek uspaval ali pomirjeval, samopoškodbeno dejanje, ki ne ogroža življenja, ekscesno uživanje alkohola in/ali prepovedanih drog, ipd.« (Pregelj, Kores Plesničar, Tomori, Zalar in Ziherl, 2013, str. 331).

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena opredelimo kot »dejanje, s katerim posameznik namerno povzroča poškodbe samemu sebi brez samomorilnega namena« (Kvas Kučič, Krajnik in Konec Juričič, 2012, str. 57) in kot »namerno, samemu sebi povzročeno, nizkosmrtno poškodovanje telesa, ki je socialno nesprejemljivo, njegov cilj pa je zmanjšanje psihološke stiske« (Vidmar, 2012, str. 64). Gre za vedenje, ki se najpogosteje pojavi v mladostništvu, ko je oseba izrazito preobremenjena z različnimi razvojnimi in osebnimi izzivi. Značilno prvič nastopi med desetim in štirinajstim letom starosti, redkeje že v

¹ Tudi latentni samomor ali samomor na obroke (Kociper, 2000).

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

otročtvu. Običajno upade v tridesetih in štiridesetih letih, medtem ko je v vmesnem obdobju med osemnajstim in štiriindvajsetim letom najintenzivnejše. Pogosto se pojavi kot odziv na težka negativna čustva, ki jih posameznik skuša nadzorovati preko usmerjanja bolečine iz čustev na bolj obvladljive telesne bolečine.

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena² (angl. nonsuicidal self-injury) ali nesuicidalno samopoškodovalno vedenje je od leta 2013 glede na Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.³ opredeljeno kot samostojna diagnoza (Bunderla in Gregorič Kumperščak, 2015).

Samopoškodovalno vedenje lahko razdelimo v tri skupine: *akutno samopoškodovanje*, kjer se oseba poškoduje manj kot en mesec in niso prisotne vedenjske motnje, *kronično samopoškodovanje*, kjer se oseba poškoduje več kot en mesec in niso prisotne vedenjske motnje in *kronično samopoškodovanje z vedenjskimi motnjami*, kjer se oseba poškoduje en mesec ali več in so prisotne tudi vedenjske motnje (Hawton idr.,1982, v McDougall, Armstrong in Trainor, 2010).

Samopoškodovalno vedenje se so-pojavlja pri številnih duševnih motnjah: mejni (borderline) osebnostni motnji, hudih oblikah depresije, shizofreniji, motnjah hranjenja, odvisnosti od psihoaktivnih snovi, posttravmatski stresni motnji in različnih osebnostnih motnjah. Pojavlja pa se tudi pri ne-klinični populaciji (Haw, Hawton, Houston in Townsend, 2001; Herpertz, Sass, in Favazza, 1997; Klonsky, idr., 2003; Zlotnick, idr., 1999, v Klonsky, 2007). Kot razloge za samopoškodovalno vedenje osebe najpogosteje navajajo: *Uravnavanje negativnih čustev*: »da ustavim slabe občutke⁴«, »da zmanjšam anksioznost ali občutke terorja⁵«, »da zmanjšam anksioznost in obup, ki ju drugače ne morem nadzorovati⁶«. Pogosti pa so tudi drugi razlogi: *Sprostitev napetosti*: »da zmanjšam občutke jeze⁷«, »da se zamotim pred bolečimi občutki⁸«, »da obvladam stres⁹«, »da se sprostim¹⁰«, »da bi se počutil manj depresivno¹¹«. *Samokaznovanje*: »da se kaznujem, ker nisem bil dober¹²«, »ker si nisem bil

² V nadaljevanju: NSSI.

³ V nadaljevanju: DSM-5.

⁴ Dobesedni prepoved angleškega citata »to stop bad feelings«.

⁵ »to relieve anxiety or terror«.

⁶ »to reduce anxiety and despair that I feel I can't otherwise control«.

⁷ »to decrease feelings of rage«.

⁸ »distraction from painful feelings«.

⁹ »manage stress«.

¹⁰ »to feel relaxed«.

¹¹ »to feel less depressed«.

všeč¹³«, »ker sem se počutil kot polomija¹⁴«, »ker sem bil jezen nase¹⁵«. *Antidisociacija*: »da se ne bi več počutil otopelo ali mrtvo¹⁶«, »da bi kaj čutil, četudi bolečino¹⁷«, »da bi se spet počutil resnično¹⁸«. Ker želijo *vplivati na medosebne odnose*: »da bi se ljudje vedli drugače ali da bi se spremenili¹⁹«, »da bi pridobil podporo in skrb ljudi²⁰«, »da bi pridobil pozornost in/ali vprašal za pomoč²¹«, »ker sem hrepenel po skrbi in pozornosti²²«, »da bi drugi videli kako obupan sem²³«. Redkeje se pojavlja razlog *iskanje vznemirjenja*: »da bi vzbudil občutek navdušenja ali stimulacijo, ki daje občutek razburjenja²⁴«, »da bi dobil občutek intoksikacije, ki ga sicer dajejo droge²⁵«, »ker sem mislil, da bo zabavno²⁶«. Značilni pa so tudi drugi razlogi: *Antisuicidalnost*: »da bi si preprečil udejanjanje samomorilnih misli²⁷«, »da bi ustavil samomorilne misli ali poskus samomor²⁸«, »ker mi je preprečilo, da bi se ubil²⁹«. *Postavljanje medosebnih mej in avtonomnost*: »da bi naredil nekaj nad čemer imam samo jaz kontrolo in nihče drug³⁰«, »občutek lastništva telesa³¹«. Poznavanje razlogov za samopoškodovanje je bistveno, saj nam pomaga pri razumevanju mladostnika in načrtovanju ustrezne obravnave (Klonsky, 2003, str. 230–233). V praksi pogosto zasledimo stališča ljudi, da je NSSI le iskanje pozornosti. Kot je razvidno iz analize različnih raziskav, ki so preučevale vzroke za NSSI, je to sicer res eden izmed razlogov, vendar je v ozadju praviloma resnična stiska, ki je vredna pozornosti in naslavljanja. Posameznik, ki želi pozornost jo v resnici tudi potrebuje, zato je pomembno, da vse primere samopoškodbenega vedenja vzamemo resno in temu primerno tudi postopamo.

¹² »to punish myself for being 'bad'«.

¹³ »I did not like myself«.

¹⁴ »I felt like a failure«.

¹⁵ »I was angry at myself«.

¹⁶ »to stop feeling numb or dead«.

¹⁷ »to feel something, even if it is pain«.

¹⁸ »to feel real again«.

¹⁹ »to get other people to act differently or change«.

²⁰ »to seek support and caring from others«.

²¹ »get attention, [or] ask for help«.

²² »longing for care and attention«.

²³ »I wanted other people to see how desperate I was«.

²⁴ »to provide a sense of excitement or stimulation that feels exhilarating«.

²⁵ »'high' that feels like a drug high«.

²⁶ »thought it would be fun«.

²⁷ »to prevent me from acting on suicidal feelings«.

²⁸ »stop suicidal ideation or attempts«.

²⁹ »it stopped me from killing myself«.

³⁰ »to do something that only I have control of and no one else can control«.

³¹ »ownership of body«.

Običajno je samopoškodovanje le eden izmed simptomov globoke duševne stiske. Poleg NSSI lahko opazimo tudi znake depresije, anksioznosti, bipolarnosti, motenj hranjenja in odvisnosti od drog (Kvas Kučič, Krajnik in Konec Juričič, 2012). Kljub temu, da samopoškodovanje praviloma ne spremlja samomorilnost, pa je za posameznike z NSSI značilen vsaj en poskus samomora (Vidmar, 2012) in glede na novejša raziskava pomembno povečano tveganje za samomor (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012).

Značilnosti, ki so pogosto prisotne pri osebah, ki se samopoškodujejo so: intenzivno in poudarjeno doživljanje negativnih občutkov, visoki rezultati na lestvicah negativnega temperamenta, depresivnost, anksioznost, disociativne epizode, aleksitimija, ruminacija, težave z izražanjem čustev, samokritičnost, intenzivna jeza, slaba samopodoba, nizko doživljanje lastne učinkovitosti, občutki kronične praznine, odtujenost, osamitev, travme iz otroštva, spolno ali fizično zlorabljanje, disfunkcionalne družine, nizka frustracijska toleranca, nekompetentnost na področju komunikacije in medosebnih odnosov, socialna ranljivost, potlačevanje in nekateri nevrobiološki dejavniki (specifične značilnosti genetskega zapisa, serotoninjskega sistema, dopaminergičnega sistema itn.) (Vidmar, 2012).

Med dejavnike tveganja umeščamo: spol, starost/razvojno obdobje, spolno usmerjenost in spolno identiteto, duševne motnje, telesne bolezni, družino, šolo, vrstnike, medije in stresne življenjske dogodke ter specifične sprožilne dejavnike. Veliko raziskav kaže, da je samopoškodovanje pogostejše pri ženskah³², obstajajo pa tudi raziskave, ki niso pokazale pomembnih razlik med ženskim in moškim spolom (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012).

Za različne oblike samomorilnega vedenja oziroma samopoškodbenega vedenja so ranjivejši tudi šolarji, ki imajo težave v šoli, so prezgodaj izpadli iz izobraževalnega sistema ali imajo posebne potrebe. Mediji in vrstniki na samopoškodbeno vedenje med mladimi vplivajo, tako da jih seznanjajo z obstojem samopoškodbenega vedenja in jim posredujejo informacijo o možnih metodah. Kot zadnji dejavnik tveganja smo omenili sprožilne dejavnike, med katerimi se najpogosteje pojavljajo težave v medosebnih odnosih (na mlajše posameznike vplivajo predvsem družinski, na mladostnike pa medvrstniški odnosi), šolski

³² Prav tako je izrazito povišan odstotek samopoškodovanja možno zaslediti pri marginaliziranih spolnih identitetah in spolnih usmerjenostih (The statistics at a glance: the mental health of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in australia, 2020).

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

neuspehi, medvrstniško nasilje in delinkventnost (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012).

Pogosto odločilno vlogo pri obravnavi težav v duševnem zdravju odigrajo varovalni dejavniki, med katere umeščamo: »dobro samopodobo, samozavest, učinkovite načine spopadanja s stresom, dobro razvite strategije za reševanje problemov, osebne izkušnje z učinkovito rešenimi stresnimi situacijami, dobro splošno prilagodljivost, dobre socialne spretnosti, pozitivno naravnost do življenja, podporo v ožjem in širšem socialnem življenju«, zdrav stil navezanosti, občutek socialne pripadnosti, »aktiven življenjski slog, športno udejstvovanje, moralno obsojanje, načelno odklonilno stališče do samomora in versko pripadnost« (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012, str 74; Drobnič Radobuljac, 2018).

Med osrednje oblike samomora prištevamo: »samomorilna razmišljanja, samomorilne grožnje in parasuicidalne geste, samomorilne težnje, parasuicidalno pavzo, presuicidalni sindrom in poskus samomora« (Kociper, 2000, str. 88).

Samomorilna razmišljanja (tudi fantazije) so tiste vrste misli posameznika, ko se ta občasno poigrava z idejo o koncu življenja in o različnih posledicah, ki bi jih imelo to dejanja. Oseba se na primer sprašuje kako bi njen samomor sprejeli bližnji. *Parasuicidalna pavza* je dejanje posameznika, katerega namen je začasen umik iz življenja, ki je v danem trenutku preobremenjujoče. Gre za nekakšen »počitek« oziroma umik v spanje, ki ga posameznik doseže na različne načine, najpogosteje pa s samozastrupitvijo z zdravili. *Samomorilne grožnje* so sporočila, ki jih posameznik pošilja okolici o svojem samomorilnem namenu. Najpogosteje jih okolica (zmotno) ne jemlje resno. Med *parasuicidalne geste* umeščamo tista avtoagresivna dejanja, ki imajo predvsem opozorilno oziroma demonstrativno funkcijo. Posameznik z njimi želi opozoriti na svojo stisko, vendar so tovrstne geste pogosto razumljene kot izsiljevanje, njihova resnost pa je zato podcenjena (Mrevlje, 1995). *Presuicidalni sindrom* je duševno stanje, ki ima tri glavne značilnosti: miselno zožitev, ponotranjeno agresijo in samomorilno razmišljanje (Ringel, 1976). *Poskus samomora* je dejanje, za katerega se je posameznik odločil, z namenom končati svoje življenje. Na kratko ga lahko opišemo tudi z besedno zvezo »neuspehi samomor«. *Samomor* je dokončno dejanje (in ne bolezen), ki je posledica odločitve posameznika v neznosni situaciji. Gre za »zavestno dejanje samouničenja, ki ga najlaže razumemo kot večdimenzionalni problem znotraj posameznika, ki je ocenil, da je takšno dejanje zanj najboljša rešitev« (Mrevlje, 1995, str. 5).

Dejavniki, ki lahko predstavljajo povečano ogroženost za samomor so: moški spol in starost (število samomorov s starostjo raste), socialne okoliščine (neporočenost, ločenost, socialna izolacija oziroma izključenost, razdrta primarna družina pred 15 letom, delinkventnost, kriminalnost, nezaposlenost, padec socialnega statusa, begunstvo), telesne bolezni³³, samomori v sorodstvu in okolici, duševne motnje, depresija, shizofrenija, odvisnost od alkohola, osebnostne motnje (disocialna osebnostna motnja, borderline (mejna) osebnostna motnja) in nekateri drugi: specifične značilnosti družbene klime, posebna vremenska stanja, menjava osebja znotraj bolnišnice, konflikti v interdisciplinarnem timu, itn. (Žmitek, 1999). Pri otrocih vzrok za samomorilnost lahko najpogosteje najdemo v družini in/ali šolskem okolju (Bertonecel-Pustišek, 1988).

V nadaljevanju bomo predstavili nekaj napačnih prepričanj o samomoru. *»Človek, ki govori o samomoru ga ne bo napravil«*. Ta stavek nima enoznačnega pomena, saj po eni strani drži, da večina ljudi, ki govori o samomoru, samomora ne napravi. Na drugi strani pa ostaja dejstvo, da je od 70 do 90% oseb, ki je napravilo samomor, o njem tudi govorilo v zadnjem tednu pred izvedbo. Če zaokrožimo, to pomeni, da tveganje za samomor ne moremo enostavno določiti zgolj iz informacij ali oseba o samomoru govori ali ne. *»Tistemu, ki resno poskuša napraviti samomor, ni mogoče pomagati, ker bo v svoji nameri prej ali slej uspel«*. Nekaterim ljudem bo samomor, kljub strokovni pomoči zares uspel. Kljub temu pa obstaja velika verjetnost, da bomo samomor lahko uspešno preprečili. To drži za depresivna stanja, za katera velja, da po tem, ko mine depresija, s tem najpogosteje izgine tudi samomorilna ogroženost. Raziskave v glavnem kažejo, da od 10 do 15% oseb, ki ima resen poskus samomora³⁴, v nedoločeni prihodnosti samomor tudi dokonča. *»Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje so varni pred samomorom«*. Zdravljenje v psihiatrični bolnični običajno pomeni prisotnost določenih duševnih motenj, pri katerih je tveganje za samomor pravilom višje kot pa pri normativni populaciji. Kljub temu, da se posameznik zdravi, samomora ni mogoče vedno preprečiti. *»Samomor se zgodi brez opozorila«*. Najpogosteje je mogoče opaziti opozorilne znake, posameznik pa o samomoru velikokrat tudi bolj ali manj odkrito govori. Med sporočila, ki lahko sporočajo samomorilni namen spadajo: odkrit pogovor o samomoru, govor o smrti, (ne)smislu življenja, želji po smrti, informacije, ki sporočajo

³³ Pomembno je predvsem to kako posameznik dojema bolezen. Ni namreč nujno, da se samomorilna ogroženost povečuje z resnostjo bolezni.

³⁴ V nadaljevanju TS, kot okrajšava za »tentamen suicidii« latinsko poimenovanje poskusa samomora.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

sogovorniku, da se dolgo ne bosta videla, poslovilno pismo, aktivnosti, ki jih običajno izvajajo ljudje pred dolgim potovanjem, pisanje, oporoke, urejanje financ, vračanje sposojenih predmetov, podarjanje vrednih predmetov, spremembe v ritmu spanja in hranjenja, socialna izolacija, agresivnost, zanimanje za religijo in posmrtno življenje, ki pred tem ni bilo izraženo, pogosta utrujenost, pogosto in poudarjeno izražanje občutkov nemoči, krivde ali sramu, številne nesreče (lahko TS), občutki nezaželenosti, nizko samospoštovanje, zmanjšan libido, nemir, tesnoba in nezmožnost razveseljevanja (Tekavčič-Grad in Topolovec, 2004, str. 54; Žmitek, 1999, str. 12–13; Kastelic, 1991). Kot bomo opisali v nadaljevanju pa lahko samomorilno ogroženost ugotovimo le preko odkritega pogovora z osebo (Žmitek, 1999, str. 12–13).

Za uspešno obravnavo otrok in mladostnikov v duševni stiski, je ključno, da razlikujemo »samomorilnost« in »samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena«. Vedenjski obliki se med seboj razlikujeta glede na namen, metodo, pogostost vedenja, občutke nemoči in obupa, menjavanje metod, obseg mišljenja in psihološke posledice dejanj. Namen samomorilne osebe je za vedno končati svojo »zavestnost«, saj ji le ta povzroča močno bolečino. Pri osebah z NSSI pa je značilno, da »zavestnost« želijo le spremeniti in sicer na način, ki preusmeri bolečino iz čustvene na telesno. Metode, ki jih uporabljajo NSSI so raznolike, nizkosmrtne, variirajo skozi čas, značilna pa je tudi hkratna uporaba več različnih metod. Za samomorilne osebe na drugi strani je značilen omejen nabor metod, ki jih pri poskusih samomora le redko menjavajo.

Znaki, ki nakazujejo, da je pri osebi morebiti prisotno samopoškodovalno vedenje so oblačila z dolgimi rokavi, ki niso prilagojena vremenskim razmeram. Posameznik lahko vztraja v dolgih oblačilih tudi poleti, ko so njegovi vrstniki v kratkih hlačah, majicah ali oblekah brez rokav, kopalkah, itn. Zaradi tega se pogosto izogiba dejavnostim, ki zahtevajo razkrivajoča športna oblačila (plavanje, športna vzgoja) in ima odpor do slačenja, ki ga lahko opazimo tudi na zdravniških pregledih. Svoje rane mladostnik skriva z različnimi kosi tkanin kot so teniški trakovi in rute (Kvas Kučič, Krajnik in Konec Juričič, 2012). Kljub temu, da NSSI v osnovi ne zajema samomorilne tendence pa te možnosti ne smemo samoumevno izključiti. Pri prepoznavanju samomorilnega namena pri samopoškodovanju moramo biti pozorni na namen in motivacijsko osnovo ter morebitne samomorilne ideacije, načrte in vedenja. Dodatno pozornost pa je potrebno nameniti tudi občutkom »apatije, samokritičnosti, zavrnjenosti in neuspešnosti ter pomanjkljive povezanosti z družino in/ali širšim okoljem«.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Natančnejše smernice za ocenjevanje samomorilne ogroženosti opisuje Vidmar (2012, str. 65).

Za uspešno obravnavo otrok in mladostnikov, ki se samopoškodujejo je ključen interdisciplinaren pristop, ki predvideva sodelovanje vzgojno-izobraževalnih institucij, socialnih služb, zdravstvenih služb in družine mlade osebe. Vsi akterji se naj med seboj redno obveščajo, še posebej o novih epizodah NSSI in spremenjeni stopnji tveganja za samomor (Kvas Kučič, Krajnik in Konec Juričič, 2012; Self-harm in over 8s: long-term management, 2011). Starši obravnavanih posameznikov pogosto težko sprejmejo otrokovo samopoškodovanje in ga razumejo kot spodletelo starševstvo. Svojim otrokom pogosto prepovejo NSSI, ne znajo pa jim nuditi podpore, ki bi dejansko prinesla pozitivne rezultate. Ravno zato je še kako pomembno v proces vključiti tudi bližnje (Kvas Kučič, Krajnik in Konec Juričič, 2012). Poleg navedenega razloga je vključenost pomembnih bližnjih koristna tudi zato, ker lahko že sama po sebi deluje terapevtsko, če bližnji izražajo skrb, naklonjenost in pripravljenost za nudenje podpore (Kastelic, 1991). Kljub temu, da govorimo o interdisciplinarnem tipu in vključevanju bližnjih, je ključno, da skozi celoten proces otrok oziroma mladostnik ohrani nadzor nad celotno situacijo, sodeluje pri odločitvah, ki se nanašajo na obravnavo in je pri tem čim bolj avtonomen. Razlog za NSSI je pogosto posledica izgube nadzora, ki jo posameznik skuša pridobiti s tem, da svoje negativne emocije usmerja na oprijemljivo telo, ki ga lahko nadzoruje (Advice for friends, family & carers, 2008; Self-harm in over 8s: long-term management, 2011). Za obravnavo je ključen celostni model samopoškodovalnega vedenja, ki se osredotoča na začetke samopoškodbenega vedenja, trenutno prisotne oblike NSSI, sprožilne situacije, ki se pojavljajo pred samopoškodbo in vsestranske posledice, ki jih le-ta prinese (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Tekom obravnave moramo imeti v mislih tudi dejstvo, da sta pri NSSI pogosto prisotni tudi stigma in diskriminacija. Slednje od nas zahteva, da delujemo tudi na področju ozaveščanja in destigmatizacije. Obravnava in podpora morata biti celoviti in zajemati vsestranske cilje. Potrebno je, da aktivno preprečujemo eskalacijo začetnega stanja, ki bi še dodatno otežila učinkovito obravnavo in poslabšala počutje osebe. Včasih ni mogoče takoj preprečiti nadaljnjih samopoškodb. Takrat se moramo osredotočiti na zmanjševanje incidence oziroma posledic samopoškodb (Self-harm in over 8s: long-term management, 2011). V podporo so nam tehnike minimizacije škode in alternativni načini spopadanja s stisko, ki jih predstavljamo proti koncu tekočega vsebinskega dela. Poleg tega ne smemo zanemariti

telesnih poškodb, ki zahtevajo znanje o skrbi za površinske rane in preprečevanju brazgotinjenja (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004). Pri posamezniku skušamo zmanjšati dejavnike tveganja na katere lahko vplivamo (omemba tem, ki delujejo sprožilno, izogibanje specifični osebi, itn.) in krepiti varovalne dejavnike (socialno funkcioniranje, učni uspeh) ter na splošno izboljševati kakovost življenja osebe (Self-harm in over 8s: long-term management, 2011). S posameznikom skušamo odgovoriti na vprašanja: kaj se je dogajalo v življenju posameznika, ko se je prvič samopoškodoval, kakšni so njegovi občutki tik preden se poškoduje³⁵, ali se pojavljajo kakšni vzorci, ki spremljajo NSSI, kakšne so značilnosti sprožilne situacije, kaj bi osebi pomagalo pri nadzorovanju sprožilne situacije, kakšne so njene potrebe, kaj bi potrebovala, da bi se počutila bolje, kakšna je stopnja ogroženosti? (Kilburn in Whitlock, 2009; Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004; Self-harm in over 8s: long-term management, 2011). Pri oceni potreb smo pozorni na vire moči in močne točke posameznika, funkcioniranje posameznika v različnih situacijah, ranljivost in trenutne oteževalne okoliščine (razhod s partnerjem, finančna stiska, itn.), preživitvene strategije, fizične, psihične in socialne okoliščine ter spremljajoče probleme. Ko ocenjujemo tveganje smo poleg samomorilne ogroženosti, ki smo jo omenjali že na začetku, pozorni tudi na druge varovalne dejavnike in dejavnike tveganja. V oceno ogroženosti moramo tako vključiti tudi metode samopoškodovanja, ki jih posameznik uporablja in incidenco samopoškodb. Pozorni smo na varovalne dejavnike kot so različne situacije v katerih se posameznik dobro počuti, dobre odnose in strategije ter lastnosti osebe, ki so v preteklosti že uspešno preprečile samopoškodbo. Med dejavnike tveganja, ki jim moramo pri oceni ogroženosti nameniti dodatno pozornost, uvrščamo psihiatrične bolezni, depresivnost, toksične odnose in stresne situacije ter druge psihološke, farmacijske, socialne in motivacijske dejavnike. Vedno je potrebna tako dolgoročna, kot tudi kratkoročna ocena ogroženosti (Self-harm in over 8s: long-term management, 2011).

Kadar je pri NSSI prisotna tudi odvisnost od samopoškodovanja se pri obravnavi najprej osredotočimo na motivacijo in zunanje vzroke socialnega ojačevanja ter delo z bližnjimi. Kasneje se kot uspešni izkažeta dialektična vedenjska terapija in kognitivno-vedenjska terapija. Ključne pa so tudi naslednje tehnike dela: učenje prepoznavanja sprožilnih situacij, čustvenih stanj in problemov, odkrivanje vzrokov za duševne bolečine in neprimerno

³⁵ Priporočljiva uporaba dnevnika.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

odzivanje in družinska terapija (kadar se vzroki za samopoškodovanje nahajajo v družinski dinamiki). V primeru, da je družina vzrok posameznikovih stisk, ogroža njegovo zdravje in ostaja disfunkcionalna kljub poskusom pomoči, je potrebno otroka iz družine odstraniti (Radobuljac, 2018). Tudi med slovenskimi mladostniki je najpogostejši razlog za samopoškodovanje uravnavanje čustev, zato je ključno, da pri obravnavani populaciji spodbujamo razvijanje primernejših metod za uravnavanje čustev in/ali pri njih zmanjšujemo čustvena nihanja. Ker je raziskava pokazala visoko stopnjo travmatiziranosti, moramo pri mladostnikih, ki so primarno sicer deležni strokovne podpore zaradi NSSI, preveriti tudi morebitno viktimiziranost (Bunderla in Gregorič Kumperščak, 2015). Za lažje razumevanja NSSI pri otrocih in mladostnikih navajamo enega izmed primerov, ki ga pogosto zasledimo na področju vzgoje in izobraževanja. To je primer družine v kateri starši postavljajo izrazito visoka, včasih tudi perfekcionistična pričakovanja do otrok. Otroci, ki nedosegljivih standardov ne zmorejo dosegati imajo občutek, da jih starši zavračajo, zato v odnosu do njih začnejo izražati jezo. Ker starši občutkov jeze ne sprejemajo in jih kaznujejo, posameznik le-te obrne navznoter in prične s samopoškodbami (Plener idr., 2010, v Vunderl in Krajncan, 2018).

S številom samopoškodb pri posamezniku narašča tudi tveganje za samomor, hkrati pa pogostejšemu samopoškodovanju pripisujemo tudi resnejšo patologijo. To pomeni, da je pomemben del intervencije preprečevanje nadaljnjih samopoškodb (McDougall, Armstrong in Trainor, 2010). Prevenција vključuje povečan nadzor in intenzivnejšo strokovno obravnavo. Vsaki zaznani samopoškodbi mora slediti pregled in oskrba telesnih poškodb (tudi, če posameznik zavrača psihološko podporo), pogovor in analiza duševnega zdravja, ocena trenutnega tveganja, analiza okoliščin v katerih se je posameznik poškodoval in ocena tveganja za nadaljnje samopoškodovanje ter samomor. Analiza duševnega zdravja mora vsebovati tudi vse informacije o že diagnosticiranih duševnih motnjah, še posebej, če le-te povezujemo s tveganjem za samomor. V vednost in analizo moramo vključiti tudi vse druge dejavnike tveganja za samomor (Self-harm, 2013; Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004). Tveganje se ocenjuje redno, dogovorjeni pa morajo biti tudi natančni načini ukrepanja v primeru, da oseba ponovno začuti potrebo po samopoškodovanju (na koga se obrnit, plan dela, itn.) (Shaw, 2012). Strokovnjak, ki izvede pogovor mora uporabniku pustiti, da z lastnimi besedami opiše okoliščine, v katerih je nastala samopoškodba. Vsako samopoškodbo je potrebno obravnavati kot individualni primer, saj se

razlogi v ozadju lahko razlikujejo od poškodbe do poškodbe (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004). Zelo pomemben je odnos osebe, ki nudi podporo, saj lahko z neprimernim odzivom poveča sram, stisko in jezo posameznika, kar otroku oziroma mladostniku lahko daje še dodaten povod za NSSI. Drža strokovnjaka, prijateljev in bližnjih mora biti odprta, ne obsojajoča in sprejemajoča. Na nikakršen način mu ne smemo pokazati, da zaradi njega tudi mi doživljamo negativne emocije, seveda pa to ne pomeni, da ne moremo izražati skrbnosti (Advice for friends, family & carers, 2008). Ko izvedemo prve korake intervencije in začnemo načrtovati nadaljnjo obravnavo je ključna participacija uporabnika, ki mora imeti priložnost sodelovati pri izbiri pomoči. Vsak korak mora temeljiti na prostovoljnosti³⁶.

Pogosto samopoškodba ni izoliran primer, temveč gre za vedenje, ki se pri posamezniku v nekem obdobju pojavlja redno. Ko obravnavamo tovrstne primere nam lahko koristijo tehnike minimizacije škode in nabor alternativnih načinov spopadanja s stisko (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004). Tehnike minimizacije škode nadomestijo bolj invazivne metode samopoškodovanja z manj škodljivimi metodami. Teh tehnik se je v primerjavi z načelom ničelne tolerance do NSSI oziroma pristopov, ki se izključno osredotočajo le na prewencijo, dolgo držal sloves kontroverznosti. Pionirji tehnik minimizacije so izhajali iz izhodišča, da ima NSSI veliko skupnih točk z ostalimi vrstami razbremenitve (kajenje, stresno prenašanje, itn.). Sklepali so, da »prepoved« tako kadilcu, kot tudi osebi, ki se samopoškoduje, povzroči dodaten stres. Stres, ki sledi prepovedi, se veže s primarno stisko in povzroči stopnjevanje situacije. Da bi se izognili stresu, ki sledi prepovedi, se lahko skupaj z uporabnikom odločimo za alternativne metode, ki imajo še vedno dimenzijo samopoškodovalnosti oziroma jim sledi določena mera razbremenitve. Tehnike, ki se jih otroci in mladostniki spontano poslužujejo lahko vodijo do poškodb pomembnih žil, infekcij in brazgotinjenja. Uporaba metod minimizacije škode pa zagotavlja, da imajo osebe, ki se samopoškodujejo anatomsko znanje, ki preprečuje nesreče, znanje o oskrbi ran in preprečevanju brazgotinjenja, dostop do zdravstvene oskrbe, čistih pripomočkov, dezinfekcijskih sredstev in prve pomoči (Shaw, 2012). V primeru, da se oseba samopoškoduje s strupom, se tehnik minimizacije ne uporablja. Kljub temu, da za samopoškodovanje ni značilen samomorilen namen, je količino strupa težko nadzorovati, kar

³⁶ Izjema je prisilna hospitalizacija, ki jo lahko izvedemo pod natančno določenimi pogoji. Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

pomeni, da se nesreče v teh primerih dogajajo pogosteje (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004).

Poznamo različne metode, ki predstavljajo bolj varne alternativne samopoškodbenemu vedenju. Imenujemo jih metode distrakcije, saj osebo na nek način zamotijo, da ne bi poškodovala površine svoje kože. Distrakcije, ki imitirajo samopoškodbe brez hujših posledic so: »risanje po koži z rdečim markerjem, uporaba kuhinjske elastike na zapestju, tako da se oddalji od kože in spusti, lepljenje obližev na mesta, kjer se oseba želi poškodovati, lepljenje začasnih tatujev/nanašanje henne in odstranjevanje nanešenega, stiskanje ledenih (rdeče obarvanih) kock, drgnjenje z ledenimi kockami po delih telesa, ki jih oseba želi poškodovati, nanašanje s toplo vodo razredčenih barvil za hrano na telo, žvečenje usnja, risanje poškodb na roko s pomočjo ličil, ustvarjanje umetne plasti kože s plastelinom kožne barve, ki lahko služi kot podlaga za previdne reze, ki ne sežejo do kože (za dodaten efekt se lahko uporabi umetna kri), ustvarjanje portretov na katere se nariše poškodbe in nato nastalo uniči, pisanje emocij na fotografijo sebe in uničenje fotografije na koncu, vroč tuš in grob piling, risanje po starih brazgotinah, ugriz v čili, drgnjenje z zobno ščetko po koži, držanje flaše napolnjene z vročo vodo« (Distractions that can help..., 2007, str. 1), »zaužitje nečesa kar ima zelo močan okus (npr. limona, ingver), raztrganje starih oblek, sploščevanje praznih pločevink, risanje/oblikovanje stvari na katere je oseba jezna in uničenje izdelka na koncu, udarjanje s palico ob drevo, udarjanje z vzglavnikom ob steno, metanje ledu v kad/trdo površino, tako da se razleti in cepetanje po tleh s trdo obutvijo«. V trenutku, ko oseba čuti potrebo po samopoškodbi, se bo težko spomnila vseh alternativnih načinov, ki obstajajo, zato je dobro, da ima pri sebi seznam alternativ. Pravilom velja, da se alternativne metode izbira glede na vzrok, ki je v ozadju NSSI. V primeru, da je vzrok jeza bodo primerne metode sproščanja jeze (udarjanje v boksarsko vrečo), ko je oseba žalostna bodo bolj učinkovite ne-agresivne metode odlaganja invazivnih načinov NSSI (topla kopel z milnimi mehurčki in dišečimi olji), kadar posameznik čuti samopoškodovalno potrebo, ker se počuti prazno/kot, da ne obstaja, so najbolj učinkovite metode, ki vzbudijo močne senzacije (pitje grenkega čaja, potapljanje roke v zamrznjeno hrano), v primeru, da posamezniku primanjkuje bistrine in osredotočenosti so uporabne tehnike čuječnosti (opazovanje, tipanje, vohanje, poslušanje, zaužitje rozine) in druge tehnike, ki pomagajo pri fokusu (zbiranje informacij o temi, ki osebo zanimajo), ko posameznik občuti sram ali druge negativne občutke o sebi je priporočljivo uporabiti tehnike,

ki mu bodo dvignile samo-vrednost (branje ljubeznivih sporočil od bližnjih, pisanje seznama o svojih pozitivnih lastnostih) (Kilburn in Whitlock, 2009, str. 1).

Koristne so tudi tehnike odlaganja samopoškodbe. Oseba si zastavi cilj, da se v naslednjih desetih minutah ne bo poškodovala. Ko je cilj dosežen si lahko, če je to še potrebno, zastavi nov, daljši cilj petnajstih minut in tako naprej, dokler želja po samopoškodovanju ne mine. Pomaga si lahko tudi z zapestnicami, ki jih je potrebno prelomiti, da svetijo v temi. Dokler zapestnica sveti se ne sme poškodovati. Kadar samopoškodbo skušamo odložiti, lahko pomaga tudi ozaveščanje določenih misli, ki bodo na osebo delovale motivacijsko. Misli lahko na odpor, ki ga bo čutila, ko bo morala v bolnišnico ali na željo po koži brez brazgotin, ki ji bo omogočala nemoteno nošenje kratkih oblačil in poletno plavanje. Ostale tehnike distrakcije, ki lahko osebi pomagajo, da odloži ali prepreči samopoškodbo so: vpitje, športne dejavnosti, trganje papirja, pikanje balonov in zaščitnega papirja, igre z žogo, plavanje, umetniške dejavnosti in druge aktivnosti, ki vključujejo sproščanje, produktivnost in druženje z ljudmi (Distractions that can help..., 2007).

V primeru, da se oseba z NSSI obrne na osebnega zdravnika, jo lahko ta usmeri h kliničnemu psihologu ali pedopsihiatru. Informira pa jo lahko tudi o različnih načinih samopomoči in splošno dostopnih podpornih službah (Kvas Kučič, Krajnik in Konec Juričič, 2012). Kadar ob samopoškodovanju ni ugotovljen samomorilni namen oziroma visoko tveganje za samomor, hospitalizacija ni indicirana (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Vsekakor pa je potrebna strokovna obravnava, ki jo v lažjih primerih lahko izvaja institucija za izven družinsko vzgojo. Kadar se kljub kontinuirani pomoči stiska večja ali ni opaznih izboljšav, je potrebno vključiti specialiste otroške in mladostniške psihiatrije ali klinične psihologe (Self-harm in over 8s: long-term management, 2011). Zdravljenje, ki je praviloma usmerjeno v dejavnike tveganje in ne na samo NSSI, mora, kot smo že omenili, vključevati tudi posameznikovo družino (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Kadar mora uporabnik jemati različna zdravila, ki so nepovezana s samopoškodovalnim vedenjem, je prav, da je o tem obveščen tudi strokovnjak, ki mu predpisuje medikamentozno zdravljenje. S pravimi informacijami lahko zdravljenje prilagodi tako, da bo možnost zlorabe zdravil za samopoškodovalne namene čim manjša. To je še posebej relevantno za osebe, ki se običajno samopoškodujejo z zastrupljanjem. Za isti namen je ključno, da so zdravila in čistila spravljena na varnem in nadzorovanem mestu (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004).

Samomorilno vedenje

Samomorilno vedenje in tveganje za samomor lahko uspešno prepoznavamo le preko pogovora z mladostnikom (Gregorič Kumperščak, 2012). Te vrste vedenja lahko razdelimo na več stopenj, ki potekajo od manjše ogroženosti, hude ogroženosti do smrti. Stopnje obsegajo: misli o smrti, samomorilne misli, samomorilni načrt, samomorilni namen, poskus samomora in dokončan samomor (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Pri obravnavi samomorilno ogroženega bolnika sledimo trem glavnim ciljem: zaščita pred samouničenjem, dvig samospoštovanja in pritegnitev pomembnih drugih, ki bodo delovali kot varovalni dejavnik (Kogovšek, 2000).

Proces pomoči samomorilnemu otroku oziroma mladostniku je čustveno vedno zelo naporen. Poznamo štiri stopnje reakcij zdravstvenih delavcev, ki delajo s samomorilnimi osebami: 1) *Stopnja naivnosti*, ko je zdravniški delavec v šoku, situacijo zanika in se ji želi izogniti. 2) *Stopnja prepoznavanja* v kateri je delavec že nekoliko bolj opolnomočen, poleg nekaterih občutij iz prve faze pa se sooča s strahom, napetostjo, brezupom in zmedenostjo. 3) V *stopnji odgovornosti* imajo delavci občutek, da morajo bolnika na vsak način zaščititi saj je to njihova odgovornost. Pri tem čutijo jezo in krivdo. 4) Zadnja stopnja je *stopnja individualne izbire*, ko zdravstvenik spozna, da je za svoje življenje odgovoren bolnik sam. Zavedajo se in sprejemajo možnost, da lahko bolnik stori samomor, čeprav so sami storili vse kar je v njihovi moči, da bi to preprečili (Kogovšek, 2000). Menimo, da lahko omenjene faze projiciramo tudi na druge profile zaposlenih, ki jih srečujemo v vzgojni zavodih. Da bi lahko čim boljše zaščitili duševno zdravje zaposlenih skušamo v zavodu vzpostavljati klimo, v kateri se ljudje zavedajo, da odgovornost za svoje življenje nosi le samomorilna oseba.

Kadar obstaja sum za samomorilno vedenje moramo z otrokom oziroma mladostnikom izpeljati pogovor. Pogovor mora potekati v skladu s smernicami za vodenje svetovalnega razgovora in temeljiti na pristnem odnosu. Pogovor z otrokom oziroma mladostnikom stopnjujemo postopoma, pri tem pa pazimo, da smo odprti, ne razsojamo ali moraliziramo, oblikujemo vprašanja, ki niso ogrožajoča in pazimo, da situacije ne minimaliziramo temveč spoštujemo vsa čustva, ki se pri posamezniku pojavljajo (Kastelic, 1991). Uspešnost pogovora temelji na spontanem pripovedovanju osebe. Pripovedovanje lahko svetovallec s pravo mero aktivnosti pospešuje ali zavira, ko je preveč ali premalo aktiven. Za tovrsten pogovor si mora nujno vzeti dovolj časa. Pozoren mora biti na tisto kar sogovornik pove, še bolj pa na tisto kar namenoma izpusti in izraža neverbalno. Skozi celoten proces osebi pomaga izražati in

razumevati čustva, ki jo obremenjujejo. S tovrstnim pogovorom običajno začnemo v času akutne stiske zato je bistveno, da ga začnemo z razbremenjevanjem (Zavasnik, 1994). Oseba, ki intenzivno razmišlja o samomoru je pogosto čustveno zelo vznemirjena, joka in govori nerazumljivo. Naša glavna naloga je, da vsako tovrstno vedenje jemljemo nadvse resno, saj oseba na drugi strani mogoče le še išče potrditev, da ji nihče več ne more pomagati. Kot smo že dejali pogovor lahko spremlja intenziven jok, ki bi ga svetovalec morebiti želel ustaviti in racionalizirati doživljanja osebe v stiski. Kljub temu, da nam jok povzroča tesnobo moramo osebi pustiti jokati, saj se bo le tako lahko razbremenila in počutila sprejeto. Ko se oseba umiri in nekoliko sprosti, lahko začnemo pogovor o vzrokih stiske in potencialnih možnostih razreševanja stiske (Tekavčič-Grad in Topolovec, 2004). Tovrsten pogovor mora imeti dva glavna namena: a) omogočiti posamezniku, da odkrito govori o svoji stiski – razbremenitev in b) mu pomagati, da uvide druge možnosti za izhod iz stiske, ki jih prej ni videl (Prestor, 2000). Primerno vprašanje za uvod v temo bi lahko bilo: »Zdiš se mi nekam žalosten. Te kaj vznemirja?«. Nadaljujemo lahko z vabilom, da se o njegovem življenju pogovorita: »Ali bi se želel z menoj o tem pogovoriti?«. Pristop je odvisen predvsem od tega ali je prisotna tudi duševna motnja. Če motnje ni, je primernejši socioterapevtski pristop, sicer pa je lahko potreben medicinski pristop (Kastelic, 1991, str. 84). Posebno pozornost moramo nameniti mladim osebam, ki se bodo na nas obračali z navidezno trivialnimi problemi in bodo svojo stisko težko opisovali z besedami. V pogovoru z njimi moramo biti potrpežljivi in jim nuditi podporo pri verbalizaciji občutkov. Posebnost svetovalnega razgovora z mladimi osebami je tudi ta, da so mladi pred šestnajstim letom še posebej občutljivi na zasebnost in nas bodo lahko prosili za popolno zaupnost. Tu moramo osebi razložiti v katerih primerih se tega dogovora mogoče ne bomo mogli držati, drugače pa se dogovora o zaupnosti držimo. Pogosto se zgodi, da otrok oziroma mladostnik sprva prosi za popolno zaupnost, vendar po koncu pogovora z nami spozna, da potrebuje pomoč odraslih in poda soglasje o obveščanju specifičnih oseb (Varah, 1985).

Da bi lahko ocenili samomorilno ogroženost moramo učencu, ko je odnos vzpostavljen in pogovor steče zastaviti tudi konkretna vprašanja o samomoru: »Si kdaj razmišljal, da bi končal svoje življenje, Si že kdaj poskušal narediti samomor?« (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012, str. 93). Nekatere osebe o samomoru govorijo zelo odprto, zato je pri njih ocena ogroženosti lažja. Osebam, ki se težko odprejo in delijo svoje misli, lahko pomagamo s pomočjo naslednjih vprašanj: »Ali ste že kdaj razmišljali, da življenje zdaj za vas nima

posebne vrednosti?, Ali ste že kdaj razmišljali, da bi si kaj storili in bi se vse skupaj končalo?, Ste že kdaj razmišljali o samomoru? Kako ste razmišljali da bi ga naredili? Ali imate pripravljene tablete, pištolo, kam bi se obesili, od kot skočili itd.? Kaj vas je do sedaj zadrževalo da tega niste storili«. Ta vprašanja je pogosto zelo težko zastaviti, vendar je pomembno, da jih, saj le tako lahko preprečimo katastrofo (Tekavčič-Grad in Topolovec, 2004, str. 54). Pogovor o samomoru pri mladostniku ne more zvišati tveganja za samomorilnost, ravno na sprotno, prinese lahko olajšanje in občutek, da nam je mar (Kastelic, 1991). Glede na odgovore, ki jih dobimo na zastavljena vprašanja lahko ocenjujemo stopnjo ogroženosti za samomor. Kadar so prisotne pogoste in intenzivne misli ali kadar so samomorilne misli prisotne pri otroku, je tveganje za samomor visoko. Tveganje se poveča kadar, je prisoten močan samomorilni namen in še dodatno kadar je izdelan natančen samomorilni načrt z dostopno metodo in majhno možnostjo, da bi načrt lahko preprečili zunanji vplivi. Samomorilno tveganje ocenjujemo tudi na pretekle poskuse samomora. Na drugi strani je tveganje za ponoven TS manjše, če je bil poskus samo eden, je bil le-ta izveden impulzivno in je bila možnost, da poskus preprečijo zunanji vplivi visoka. Tveganje se poveča, kadar je poleg TS pri posamezniku prisotno tudi samopoškodbno vedenje, ki je že zahtevalo medicinsko obravnavo (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Suicidalno ogroženost torej lahko določimo glede na tri glavne informacije: prisotnosti samomorilnega načrta, izvedljivost načrta in predhodni TS. Pri pogovoru suicidalno osebo (v nadaljevanju osebo) skušamo izvedeti čim več informacij o načrtu (kako, kdaj, kje), pozorni pa smo tudi na dejavnike tveganja, ki jih lahko prepoznamo pri osebi (starejša oseba, bolezen, izolacija, zavrženost, itn.). Načrti, ki imajo za posledico nedvomno takojšnjo smrt pomenijo večjo stopnjo ogroženosti, kot načrti, ki bi imeli za posledico počasno smrt. Samomorilno ogroženost predstavljajo tudi suicidalne geste, samomorilne misli brez načrta in že samo poigravanje z mislijo o samomoru. Dodatni dejavniki, ki nakazujejo na samomorilno ogroženost posameznika so: odsotnost upanja, nedavna prekinitev odnosa, izolacija, izločenost, depresivnost, zasvojenost z alkoholom ali drogami, posedovanje pripomočkov, ki bi olajšali TS in urejanje administrativnih zadev. Posebno ranljive so osebe moškega spola stare čez 60 let/s kroničnimi bolečinami/bolne. Izrazito tvegano obdobje pa je čas, ko se posameznik začasno počuti boljše. V takem stanju namreč pridobi dodatno energijo, ki mu je morebiti manjkala, da bi lahko izvršil samomor. Prav tako ljudje okoli njega v tem obdobju, zaradi navideznega boljšega počutja, potencialni samomorilnosti ne namenjajo toliko pozornosti. Ko ocenjujemo suicidalno tveganje moramo imeti v mislih, da ni dovolj, če

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

tveganje ocenimo le enkrat. Pomembno je, da počutje posameznika preverjamo večkrat. Kolikokrat je odvisno predvsem od stopnje tveganja (Varah, 1985).

V trenutku, ko se zavemo, da je naš sogovornik samomorilen ali celo poskuša storiti samomor, skušamo ostati mirni in sledimo načelom, ki jih opisujemo v nadaljevanju. Najprej opisujemo smernice, ki jih navajajo psihoterapevtsko usmerjeni strokovnjaki, nato pa še smernice, ki so namenjene ekipi nujne medicinske pomoči.

Vsako tožbo in misel o samomoru je potrebno vzeti resno. Težav ne minimaliziramo, ne obljublamo molčečnosti in ne vzbujamo občutkov krivde. V primeru, da sumimo, da je naš sogovornik samomorilen, se z njim pogovorimo o njegovih občutjih. V pogovoru izražamo naklonjenost in iskreno skrb, povemo, da ga skušamo razumeti in nas zanj skrbi. Damo mu vedeti, da ni sam temveč obstajajo ljudje, ki mu stojijo ob stani in mu lahko pomagajo. Spodbudimo ga k iskanju pomoči in mu po potrebi pri tem pomagamo. Z osebo ostanemo dokler ne dobi ustrezne pomoči. V primeru TS pokličemo reševalce. Kadar obstaja nevarnost poskusa samomora, ki ga sami ne moremo preprečiti pokličemo policijo (Tekavčič-Grad in Topolovec, 2004).

V nadaljevanju so opisane smernice za pristop k samomorilno ogroženi osebi na terenu za ekipe nujne medicinske pomoči. Informacije so lahko selektivno uporabne tudi za druge osebe, ki se srečujejo s sorodnimi situacijami. Pred pristopom k osebi se najprej skušamo prepričati ali je oseba heteroagresivna in lahko ogroža naša varnost. V primeru, da varnost ni mogoče zagotoviti za podporo zaprosimo policijo. Ko si zagotovimo varnost do samomorilne osebe (v nadaljevanju odstavka osebe) pristopimo s ciljem pridobiti zaupanje preko vizualnega in verbalnega stika. V primeru, da je bil TS že izveden, najprej nudimo prvo pomoč. Pri obravnavi osebe je najpomembnejša komunikacija. Osebo je potrebno na prevoz v bolnišnico ustrezno pripraviti. Pozorni moramo biti, da v naši komunikaciji ni zaznati teatralnosti ali moralizacije, naša telesna drža mora biti sproščena in ne sme nakazovati uporabo sile. Z osebo skušamo vzpostaviti čim bolj pristen in tesen medoseben odnos ter pri njej vzbuditi pozitivne občutke o njej sami. Preko pogovora z osebe se dogovorimo, da bomo iz njene neposredne bližine odstranili ostre in/ali nevarne predmete. Povemo ji, da smo tu, ker ji želimo pomagati, kar lahko storimo le, če ostane živa. Naš cilj je dosežen, ko oseba spozna, da je zanjo najbolje, če z nami odide v bolnišnico, kjer bo dobila ustrezno strokovno pomoč. Narava intervencije zahteva neposrednost zato ogroženo osebo vprašamo ali še razmišlja o

samomoru. Pri pogovoru se izogibamo besednim zvezam »vse bo v redu« in »ne skrbite« saj kljub dobremu namenu izražajo temeljno nerazumevanje situacije. Če opazimo odnos med osebo in bližnjimi, ki nakazuje, da se oseba ob njih ne počuti dobro, jim spremstvo v bolnišnico onemogočimo. Oseba s seboj lahko vzame predmete, ki ne ogrožajo njenega zdravja in ji nudijo uteho. V primeru, da kljub vztrajnosti in trudu, prostovoljnega odhoda ni mogoče izvesti, lahko zdravnik odredi prisilno hospitalizacijo. Pri tem je ključno spoštovanje dostojanstva, osebnosti in varnosti osebe. Uporabimo najmanjšo mero prisile, ki še služi cilju in skrbimo, da oseba ostane nepoškodovana. Vsakršno uporabo pripomočkov za imobilizacijo nemirne in agresivne osebe mora odrediti zdravnik. Ko smo osebo varno spremili na pot v bolnišnico ponovno skušamo vzpostaviti odnos, ki je bil zaradi prisile morebiti izgubljen. Z osebo skušamo skleniti dogovor, da v času, ko je z nami, ne bo poskušala izvesti samomora (Prestor, 2000, str. 542).

V primeru, da je oseba že poskusila narediti samomor, moramo pridobiti odgovore na naslednja vprašanja: Kako posameznik razlaga poskus? Kakšni so bili vzroki za TS in kateri cilj je oseba skušala doseči? Kako močan je bil namen samouničenja? Kako visoko ostaja tveganje za samomor? Kakšne stiske posameznik doživlja? Kaj se je dogajalo pred TS? Kakšne so značilnosti sprožilne situacije? Ali je pri posamezniku prisotna duševna motnja, in če, koliko to motnjo povezujemo s samomorilnim tveganjem? Pomembno je določiti tudi možne oblike pomoči in preveriti ali oseba pomoč sprejema. Pri ocenjevanju resnosti poskusa samomora si lahko pomagamo z lestvico avtorjev Weisman in Worder, ki nam lahko služi kot opora za poglobljenem pogovor z osebo (Žmitek, 1999).

Glede na stopnjo ogroženosti posamezniku lahko svetujemo različne službe. Kadar je stopnja ogroženosti visoka ali se je oseba že poškodovala pokličemo nujno reševalno pomoč, psihiatra ali dežurnega zdravnika. Če sami ne moremo nadzorovati situacije in za preprečitev smrti potrebujemo dodatno pomoč pokličemo tudi policijo. V primeru, ko se ogroženost po naši intervenciji začasno sicer zmanjšala, vendar je še vedno prisotna, osebo usmerimo k (osebnemu) psihiatru, psihologu ali psihoterapevtu. V primeru, da je kriza nastopila zaradi specifičnega dogodka, ki se običajno ne pojavlja, osebo usmerimo k določeni specialni službi. Če je bil povod za krizo nasilje nad klicalcem poskrbimo, da oseba po potrebi uporabi storitve varnih hiš. Kadar ocenimo nizko stopnjo ogroženosti, osebi lahko priporočimo prostovoljne službe in krizne telefone (ob težkem življenjskem obdobju) ali skupine za samopomoč (ko gre za specifične težave) (Klemenčič in Dragar, 2004). Bolnišnična obravnava mladostnikov v

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

samomorilnim vedenjem je iniciirana vedno, tudi brez privolitve, kadar: je potrjena psihoza, je poskus samomora nasilen, skoraj usoden, in ko so še prisotna samomorilna razmišljanja (Lunder, 2016). Običajno je iniciirana kadar: je oseba s TS moškega spola, vseh mladostnikov z visokim tveganjem za samomor, osebe z vztrajnimi samomorilnimi mislimi in depresivnimi oziroma psihotičnimi simptomi, kadar je bilo ob TS prisotno uživanje psihoaktivnih substanc, ko se TS ni zgodil prvič, ko so ob TS uporabljene manj pogoste metode (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Prav tako je o prisilni hospitalizaciji potrebno razmišljati kadar: je bilo pri poskusu visoko tveganje in majhna možnost rešitve, je prisotna telesna bolezen in/ali odvisnost od alkohola in drog, posameznik nima socialne mreže, so prisotni občutki brezupa, nemoči in izčrpanosti in obstajajo načrti za ponoven poskus. Ne glede na omenjeno, je v vseh primerih potrebna strokovna obravnava (Žmitek, 1999), kar pa še ne pomeni, da je nujna bolnišnična obravnava. To velja še posebej takrat, ko je posameznik obkrožen z ljudmi, s katerimi ima vzpostavljeno dobro čustveno vez (Kastelic, 1991). V raziskavi iz leta 1984 so preučevali dejavnike, ki vplivajo na uspešno zdravljenje mladostnikov s TS. Ugotovili so, da na zdravljenje pozitivno vpliva: *Participativni pristop*, ki vključuje aktivno in pristno sodelovanje mladostnika pri lastnem zdravljenju in njegov uvid v razumevanje problema vključno z dejavniki, ki so ga pripeljali do TS. *Vključenost bližnjih*, ki povečuje možnost za uspešno zdravljenje. Njihova vključenost tekom hospitalizaciji pa hkrati pomeni tudi večjo verjetnost, da bodo mladostniku lahko uspešneje pomagali tudi po odpustu iz bolnišnice. *Vključenost mladostnika v vzgojno-izobraževalni proces oziroma področje dela*, kjer glavni varovalni dejavnik predstavlja občutek pripadnosti sodelavcem ozirom sošolcem. Problem lahko nastane, če je bilo ravno to okolje iz katerega so izvirale številne stiske, ki so vodile do poskusa samomora. Kot zadnji dejavnik raziskava navaja *nadaljevanje strokovne psihološke obravnave tudi po odpustu iz bolnišnice*. Razreševanje stisk, ki so vodile do samomora je namreč dolgotrajen proces, ki ga ni mogoče rešiti izključno v času hospitalizacije, poleg tega pa je ravno domače okolje tisto, v katerem mora posameznik dejansko razrešiti specifične izzive (Žmuc-Tomori, Mrevlje, Pačnik in Ovsenik, 1984).

Pomemben dejavnik tveganja je kot smo že opisovali tudi samomor v družini, zato je ključno, da ne pozabimo na osebe, katerih bližnji so storili samomor. Organizirano pomoč osebam, ki so izgubile bližnje zaradi samomora, imenujemo postvencija. Po samomoru osebe se pri bližnjih pogosto pojavita dve med seboj povezani občutji: sram in krivda. Občutek krivde je značilen za osebe, ki so ocenile, da bi morale nekaj storiti vendar tega niso naredile ali pa so

namere oziroma proces opustile. O sramu pa lahko govorimo takrat, ko je bil posameznik neuspešen pri izpolnjevanju zahtev idealnega selfa. Ti občutki bližnje močno bremenijo in prispevajo k izgubi samospoštovanja in razvrednotenja samega sebe. Posamezniki imajo občutek, da njihove notranja občutke deli tudi zunanji svet, ki jih obsoja, zato se pogosto socialno izolirajo. Starši otrok, ki so umrli za samomorom imajo občutek, da so neuspeli kot starši, nekateri imajo tudi občutek izgube smisla življenja (čeprav imajo še živeče otroke). Govorijo o ponižanosti in manjvrednosti: »Odkar je sin umrl, si sploh ne upam sodelovati, če se kolegice v službi pogovarjajo o vzgoji otrok, čeprav včasih mislim, da katera ne ravna prav, si ne upam povedati svojega mnenja, saj nisem uspela kot mati in se počutim povsem brez vrednost«. Za delo z žalujočimi je ključno, da jih sprejmemo z vsemi njihovimi občutki, saj le tako lahko premagajo stisko, sprejmejo sram in se soočijo s krivdo (Tekavčič-Grad in Zavasnik, 1995). Ne glede na okoliščine dejanje samomora prizadene ljudi, ki so bili umrlemu blizu, pa tudi ljudi, ki so sodelovali pri njegovi strokovni obravnavi. Tudi, če strokovni delavci uporabnika niso osebno poznali, se soočajo s stisko, ki jo je potrebno nasloviti. Cilj je validacija čustev in zaključek, da odgovornost nosi le oseba, ki je samomor storila. Smernice za nudenje podpore lahko najdemo v Priročniku za pomoč zdravstvenemu osebju po samomoru pacienta (Tekavčič-Grad, 2007).

Prva pomoč po samomorilnem poskusu ali samopoškodbi

Prva pomoč po poskusu samomora ali samopoškodbi se razlikuje glede na metodo TS/samopoškodovanja, ki je bila uporabljena in glede na stopnjo uspešnosti izvedene metode. V nadaljevanju opisujemo postopanje v primerih, ki se najpogosteje pojavljalo. Opisani postopki služijo kot opora, ne morejo pa nadomestiti opravljenega tečaja prve pomoči, ki ga je priporočljivo obnavljati.

Prvi ukrepi pomoči

Za ukrepanje moramo najprej ugotoviti kaj je z osebo narobe. Če je oseba pri zavesti jo lahko vprašamo ali pa informacijo pridobivamo od morebitnih očitvidcev. Osebi oskrbimo poškodbe in ji hkrati nudimo čustveno podporo (tolažimo, zagotovimo, da je ne bomo zapustili, primemo za roko, itn.), ki je ravno tako pomembna kot oskrba poškodb. Kadar je oseba nezavestna je postopek zahtevnejši, še posebej, če ni jasno razvidno kaj se je zgodilo. V primeru, da je oseba, ki se je poškodovala, negibna, preverimo pulz. To lahko storimo v zapestju s prstnimi blazinicami kazalca, sredinca in prstanca. Pozorni smo, da se osebe ne dotikamo s palcem, ker bi nas pri zaznavi pulza lahko zmedel naš lastni. Na vratu pulz

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

merimo ob grlu oziroma adamovem jabolku. Poškodovane osebe, še posebej tiste pri katerih je moten krvni obtok, hitro izgubljajo telesno temperaturo, zato jih moramo tesno pokriti z dvostransko metalizirano folijo (zlata barva je zgoraj, obrnjena navzven, tako da jo vidimo), ki je obvezen del prve pomoči v motornih vozilih. V sili uporabimo tudi druge tople predmete (dekle, plašč, šal, itn.). Pri oskrbi skušamo uporabljati čim bolj sterilne pripomočke (Keggenhof, 2007).

V primerih, ko je potrebna nujna medicinska pomoč čimprej pokličemo 112. Najboljše je, da ena oseba obvesti reševalce medtem, ko druga oseba začne z oskrbo poškodovanca. Operaterju povemo kje se poškodovanec nahaja, kaj se je zgodilo, koliko ljudi potrebuje oskrbo in kakšne poškodbe ali znake bolezni je potrebno obravnavati. Zveze ne prekinem temveč počakamo na potencialna vprašanja ali usmeritve operaterja (Keggenhof, 2006).

Oživljanje

V primeru, da ne zaznamo pulza, pokličemo nujno reševalno pomoč (če to ne more storiti kdo drug) in začnemo z umetnim dihanjem »usta na nos« ali »usta na usta«. Položaj poškodovane osebe je ležeč, z glavo v znak. Naša naloga je, da poškodovancu zapremo usta (če gre za umetno dihanje »usta na nos«) in 10-krat (odrasli človek) oziroma 20-krat (otrok) na minuto vpihavamo zrak v nos (Keggenhof, 2006).

Kadar pride do zastoja srca je potrebna zunanja masaža srca oziroma defibrilacija. Če imamo na voljo defibrilator ga uporabimo. Za izvajanje zunanje masaže srca mora oseba ležati na trdi podlagi. Pri masaži pritiskamo na sredino prsnega koša, 100-krat na minuto za štiri do pet centimetrov globoko (Keggenhof, 2006).

Umetno dihanje in zunanja masaža srca si morata slediti izmenično. Pri odraslih začnemo s 30 pritiski masaže srca in nadaljujemo z dvema vpihoma. Prehod med metodama mora biti hiter. Z oživljanjem ne prenehamo dokler se krvni obtok in dihanje ponovno ne vzpostavi oziroma do prihoda reševalcev. Če je oživljanje uspešno osebo damo v stabilni bočni položaj za nezavestnega in jo neprestano preverjamo. Pri otrocih uporabimo eno ali dve roki in začnemo s petimi umetnimi vdih, nato sledi 30 pritiskov masaže srca. Po eni minuti vživljanja v razmerju 30:2 pokličemo reševalce (Keggenhof, 2006).

Krvavitev in oskrba ran

Pri krvavitvah si najprej nadenemo rokavice za enkratno uporabo, da se zaščitimo pred boleznimi, ki se prenašajo preko krvi. Skušamo priklicati pomoč, saj oskrbovanje krvavitev poteka lažje v paru, ko lahko nekdo začasno ustavi krvavitev, medtem ko drugi zagotovi komplet za prvo pomoč in pokliče nujno medicinsko pomoč (Keggenhof, 2006).

Pri krvavitvi iz roke osebo poležemo na hrbet, krvavečo roko nemudoma dvignemo pravokotno od tal in s štirimi prsti pritisnemo na arterijo na notranji strani nadlakti. Krvavitev bo takoj prenehala in drugi osebi omogočila, da rano oskrbi s kompresijsko obvezo. Za to potrebujemo dva povoja in gazo. Gazo položimo na rano, enega izmed povojev ne razpustimo in ga uporabimo za pritisk na rano. Z drugim povojem roko čvrsto obvežemo in jo namestimo v nekoliko višji položaj. Po nekaj minutah lahko prenehamo s pritiskom na arterijo (Keggenhof, 2006).

Pr krvavitvi iz noge izvedemo pritisk na stegensko arterijo v dimljah. V primeru, da prve pomoči nimamo poleg sebe, v sili uporabimo kos čiste tkanine, ki ga pritisnemo na rano. Kasneje oskrbo nadomestimo s kompresijsko obvezo in nogo namestimo nekoliko višje. Kompresijske povoje je po potrebi treba menjavati (če so premočeni s krvjo) (Keggenhof, 2006).

Ob izgubi krvi se pri človeku lahko pojavi šok. Šok prepoznamo po zvišanem pulzu (običajno več kot 100 utripov v minuti), bleedi, hladni in mokri koži. Osebo zebe. Na začetku je zelo nemirna in nervozna potem pa počasi začne izgubljati zavest. Ker je osebo v tem trenutku zelo strah je bistveno, da jo mirimo in ji skušamo nuditi oporo. Posledice šoka so lahko hude in ob neustrezni oskrbi vodijo v smrt. Pri obravnavi avtoagresivnega vedenja se bomo s šokom lahko srečali pri močnih krvavitvah in hudih opeklinah. Najprej moramo oskrbeti vzrok šoka (krvavitev, opekline), nato s folijo poskrbimo, da oseba ne izgublja toplote. Ko je oseba zavita jo namestimo tako, da bodo noge za 20 do 40 cm dvignjene od tal (Keggenhof, 2006).

Pri samomorilnem vedenju je večja verjetnost, da se bomo srečali z zgoraj opisanimi krvavitvami, pri samopoškodbenem vedenju pa se bomo pogosteje srečevali z urezninami in vbodi. Ko oskrbujemo rane se držimo treh splošnih pravil: preprečimo onesnaževanje rane, ustavimo krvavitev in imobiliziramo predel z rano ter s tem zmanjšamo bolečino. Za oskrbo lahko uporabimo obliže, sterilno oblogo, sterilno obvezo, povoj, povezo z lepilnim trakom,

povoj iz gaze ali trikotno ruto. Pri tem pazimo, da v stik z rano prihajajo le sterilni materiali. Tovrstnih ran ne smemo izpirati z vodo ali čistiti s kakšnimi drugimi preparati (razen po navodilih zdravnika). Tudi morebitnih tujkov ne smemo odstranjevati sami. Ko rano oskrbimo, pri poškodovancu preverimo ali je ustrezno zaščiten pred tetanusom (Keggenhof, 2006).

Toplotne poškodbe in kemične opekline

Pri opeklinah opečene dele telesa začnemo takoj hladiti pod mrzlo vodo (najmanj 10 ali 15 minut). Če je v napoto kos obleke, ga previdno odstranimo tako, da ne poškodujemo kože. Ko prenehamo z ohlajanjem opečeni del nežno prekrijemo s sterilno gazo in tako preprečimo okužbe. Nastalih mehurjev ne prediramo. Pri hujših opeklinah se lahko tako kot pri krvavitvah razvije šok (Keggenhof, 2006).

Zastrupitve

V primeru, da se je oseba skušala samopoškodovati s strupom, je ključna čimprejšnja napotitev na urgenco. Kot smo že večkrat poudarili za samopoškodovanje ni značilen samomorilen namen, vendar je količino strupa težko nadzorovati, kar pomeni, da se nesreče v teh primerih dogajajo pogosteje. Poleg tega pa pri zastrupitvah posledice niso vidne (takoj), zato je pomembno, da zdravstveno stanje čimprej oceni zdravnik (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004).

Kadar je posledica zastrupitve onesnaženost zraka s plini, najprej poskrbimo za samozaščito in šele nato pomagamo osebi. Ker se zastrupitve pogosto zgodijo s čistilnimi sredstvi in zdravili, le-te poskušamo hraniti na čim bolj varni lokaciji. Zdravniški pomoči bomo delo močno olajšali, če bomo imeli odgovore na naslednjih šest vprašanj: kdo se je zastrupil (starost, spol in teža), s čim, koliko (količina in koncentracija strupene snovi), kdaj, kakšni so znaki in kaj smo že storili, da bi osebi pomagali. Najbolj prepoznavni znaki zastrupitve so: »slabost, bruhanje, trebušne bolečine, driske, obilvanje znoja, motnje dihanja in krvnega obtoka, krči, motnje zavesti, zastoj dihanja in krvnega obtoka«. Da bi lahko ugotovili kaj se je zgodilo je včasih potrebno natančno izprašati osebo (Keggenhof, 2006, str. 131).

Splošna navodila za ukrepanje ob zastrupitvah narekuje, da najprej preverimo zavest, dihanje, krvni obtok in potem po potrebi izvajamo ustrezne ukrepe, ki smo jih že opisali. Splošno prepričanje ob zastrupitvah je, da lahko pomagamo z mlekom in s sprožitvijo bruhanja. To prepričanje je napačno, zato osebi ne dajemo nikakršnih tekočin brez navodil zdravnika in

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

prav tako ne sprožamo bruhanja. Če oseba začne bruhati sama od sebe, ji pri tem pomagamo. V primeru, ko vemo, da se je oseba zastrupila s pesticidom lahko pričakujemo zastoj dihanja in krvnega obtoka. V teh primerih je nujna uporaba rokavic, saj gre za kontaktne strupe. Obraz zastrupljenega moramo previdno očistiti. V primeru, da oseba zaužije kemikalije v obliki kisline ali luga, lahko v ustih opazimo belo nabreklijo in vlažno kožo (pri luku) in suho z belimi, rumeno rjavkastimi hrastami (pri kislini). Takrat osebi v majhnih požirkih takoj damo za piti vodo ali čaj in pokličemo reševalce (Keggenhof, 2006).

Pri zastrupitvah s plini moramo biti posebej pozorni na lastno varnost. Previdni smo, da ne zanetimo iskre, prostor poskusimo prezračiti in odpeljemo osebo na svež zrak. Nato preverimo dihanje, zavest in krvni obtok ter ustrezno ukrepamo. Oseba mora ne glede na to ali so prisotni opozorilni znaki ali ne na opazovanje v bolnišnico. Zadušitev z izpušnimi plini pomeni zastrupitev z ogljikovim monoksidom. Pri osebi lahko v tem primeru zaznamo: glavobol, ki se običajno pojavi kot prvi znak, »slabost, povezana z bruhanjem, vrtoglavica, zamegljen vid, pri hujših zastrupitvah tudi zmedenost, dušenje, sinkopo, epileptične krče, znake podobne možganski kapi in nezavest«. Posebnost te zastrupitve je ta, da obraz zastrupljenega ostaja rožnat čeprav oseba ne more dihati (Keggenhof, 2006, str. 133).

Pri zastrupitvah se pogosto uporablja tudi aktivno oglje (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004), ki uspešno veže večino strupov, upočasnjuje absorpcijo v telo in posledično zmanjšuje sistemsko toksičnost. Kljub temu, da je v velikih primerih zaužitje aktivnega oglja ob zastrupitvah koristno, obstajajo primeri, ko lahko aktivno oglje situacijo močno poslabša. Zaradi potencialne nevarnosti priporočamo, da imate aktivno oglje v bližini, vendar ga (v primeru zastrupitev) brez ustreznega medicinskega znanja o uporabi oziroma priporočila zdravstvenega strokovnjaka ne uporabljajte (Možina in Jamšek, 2009).

ZASVOJENOST

Ameriško združenje za medicino zasvojenost (American Society of Addiction Medicine) (2020) opredeljuje zasvojenost kot kronično bolezen, ki se kaže v delovanju možganov. Gre za kronično bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani z motivacijo in spominom. Moteno delovanje sklopov nevronske povezave vpliva na telesno in duševno stanje zasvojenega, prizadene njegove odnose z okolico in pusti posledice v družini in širši okolici (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). O zasvojenosti lahko govorimo, ko se določen vedenjski vzorec prične vsakodnevno ponavljati in postane središče razmišljanja in dogajanja v življenju zasvojenega (prav tam). S kompulzivnim uporabljanjem snovi ali vedenjem, kljub škodljivim posledicam, nadaljujejo (American Society of Addiction Medicine, 2020). Tega ravnanja oziroma vedenja ne more opustiti in ga neprestano ponavlja, saj bi v nasprotnem primeru prišlo do odtegnitvene reakcije (Društvo Stigma, 2020). Za zasvojenost je značilna posameznikova nesposobnost za trajno abstinenco, zmanjšana zmožnost prepoznavanja resnih težav tako v vedenju posameznika kot v medosebnih odnosih ter disfunkcionalno čustveno odzivanje, oslABLJENA sposobnost nadzora nad vedenji in želja po omami (Inštitut za zasvojenosti in travme).

Zasvojenost je lahko kemična ali ne kemična. Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 (2008) opredeljuje kemične oblike zasvojenosti oziroma zasvojenost na podlagi zlorabe substanc kot so zasvojenost z alkoholom, prepovedanimi drogami in tobakom. Sindrom odvisnosti se lahko pojavi pri specifični psihoaktivni substanci, kot je tobak ali alkohol, pri skupini substanc, npr. opioidov, ali v širšem okviru farmakološko različnih psihoaktivnih snovi. Kemična zasvojenost ustvari telesno odvisnost, kar pomeni, da se kemične snovi vključijo v telesno presnovo in postanejo nujno potrebna za telo (Društvo Stigma, 2020). Kot je navedeno v MKB-10 (2008) je za odvisnost značilna močna želja po zaužitju droge, težave pri obvladovanju jemanja droge, vztrajanje pri uživanju droge kljub škodljivim posledicam, povečana toleranca in občasno telesne motnje zaradi odtegnitve substance. Odtegnitveno stanje se kaže kot skupina različno povezanih simptomov, ki se pojavijo pri odtegnitvi psihoaktivne snovi po obdobju trajnega uživanja substance. Nastop in potek odtegnitvenega stanja sta časovno omejena in odvisna od vrste substance in odmerka, ki je bil zaužit pred prenehanjem uživanja droge ali zmanjševanjem njene količine.

Ne-kemične ali vedenjske zasvojenosti so od leta 2010, kot posebna kategorija uvrščene na seznam diagnoz Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) in opredeljujejo zasvojenost s hazardiranjem oziroma kockanjem, deloholičarstvo, zasvojenost s seksom, nakupovanjem in ostalo. Ne kemične zasvojenosti se pogosto povezujejo z drugimi težavami z duševnim zdravjem, predvsem z motnjami razpoloženja in drugimi vrstami zasvojenosti. Ključni pokazatelj vedenjske oziroma ne kemične zasvojenosti so velika pomembnost določene aktivnosti za posameznika, sprememba razpoloženja, toleranca, odtegnitveni simptomi, konflikt in ponavljanje aktivnosti oziroma vedenja. Posameznik o aktivnosti nenehno premišljuje in hkrati pomembno vpliva na njegovo čustvovanje in vedenje kadar se v aktivnost vključi. Po njej hrepeni in se ji je nezmožen upreti ter se impulzivno udeležuje v njej. Kadar aktivnosti ne more izvajati ali se jih izogne, lahko izkusi neprijetne odtegnitvene simptome kot so razdraženost, nemir, tresenje, slabost, simptomi tesnobe in depresije. Za omenjeno aktivnost porabi prevelike količine časa kar prinaša konflikte v medosebnih odnosih oziroma na drugih področjih življenja. Prisoten je lahko tudi občutek notranjega konflikta oziroma občutek izgube nadzora (NIJZ, 2014).

Zasvojenost je diagnosticirana po kriterijih zasvojenosti s substancami, ki so predstavljene v DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Posameznik je po omenjenih kriterijih diagnosticiran kot oseba s težavo zasvojenosti, če izpolnjuje vsaj tri, v nadaljevanju našteje kriterije. Pri posamezniku se pojavljajo daljša obdobja uživanja substanc in toleranca do substance kar pomeni, da posameznik potrebuje vedno večje količine substance, da doseže želen učinek. Pojavljajo se neuspešni poskusi abstinence in odtegnitveni sindrom ter nadaljnjo uživanja kljub negativnim posledicam, ki jih substanca povzroča. Posameznik večino časa namenja uživanju substance ali okreva po njenih učinkih. Prav tako opusti svoje interese in druženje (Bickel, Mueller in Jarmolowicz v McCrady in Epstein, 2013). Svetovna zdravstvena organizacija (2020) dodaja še posameznikove težave pri nadzorovanju vedenja, psihična in fizična odvisnost od učinkov droge, nezmožnost sprostite, nepredvidljivo vedenje z menjavanjem razpoloženja, nepovezan govor, hiperaktivnost.

Hammond in Sharma (2017) navajata osem pristopov zdravljenja mladostnikov z zasvojenostjo in sicer:

- Uporabljati je potrebno pristop, ki je prilagojen razvojni stopnji mladostnika.

- Identificirati raven oskrbe, ki jo lahko mladostniku nudite in vire skupnosti kamor ga lahko napotite v primeru izražene potreb po oskrbi na višji ravni, ki običajno poteka kot stanovanjska ali intenzivna ambulantna storitev.
- Sodelovanje staršev ali skrbnikov in družine, bo v procesu zdravljenja, pomagalo izboljšati rezultate zdravljenja, odnose med starši in mladostniki oziroma delovanje družine. Celovita diagnostična ocena, ki zajema oceno mladostnika in njegovih staršev se uporablja za opis razvoja tveganja, zaščitnih dejavnikov, trenutnih in vseživljenjskih duševnih motenj ter uživanje substanc in s tem povezanih motenj.
- Uporabljajte **evidence based behavioral interventions** kot ključno metodo zdravljenja. Obstajajo močni dokazi o učinkovitosti psihosocialnih ali vedenjskih intervencij pri zdravljenju mladostnikov s SUD.
- Nujna je ocena mladostnika, ali ima pridruženo psihiatrično motnje kot je ADHD, motnja vedenja, depresija, stresna motnja. Po potrebi je pomembno zagotoviti celostno zdravljenje.
- Obravnava odtegnitveni simptomov
- Vključitev sistematskega pregleda urina kot del začetnih presejalnih in vzdrževalnih faz zdravljenja.
- Vključitev 12 stopenjskega programa

V raziskavi National Household Survey on Drug Abuse so ugotovili, da droge uživajo že otroci pri dvanajstih in trinajsti letih, nekateri celo prej. Zgodnja zloraba substanc zajema kajenje tobaka, pitje alkohola, uživanje marihuane in zdravil na recept kot so uspavalne tablete in pomirjevala. V raziskavi so ugotovili tudi, da zgodnja zloraba drog privede do težjega uživanja drog v zgodnjem mladostništvu (National Institute on Drug Abuse, 2003).

V raziskavi ESPAD (2015) so glede na odgovore mladostnikov, v kolikšni meri jim je določena substanca dostopna, ugotovili sledeče:

23% sodelujočih v raziskavi kadila cigarete pri trinajstih letih ali manj. Pojavljajo se razlike med fanti in dekleti. V večini držav je namreč več fantov kot deklet kadilo pri trinajstih letih ali mlajši. 4% mladostnikov zajetih v vzorec so poročali, da so pri trinajstih letih vsakodnevno kadili cigarete. Raziskava je pokazala, da večina mladostnikov ni še nikoli kadila, približno 21% sodelujočih pa so opredeljeni kot kadilci. Študije so pokazale, da je tveganje za odvisnost od nikotina, višja kadar posameznik s kajenjem začne že v zgodnjih letih. Pomembno je izpostaviti, da je število mlajših kadilcev, torej tisti, ki niso še dopolnili izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

trinajst let, upadlo. Najpomembnejša preventiva je informiranje o nevarnosti tobaka za zdravje in celoviti več sektorski ukrepi pod katere spada podražitev cen tobaka in tobačnih izdelkov, davčni ukrepi, zaščita pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu iz okolja, embalaža tobačnih izdelkov in omejitve oglaševanja. Prav tako je pomembna omejitev dostopa mladoletnih oseb do tobačnih izdelkov.

Skoraj polovica sodelujočih mladostnikov je poročala, da so alkohol uživali pri trinajstih letih ali manj. Eden od dvanajstih mladostnikov je doživel zastrupitev z alkoholom pri trinajstih letih ali manj. Splošno pa je o zastrupitvi poročalo več fantov kot deklet. Uporaba alkohola med mladostniki v Evropi je visoka. V povprečju so alkohol zaužili štirje od petih mladostnikov, vsak drugi pa je alkohol zaužil v zadnjih 30ih dneh.

Približno 3% sodelujočih je prvič poskusila marihuano pri trinajstih letih ali manj. Marihuano, amfetamine, ekstazi, kokain in druge psihoaktivne substance so v splošnem prej zaužili fantje kot dekleta, pri starosti trinajst let ali manj.

V raziskavi je bilo kot pomanjkljivost in težava na področju dela v vzgojnih zavodih, izpostavljeno delo z rizičnimi skupinami otrok in mladostnikov med katere spadajo otroci in mladostniki, ki imajo težave z odvisnostjo. V vzgojnih zavodih namreč ni ustreznih vzgojnih programov, zaradi česar prihaja do velikih obremenitev zaposlenih, hkrati pa je imajo zmanjšano skrb zase, kar pomeni, da finančnih sredstev za supervizijo ni na volji (Zrim Martinjak, 2017).

Vse odvisnosti imajo nekatere skupne značilnosti. Odvisnost od prepovednih drog pa ima specifične zdravstvene in socialne posledice. V raziskavi Dežman navaja, da stanovalci vzgojnih zavodov odvisnost povezujejo z uživanjem heroina. O odvisnikih imajo negativno mnenje. Sicer pa avtor ugotavlja, da se odvisnost pri stanovalcih vzgojnega zavoda, pojavlja, vendar so to posamezni primeri (Dežman, 2008).

V vzgojnih zavodih strmo narašča uporaba nedovoljenih drog in njihovih uporabnikov kar predstavlja visoko tveganje za širjenje nalezljivih bolezni kot sta hepatitis C in AIDS. V posameznih institucijah kjer potekajo različni programi pomoči odvisnim, se izvaja svetovanje na različnih nivojih, dvig motivacije, intenzivno osebno in skupinsko delo ter vključevanje v zdravstvene ustanove ali zunajzavodske oblike dela. Nedovoljene droge se pojavljajo v vseh institucijah. Ugotovljeno je, da se uživanje marihuane, LSDja, kokaina,

heroina in drugih drog pojavlja že v zavodih z osnovnošolsko populacijo. Mladostniki, ki uživajo prepovedane droge kažejo delinkventno vedenje ali so storilci kaznivih dejanj (Kramarič v Horvat in ostali, 2000).

Kramarič (2000) navaja, da so socialni pedagogi v vzgojnih in prevzgojnih ustanovah niso kompetentni pri prepoznavanju otrok in mladostnikov, ki uživajo droge, prav tako so pomanjkljivo seznanjeni z informacijami o nadaljnjem usmerjanju otrok. Nemoč socialnih pedagogov pri obravnavanju problematike se kaže tudi pri tem, da otrok in mladostnikov, ki še ne uživajo drog, ne morejo zavarovati pred nevarnostmi, da sami posežejo po drogi ali se okužijo z nalezljivo boleznijo ali jih zavarovati pred stresnimi situacijami in izsiljevanjem.

Kramarič (2000) navaja, da bi rešitev predstavljale določene alternative s katerimi bi bilo mogoče začasno omejiti problem uživanja drog med zavodskimi mladostniki. Ena od možnosti bi bila edukacijska skupina, ki bi delovala glede na kadrovske in prostorske možnosti zavoda. V primerih, ko zavod ni razpoložljiv za ustanovitev edukacijske skupine, naj se vzpostavi stanovanjska skupina z "drug free" programom, ki bo obravnaval uporabnike. Nujno je vzpostaviti tudi preventivni program, ki bo v okviru zavodske obravnave zajel vso populacijo in so bo izvajal celo leto.

Pogosto mladi ob uporabi prepovedanih substanc postanejo odvisni s kratkotrajnim vzburjenjem ali evforičnostjo, poleg tega pa zanemarjajo posledice, ki jih tovrstni kratkotrajni »užitki« prinesejo. Pri tem imamo v mislih zlasti zatiranje kognitivnih miselnih procesov, začasne psihoze, halucinacije, poskusi samomorov, nasilje, izguba spomina, depresija, visok krvni tlak, kratka problemi, ki vodijo v težave z duševnim zdravjem. Pogosto je uporaba prepovedanih substanc povezana tudi s kaznivimi dejanji. Težko je napovedati ali se bo razširjenost zlorabe mamil v kombinaciji s kriminalom in prestopništvom v prihodnosti povečevala ali zmanjševala med mladimi, zagotovo pa je, da se oborožimo z najnovejšimi informacijami in znanji, da lahko mladim zagotovimo najučinkovitejše zdravljenje. Pri tem je glavni izziv razvoj celovitega duševnega zdravja in krizne intervencijske storitve, ki bi v fazi opojenosti lahko povzročila dodatno škodo posamezniku (Roberts, Yeager, 2005).

PSIHATRIČNE IN KOMBINIRANE TEŽAVE/MOTNJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

Nekaj otrok in mladostnikov, ki so nameščeni v vzgojne zavode ima diagnosticirane različne duševne motnje, za nekatere se glede na njihovo simptomatsko vedenje predvideva, da imajo motnje, vendar ne pridejo do obravnave. Številni otroci oz. mladostniki pred namestitvijo v vzgojni zavod, niso bili ustrezno diagnosticirani, ni bilo ugotovljeno njihovo duševno stanje ter morebitna prisotnost duševnih motenj oz. bolezni, čeprav so starši, vzgojitelji, učitelji zaznavali, da z otrokom »ni vse v redu«. Ne glede na to so bili napoteni v vzgojni zavod, kjer so bili s svojim vedenjem preveč moteči in nevarni (Zalokar, 2015).

Strokovno osebje v vzgojnem zavodu zaznava, da nekateri otroci oz. mladostniki kažejo različne znake in simptome duševnih motenj oz. bolezni, pozneje se ob pregledih pri psihiatru res ugotovi, da potrebujejo resno in redno zdravljenje zaradi duševnih motenj. Pogosto se pokaže, da duševne motnje trajajo že zelo dolgo in niso bile niti prepoznane niti zdravljene, v nekaterih primerih so potrebne celo hospitalizacije (prav tam).

Na podlagi navedenega je v letu 2012 Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, opravilo poizvedbo o številu otrok in mladostnikov v vzgojnih zavodih, ki so v letu 2011 potrebovali specialistično zdravstveno obravnavo zaradi duševnih motenj. Namen raziskave je bil predvsem ugotoviti kakšno je obstoječe stanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov v slovenskih vzgojnih zavodih. V zavode in domove za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi motnjami je bilo v letu 2011 vključenih 379 oseb. Raziskava je bila opravljena v desetih vzgojnih zavodih. S poizvedbo je bilo ugotovljeno, da je 41,95 % (159) otrok in mladostnikov, povprečno starih 14,6 let v letu 2011 potrebovalo oskrbo zaradi težav v duševnem zdravju (prav tam).

Ugotovili so tudi katere so najpogosteje postavljene diagnoze duševnih motenj. Posamezne diagnoze so se lahko pojavljale pri različnih otrocih kot prve, druge ... do šeste. Število udeležencev je bilo 131. Od poročevalcev ni bilo zahtevano, da opredelijo, katera diagnoza je vodilna. Rezultati raziskave so pokazali, da se med duševnimi motnjami najpogosteje pojavlja motnja z oznako F92 (šifre po MKB 10) oz. mešane motnje vedenja in čustvovanja (prav tam).

V ospredju glede pogostosti duševnih motenj je **F92 - mešane čustvene in vedenjske motnje**: F92.0 (1), F92.9 (16), vedenjske in čustvene motnje (42), čustveno-vedenjska

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

motnja (2), čustvena in vedenjska motnja v otroštvu (5), MVČ (17) in opozicionalno kljubovalno vedenje (2). Po pogostosti pojavljanja sledi **F90 – hiperkinetične motnje**: težave z nemirnostjo in pozornostjo (1), motnje pozornosti s hiperaktivnostjo (1), motnja pozornosti in koncentracije z vedenjsko motnjo (3), hiperaktivnost, vedenjske težave (1), hiperkinetična motnja z motnjo vedenja (1), ADHD (7), F90 (1), F90.0 (1), F90.1 (4), hiperkinetična motnja (2), motnja pozornosti in koncentracije (7) in motnja pozornosti (4). Ter **F93 – Čustvene motnje z začetkom v otroštvu**: depresija z možnostjo samomora (1), samopoškodbeno vedenje z depresivno problematiko (1), depresija (4), depresivne misli (2), nihanja v razpoloženju (1), bipolarna motnja – mešana slika (1), sum bipolarne motnje (3), dif. dg. za bipolarno motnjo (1), OCD – neopredeljena (1), obsesivno-kompulzivna motnja (1), specifična fobija (1), anksiozno-depresivna motnja (5), anksioznost (1), socialna fobija (3), panična motnja (1), druge čustvene motnje v otroštvu (1) in F93.9 (1) (prav tam).

Pri 102 otrocih in mladostnikih obstajajo podatki o hospitalizacijah (54) zaradi duševnih motenj. Na podlagi poizvedbe je mogoče sklepati, da imajo **otroci in mladostniki v vzgojnih zavodih v velikem številu resne težave z duševnim zdravjem**. Pojavlja se skrb zaradi razsežnosti problema, pa tudi zaradi dostopa do zunaj bolnišnične psihiatrične službe. Neustrezna obravnava lahko povzroči oziroma še bolj utrdi duševne motnje in tako vodi v večjo neuspešnost v poodpustnem obdobju kakor pri samem bivanju v vzgojnem zavodu. Glede na ugotovljeno stanje bi bilo treba proučiti, kako okrepiti sodelovanje s specialisti duševnega zdravja (prav tam).

2.3 Otroci in mladostniki z izrazitimi težavami v duševnem zdravju

Posebno podskupino otrok in mladostnikov v vzgojnih zavodih sestavlja tudi populacija z izrazitimi težavami v duševnem zdravju.

Tako kakor danes so tudi leta 1982 ugotavljali, da obravnavanje otrok in mladostnikov z motnjami vedenja in osebnosti nima enotnega in ustreznega raziskovalnega temelja. Že leta 1982 je bil sprožen poziv k učinkovitejši ureditvi oz. odpravi pomanjkljivosti pri rizični populaciji:

- »Rizični del populacije gojencev – izraz 'rizična skupina' ali 'rizični pacienti' je uveljavljen v medicini. Z njim označujejo paciente, pri katerih sodobne medicinske intervencije ne dajejo rezultatov. Že nekaj let se izraz »rizični gojenci« uporablja tudi v vzgojnih zavodih. Z njim označujejo zavodski delavci gojence, ki jim niso kos.

- V to skupino sodijo tudi gojenci, ki bi bili potrebni medicinskega, psihiatričnega ali psihoterapevtskega obravnavanja in jim vzgojno osebje z znanjem, ki sodi v poklicni profil vzgojitelja, ni kos (Zalokar, 2015).

Rizično populacijo doživljajo zavodski delavci kot odvečno in motečo. Vedno večji obseg in pojavnost psihiatričnih motenj in duševnih obolenj otrok in mladostnikov med praktiki pogosto zastavljalo vprašanje: *»Ali je sedanja organiziranost vzgojnih zavodov z izključno pedagoškim osebjem in predpisanim pedagoškim pristopom sploh še ustrezna institucija za obravnavanje zdravstvenih idr. težav otrok in mladostnikov?«*. Dejstvo je, da je zgolj socialno-pedagoški pristop pri tovrstnih motnjah neučinkovit. Stroka na le to opozarjala že pred desetletji in do današnjega dne stanje v zavodih ostaja nespremenjeno in se ne premika. Zgodil se je le premik na mikro-ravni in sicer, uvedba pedagoško-zdravstvenega modela obravnave v vzgojnem zavodu Planina (prav tam).

Tudi v tujini (različne raziskave) se pri zaprtih mladoletnih prestopnikih, v zavodih srečujejo z zelo velikim obsegom otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju. Preučuje se pomembnost tretmanskega modela. V Sloveniji takih raziskav ni zaznati. Na potrebo po ustrezni obravnavi otrok in mladostnikov, ki potrebujejo pedopsihiatrično zdravljenje, že vrsto let opozarja tudi varuh človekovih pravic (otroke in mladostnike se ob pojavu resnejših psihiatričnih motenj zapira v psihiatrične oddelke za odrasle). V Vzgojnem Zavodu Planina se je že leta 1991 med strokovnimi delavci postavljalo vprašanje, *»Kam z otroki, ki imajo diagnozo predpsihotično stanje?«*. Otroci s to diagnozo v taki instituciji niso in ne morejo biti ustrezno obravnavani (prav tam).

Prav tako je relativno visok delež otrok in mladostnikov, ki so bili pred oddajo v Vzgojni zavod Planina že psihiatrično obravnavani. In sicer je bilo 66% otrok in mladostnikov pred oddajo v Vzgojni zavod Planina vključenih v pedopsihiatrično obravnavo. Pomembno je izpostaviti, da so bili v raziskavo vključeni le otroci/mladostniki katerih nenormalno vedenje je bilo mogoče od normalnega vedenja ločiti na podlagi vidnih znakov. Če bi bili v pedopsihiatrično obravnavo zajeti vsi obravnavani otroci in mladostniki (187), bi bil odstotek nekaterih diagnosticiranih motenj najverjetneje drugačen oziroma višji (npr. anksioznost, čustvene motnje) (prav tam).

Problematiziranje umeščanja otrok in mladostnikov s predpsihotičnimi stanji, psihozo, hudimi motnjami vedenja ipd. v vzgojne zavode verjetno ne bi bilo tako pereče, če bi pedagoško

osebje vzgojnega zavoda imelo ob hujših vedenjskih ekscesih, izbruhih, nevarnih vedenjih takojšen odziv in pomoč zunanjih strokovnih služb. Tovrstni ekscesi so bili v vseh časih obravnavani na oddelkih odrasle psihiatrije, z nasilnim in agresivnim vedenjem se otroška in mladostniška psihiatrija ni ukvarjala ne v preteklosti ne danes (prav tam).

Nujnost pravočasne diagnostike in prepoznavne motenj

Vzgojni zavodi ne želijo prelagati odgovornosti na psihiatrijo – ne gre za psihiatiziranje, ampak zgolj za zahtevo po pregledu, diagnostiki in predopsihiatrični obravnavi otrok. Potrebno je ugotoviti za katero vrsto razdiralnega vedenja gre, saj je razlika če je agresivnost simptom duševne motnje in se v bistvu srečujemo z duševno motnjo. Ta ugotovitev je pomembna za nadaljnjo obravnavo v vzgojnem zavodu, saj v nasprotnem primeru lahko vzgojitelj kljub dobrim namenom posega po napačnih metodah in uporablja npr. pogovor ni primeren za vse (Zalokar, 2015).

Vzroki razdiralnega oz. nasilnega vedenja otrok in mladostnikov so številni. Prepletajo se tako zunanji kot notranji dejavniki, od osebnostnih, družinskih, družbeno-kulturnih, socialnih do finančno-ekonomskih. V ozadju razdiralnega vedenja so lahko tudi duševne motnje (prav tam).

Pri motnjah vedenja se srečujemo z občasnimi in posameznimi izbruhi jeze, besa, stalnimi vzorci razdiralnega vedenja, s trajnim prekoračevanjem osnovnih pravic drugih in ponavljajočim se prestopanjem splošno uveljavljenih socialnih norm. Razdiralno vedenje je mogoče opaziti pri opozicionalno-kljubovalni motnji, hiperkinetičnih, razpoloženskih in psihotičnih motnjah, pri motnjah avtističnega spektra in nekaterih drugih razvojnonevroloških motnjah, vključno z duševno manjrazvitostjo, vendar le kot mogoč in ne kot značilen simptom. Psihiater lahko pomaga le pri razdiralnem vedenju, ki je povezano z duševnimi motnjami (prav tam).

Prav razdiralno vedenje je najpogostejša napotena diagnoza za obravnavo pri otroškem in mladostniškem psihiatru. Ta napotitev je smiselna in upravičena le, če so v ozadju takega vedenja duševne motnje (prav tam).

Velika in resna težava v Sloveniji je, da nimamo ustreznega oddelka oziroma specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, ki bi v obravnavo sprejeli otroke s hudimi motnjami vedenja. Na oddelkih za odrasle jih odklanjajo ter se po nekaj dneh že vrnejo v vzgojne

zavode. Zdravljenje pa je nujno potrebno, da bi se preprečilo nadaljnje nasilno in neobvladljivo vedenje, ki bi lahko ogrožalo otroka/mladostnika samega ter osebe v njegovi bližini, govorimo o anomaliji sistema. Otroci z nasilnim in neobvladljivim vedenjem v Sloveniji nimajo ustrezne obravnave in zdravstvene oskrbe. Pedagogi tako v številnih primerih ne vedo, zakaj se otrok vede, kakor se, kakšna je prava etiologija njegovih motenj ter kateri bi bili ustrezni programi in ukrepi, če jih sploh poznamo in imamo (prav tam).

Prav tako imajo otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja težave pri nameščanju v vzgojne zavode. Pogosto se dogaja, da jih institucije odklanjajo in izključujejo iz obravnave, ker ne »spadajo« v nobeno institucijo. Vzroki za težave pri nameščanju so pogosto težave v duševnem zdravju, med drugim težko sprejemajo tudi agresivne otroke, mladostnike, ki eksperimentirajo z drogami, nimajo pokritih koncev tedna, počitnic, otrok, ki so bili predhodno že v drugem zavodu (prav tam).

Študije o stanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v CPS (The child protection service) na Norveškem, ki so jih opravili Lehmann in drugi (2013) in Jozefaik in Kayed (2015) so pokazale, da se tako otroci, ki živijo v rejništvu, kot otroci, ki živijo v zavodih v večini primerov soočajo s težavami v duševnem zdravju. Prav tako imajo izkušnje s trpinčenjem v otroštvu ter prisotna je slabša kvaliteta življenja. Te ugotovitve potrjujejo tudi druge raziskave po svetu. Ameriški raziskovalci McMillen in drugi so leta 2005 opravili študijo med mladostniki starimi 17 let, ki so zapuščali rejniško oskrbo (N=155). Raziskava je pokazala, da jih je bilo 33 odstotkov takih, ki se soočajo z različnimi duševnimi motnjami. Ravno tako so podobno raziskavo opravili v Veliki Britaniji. In sicer so leta 2007 Ford, Vostanis, Meltzer in Doodman na vzorcu 839 otrok starih med 5 in 17 let, ki so v izven družinski obravnavi, ugotovili, da se 38.6 odstotkov le teh sooča z duševnimi motnjami (po klasifikaciji MKB-10). Na podlagi različnih raziskav so ugotovili, da se vsak drugi otrok (50%) v CPS na Norveškem se srečuje s kriteriji za duševne bolezni (Lehmann in Kayed, 2018).

Raziskovalca Lehmann in Kayed sta članek napisala z namenom preučiti razširjenost duševnih motenj in dostop do storitev za zdravljenje duševnih težav otrok in mladostnikov, ki so nameščeni v alternativni oskrbi na Norveškem. Izvedli so raziskavo ter pregledali uradno Norveško poročilo s ciljem izboljšati dostop do psihiatričnega zdravljenja za otroke, ki so

nameščeni v alternativnih oblikah oskrbe. Na podlagi lastnih ugotovitev so predlagali rešitve (prav tam).

V raziskavo so bili vključeni otroci v rejniških družinah stari med 6 – 12 let (N=279). V povprečju so bili v prvi namestitvi 4 leta. Raziskovali so razširjenost duševnih motenj pri tej skupini otrok. Rezultati so pokazali, da je 50,9% vključenih otrok in mladostnikov bilo v času raziskave diagnosticiranih (z DSM-4) za eno ali več duševnih motenj. Najpogosteje postavljene diagnoze so bile: čustvene motnje (24,0%), vedenjske motnje (21,5%), RAD – reaktivna motnja pri navezovanju odnosov v otroštvu (F94.1) (19,4%) in ADHD (19,0%). Pogosto sta se pojavljali po dve motnji skupaj. Najpogostejše oblike neustrezne oskrbe otrok v primarnih družinah so bile sledeče: resno zanemarjanje (86,3%), zloraba drog in alkohola (55,3%), prisotnost duševne motnje pri starših (53,3%) ter izpostavljenost nasilju (36,0%). Tveganje za razvoj duševne motnje je povečevala izpostavljenost resnemu zanemarjanju, različnim vrstam nasilja in predhodne namestitve (prav tam).

Dalje so opravili še raziskavo na področju »Residenatl youth care«. V raziskavo so bili vključeni mladostniki iz zavodov/stanovanjskih skupin stari med 12 – 20 let (N=400). V povprečju so bili v času raziskave stari 16,5 let. V povprečju so bili na zahtevo CPS (The child protection service CPS) iz primarne družine izseljeni pri starosti 12,5 let. Ugotovili so, da so bile najpogosteje postavljene sledeče diagnoze: depresija in distimija (kronična milejša depresija) (37,3%), sledijo motnje anksioznosti (37,3%), ADHD (32,3%), aspergerjev sindrom (23,2%). Enako kot pri otrocih v rejništvu je bilo pogosto sočasno pojavljanje dveh motenj, in sicer je 76,2% mladostnikov je zadostilo kriterijem najmanj ene duševne motnje (diagnoza postavljena na podlagi DSM-IV). Ugotovili so, da je 71,0% mladostnikov je poročalo o trpinčenju v primarni družini. Izkušnja trpinčenja je bila povezana s pojavnostjo Aspergerjevega sindroma, velike depresivne motnje, distimije, generazlizirane anksioznosti, poskusa samomora. Izkušnja poli-viktimizacije (izpostavljenost družinskemu nasilju, žrtev nasilja, žrtev spolne zlorabe, nefunkcionalnost družine) je povezana z povečanim tveganjem za pojav duševne motnje (prav tam).

Avtorja Lehmann in Kayed (2018) ugotavljata, da je v praksi veliko razhajanje med potrebami po zdravljenju duševnih motenj ter dostopnostjo. Mladostniki imajo kompleksne potrebe, ki ne morejo biti odpravljene zgolj s pomočjo ene od služb, pojavlja se potreba po intenzivnem sodelovanju in povezovanju znotraj in med splošnimi in specialnimi storitvami.

Ugotovitve so izpeljali iz raziskav, v katero so bili vključeni mladostniki živeči v RYC (Residential youth care) na Norveškem, ki je pokazala, da jih je kljub temu, da jih je imelo v povprečju 76,2% duševne motnje, le 25,1% prejelo pomoč iz strani CAMHS (The Child and Adolescent Mental Health Services).

Skupnost centrov za socialno delo Slovenije navaja nekaj predlogov za ureditev omenjenega področja:

- *Potrebno je poskrbeti za celostno obravnavo otroka ali mladostnika na enem mestu – nujno je oblikovati regijske strokovne time (pedopsihiater, klinični psiholog/psiholog, psihoterapevt, socialni delavec, pedagog, delovni terapevt/logoped/defektolog, ki bi otroka in družino obravnavala od začetka 'dogodka' (zlorabe, travmatične ločitve ali izgube bližnje osebe...) vse dokler obravnavo potrebuje oz. tudi do odraslosti, če je to treba. Ob tem bi bilo treba poskrbeti za financiranje z zdravstvenim zavarovanjem, saj tako preprečimo kronične bolezni v pozni mladosti oz. zgodnji odrasli dobi.*
- *Potrebno je zagotoviti odprtje »zaprtega« oddelka za otroke in mladostnike s hudimi psihiatričnimi težavami/duševnimi motnjami in agresivnim vedenjem kot tudi ustrezne strokovne in tehnične podpore in pogoje za njihovo namestitev po odpustu iz bolnišnice.*
- *Potrebno je sprejeti dodatne možne ukrepe za mladoletnike, kot je na primer psihoterapevtska obravnava, izrek popoldanskega dnevnega varstva ipd.*
- *Oblikovati seznam odvetnikov, ki imajo specifična znanja za delo z mladoletnimi osebami in se izobražujejo na tem področju.*
- *Obvezno je širiti dostopnost psihoterapije (iskati je treba možnosti financiranja, se povezovati z občinami za zagotavljanje sredstev za različne oblike terapij za mladoletne s težavami).*
- *O sprejemu otroka na zdravljenje brez privolitve mora odločati sodišče (otroku je treba postaviti skrbnika, ki ni starš in zagovornika, ker nekateri otroci in mladostniki odklanjajo institucijo, programski del, storitve, izvajanje strokovnih aktivnosti).
Osveščanje o duševnih motnjah in razvoj drugih preventivnih programov:*
- *v program izobraževanja otrok v osnovnih in srednjih šolah je treba vnesti vsebine o tem, kaj so to duševne motnje, kako jih prepoznati, kam se obrniti po pomoč;*

- oblikovati nov program šole za starše, v katerem bi poleg trenutnih vsebin dodali vsebine o odraščanju in vzgoji otrok;
- organizirati je potrebno izobraževanja za vzgojitelje v vrtcih in učitelje za pravilno preventivno ravnanje in zgodnjega odkrivanja težav (Skupnost centrov za socialno delo, 2017)

ZLORABE

»Zloraba otroka je širši pojem in obsega različne oblike slabega ali škodljivega ravnanja z otrokom; poleg telesnega trpinčenja je to še spolna zloraba, zanemarjanje in čustvena zloraba. Vsak od teh pojavov ima svoje značilnosti, različne vzroke in povode, različne vrste posebno različnih situacij in značilnosti družin in oseb, ki so vpletene v dogajanje. Zato navadno obravnavamo vsak pojav zase, čeprav s včasih različne oblike zlorabe prekrivajo vsaka od oblik zlorabe otrok ima tudi svoje zakonitosti prepoznavanja, preprečevanja in ukrepanja.« (Gorišek, M. 1995, str. 165).

Zloraba ali trpinčenje otrok zajema vse oblike slabega ravnanja, mednje uvrščamo telesno in/ali čustveno nasilje, spolne zlorabe, zanemarjanje, izpostavljanja otroka, ki ogroža ali dejansko škoduje otrokovemu zdravju, razvoju ali spoštovanju, v okviru odnosa, ki zajema odgovornost, zaupanje in moč (WHO Consultation on Child Abuse and Neglect, 1999).

Pod pojmom zlorabe se bomo v nadaljevanju osredotočili predvsem na spolne zlorabe ter intervencije na področju zaznav spolnih zlorab.

Včasih je definicija spolne zlorabe, ki je bila v uporabi predvsem v klinični praksi pomenila vsak spolni kontakt med odraslo osebo in spolno nezrelim otrokom zaradi seksualne zadovoljitve odraslega oz. kot spolni kontakt z otrokom ob uporabi sile, groženj ali prevare z namenom dosega otrokovega sodelovanja. Poleg tega se med spolne zlorabe uvršča vsak spolni kontakt, ki ga otrok ni mogel odkloniti zaradi razlike v starosti, moči ali narave odnosa z odraslim« (Finkelhor in Korbin, 1988, v Šraj, 2010). Zgornja definicija pa ne zajema več vseh vidikov spolne zlorabe, saj so storilci vedno pogosteje tudi mlajši od 18 let, ki ne veljajo za odrasle. Tako danes velja za zlorabo vsak spolni kontakt, ki je posledica prisile ali prevare s pomočjo izkazovanja moči, pred katero oseba klone (Šraj, 2010).

Empiričen del

Raziskovalna metoda

Namen in cilji

V zavodih za vzgojo in izobraževanje je nameščena tudi populacija z zelo kompleksnimi težavami oziroma takšna katerih so vedenjski in čustveni odzivi na zahteve vsakdanjega sveta tako obremenilni, da njihove reakcije zahtevajo posebne smernice in pristope. Z pripravo nove zakonodaje, ki predpostavlja celostno obravnavo preko strokovnih centrov, na celotnem kontinuumu pomoči, bodo kriteriji in smernice za ravnanje v kriznih situacijah pomemben doprinos.

Izrazito nasilje (avto/hetero agresija otrok in mladostnikov), kompleksne, večplastne težave, psihiatrična obravnava otrok in njihove specifike v delu in intervencah vzgojnih zavodov, zasvojenost z mediji in socialne veščine, zasvojeni mladi v vzgojnem zavodu terjajo dogovorjene strokovne smernice za ravnanje in spoprijemanje z njimi.

Cilji:

- Analiza dobrih praks v tujini
- Pregled in analiza obstoječe problematike v vzgojnih zavodih
- Prepoznavanje indikatorjev za nastanek raziskovane problematike in hitro detekcijo
- Priprava izhodišč za pripravo smernic in metod reševanja problematike kriznih situacij
- Ustvarjanje mrežnega pristopa v reševanju problematike
- Priprava pedagoških metod v delu z obravnavano populacijo
- Odpravljanja diskriminacije zaradi otrokove težave v primerjavi z drugimi otroci ali mladostniki v zavodu.

Podatki o respondentih in ustanovah

V raziskavo, ki je potekala med 15. in 30. septembrom 2020 v vseh slovenskih ustanovah za vzgojo in izobraževanje vedenjsko in čustveno težavnih/motenih otrok in mladostnikov v naslednjem zaporedju (Mladinski dom Malči Beličeve Ljubljana, Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec, Vzgojni zavod Kranj, Vzgojno-izobraževalni zavod Višnja gora,

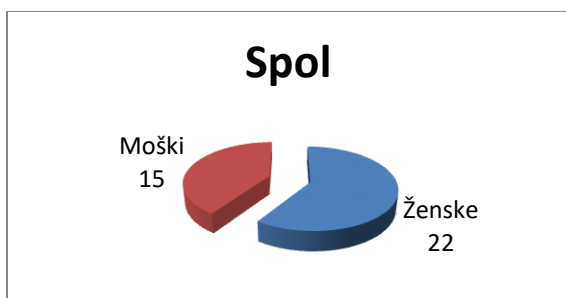
Mladinski dom Maribor, Mladinski dom Jarše, Vzgojni dom Veržej, Vzgojni zavod Planina in Vzgojno – izobraževalni zavod Frana Milčinskega Smlednik).

Prosili smo, da bi v pogovorih sodelovali ravnateljica oziroma ravnatelj, dva vzgojiteljica oziroma vzgojitelj z ustreznimi izkušnjami in po potrebi še svetovalni/a delavec/ka. Vse intervjuje sva vodila avtorja raziskave, ob tem sta bila/i navzoča/i še dva študenta/ki drugega letnika magistrskega študija Socialne pedagogike Univerze na Primorskem.

Spol:

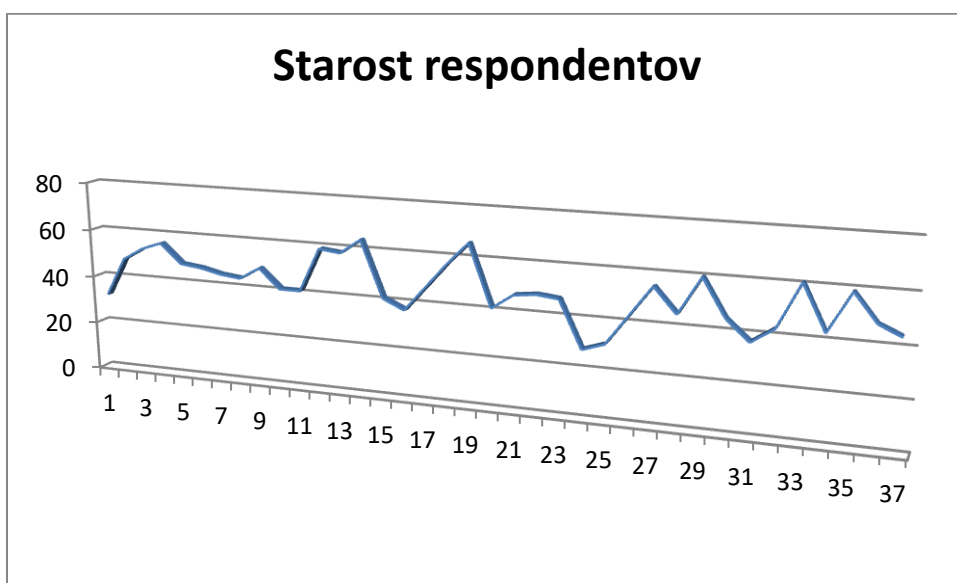
Ž 22

M 15



Starost:

Graf starost udeležencev:

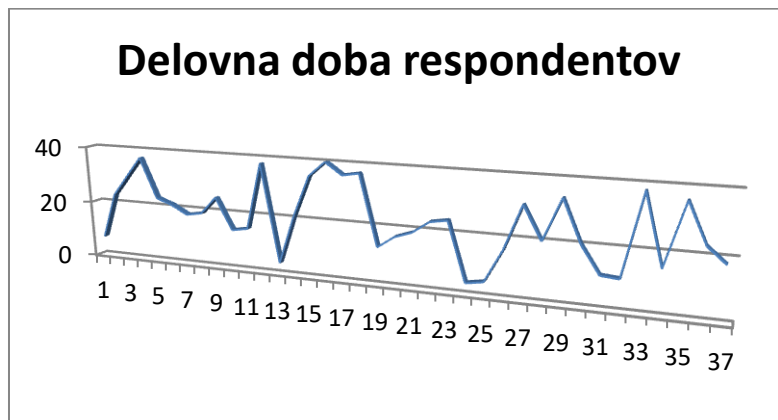


Statistics

N	Valid	37
	Missing	0
Mean		47,51
Median		47,00
Std. Deviation		9,079
Minimum		28
Maximum		66

Delovna doba:

Graf delovna doba:



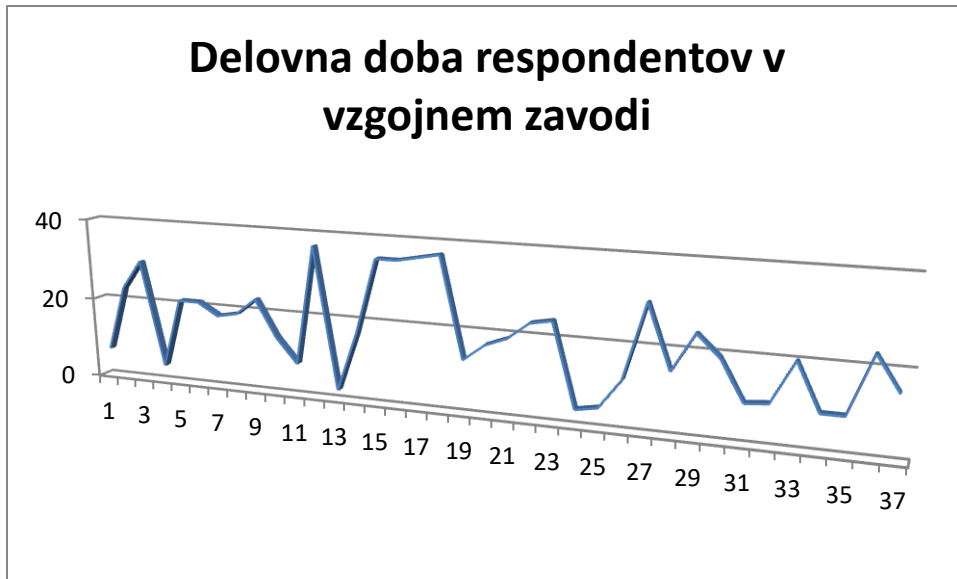
Statistics

N	Valid	37
	Missing	0
Mean		22,18
Median		21,00
Std. Deviation		10,450
Minimum		4
Maximum		40

Delovna doba v VZ:

Graf delovna doba v vzgojnem zavodu

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.



Statistics

N	Valid	37
	Missing	0
Mean		18,59
Median		19,00
Std. Deviation		9,879
Minimum		3
Maximum		37
Sum		688

Izobrazba:

Izobrazbena struktura respondenov je bila sledeča:

socialni pedagog 17

psiholog 5

socialni delavec 3

defektolog za motnje vedenja in osebnosti 3

učitelj športne vzgoje 3

geograf 2

sociolog 2

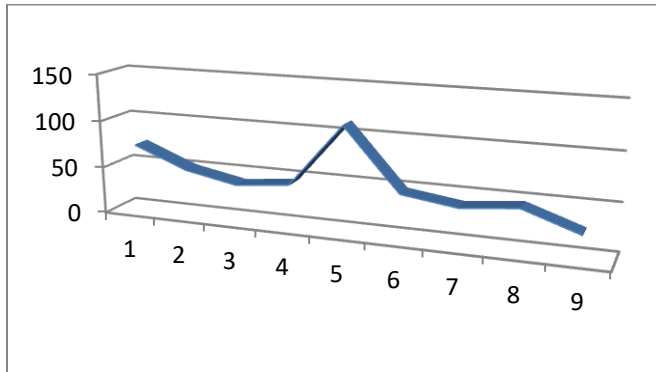
nemški jezik 1

razredni pouk 1.

Splošni podatki o vzgojnem zavodu:

Število otrok vseh otrok in mladostnikov v ustanovah je v času raziskave bilo 482.

Graf število otrok po ustanovah:

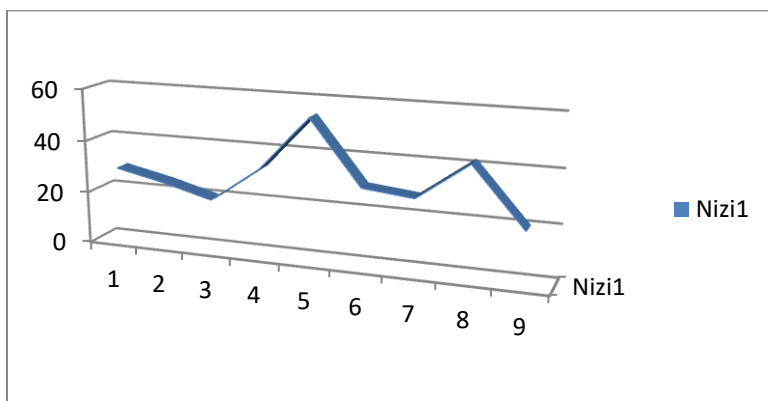


Statistics

N	Valid	9
	Missing	0
Mean		53,56
Median		46,00
Std. Deviation		25,180
Minimum		26
Maximum		112
Sum		482

Število vzgojiteljev je od 20 do 54. Skupaj jih je 281,5.

Graf število vzgojiteljev po ustanovah:



Descriptives

	Statistic	Std. Error
Mean	31,278	3,6277
Median	29,000	
Std. Deviation	10,8832	
Minimum	20,0	
Maximum	54,0	
Range	34,0	
Interquartile Range	15,3	
Skewness	1,223	,717
Kurtosis	1,421	1,400

V ustanovah izvajajo naslednje vrste programov: vzgojne skupine, stanovanjske skupine, intenzivne skupine, mladinska stanovanja, posebna skupina, polodpustna skupina, pred namestitvena in po odpustna obravnava, mobilne socialno-pedagoške službe, stanovanjske skupine (kmetija), poldnevni program, svetovalec za delo s starši, produkcijska šola.

Raziskovalna metodologija

Uporabili smo deskriptivno in kavzalno-eksperimentalno metodo pedagoškega raziskovanja. Podatke smo pridobili s pomočjo: vprašalnikov (za vzgojitelje – socialne pedagoge, vodstvene in svetovalne delavce); polstrukturiranih intervjujev z vzgojitelji, svetovalnimi delavci in ravnatelji ter analizo dokumentacije.

Kvantitativne podatke bomo obdelali na nivoju deskriptivne in inferenčne statistike.

Kvalitativne podatke bomo obdelali po načelih kvalitativne analize. Na podlagi ugotovitev smo oblikovali smernice za delo s posameznimi vedenjskimi odkloni in motnjami.

Rezultati

Na vprašanje, katere oblike kriznih situacij se pojavlja najpogosteje smo dobili sledeče odgovore:

Verblano agresivnost, do vzgojiteljev, žalitve, tudi fizično se spustijo v vzgojitelje, v odrasle osebe, otroci ane. Nasilje do drugih otrok. No, ampak smo mel tud agresijo, recimo večinoma potem do vzgojitelov. Al pa do inventarja. Al pa pride do konflikta med dvema otrokoma.

Ja zagotovo nasilje, mislm, jaz čutm, da je bolj v ospredju verbalno, čeprav, tudi kdaj fizično, am, potem uporaba drog, absolutno, sej velikokrat je to povezano z roko v roki...potem preprodaja drog tudi am potem razne razna izredna zdravstvena pač stanja, v smislu, v smislu recimo kšne hude oblike epilepsije al pa kšnih hudih duševnih pač kriznih situacij, v smislu prisluhov, prividov in tako naprej...Kaj sem še pozabla? Pa vse ka so povezane s policijo ane, pač, to pomen kšne tatvine, spet droga je tuki zravn... Kaj sem še pozabla? Zih se bom še kej spomlna.

Na prvem mestu je najverjetneje agresija. Pridružena nemotiviranost otrok, uporništvu, kljubovanje, kako se temu reče brezčutnost, brezciljnost, nič od prihodnosti. Pomanjkanje smisla za življenje. Pridruženo vsemu temu tudi na šolskem področju. Generalno brezup, upor, kljubovalno vedenje, vse to pridruženo agresiji. Samopoškodbe, grožnje s samopoškodovanjem, poskusi samomora. Kljubovanje, nesprejemanje naših navodil, recimo nepripravljenost na sodelovanje, grožnje z odvetniki.

Verbalno je itak ves čas prisotno, fizično to bolj kot ne med fanti med sabo. Meli smo vmes že tudi spolno, se tudi zna pojaviti. Psihično, to je maltretiranje predvsem mišljeno. To se dogaja za vrati, oziroma ne pred očmi vzgojiteljev.

Ja sigurno huda oblika agresivnega vedenja, različno recimo nad učenci, odraslimi in inventarjem. Potem avtoagresivno vedenje - v smislu samopoškodovanja, kot je rezanje, tudi obešanje, hoja po strehi, plezanje skozi okno, take stvari. Potem zloraba psihoaktivnih substanc - v smislu prihaja do zlorabe alkohola, sintetičnih drog in drugih, marihuane, vse to. Kaj so še. Vandalizem. Ja. Uničevanje.

Sigurno pa sam, sama situacija recimo tega agresivnega, neobvladljivega vedenja, so to, da recimo otrok, ne vem, eni ob mejah izbruhnejo, eni kr ne vem kaj jih moti. Takrat recimo so potrebne intervence, takrat je treba al ostale otroke zaščitit, nega izolirat, al ga nekam odpelat.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Al, da se omogoči neko varnost njemu, drugim ane. Seveda je tukaj, ogroženi so tud odrasli. Ali so vedno prisotni, dost ljudi, da takrat pristopi.

Težave v duševnem zdravju. Agresija. Poskus samomora. Uporaba drog. Begi. Spolne zlorabe. Zdej sem dala širok spekter, k duševnim zdravjem se vse nacepi ane.

Ja, to je res grozn. Ti je praskanje, brcanje. Pr tako mjhnmu otroku, pa tako izrazit. In je zdej, k se je mal naredu, tut težko fizično ane odstranš. Tko, da tega je pr ns ogromno. In v skupini in v šoli.

Pri nas v bistvu lahko rečemo, da večina otrok in mladostnikov imajo poleg osnovne motnje vedenja in čustvovanja, večinoma tudi lažjo motnjo in pa še neko pridruženo psihiatrično motnjo. Večina. To se vidi že po sami terapiji ne, 75 procentov naših otrok ima stalno dodeljeno medikamentozno terapijo prednjačijo antipsihotiki in antidepresivi, oziroma zdravila za uravnavanje razpoloženskih stanj no tako, če bolj pedagoško povem in ne tok medicinsko. Pri nas praktično ni otroka, ki bi imel samo motnjo vedenja in čustvovanja. Mislim dejansko ga ni, ali pa da bi bila izražena recimo kot smo včasih imeli delinkvenca.

Zdej mi smo identificirali kot krizne, kot pojavne oblike, ki so tele krizne intervencije in kjer ni stereotipnih obrazcev. Samopoškodbe, samopoškodbeno vedenje, poskus samomora, spolno nadlegovanje, potem vlom v skupino, recimo barikada. Da postavijo pohištvo ob vrata in vzgojitelj ne more vstopit v prostor. Potem nasilje v družine, kadar se v njihovi družini dogaja pa je neidentificirano. Potem imamo otročnice. To so mlade punce, ki že imajo otroka pa so naše mladostnice, ki v domačem obdobju ne zmorejo. Potem dejansko izveden napad na strokovnega delavca. Potem imamo vsaj dva primera psihiatričnih epizod, ki se zdravijo na psihiatriji, vmes so v zavodu in dobijo psihiatrično epizodo. Potem predoziranje, razpečavanje droge. Zlo pogost pojav je medvrstniško nasilje preko socialnih omrežij. Seveda je zelo znan pojav uničevanje inventarja, potem je pojav napad na skupino s strani zunanjih dejavnikov.

Tiste, k vedno so najhujše in tud, k se jih vsi najbolj bojijo tud, k govorimo o kakšnih rednih šolah je itak nasilništvo. To je se prav, to je nasilništvo s tem povezan dostkrat tudi vandalizem. To je, ko ne gre na človeka, gre na stvar. Tako, da to dvoje tist, k jst vedno mamu neko intervencijo in kjer pač vključujemo tud policijo zaradi tega, kr pač gre za kazniva dejanja več ali manj in tuki hočmo ustavn v dejansko se gremo ničelno toleranco. K se v šolah dostkrat o tem govori, pol pa vprašam – jaz predavam dostkrat tem rednim šolam – vprašam

kakšne majo postopke, k pač pride zares do tega, pa a ste kdaj policijo poklical: ne, rešujemo sami, ja kako pa rešujete: ja pokličemo starše, ja pol če se ne ustav, ja pol ga pa prešolajo na drugo šolo mislim. Mi ustavljamo dejansko na ta način in tud fantje tuki dejansko tukej vejo, da če bojo šli čez to mejo pride policija, kar pač za njih ni okej, zarad tega ker nekje imajo še vedno tiste Radeče, nekje so, visijo ne, ker določeni to rabijo. Ni pa to čisto pri vseh, ne. Daleč od tega.

Iz naštetih odgovorov smo oblikovali naslednje skupine:

- Heteroagresija, nasilja,
- avtoagresija,
- psihiatrične težave in kombinirane motnje otrok in mladostnikov,
- težave z zasvojenostjo,
- zlorabljeni otroci in mladostniki in
- v zadnjo skupino smo uvrstili nekatere izrazitosti oziroma fenomene, ki so lahko pomembni za delovanje in ustrezno odzivanje na določena vedenja.

Vsako od naštetih skupin smo analizirali s pomočjo opravljenih intervjujev in s primerjavo aktualne literature.

NAJPOGOSTEJŠE KRIZNE SITUACIJE

Na vprašanje katere najpogostejše in izrazitejše krizne situacije zaznavajo smo dobili naslednje odgovore.

Težave v duševnem zdravju. Uporaba drog. Begi, Poskusi samomora. Spolne zlorabe. Zdej sem dala širok spekter, k duševnim zdravjem se vse nacepi ane.

Zdej mi smo identificirali kot krizne, kot pojavne oblike, ki so tele krizne intervencije in kjer ni stereotipnih obrazcev. Samopoškodbe, samopoškodbeno vedenje, poskus samomora, spolno nadlegovanje, potem vlom v skupino, recimo barikada. Da postavijo pohištvo ob vrata in vzgojitelj ne more vstopit v prostor. Potem nasilje v družine, kadar se v njihovi družini dogaja pa je neidentificirano. Potem imamo otročnice. To so mlade punce, ki že imajo otroka pa so naše mladostnice, ki v domačem obdobju ne zmorejo. Potem dejansko izveden napad na strokovnega delavca. Potem imamo vsaj dva primera psihiatričnih epizod, ki se zdravijo na psihiatriji, vmes so v zavodu in dobijo psihiatrično epizodo. Potem predoziranje, razpečavanje droge. Zlo pogost pojav je medvrstniško nasilje preko socialnih omrežij. Seveda je zelo znan pojav uničevanje inventarja, potem je pojav napad na skupino s strani zunanjih dejavnikov.

Potem je kriza foto in video dokumentacije strokovnih delavcev. Neupravičeno snemanje in objavlanje na socialnih omrežji. Rizičnost pri odrejanju prevozov z bega kjer pridemo po mladostnika pa je zadet ali pa v slabem psihičnem stanju pa ga moramo peljat z vozilom. Potem je recimo kriza v neodzivnosti strokovnih delavcev pri pričevanju. Recimo zgodi se nek napad na drugega mladostnika, strokovni delavec pa noče pričati pred policijo, ker potem mora na sodišče in tako dalje. Potem je še ena stvar, ki jo ne obvladamo totalni upor pa psihiatrična epizoda, da se enostavno upre posameznik. Potem prikrito nasilje med mladostniki znotraj zavoda. To je tisto nasilje, mi imamo sicer protokol o nasilju in obvladamo te njihove zadeve in dokaj uspešno obvladamo ampak ko gre za prikrito nasilje, je pa večja kriza no. Potem imamo pa še eno stvar no. To sem sicer jaz sam dodal, ker imam s tem največ težav in sicer recimo mladostnik že dobi odlok s sodišča, da gre v Radeče. On pa potem mora počakat v zavodu do pravnomočnosti, to se nam je vleklo pri enem in dejansko takrat spusti vse ventile, nima več kaj zgubit. Že dobu je odločbo za Radeče, ni sicer pravnomočna, traja 15 dni, pa potem se mogoče še eden od staršev pritoži pa je potem še 15

dni in ta čas dela cirkus. Je neobvladljiv. Policija tudi dvigne roke. Potem je recimo tak prevoz mladostnika v Radeče kjer policija nudi samo asistenco.

Ja zagotovo nasilje, mislm, jaz čutm, da je bolj v ospredju verbalno, čeprav, tudi kdaj fizično, am, potem uporaba drog, absolutno, sej velikokrat je to povezano z roko v roki...potem preprodaja drog tudi am potem razne razna izredna zdravstvena pač stanja, v smislu, v smislu recimo kšne hude oblike epilepsije al pa kšnih hudih duševnih pač kriznih situacij, v smislu prisluhov, prividov in tako naprej...Kaj sem še pozabla? Pa vse ka so povezane s policijo ane, pač, to pomen kšne tatvine, spet droga je tuki zravn... Kaj sem še pozabla? Zih se bom še kej spomlna.

Jaz bi glasovala za zlorabo drog pa za...nasilno vedenje, ampak zdej ne vem.

Na prvem mestu je najverjetneje agresija. Pridružena nemotiviranost otrok, uporništvu, kljubovanje, kako se temu reče brezčutnost, brezcilnost, nič od prihodnosti. Pomanjkanje smisla za življenje. Pridruženo vsemu temu tudi na šolskem področju. Generalno brezup, upor, kljubovalno vedenje, vse to pridruženo agresiji. Samopoškodbe, grožnje s samopoškodovanjem, poskusi samomora.

Pri nas v bistvu lahko rečemo, da večina otrok in mladostnikov imajo poleg osnovne motnje vedenja in čustvovanja, večinoma tudi lažjo motnjo in pa še neko pridruženo psihiatrično motnjo. Večina. To se vidi že po sami terapiji ne, 75 procentov naših otrok ima stalno dodeljeno medikamentozno terapijo prednjačijo antipsihotiki in antidepresivi, oziroma zdravila za uravnavanje razpoloženskih stanj no tako, če bolj pedagoško povem in ne tok medicinsko. Pri nas praktično ni otroka, ki bi imel samo motnjo vedenja in čustvovanja. Mislim dejansko ga ni, ali pa da bi bila izražena recimo kot smo včasih imeli delinkvenca.

Vsi. Vsi so bili že obravnavani, ali že pred prihodom v zavod, večinoma pred prihodom, oziroma definitivno 20 - 30 procentov je otrok, ki so bili premeščeni direktno iz psihiatričnih ustanov. Ali so zrastli v psihiatriji ali pa iz teh pedopsihiatričnih oddelkov.

Ja sigurno huda oblika agresivnega vedenja, različno recimo nad učenci, odraslimi in inventarjem. Potem avtoagresivno vedenje - v smislu samopoškodovanja, kot je rezanje, tudi obešanje, hoja po strehi, plezanje skozi okno, take stvari. Potem zloraba psihoaktivnih substanc - v smislu prihaja do zlorabe alkohola, sintetičnih drog in drugih, marihuane, vse to. Kaj so še. Vandalizem

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Iz navedb kriznih situacij smo oblikovali naslednje najpogostejše skupine kriznih situacij glede na pojavnost:

- Heteroagresijo
- Avtoagresijo
- Psihiatrične obravnave
- Zasvojenosti

Znotraj vsake skupine bomo v nadaljevanju s pomočjo analize opravljenih intervjujev prikazali oblike pojavov, izkušnje strokovnih delavcev ter podali predloge za izdelavo izhodišč za oblikovanje smernic ravnanja v kriznih situacijah. Prav tako bomo pregledali načine reševanja preko dobrih praks doma in v tujini.

Ob tem smo vprašali tudi, kdaj se najpogosteje pojavljajo krizne situacije in dobili naslednje odgovore:

Veseli december ne. December je klasika. Ima pol žalostni januar. Takrat začnemo mi pisat predloge za spremembo. K so šli junija dva domov, jokali so tle dol fantje. Solze so jim tekle, k so šli domov iz zavoda.

Če na hitr, krizne situacije, če na hiter velik fantov sprejmemo, zna bit pol problem. Če je zlo nepredelano, je kar naenkrat se klikca nardi in pelje svoj sceno in težko pa noter zraven padeš, ne.

Tudi moraš vedet, da v preteklosti smo določene akcije sprejel, da tega ni blo tok ne vem. Če smo včasih poslal mulca domov štiriindvajsetega junija ne in smo ga prvega devetga sprejel, če se vmes ni nič dogajal, da bi kakšen kol stil imel. Sam, če je bla kriza, smo ga sem sprejel normalno, da prvi september bo tak štart. Pol smo vidl, da to ne gre, obiski med počitnicami ne. Pol smo dodal zraven še sred počitnc en timski sestanek ne, pol smo vidl, da če vsi naenkrat pridejo v zavod je to.

Jaz vedno rečem, oktober je vedno tist, k prvi val pride, potem je pa. December ni tist mal, potem pa spet pride še en val. Maja mesca. Najbl tak val, k najbl krizne, taprve, saj zdej. Dostkrat je ob teh praznikih. Božič recimo. K vsi že po vseh reklamah, to je družina. Oni pa vejo pač kakšna je njihova družina. In ratajo žalostni.

Proti koncu šolskega leta, pred odpusti.

Pred odpusti so res velike stiske. Zato mam mi eno stanovanje v Novem mestu, pol odpustno skupino. Da je ta prehod iz zavoda v življenje.... Potem mam enga fanta ki ga spremljamo, ko je doma pri očetu živi, dela.

Pa proti koncu decembra, so te stiske.

Ja. Po novoletnih praznikih je slaba klima. Tega ne moremo spremenit. Teh zunanjih faktorjev. Tu lahko pač samo blažimo. Mislim pa, da bi ta populacija zaslužla več po odpustnega spremljanja ne. Ker, če vzamemo kolko so že prikrajšani, pa prezrti. Prvič so že takrat, ko jim rečejo pedagogi v osnovni šoli oziroma učitelji, ta bi pa zmoğu, če bi hotu. Ni gluħ, ni slep, pa isto ne more. Pa večina populacije isto ostane od tridesetega doma. Naši pa bi mogli z osemnajstimi it, pa delat. Tako, da so tukej zlo prikrajšani. Tudi iz tega kar mam mi prek Facebooka zlo velik stika s prejšnjimi... se vidi, da se 2, 3 leta po koncu zavoda kar lovijo. Zlo velik se jih ustali, ulovi.

Ja pa junij je že ne težek. Ja, junij je že stiska v šoli ne. Ja, pa strah ne. Kam bodo šli, domov. Prazniki so sigurno ena taka, sploh ti decembrski ne.

Februar!

Po moji oceni pa po prvem trimesečju, ko upade ta...vznemirjenje. Pršel sm nekam na novo, novi ljudje, sprejel ane in potem, ko se je treba začel matrat, ko ni več samo prijetno, ko morjo vztrajati v stvareh, ki niso več tko simpatične, takrat, to obdobje je težko prebrodit, da ugotovijo, da morjo zdržati, da je to dobr za njih. In takrat po navadi začnejo delati pizdarije.

Bolj se pojavljajo ob konec šolskega leta. Ko so otroci v neki. Kljub temu, da si želijo na počitnice, se vidi tista njihova. Tam maja, konec aprila postaja potem zlo. Pred počitnicami so takšna obdobja. Zimskimi.

Ja ja ja. Imamo sploh kakšne okroh novga leta, pred novim letom, po novemu letu. Maj mesec tudi. Maji so običajno zelo taki razigrani. Mislim mesec tak. Ampak definitivno je najhujše obdobje pred novim letom, pa po novem letu, sploh te travmatske zaradi zapuščenosti ne.

Ampak tuki bi lahko rekel, da imamo tut protokole narjene kako se to vse dela ne. Na primer pri nas je po protokolu, da prvič ko gre novinc domov, da gre vzgojitelj matični z njim domov, obisk na domu in tko, tko da se tut ta naša stran njim približa ne sam oni nam.

Iz odgovorov lahko zaključimo, da se krizne situacije pojavljajo največ pred odpusti, pred prazniki, posebej okrog Božičnih praznikov, pred počitnicami in če jih pride na novo v ustanovo preveč naenkrat. Ta čas zahteva torej več pripravljenosti in občutljivosti, da bi lahko ustrezno preprečili krizne situacije, oziroma jih lažje reševali. Prav tako je za razmisliti, ali v tem času, ko lahko pričakujemo porast in intenziteto neljubih dogodkov kadrovske ojačati strokovne time ali se vsaj dogovoriti za natančen prihod dodatne strokovne pomoči, ki je v tistem trenutku »stand by«.

Heteroagresija, nasilje

Heteroagresija je način vedenja, kjer posameznik izraža agresivno vedenje proti drugi osebi ali stvari; z namenom, da jo poškoduje, ustvari bolečino ali trpljenje. Torej vedenja, ki vsebujejo agresivne geste, žalitve, ustne izraze, maltretiranja, fizična obračunavanja in podobno.

Predstavili bomo, s katerimi oblikami, načini se v vzgojnih zavodih, stanovanjskih skupinah in strokovnih centri srečujejo in kako se spoprijemajo z navedenim.

Reagiraš tukaj in zdaj. In, če nekdo grozi, na primer komu z nožem, ne... Ne moreš, tud take stvari so tuki, ne glede nato, da smo mi mladinski dom pa vse. Je tega manj, ampak tega...v preteklosti...mislim, ko sem jaz prišla let nazaj sem, je bla problematika posameznikov čist druga. Pa so se mal sfajtal, pa so mal travco pokadil tu pa tam. Mal so recimo...take stvari ane.

Ja pa pride do raznoraznih frustracij pri otrocih ane. Pol pride do najrazličnejših eskalacij ane, potem to se stopnjuje do agresija do drugih, agresija do sebe. Ne vem, zdej, al se kšnih konkretnih primerov dotaknemo? Al kako, al?

Tam k so prepovedi, od vzgojitlov recimo. Tam k se določene stvari kršijo, in se ne vem, vzame telefon, al pa prepove to, prepove uno. In takrat najpogosteje izbruhnejo.

Ampak aveš, sej sam veš, če nekdo gre proti tebi, če nekdo ne upošteva stvaru, če nekdo neki razbija, obrača mize, ga drgač kot fizično ne morš ustavit. Kot, da ga ti zgrabiš.

Pa med otroci...Ne pride do tak hudih oblik nasilja. Se zavsajo, fantje se mal mogoče zavsajo. Ampak nikol ni blo...enkrat no...pred leti. Da je en enmu nos zlomu.

Najprej bodo verbalno. Pol bo hotu, ne vem, zdej si bom zmislila. Ne, včer je hidrant hotu eden s pestjo tolčt. Si ga fizično ustavu, se bi tut v tebe spustu. Al pa ne vem, se zaklenejo v kopalnico in tam neki ropata. In stopiš notr s ključem in se zaleti v tebe. Ker ga presentš.

Dejstvo je, da pač, ko pride do izbruha, do težave, pač tko k je že prej rekla, pač kot vzgojitelj si dolžen zaščitit nega, ostale in pa inventar. In potem je na umirjanje. In zdej odvisno od tega. Včasih bo zalegl, če se fajn zadereš, pa ga bo resitiral. Drugič ne pomaga, ga boš mogu prjet. Tretjič ga boš pa mogu prjet, ga na tla dat pa se na nega usest.

Pri nasilju ane, si reku ane? Če je nasilje, ali karkoli ane, policijska postaja Vič. Odvisno je pa spet od tega na koga naletiš. Pridejo policaji, ki so super fajn.

Pa sej mamó mi tut enga, ampak po navad po druga pošle. Tko, da ja. Kriminalisti policija, to so prvi, ki jih v primerih nasilja pokličemo. Tut, če so kšne druge stvari, ki jih je treba javt. Da kdo kšn od zunej naše nadleguje. Jih pokličemo, pridejo, se pomenmo. Uni zapišejo sam prašane kok stvari gre pol naprej.

Kaj nrdijo policaji? Pridejo, če naletiš na fajn policaja, jim napne par ostrih. Če hočjo kj sikat jih zna ustavit. In po navadi se mularijo umiri. Če naletimo na policaja k ga mal poboža še zrav. Veš to pa res ni fajn, to pa ne smeš. Al pa, ko je Ela recimo vzela nož, ni recimo policaj nje napizdu, ampak je blo prvo vprašanje menj, ja kako je pa do noža pršla. No, in če policija potem tko naredi mal »h-h-h«. Policaji grejo, čez pol ure jih lahko spet kličemo. Ampak toj konkretno evo.

Pa prej k smo. Recimo nasilje k smo govoril. Recimo ena zlo taka pozitivna izkušnja. Društvo za nenasilno komunikacijo. Recimo, ko pride do kšnih takih zadev. Sem imel js tut že iz skupine, ene tri fante sigurno vključene. K majo tut tm en program za mladostnike, k jim tut kot vzgojni ukrep sodniki to odredijo. Ampak majo potem tut možnost, smo tko se zmenl, da ta problem lahko tut, če je kle pr ns kšn, se loh pokorist.

Tiste, k vedno so najhujše in tud, k se jih vsi najbolj bojijo tud, k govorimo o kakšnih rednih šolah je itak nasilništvo. To je se prav, to je nasilništvo s tem povezan dostkrat tudi vandalizem. To je, ko ne gre na človeka, gre na stvar. Tako, da to dvoje tist, k jst vedno mamó neko intervencijo in kjer pač vključujemo tud policijo zaradi tega, kr pač gre za kazniva dejanja več ali manj in tuki hočmo ustavn v dejansko se gremo ničelno toleranco. K se v šolah dostkrat o tem govori, pol pa vprašam – jaz predavam dostkrat tem rednim šolam – vprašam kakšne majo postopke, k pač pride zares do tega, pa a ste kdaj policijo poklical: ne, rešujemo sami, ja kako pa rešujete: ja pokličemo starše, ja pol če se ne ustavn, ja pol ga pa prešolajo na drugo šolo mislim. Mi ustavljamo dejansko na ta način in tud fantje tuki dejansko tukej vejo, da če bojo šli čez to mejo pride policija, kar pač za njih ni okej, zarad tega ker nekje imajo še vedno tiste Radeče, nekje so, visijo ne, ker določeni to rabijo. Ni pa to čisto pri vseh, ne. Daleč od tega.

Sam tok specifičnih izkušenj, ka mamu pa mi, pa tud že sam pojav, da pride sem je neka preventiva, da pač so neke stopenjske zadeve in da se je treba ustavit pač mladostniku, če se drugače ne da dopovedat.

Tako da zdej imamo že tolik klicev pač iz cele Slovenije sprejemamo, tud iz šol velikokrat pokličejo. Tukaj gre tudi za drug, prvi razred občasno ne, al pa za konc devetletke. Šole imajo večinoma te težave pa tud centri, ko ne morejo vzpostavt stika, al pa ne vejo, pa bi še mal poskusl še vseen doma z neko našo pomočjo. Če pa ne bi šlo, potem pride do namestitve. Tako, da delamo pač zlo tko svobodno no kar bi rekla, ni predpisano. Čist individualno kot vidmo, da družina al pa otrok potrebuje naredimo za nas in za starše pa center mogoče tud eno pogodbo z problematiko, kakšne cilje si želimo doseč, pa potem to evalviramo.

Za ustrahovanja, za neke podtalne stvari, k so povezane k je nekomu kdaj džojnt dal in ta ni vrnu oziroma on pol zahteva. Mislm, sej to so te, klasična izsiljevanja in se pol ne uprajo niti povedat. Prvič se ne upa povedat, ker se boji tistga k to dela, drugič na se ne upa povedat k je povezan z nekimi prekrški vsaj, al pa kaznivimi dejanji, to kar se dogaja med njimi. Tako, da vedno vsakemu mi rečemo, da naj ne vstopa v neke odnose, kjer ne bo znal ven poti, pol, ampak so dostkrat tej mulci taki, da rinejo v nekam, kjer ni treba. Tako, da tuki je ta del, ne. Potem pride čist do klasičnega fizičnega, al pa ne vem verbalno. Smo imel enga poba, k je lan grozil tuki vsem po vrsti. Ne samo mladostnikom, dost tud zaposlenim in je šlo vse čez meje. Je bil zlo specifičen ta mladostnik. Potem pa ta vandalizem.

Lahk zelo hitr ekshalirajo stvari, ne vem. Smo imeli petindvajset intervencij policistov, škode je bilo za okok deset tisoč evrov, še mau več. Od lanske generacije jih je sedem šlo v PD. Potem leto kasneje, ne, letos oziroma v lanskem letu, govorim zdej o predlanskem letu, pa niti eden. Tako, da.

Odvisen od populacije, lahko en, dva pridejo in takrat cel zavod v bistvu obrneta. Pa povezano vedno skor s travo, ane in potem dolgovi.

Vedno vpletamo policijo. Zdej čist odvisno, ane, takrat pa greš zlo, zlo za vsak drek ne, bom reku, kličeš policijo. Ker nočeš, da ekskalira nobena stvar. Je pa tako, da tud policija ima tuki dost omejene pristojnosti v smishlu, ne, če mi vemo, da ima nekdo polne žepe neke trave, al pa druge droge, ne, konc koncev. To še ni utemeljen sum, da ma. Tud če mu smrdi iz žepov vn oziroma cel okrog njega smrdi. Policist mora videt to. Tako, da tuki imamo dost omejen kaj

lahko izvedemo, kaj ne, Mora bit tud to povezano še s čim, to kar ne. Zdej smo imel enga poba, ka je dol cel dan nam v bistvu grenil s tem, da se je obnašal totalno kako bi reku, mislm čist šlo je preko mej, ne, s tisto travo je mahal okrog, kadil džojnt enga za drugim, bil je čist zadet itak.

Zdej, če je stvar zelo resna imamo navodilo s strni policije, da policiji to tudi povemo, kar pomeni, da bodo tudi zlo zlo hitrt. Tako, če je stvar resna resna, da se odvija dol pokol, bodo tuki takoj. Tak imamo dogovor in to se držijo. Če stvar ni tako resna potem itak provamo nekaj narazn spravn, vsazga v en, mislm narazn, enga ke, enga ke, v drug prostor, da se ne gledata. Sej stvari se lahka zlo hitr ohladijo, če gre za neko reakcijsko agresivnost, tuki ni težav.

Mislm, če pride do nekega pretepa. Jaz niti ne bi želel, da je vzgojitelj v vlogi nekoga, ki mora fizično posegat. K pač moč je šele v besedi, ane. Ne želim, ker pol smo hitr nekje. Tud pr nas ni medicinskih sester kot so v neki drugi ustanovi k se poslužujejo seveda svojih prijemov. Ne vem, če si želim tega. Torej neko, da ratamo mi nek ne vem, psihiatrizacija ustanov, ka so vzgojne k pač sodelujejo. Tako, da optimalno bi zame blo to dejansko, da ja, da tist, ki je prisilni organ, da lahko dejansko izvede vse postopke, da lahko zavaruje tistega, ki je žrtev, al pa zavaruje ustanovo v tem smislu, da se tega mladostnika, ki je izredno agresiven oziroma nasilen odstrani in da ne samo tako kot se je dogajal, da gre pač v pridržanje, kar pomeni, da ga bomo čez šest al osem ur nazaj dobil in maščevalnega nazaj dobil, ne, ampak, da se za take stvari pač kazni mal drgač napišejo. Ker gre dostkrat, to so tud po statistiki sami, ne, če si ti delal takrat tuki pa veš, da je blo mulcev po zavodih tolk pa tolk, pa obsojenih je bilo tolk pa tolk, je zdej to padl še za petdeset posto, ne. Na pram jugu, k jih je blo že takrat že petdeset oziroma sto posto več od tisoč. Leta petinosemdeset, danes imamo mladostnikov obsojenih okol dvesto. Pa za petnjst posto je populacija padla. To je od tisoč osemdeset dvesto. Petindevetdesetega mislim, da je bla petsto petdeset cifra. Tko, da je za pol padla, zdej pa še v dvajset letih za pol. Torej gre za toleranco, jaz dvomim, da je nasilništva manj. Al pa takih dejanj, ka bi molg jih obravnavat, no, ampak toleranca je precej višja.

Mogoče bi se še jaz vključu. Sistem ne. Sistem je važen. Tam je, k vstopijo notr, če dobijo jasen sitem, k vpliva na njihov kognitivni zemljevid ne, da vejo kaj jih v določeni situaciji čaka in kakšne so posledice ne. Pol se temu prilagodijo ne. Če pa pridejo v sistem kjer je načelo močnejšega, ne, pol se pa temu prilagodijo. Zdej, krizne intervence, seveda, v krizni situaciji

nekaj na hitro narediš, kar lahko zaradi tega, da ljudje ne zapadejo v še večje težave. Pol pridejo pa akcije k to stvar stabilizirajo, ne in če ti gledaš samo kako boš krizno reagiral boš ves čas krizno reagiral, ne. Treba je, da je neki ozadaj, da mulci vejo kaj jih čaka, da mi vemo, da mam varnost kaj bomo še pol delal, ne pa da takoj planemo na enga pa ga nekam provamo prestavi, ne.

Ja, tudi to se nam dogaja, da pač iz se je veš to, da iz drugih zavodov hodijo, ko postanejo nemočni, jih dobimo mi, ane. Pr nas pa, če gre kam drugam, v smislu, da smo nemočni gre v Radeče. Postopki za to pa so precej precej dolgotrajni. Kar pomeni, da je lahko pr nas še tudi pol leta. Tudi mel smo en primer še zlo zlo let nazaj je bil devet mesecev.

Tle smo imeli policiste, k so mulci gor na strehi bli pa metal dol cegle, ciljaj njihov avto oni pa so ga odmikal namesto, da bi šli gor pa jih steral dol, ne. Govorimo o taki nemoči. Pol so klical gasilce. K so gasilci prišli so lojtra postavil gor in so jih gasilci pol v bistvu zmetal ne dol s strehe, ampak naredil tist kar bi mogli policisti. Ko so jih policisti enkrat dobili dol, so pa šele začel. S tem, da to je šlo za tok hudo verbalno in tudi drugačno agresijo, da se človek žudi k kakšno toleranco ima tudi nek represivni organ do tega, kaj vse njemu recimo lahko človek naredi preden se reagira. Pol pa gledam neke proteste v Ljubljani pa zato ker preskočijo ograjo naredijo postopek, tukaj pa ni da ni.

Da se tak mladostnik, nekak, da se neka ustanova, kjer bi se lahko umaknil tanga mladostnika k dejansko ogroža sebe, druge mladostnike, zaposlene, da se ga nekam umakne. Teh mladostnikov je v Sloveniji zelo malo, zelo malo.

Pri nasilnih mam pa tale Društvo za nenasilno komunikacijo

Neke take situacije kot zdej k praktično nimaš nobenga pri psihiatru, k dost redko, da so tlele policisti, pač pozabiš na te skrajnosti. Dostkrat kar pol takrat, ko so vedenja tok odstopajoča se lahko zanesemo na policijo in pol oni takrat krizno intervenirajo. Mi dodamo ta vzgojni vidik, da se pol mulca začne nekam predstavljati. Zdej a se mu bo kresnilo tlele, al mu bo kresnilo, ko bo na poti proti Zasavju, je pa njegova odločitev ne.

Pri nas je pravilo tako, da vedno k so zaposleni tle vsaj en moški, ne. V paru vzgojiteljskem sta tako ne, v eni skupini, zdej imamo tukaj dve skupini. Torej eden je fant, eden je punca. Pač verjetno v tistem bolj odreagira fant, ni pa njuno, lahko tudi ženska ima tak odnos s temi mulci, da če dva skočta skup pa bo ona zarjovela in bodo šli narazen, ne. Imam ta pojav. Tle

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

ni problem. Pač protokol je, da se reagira, da se ne gleda stran. To je, reagira se besedno, verjetno je pač intenziteta mora bit takšna, da se kaj sliš. Medtem ko nekdo v tem času, če so stvari resne, pokliče policijo. Potem pa če so stvari resne, se potem tam naprej odvija. Mi pa pol mammo te postopke.

Poročilo o dogodku se napiše. Policisti dobr to oni imajo svoje postopke. Mi imamo potem tud za kakšnega mladostnika, k je prestopu v tem smislu izredni timski sestanek, ki se pol o tem pogovarjamo, kaj se je dogajal, se pol intenziteta lahko tud, če se ne bo odvijal tako oziroma če se ne bo nadaljeval tako vedenje. Itak se poročilo sodišču, CSD-ju pošlje, pa tudi lahko v določenem trenutku Radeče, če se ne ustavi. Tud pripor se je že zgodu.

Drugač pa od časov, ko je bil v zavodu en vzgojitelj v vsaki skupini. Do zdej je nekaj časa že minil. Je vsaj še en strokovni delavc zavravn, k se pol lahk nekak to skombinira, da en pazi na une, en pa. Zdaj so trije. Kadrovsko se je kar okrepil.

Zaznavamo tudi ekonomsko nasilje.

In največ je dejansko tega spletnega nasilja zdej. In smo imel v tej skupini tko zlo, zlo hude spletne grožnje. Preko socialnih omrežij. In smo policiji, dvakrat prjavl. Pa prov »ubil te bom, sam da te srečam«. Tut kakšno izsiljevanje za denar.

Protokol gre ubistvu za to. Neka stvar se zgodi potem pač, če to nasilje mladostnika nad vzgojiteljem, vzgojitelj napiše zapisnik. Včasih prijavimo policiji, včasih ne. Odvisno od situacije.

Sami presodimo ja. Potem pa postfestum greš z mladostnikom čez dober mesec spet čez in potem še enkrat nekje po 3 do 6 mesecih, če je to nasilje še prisotno.

Ja to je zdej... Če je hudo fizično nasilje takoj prijavimo, sploh ni vprašanja. Če pa je nasilje takšno, da eskalira v afektu in, da ni poškodb, niti lažjih, niti težjih potem se nardi protkol. Več strokovnih delavcev, vzgojitla njegovga, potem razrednika se vključi, tudi učitelja praktičnega pouka oziroma tistega, ki je to vidu.

Probamo protokol pripeljat do konca. Lahko protkol traja tudi par tednov, mesec dni. In probamo pripeljat situacijo do pomiritve, da konflikt izzveni, da je rešeno. To je bistvo protkola.

Pri protokolu je treba še povedat, da so potem tudi alternativni ukrepi, pa tud kadar policiji prijavimo, s tem se naša pedagoška vloga ne konča. Mi zadeve drgnemo še naprej, k se nam zdi policija dostkrat, da policiji takšne stvari, da v prekrške in napiše kazen 150 evrov za javni red in mir. Pač ne označijo vedno tega kot kaznivo dejanje. Čeprav je sam sled kaznivega dejanja.. Tako, da mi po dveh linijah delamo. Pedagoško obravnavamo nasilje tako, da dobijo z več strani povratne informacije, da to ni okej. Ne moraliziramo ampak to enostavno ni okej. Imeli smo že primere, ko smo ga poslali v društvo za nenasilno komunikacijo kadar smo vidli, da je to precej kompleksni pojav. Potem obravnavan je pri naši psihoterapevtski, mammo svojo. Potem imamo psihiatrija, ki prihaja tudi na vsakih 14 dni. Skratka z več strani obravnavamo in to moram rečt, da nam kar dobro uspeva. Tako postopoma dobi uvid, da to ni okej. To je dobra praksa se je izkazalo, da nam dobro služi.

No js k mam že daljši kilometražo moram rečt, ne da bi zmanjševal pomen nasilja ampak ravno zaradi tega kr jih je več kot polovica na drogah, je tega nasilja manj. To kar smo se na faksu učili in to... ubistvu to fizično nasilje se je zelo zmanjšalo. Smo pa pozorni tudi na grožnje. Mi smo eno dekle prijavil policiji, ker je grozila sicer s strašno abstraktnimi konkretnimi grožnjami, odrezala glavo in podobno. Smo pozorni tudi na verbalno nasilje in ne samo neverbalno nasilje. Nekaj kar ne obvladamo je tudi nasilje preko spleta. Spletno nasilje z izločanji in vse kar pride.

Ja. Se trudmo tud z zunanjimi temi partnerji. Recimo... agresije in te zadeve, ki so bile aktualne. Tega je v tej obliki bistveno manj. Malo zaradi ozaveščanja, mal pa tud...

Predvsem delamo pri nas na odnosu in zato je tega malo. Pride pa občasno do tega, da pride do poškodovanja. Do obmetavanja avta z jajci pa to. Ampak te stvari so se v zadnjih letih trikrat zgodile. Napada direktno se ne spomnim. So zmerjanja takrat ko so mladostniki jezni, marsikaj izrečejo, ampak mi mormo to vzet tako kot je, čez dve minuti so drugačni.

En alternativni ukrep je, da pripravi plakat o nasilju oziroma o nenasilju. S takimi posrednimi načini ubistvu jih odvrčamo od te komunikacije, ki jo imajo že iz družine ne. Brez veze mu je dati ukor. To je že prej dobival. Ampak recimo pripravi plakat o nasilju oziroma ne nasilju in ga predstavi pred skupino. S takimi posrednimi načini jih odvrčamo od nasilja. to izvira iz družine.

Pomagamo si tudi z oceno, s tabelo za ocenjevanje tveganja. Pri obravnavi nasilja, se potem pogleda okoliščine. To velja tako za nasilje znotraj zavoda, kot pa tudi v okolju.

Rekli ste da sodelujete z društvom za nenasilno komunikacijo, Logout. Še s kakimi ustanovami, ki se ukvarjajo proti nasilju. Ključ. Drogart.

Program PAS: Jaz sem sprintala brošuro, ki jo dobijo starši od program PAS. To je program, ki ga imamo v zavodu. Sicer tale, ki jo imam na računalniku ni zadnja verzija... se stalno spreminja. Pred tremi leti smo se odločili, da naredimo program v katerem se poenotimo, poenotimo delo v celotni ustanovi, v vseh vzgojnih skupinah. Program, ki bi predvsem služil kot orodje za delo z mladostniki, ki uživajo prepovedane droge. In smo se... se nas je zbralo deset, dvanajst delavcev. V eni hiši kjer smo prespali in smo dva dni delali in ta program naredil. Pri tem ga vsake tri mesece evalviramo in spremenimo po potrebi. In tu se je izkazalo, da nam ta program pride zelo prav. Tako nam kot mladostnikom.

Moja naslednja misel, da so to situacije, ki se mi zdijo lahko so krizne ne, ker amm pri nasilju je tak ne, jeza, čustva so močno vpletena in potem ne lahko eskalira ne. Zdaj nasilje pa seveda ne lahko je to med otroki, lahko je tudi do vzgojitelja, lahko je eden zunanji ki pride v skupino ali pred skupino tudi to smo že meli ne tak da ne tu se mi zdi ne, da so vzgojitelji v taki situaciji k zdaj še vseeno najbolj iz vzgojitla izhajam, ker sem pač to počel do zdaj. Kaj lahko ne, da recimo resnično omeji otroka, jaz se recimo strinjam s tem, da ga fizično omejim ne, se pravi da ga primem, pa ga tk dolgo držim da tista ihta mine ne, ampak v tej ihti ne, pa v tem držanju ne, lahko midva padeva, lahko ne vem si poškodujema karkoli ne in potem v tej situaciji se mi zdi da je prav al ni prav ne. Da sem to sploh počel ne na kaj vse se lahko iz tega izcini ne. Se mi zdi mi je blo vedno lažje mirit nevem otroke ne se pravi oz. obvladat situacijo če so se otroci med sabo ne stepli alpa skregali al kakorkoli ne, če je pa ta, če je blo to do predmetov alpa do nekih amm ne vem al zunanjih alpa zaposlenih se mi zdi da je to ena taka ne vem siva cona, ki je ne včasih amm se zadeva pomiri pa sploh ni nič več o tem ne govorimo ne posledice pa so lahko tudi težke ne. In za, predvsem pa za zaposlene. Za otroke pa seveda enako.

Ravnatla se lahko vedno pokliče.

Vedno mam za take situacije ko pridejo, ga vedno obvestimo. Prvo probaš poskušat sam rešit kok se da v skupini potem pa pokličeš če je tak že kot je kolegica rekla, da pokličeš policijo alpa rešilca ko vidiš za kaj se gre, alpa za te večje kraje. Če to recimo niso priznali alpa kaj takega je prišla policija se pogovorila, tak da oni vejo da ne morjo kr za kake večje tatvine če so ble drugače pa.

Ko da sem ga jaz napeljal to je isto kot jaz red leti v osnovni šoli ne, ko sem učil športno vzgojo pa je prišo policaj pa smo meli predavanje če se dva stepeta, kaj lahko dam narazen al ne. Ne, ker lahko to že sodelujete zdraven. Pa kaj naj se potem pobijeta al kaj.

To se je tut kod dobro izkazalo ne, da včasih za leta nazaj iščejo za postopke če mam za dobro pribeleženo. To, s tem marsi kaj najdeš kdo je bil v hiši, kdo ni bil, kdaj je prišel, odšel, kaj se je dogajalo. Kompletno dinamiko. Mi smo dejansko rekli, da ti dnevnik, ki so obvezni preko Ministerstva za šolstvo, izpolnjujemo te plave bukve, za to d jih pač ne vem, da ne razbereš nič. Teh naših priprav ne moreš niti za en dan naprej planirat, niti za dve ure ne moremo napisat kaj bo, pač napišeš nekaj blablabla tri alineje po pet črk da je tisto uradno ne kar se oddaja. Dejansko pa so naši dnevnik, taki zvezki veliki, mi rečemo svete bukve. Kjer je zapisana kompletna dinamika, kjer se preden greš domov res vsedeš, napišeš, intezivno napišeš in tam je razbreljivo vse kar se je dogajalo in kolegu pred tabo pa za tabo za nekaj let nazaj tudi hranijo. To je zelo pomembno, vse napisat.

Enga na generacijo pr nas, kr tko, je kr. Pa jaz mislm, da je to pač sporočilnost, ka jo skupina rab, kje je meja, kje se ustaut. Fizično...na tri leta po mojem, latentnega, odkrijemo po navad posfestum, ka pridejo otroc, neko ustrahovanje, pa tko. Ampak tega je tut tko zlo mal al pa mam občutek, da je zlo mal, al pa mal izbire, zarad tega, ker mam zlo tesen odnos. Zlo velik se pogovarjamo z otroci. Je pa pri nas primarno to, mi mam pr nas tri pravila ane: ni drog, mislem, sej mam vsi. Ni drog, ni nasilja, am...čak a še kšnga...

No jaz razlikujem nasilje do nas do strokovnega osebja pa vrstniško nasilje. Do nasilja jaz v teh 25 letih, enkrat en fant, hodu tko proti men. To se je enkrat zgodilo. Verbalnega je pa, agresija je pa ogromnokrat. Še posebej konflikti ko so...je tega ogromno no. Problematične pa so te medvrstniške...ki pa so lahko zelo subtilna in je to prepoznati in to korigirati je...zelo pomembna in zelo težka zadeva.

Ja, spet ta ničelna toleranca. Ko pride vn se problematiziramo in se ukvarjamo in se učimo, da tega pač, da se je potrebno drugač pogovarjat in drugač nardit. Tist, ki to povzroča, ga učimo, da je to nesprejemljivo vedenje, tistega pa da se more postaviti, da mora to problematizirati in krepiti...da si ne dovoli te prakse, tko. In to individualno in skupinsko, najboljše je to voditi s skupino.

V našem primeru se največkrat otrok pri njih vključi, v programe tko, da sodišče mu odredi to. – npr. v Društvo za nenasilno komunikacijo.

Ja pr nas na šoli je tega več ane. Fizičnega nasilja med mulci in pojavlo se je tut fizično nasilje do strokovnih delavcev, groženj v smislu »Ubil te bom«, tega je pr nas na šoli več kot v stanovanjskih skupinah. Tko da na šoli, na šoli teh dogodkov je več, tko mi zaznavamo. Ja v tem primeru, pač itak v prvi vrsti poskušamo tega mulca umakniti iz situacije, nekak poskrbet, da se čustveno tok umiri, da tist efekt nekak upade in potem pač prijava na policijo, kontaktiranje CSD-ja, klic staršev na obvezni sestanek, uglavnem sporočilo, da je to nesprejemljivo, to je kaznivo dejanje in velikrat se zgodi to, kar je kolegica rekla, pridejo starši na pogovor in problematiziraš grožnjo in oni rečejo: »Sej ne misle resno, to je samo tko reku«

Jaz bi tuki, spet mormo gledati na nasilje. A gre to nasilje, a je usmerjeno na nas al je recimo...jaz mam običajno te svetovalne pogovore med mulcem pa starši in se to med njimi dogaja. Men se je večkrat dogajal, da se je med njimi dogajal čeprav ne morem reči, da se nikol ni tut do mene, ker se velikrat starši ubistvu, če se mulc tuki ne vede okej, krivijo nas. Zato, da se oni vedejo okej. Oboje opozorim, da je nesprejemljivo, oni se čudijo kaj govorim. Tamau reče zakaj, sej moj fotr skoz tko z mano govori. In če ne upoštevajo prekinem sestank, prekinem sestank, rečem, lejte mislem, da se mormo drugič naprej pogovarjat, ker zdej ta način, ni okej in mulca zadržim kle, starše...to pomen, da se potem ne morta zaplest. Težje je pa takrat, ko...je nasilje usmerjeno na nas, ker tuki spet mam strokovni delavci med sabo različna stališča...am...nekateri so mnenja, da je dobr pustiti starše, da govori, govori, govori, kar če in si misli, okej ma svoje mnenje...am...nekateri smo mnenja, da ga je treba ustaviti in ne dovoliti tega. Tko, da tuki so pač situacije zelo različne....ampak zdi se mi pa da na splošno to ni nš velik problem, zaradi tega ker smo, mislem jaz verjamem, da smo izjemno spretni v vseh teh letih postal v tem smislu, da znamo...v večini primerov dobr poskrbet da se te naše stranke počutjo okej, so vseeno z nami in da...no jaz ne zaznavam to kt en hud moj problem,

čeprav lani sm mela eno tako mamó ka se je na vsak moj ne, ka je bil recimo »Moja hči ne pride v šolo, ker je pozabla it urbano nafilat« in jaz rečem »Naj gre zdey nafilat urbano pa naj pride v šolo« in to je mama razumela, kot vzgojiteljica ne mara mojga otroka. In potem je seveda štartala name, tko, da ne rečem, da se mi ne zgodi to, ampak se ne čutm pr tem neko težavo.

Verbalno je itak ves čas prisotno, fizično to bolj kot ne med fanti med sabo. Meli smo vmes že tudi spolno, se tudi zna pojaviti. Psihično, to je maltretiranje predvsem mišljeno. To se dogaja za vrati, oziroma ne pred očmi vzgojiteljev.

Umakneš ga pa ga probaš pomiriti.

Če je pa tak daleč so ga pa tudi prijeli pa ga držali tak dolgo dokler se otrok ni umiril. Ker drugače on more zavarovati sebe in druge otroke, vzgojitelj.

Je pa najpogosteje uničevanje inventarja. To pa leti. Takrat policija.

Najprej zaščitimo druge.

Ponavadi je to tak glasno ka se z ene v drugo skupino sliši in pač nekdo, ki je tvojem turnusu pride pogledat kaj se dogaja.

Se ve kdo?imate to doročeno? Ne, tisti, ki prvi sliši. Včasih a tudi vsi 3je, 4je prletijo

Če se slučajno ne sliši, pošljemo otroka po vzgojitelja. Nije tak ka bi sami ostali, ko se nekaj takega dogaja. Ostali vzgojitelji pomagajo drugi skupini.

Mi smo se kar posluževali, zaj smo imeli prazno skupino pa smo se kar posluževali tega. Nasilne otroke/mladostnike smo umikali v tisto prazno skupino. Da se je prostor zamenjal pa ka se je ostale izoliralo. Tak prostor prazen nam ogromno pomeni.

Policijo se itak kliče. Zdravstveni dom, če je tak kak ogroža sebe. Ko so samopoškodbe ali grožnje s samomori, te se jih vključi.

Hodimo h kliničnim psihologom, odvisno pač kakšno obravnavo ma posamezni otrok. Tudi k družinskemu psihoterapevtu vključujemo nekatere. Tudi starše, če se da. S starši nekaj probamo sodelovat. Neko mrežo pa mamó. Ptuj, Maribor, Murska Sobota, Ljutomer. Gornja Radgona je klinična psihologinja.

Moški je v vsakem turnosi.

Mislím, da smo si mi vzgojítelji to naredili tak, da ni nekaj, ka bi se otroki nad vzgojítelji s prvem postavili. Bolj tak verbalno grozijo. Da bi pa zaj tak nas pretepli ali pa kaj pa ne. Mislím probajo tak pa kaj vdarijo ampak vidijo, da se ne vmaknemo pa da nemo popustili pa je to nekaj. Bolj kako tako neven ali plivanje ali do tega je prišlo na taki neki način. Bolj praskanje pa odriivanje.

Verbalna agresija bi rekel na dnevni bazi. Tako, da včasih se je malo preveč čakalo. Vsaka agresija oziroma je potrebna dat otroku vedet da je nekaj narobe naredil. So pa še recimo grožnje in take zadeve, tu pa v bistvu gre že mal naprej in je že potreben kakšen uradni zaznamek. Hujše oblike res pa je že prijava. To govorimo zdej za verbalno. Zdej fizično agresijo imamo vse oblike, heteroagresijo v bistvu in na zaposlene in na druge ljudi oziroma otroke in mladostnike in pa na predmete. Sicer v manjši, manj, manjša frekvenca kot verbalna. Kaj naj rečem tle v bistvu kot je že omenila tu gremo na neko prepoznavanje, deeskalacijske tehnike, so pa res v bistvu včasih nek trigger, ki ga dejansko ni. Včasih se zgodijo, ne vemo zakaj je prišlo do izbruha. Veliko krat je nizka frustracijska toleranca pri otrocih, on si neki v glavi zamislil v tem momentu bi šel ven, kar v bistvu na podlagi ni možno. Recimo konkretno ta fant, ki smo omenjali prej za beg, njemu kar naenkrat una torba ni všeč.

Potrebno je v bistvu, da smo tam. To da smo tam je ključ. Ker v bistvu tut če sem jaz tam in si skočita v lase, sem tam. da nadalje preprečim. V tem primeru stopimo nekako.

Pa pravim pride včasih do kakšnega impulza kar na enkrat, dovolj je pri njih, da nekdo, ko jejo mizo umaže, in ta drug, ki ima dežurstvo te mize bo ponoru kaj si mizo umazal, mu je padla pašta na.. recimo taki. Si zraven tam ma ona dva lahko hitro skočita si v lase bomo rekli. Ampak je pomembno, da v bistvu si tam, vidiš, umiriš situacijo, konc koncev je včasih potrebno kakšnega prijet pa nest. Sem že doživel primeš otroka pa ga umakneš fizično proč.

Kdaj presodite, da je treba poklicati policijo? Fizična agresija. Ničelna toleranca. Jaz se pravi čim je udarec ali na otroka, mladostnika ali na zaposlenega, je prijava.

Pod 14 let izvajajo mediacijo.

Hah, ponavad, no to so me na sodišču zaslišval, lih to vprašanje, pri umirjanju ne, pri fizičnemu umirjanju, ponavad takrat delajo avtomatizmi ne, otrok se ne kontrolira in pride

potem do trganja majic. Ugrizov, pljuvanja. Zdej, da bi bila kakšna poškodba, so bile v preteklosti, pa zdej imamo lih na sodišču v Kopru eno zadevo, ki je pač nek tehnik, ki sploh ni bil tehnik se je potem izkazalo, ki je bil negovalec, zaradi nepravilnega umirjanja naj bi bila neka poškodba no. Drgač pa zdej v zadnjem času no bom rekla, da bi bile kakšne takšne večje poškodbe, so ugrizi, ko je potrebno cepljenje proti tetanusu in tako naprej, ampak večinoma pri umirjanju.

Konec koncev sej nimamo izobrazbe v toraj nekih interventnih prijemih pa teh stvareh: Ja mi jo imamo ne. Ja mi imamo protokole in tut vadijo, trenirajo Fiksiranje človeka, prav postopek kako mora bit pet ljudi, tukaj bi kolega to najbolj znal povedat ne, in oni te prijeme tut vadijo, enkrat na mesec se dobijo tehniki, in prav točno se ve kdo kje prime na kakšen način, kako je treba otroka položiti, kaj je treba podložiti pod glavo katere dele in kako.

Ja mislim, sej to so. Lih tko k smo se mal pogovarjal ane, so te recimo, vsako agresivno vedenje je potrebno gledat v enem kontekstu ane. In v bistvu bi težko zdej čist, mislm, zlo je odvisno od tega kaj so vzroki in kako se potem obravnava. Sigurno pa sam, sama situacija recimo tega agresivnega, neobvladljivega vedenja, so to, da recimo otrok, ne vem, eni ob mejah izbruhnejo, eni kr ne vem kaj jih moti. Takrat recimo so potrebne intervence, takrat je treba al ostale otroke zaščitit, nega izolirat, al ga nekam odpelat. Al, da se omogoči neko varnost njemu, drugim ane. Seveda je tukaj, ogroženi so tud odrasli. Ali so vedno prisotni, dost ljudi, da takrat pristopi.

Tega, mislim nekaj je. Ampak ni tok, pa tud to se mi zdi, da kr rešujemo. Bl tist, k ns res zlo, so ta nasilja nad odraslimi, ali pa hudi izbruhi, ko vdrejo v kabinet. K recimo napade, al pa recimo brca, grize, tolče. Pluva. Naredi luknjo v kabinet, krađe, mislim.

Mogoče jaz bi k temu še to dodala. Lih to, ker, skoz obstaja ta dilema. Ob recimo nekem agresivnem vedenju otrok, ko razbija al koga napada. Kok met posegat v otroka, takrat, ko je v takem afektiranem stanju. In v bistvu se poskušamo, na vse možne načine izogibat fizičnim stikom, razen, če ni ogroženo življenje ane. Seveda je to odvisno tud od tega, kdo je takrat prisoten. So ljudje, ki so dovolj fizično močni, al pa je otrok dovolj fizično šibek, da ga lahko takrt ti objameš, brez bolečine in ga onemogočš, da se takrt umiri. In to tud ni zakonsko sporno ane. Je pa lahko pri teh stvareh, k igrajo čustva, je lahko hitr kšna stvar preveč, otroci naši znajo izzvat čustva, lahko si bolj jezen, pa bolj primeš, lahko pride do nekega maščevanja. Tako, da mi se temu poskušamo izognit. In reševat tako, da se zaščiti otroke, da

se nega osami. Da pač, če se inventar razvije, se zardi tega noben ne bo sekiral, se bo to potem popravilo. V glavnem, da skrbimo za varnost otrok, delavcev in poskušamo tisto stanje, takrat čim hitrij umirit. Kasneje, ko se zadeve umirijo, rešujemo, se pogovarjamo o tem zakaj je prišlo do tega, kako bi lahko drugače, kaj bi lahko nardil. Če otrok vidmo, da je preveč razvrvan, ga imamo rajš nekaj časa posebej, da on to dlje časa predela. Poskušamo poiskat taprave vzroke agresivnega vedenja. Če so vzroki v družini, se s tem ukvarjamo. Če so vzroki v odnosu med vrstniki, se s tem ukvarjamo. Lahko so pa včasih taki vzroki, kot je recimo, smo mel primer, ko je bil otrok že 6, 7 let po zavodih in smo mi bli ta tazadna inštanca in nismo mogl tega na tak način rešt, da bi bla rešitev od dons na jutr možna ane. Smo mel tut zlo dobre izkušnje, da smo potem tega otroka dal domov in smo mu izvajal 3 leta individualni pouk v dopoldanskem času. Tuki bi si želel recimo tut zakonske podlage za to. Ker si je otrok želel domov, starši so domov ga sprejeli. Seveda doma so tut ble mal težave, pa je tut kazniva dejanja kakšna delal pa tko. Vendar ni blo vsakodnevnega, v bistvu tega odpora do zavoda, da je on cele dneve miniral, razbijal, letu okrog zavoda, druge nagovarjov, hotu na bege in tako naprej. Ker pri nekaterih otrocih to dl časa traja, dokler pač, se en njihov problem ne razreši. In zdej je težava tut v teh pooblastilih ali bi jih želel ali ne bi želel. Mi ne bi želel, da se ane, preveč tega pooblastil daje vzgojiteljem. Ne vem ane. Druga stvar je pa to, če se da, kaj nej nardi ena ženska, ki je šibka proti moškemu. Tut, če ima pooblastila, če ma prot enmu fantu, k ma 90 kil in nč ne pomaga ane. Vidl smo rešitev tut v znižanem normativu ane in povečanem številu delavcev ane. Tko da je v bistvu ta občutek varnosti, že zard samga števila in pomoči, k lahko hitr pride. Da nisi ti sam z desetimi, je gotovo tut rešitev. In take otroke, ki so pr ns, ki imajo interno šolo in so bolj zahtevni v tem smislu, teh agresivnih izpadov je v bistvu, bi si želel imet normative od 6 do 8. Ne 10. Pa več prisotnih vzgojitelov.

Vedno se izbere tistga, k ima bolj izkušenj, pa moški ane. Turnusi so pa tko narjeni, da je vedno tut več moških, da niso sam ženske, da je razdelen. Je pa pol odvisno tut od trenutne dinamike ne. Ker ane recimo, je tam en moški, ampak ima trenutno zdej velik dela v svoji skupini, pa potem pride takrt nekdo drug.

Mi smo tut spremenil recimo. Mi smo mel prej recimo v vsaki vzgojni skupini po 2 vzgojitelja. Tako, da je en na enkrat delu, pa 2 interventni delavki, ki sta v bistvu pokrivala za intervence. Zdej smo to spremenil, ker smo ugotovil, da je boljše, da smo nrdil time 3 vzgojiteljev, tako da skor večino časa dela tako, da sta 2 hrkati. Od 2h do 7h v bistvu delata oba hkrati. In je vzgojitelj v bistvu del tima in je skos znotrj zraven. Ne da je od zunaj. Ker v bistvu, če je en

vzgojitelj interventni na 4 skupine, lahko se zgodi, da ga več potrebujejo, pa ni tok v kontaktu, ker je zunaj. Tako da v bistvu to zdej poskušamo v tej smeri delat ane.

Za dobro prakso bi izpostavila eno od oblik, sej pravm. Pri hudemu nasilju, je težko rečt kaj. Vedno je odvisno od vzroka. Eno teh oblik, k smo jih izvajal pri enih treh primerih. Več let je blo to recimo, smo izvajal to šolanje na domu. Ki je sicer blo, še enkrat povedano, da po sedanji zakonodaji, je nezakonito ane. Po primerih iz prakse, k pogledamo recimo enga fanta, k mamu primer, ko je bil nasičen tega zavoda in si je želel it domov. Je on 3 leta navezov s tistim vzgojiteljem stik, in 3 šolska leta uspešno končal. Pa še en primer mamu tut, iz Kočevja, k je bil tak, da če ne bi takt šli v to obliko, s katero so bli starši in center in fant grozn zadovolni, in res je uspel. On je bil pa takrt na meji, da bi šel v drogo ali pa bi postal tok zlo nasilen, da bi postal kriminalc, ker bi ga mi prijavljjal zard vseh teh stvari. In vse to se je s to novo obliko ustavlo. To je recimo, so pač taki zlo ekstremni primeri, ampak ta oblika, se po našem mnenju, v določenih primerih, obnese. Ker ni mogoče vse otroke dat v zavod. In vsi niso sposobni funkcionirati v skupini otrok s takimi težavami. Ta recimo blažja oblika, za te manjše, je to, da smo, poleg recimo, ane, ko je otrok agresiven, so določene posledice dobil. Kazni al neke odvzeme ugodnosti, da se kljub tem uram dodatne analize, teh dogodkov, da zna otrok razložit kaj se je zgodilo. Kaj je bil povod za to. Kako bi lahko drugače ravnal. V bistvu se odnese in je pozitivno. Je pa res, da je to za une otroke, k so dovzetni, pa majo manj hude agresije ane.

Sodelujejo z Društvom za nenasilno komunikacijo, potem je ta Logout za odvisnost od računalnika, Drogart. Pelikan. Rakitna.

Mi smo v bistvu že iskal te rešitve. Velik govora je o teh intenzivnih skupinah z nižjim normativom. Nam, po eni strani ja intenzivna skupina, ampak ne more bit to stanovanje v 4. nadstropju bloka. To se je izkazalo za neustrezno. Lahko za kšnega vodljivega pride prov. Če je pa kdo hudo agresiven pa ne more bit, ker vznemirja druge delavce in hkrati je nevarno, da skoči skoz okno in ne vem kaj. Potem, nezadovoljni smo bli s tem, se strinjam, da pač en nš mjhn zavod kot je, ne more met skoz zaposlenih, recimo 1 hišo v najemu, in tam zaposlene 4 delavce. Pa čakamo kdaj bomo rabil intenzivno skupino ane. Kdaj jo rabmo, kdaj jo ne rabmo. Ne strinjamo pa se tut s tem, da je v bistvu to povezano z imenom in priimkom otroka. Ker recimo za delo z najbolj agresivnimi otroci, ne moremo na razpisu dobit najbolj usposobljen kader in ga potem odpustit. Oziroma, da imajo najbolj ne-varno službo, ko ta

otrok odide. Tko, da tuki bi blo sistemsko, da bi bla na voljo, za več zavodov, al nekak. Blo bi pa, da bi mogl bit najbl usposobljeni. Tudi recimo ne strinjamo se s tem, da znotraj zavoda, k mamu mi že usposobljen kader. Tut naši otroci potrebujejo stabilnost in varnost, in ne moremo mi skos menjat pomembnih oseb. Mal grejo tm za dva mesca, potem pridejo nazaj. Ker se potem zavodov sistem popolnoma poruši ane. Tko da ta rešitev najdt prostor. Prostor je pomemben, da je to na taki lokaciji, k se otrok dere in nobenga ne bo vznemirjov. In ima prostor se zunaj mal razkadit. In, da se ne bodo sosedje takoj pritoževal. In da je tam usposobljen kader, ki z zmanjšanim normativom lahko dela ane. Ampak to mora bit sistemski rešitev, ne more bit to odvisno od zavoda. Pa mi smo tu ogromno nardil. Mi smo za enga otroka že najdl in hišo in ljudi zaposlil in ne vem kaj. Ampak mamu vedno težave s tem, če je vezano na ime in priimek in bistvu je to težko, ker in noben ne bo take službe vzel, ker tut vzgojitelj se gradi. In da postane nekak kompetenten in izkušen in tko. In škoda. Ni se pa tut noben učen rodil ane. Seveda. Mislim a je to moški al ženska al kok je smisel za tega in tko ane. So tut določeni drugi predpogoji.

Pri heteroagresivnem vedenju smo uporabljali sprostitvene tehnike, relaksacijske tehnike. Ja, to, smo že mel. Mel smo tut, oziroma mamu boksarsko vrečo, da je šu kšn potem tut tja boksat. To se bolj ali manj obnese. Ni vedno. Eni grejo pa na šport, pa laufat, pa tko.

Mi bomo zdej mel to izobraževanje Team Teach. Ne vem, če poznate.

To je v bistvu, kok sem jaz bla. Mi smo svetovalni delavci, vseh zavodov s posebnimi potrebami. Sej v bistvu ta pristop uveljavlja pri gluhih pa. In bo mogoče za te avtistične motnje, ki imajo svoje napade. Gre pa za to onemogočanje otroka na način, da ne povzročáš fizične bolečine ane. In v bistvu, če ga dva primeta, da ga tko hkrati objameta in onemogočta. In hkrati, da v bistvu delavec tut pazi na to, da sam ni žrtev fizičnega nasilja. Oziroma ga tko prime, da je najbolj varno. Potem smo tut se pogovarjal, zdej mamu v načrtu, da se bo to izvedlo. Zdej tko ns to uporabljamo pa še vedno.

Vzgojitelji se soočajo z mnogovrstnimi oblikami nasilja in agresije³⁷. V glavnem je to nasilje in agresija otrok in mladostnikov med seboj, kjer prevladuje verbalna agresija, tudi fizične je veliko prisotne, kakor tudi prikrite. Znotraj nje je veliko tudi spletenga nasilja. Nadalje je agresivno (največkrat verbalno) in nasilno vedenje usmerjeno proti vzgojiteljem, strokovnim

³⁷ O količini nasilja v vzgojnih zavodih je pisala Zalokarjeva (2015) in sicer je bilo 96 otrok in mladostnikov verbalno heteroagresivnih, heteroagresivnih do predmetov 61 in 64 heteroagresivnih do drugih, skupaj 221.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

delavcem, torej respodentom in proti stvarim oziroma predmetom. Vse oblike imajo seveda še mnoge specifične pojavnosti, katere glede na cilje raziskave ne bomo obravnavali. Tako (Petermann F. in Petermann U., 2015, str. 36) razdelita hujša agresivna vedenja v naslednje skupine:

- Pogosto grozi, nadleguje ali ustrahuje druge
- Pogosto si prisvaja stvari, ki niso njegove
- Izrazito laže
- Pogosto začne fizične prepire
- Uporablja orožja, ki bi lahko fizično škodilo
- Je fizično krut do ljudi
- Mučenja živali
- Krade v spopadu z žrtvijo
- Prisili druge, da se ukvarjajo s spolno dejavnostjo
- Namerno zagreši požig z namenom povzročiti resno škodo
- Namerno uničuje premoženje tretjih oseb
- Vdori v stanovanja, zgradbe ali avtomobile drugih ljudi

Za mlajše od 12 let je še indikator pohajkovanje in prenočevanje izven doma kljub starševskim prepovedim, pobegni od doma, tudi za eno noč, pogosto težave v šoli, špricanje in popolna abstinenca.

V nadaljevanju bomo opisali nekatere dobre prakse in možne metode pristopov, kakor tudi polemizirali probleme neutralizacije nasilja, besa, agresije, analizirali obstoječe pristope in pregledali določene prakse in pristope v tujini.

Vsekakor je vsak pojav tovrstnega vedenja povezan z mnogimi dejavniki. Zato je v intervencah izrednega pomena poznavanje otroka, kvaliteta odnosa, kakor tudi presoja, kaj vse je mogoče pričakovati. Včasih tudi nepričakovano. In zato je vsaka situacija in reakcija vsekakor edinstvena. Od naštetih tehnik, s katerimi se spoprijemajo strokovni delavci, se je večkrat skozi intervjuje zasledil pomen spola in tudi fizične moči, tako s strani strokovnega delavca, kot s strani otroka oziroma mladostnika.

Prav tako bomo izpostavili s katerimi ustanovami sodelujejo strokovni centri.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

V slovenskem prostoru Strokovnih centrov tako imam Strokovni center Planina program STEPPS (Systems Training Emotional Predictability Problem Solving) oziroma po slovensko Sistemski trening čustvene predvidljivosti in reševanja problemov. Program je sicer namenjen odraslim, a so ga prilagodili za izvajanje glede na potrebe skupine. Udeleženci so imeli poleg že diagnosticirane mejne osebne motnje ali osebne poteze, ki so nakazovale na morebiten obstoj te motnje, diagnosticirane tudi druge psihiatrične motnje, nekaj jih je imelo tudi lažjo motnjo v duševnem razvoju.

V program STEPPS je smiselno vključiti za spremembo motivirane osebe, ki so sposobne dela v skupini in lahko sprejmejo usmerjanje diskusije vodje skupine. Izključujoči dejavnik je izrazit narcisizem. Udeleženci potrebujejo določeno stopnjo empatije; razumevanja stališč in počutja drugih; kot tudi sposobnost, da težave drugih vidijo kot pomembne, tudi če se sami ne soočajo s čim podobnim. Prav tako je smiselno ločeno nasloviti komorbidne težave z odvisnostjo ali motnjami hranjenja. Naslednji izključujoči dejavnik je posameznikova nagnjenost k razreševanju konfliktov s fizično ali verbalno agresivnostjo (Black idr., 2004 v Burina Cerar, 2019, str. 181).

Vsebine programa STEPPS lahko združimo v tri nadredne sklope (Burina, M. in Cerar, K.M., 2019, str. 184):

1. Prepoznavanje in zavedanje IČN, povezovanje diagnostičnih kriterijev z izraženimi filtri (vprašalnik osnovan na Shema terapiji J. Younga (1999, v Blum, 2012)).
2. Urjenje veščin za obvladovanje čustev.
 - a. Oddaljitev
 - b. Sporočanje
 - c. Izzivi (za misli)
 - d. Preusmeritev pozornosti
3. Urjenje veščin za obvladovanje vedenja.
 - a. Obvladovanje težav (postavljanje ciljev, reševanje problemov)
 - b. Obvladovanje vedenja (zdrave prehranjevalne, spalne navade; telesna vadba, prosti čas in skrb za zdravje; izogibanje agresivnosti do sebe; medosebni odnosi)

Kot rečeno, v Strokovnem centru Planina so se educirali za omenjeno metodo dela, kar je vsekakor predpogoj, kot smo že uvodoma povedali za vsako od izbranih metod oziroma pristopov.

Vzgojno izobraževalni zavod Smlednik je opravil edukacijo metode Team Teach.

Team-Teach je celovit celostni pristop, ki obravnava pomembne dejavnike, ki lahko prispevajo k kritičnemu incidentu, ki vključuje otroke v okoljih strokovnih centrov, izobraževanja in zdravstva. Team-Teach je interdisciplinaren pristop, njegova uporaba pa vključuje otroško varstvo, vzgojne zavode oziroma strokovne centre, šole. Pristop se razlikuje od večine strategij za reguliranje vedenja, ki so trenutno na voljo šolam, po tem, da vključuje usposabljanje v spretnostih za deeskalacijo in fizične posege, znane kot "pozitivne strategije ravnanja". Poleg tega Team-Teach zagotavlja spretnosti poročanja in snemanja; in jih pripravi na obnovo odnosov in upravljanje svojih občutkov. Politike in druga dokumentacija so del podpornega okvira, ki ga zagotavlja ta pristop. Poudarek pristopa je "na tem, kako se ljudje medsebojno navezujejo". Team-Teach na „pozitivno ravnanje“ gleda kot na koncept, ki potrjuje zavezanost organizacije in posameznikov znotraj organizacije k okviru strategij za zmanjšanje tveganja (neverbalnih, verbalnih in fizičnih). Te strategije so dokumentirane v „Individualnih pozitivnih načrtih ravnanja“ in so vključene v celoten celostni pristop k vedenjskim podporam in intervencijam. „Načrti pozitivnega ravnanja“ so dogovorjene strategije (neverbalne, verbalne in fizične), katerih namen je podpreti posameznika, mu zagotoviti občutek varnosti, varnosti in sprejetosti, omogočiti okrevanje in popravilo ter olajšati učenje in rast. Dokumentacija tečaja je pod stresom, saj fizične intervencije niso glavni poudarek pristopa, saj naj bi preventivne, defuzijske in deeskalacijske tehnike predstavljale več kot 95% odzivov na zahtevno vedenje (str. 11). Pristop obravnava vprašanje občutkov in postopkov (Hayden, C. in Pike, S., 2006, str. 2

Nadalje več ustanov je povedalo, da uporabljajo občasno tudi metodo mediacije. Predstavlja način mirnega, konstruktivnega in dogovornega načina reševanja konfliktov in sporov med učenci, dijaki, učitelji, starši in drugimi delavci šole oz. vzgojne ustanove. vsi udeleženci so "zmagovalci", udeleženci so zadovoljni z rešitvijo (predlagali so jo sami in nekdo tretji), predstavlja trajn(ejš)o rešitev spora, favorizira odnos med udeležencema in fokus je obrnjen na rešitev, ne na problem. Mediacija pri mladih spodbuja pozitivno komunikacijo, zmanjšuje nasilje, vandalizem in druge agresivne načine izražanja nesoglasja, spodbuja otroke in

mladostnike, da svoje konflikte rešujejo tako, da prisluhnejo drug drugemu, razvijajo kritično mišljenje in veščine razreševanja konfliktov in uči mirnega načina soočanja z razlikami in drugačnostjo (Prgič, 2010).

Dobri primeri prakse predstavljajo tudi mnogi primeri sodelovanja z nevladnimi organizacij, vsekakor so tudi tukaj v prednosti večja središča, kjer je posledično večja koncentracija ponudb nevladnega sektorja.

Tako je večina ustanov izpostavil naslednje nevladne organizacije: Društvo za nenasilno komunikacijo, Logout – Center pomoči za zdravljenje odvisnosti od interneta, Združenje Drogart, Zavod Pelikan. Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, Društvo Ključ.

Prav tako bi izpostavili določene protokole, ki jih imajo posamezni strokovni centri.

Tako ima Strokovni center Višnja gora obrazec za Zapis o obravnavi nasilnega vedenja, v katerem se zapiše datum dogodka, ime in priimek mladostnika, izvajalca nasilnega dejanja, dogodek, odrasla priča, morebitni interventni ukrepi, prijava policiji. Sledi v roku enega tedna zapis vzgojitelja in/ali učitelja o poteku dogodka, kot ga lahko razbere iz vseh pridobljenih opisov, doživljanje izvajalca, kot ga je razbral iz pogovora z njim, doživljanje žrtve, po tem, ko se vzgojitelj pogovori z žrtvijo, okoliščine (nabiranje napetosti, dlje časa trajajoč konflikt, skupinska dinamika v razredu...), sprožilec (dogodek tik pred dejanjem), posledice po dejanju.

Sledi zapis dogovorjenih metod reševanja, aktivnosti oziroma načrtovanih dejavnosti, postopkov..., ki se bodo izvajale v postopku obravnave nasilnega vedenja (spet zapišeta vzgojitelj in razrednik).

Ob zaključku poročila v roku enega meseca vzgojitelj in učitelj zapišeta izveden aktivnosti, tudi razlog za neizvedene ter predviden potek nadaljnje obravnave.

Prav tako so razvili tabelo za oceno tveganja, kjer pretehtajo okoliščine tveganja, nevarnost/škodo, dobiček in taktike zmanjševanja tveganja. Le to opredmetijo z načrti in dogovori.

Vzgojni zavod Kranj ima v Pravili reda stanovanjskih skupin in Vzgojnem načrtu rangirane kršitve pravil, ter njihove posledice.

Tudi Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec ima v okviru svojih pravil postavljena pravila in sankcije. Tudi neimenovani strokovni centri imajo oblikovana svoja pravila in vzgojne načrte.

Tuja praksa

Vsekakor bomo pri tuji praksi omenili samo možne pristope. Saj le ti zahtevajo dodatno edukacijo. Naš namen torej ni, da bi v okviru naše raziskave podali tudi jasne metodične poti, po kateri bo praksa lahko z gotovostjo uspešna. V vzgoji je žal tako, da pogosto ni pomembna sama metoda, ampak izvajalec. In kot pravita Van Weezel, L.G. in Waaldijk, K. (2007) decidirano poudarjata, da tovrstna pričakovanja, da gre za rešilno metodo za točno definirano grupacijo lahko prineseta še več nezadovoljstva in frustracij. Znotraj vsake bolj ali manj empirično jasno definirane skupine, še vedno stoji raziskovalec s svojo vizijo in svojo željo po arbitrarno jasno definirani skupini. V vsaki skupini je toliko različnih posameznikov, koliko je številčna skupina. In vsak posameznik ima velikokrat nacepljenih veliko težav. Največkrat je tako, da zahtevnejši kot je primer, več je pridruženih težav oziroma že motenj.

V novem zakonu je tako obrazloženo, da gre za obravnavo otrok s čustvenimi in vedenjskimi težavami in motnjami, znotraj katere otroci in mladostniki dobijo več vrst pomoči glede na svoje težave oziroma motnje, zato smo tudi uporabili širši termin "obrnava".

Otroci s čustvenimi in vedenjskimi težavami so otroci, ki v strokovni center niso nameščeni, imajo pa določene čustvene in vedenjske težave, ki jih zaznajo v vrtcu, šoli ali v družini. Tem otrokom strokovni center nudi pomoč, kot je to zapisano v 6. členu zakona.

Druga skupina pa so otroci, ki so z odločbo sodišča nameščeni v strokovni center, kar pomeni, da imajo čustvene in vedenjske motnje in v strokovnem centru tudi bivajo.

Otroci in mladostniki so lahko nameščeni na podlagi različne zakonodaje, zato so v prvem členu v posamezni alineji poimenovani tako kot so navedeni v posameznih zakonskih podlagah (kot npr. v ZUOPP-1 so v 2. členu kot ena izmed skupin otrok s posebnimi potrebami otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ...) (Zakon o obravnavi otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami ter motnjami v vzgoji in izobraževanju – ZOOMTVI (Uradni list RS, št. 200/20, str. 6).

Socialno kognitivni individualni trening za mladostnike in mladostnike – metoda – ČAS ZA RAZMISLEK. Gre za znanstveno utemeljen in ročno izdelan socialno-kognitivni individualni trening za mladostnike. Izobraževanje poskuša delinkventnim mladim dati socialne kognitivne veščine, ki jim omogočajo, da se bolje znajdejo kot prej, v socialnih konfliktih ali moralnih presojah in odločanju, razvijejo alternativne načine ravnanja in lahko ocenijo posledice svojih akcije tudi za druge ljudi. Mlada oseba bi se morala naučiti za kratek trenutek ustaviti se v zapletenih in čustveno stresnih situacijah (torej »čas za razmislek«), zaznati svoje učinke in sprejeti moralno utemeljene odločitve. Izobraževalni proces se odvija v 40 sejah (7-9 mesecev) s pomočjo programa, ki je sestavljen iz štirih modulov:

- Obdelava socialnih informacij
- Obvladovanje učinkov
- Moralno razmišljanje in delovanje
- Brezplačno usposabljanje (prenos v okolico mladostnika)

Program je manualiziran, torej so opredeljeni cilji, vsebina in primeri prvih 24 sejah. Zadnjih 16 sej služi prenosu v vsakdanji svet, naučeno se predela in utrdi na podlagi vsakodnevnih konfliktov mlade osebe (Körner, J. in Friedmann, R. 2005).

Nadalje bi predstavili **Trening proti nasilju**. Treningi za boj proti nasilju so namenjeni mladim in več storilcem, ki so izvedli nasilno kaznivo dejanje. S spremljanjem in delom vsaj 60 ur se udeleženci naučijo boljšega nadzora nad svojimi dejanji in razvijejo alternative za svoje prejšnje vedenje reševanja konfliktov. Treningi potekajo pod vplivom konfrontacijskega odnosa. Osrednja sestavina je "vroč stol". Tu je pomemben cilj preizpraševanje utemeljitve in legitimnosti storilca ter spodbujanje empatije žrtve. Trening temelji na pozitivni in humanistični podobi človeka. Izobraževanje za boj proti nasilju temelji na učnem načrtu, ki v posameznih enotah udeležence korak za korakom senzibilizira in jim jasno razloži njihovo odgovornost, da v prihodnosti ne bodo več ravnali nasilno (Leye, Priesterbach, in Shorti, 2020).

Predvidevamo, da ima vsak človek vse potrebne spretnosti in sposobnosti, da lahko ustrezno reši težavno situacijo, vsaj v osnovni obliki, vendar je zaradi različnih razlogov, povezanih z osebnim položajem posameznika, ni mogoče ali vsaj delno vpoklicati. Cilj je aktivirati

"pokopane" vire udeležencev in mladim omogočiti, da že v zgodnji fazi prepoznajo nasilne situacije in se jim izognejo ali da konstruktivno rešijo konflikte.

Cilji usposabljanja so:

- Biti sposoben prevzeti odgovornost za svoje nasilno vedenje in se naučiti konstruktivno spoprijeti s konflikti in agresijo
- Zmanjšanje agresivnega vedenja
- Širitev repertoarja vedenjskih oblik udeležencev v nasilnih situacijah (npr. prihranek časa, de-stopnjevalne oblike pogovorov, načini vzdrževanja distance itd.)
- Izboljšanje zaznavanja sebe in drugih
- Prepoznavanje lastnega "sprožilca nasilja"
- Izogibanje nasilnim situacijam
- Posredovanje zmagovalca - zmagovalca - strategije pri reševanju konfliktov
- Izboljšanje samokontrole
- Spodbujanje družbeno kompetentnega vedenja (primerno uveljavljanje samega sebe)
- Povečanje usposobljenosti za reševanje konfliktov
- Spodbujanje alternativnih rešitev konfliktov
- Poslušanje, opravičevanje, podajanje in sprejemanje pohval in kritik na primeren način, govorjenje o tem, kako se počutite
- Upoštevanje drugih
- Spodbujanje empatije do drugih ljudi
- Povečanje praga zaviranja za uporabo fizičnega nasilja
- Učenje izogibanja konfliktom in alternativnih strategij za ukrepanje

Pri treningu se uporablja raznoliko zaporedje sistematičnih analiz, samorefleksije, povratnih informacij, teoretičnih enot ter individualnih in skupinskih vaj (timsko usposabljanje, igra vlog, sistemske konstelacije); to omogoča učenje na različnih ravneh. Usposabljanje je v prvi vrsti usmerjeno v »početje« in »doživljanje«.

V treningu se izvaja načelo opolnomočenja (dobesedno: samo-opolnomočenje, krepitev lastne moči), cilj je povišati samopodobo, spodbujati neodvisnost, uporabiti in "razširiti" razpoložljive vire in veščine udeležencev.

Uporabljeni instrumenti / metode so prilagojeni (trenutnim) temam in potrebam udeležencev ter njihovemu trenutnemu položaju. Ažurne pomisleke udeležencev se "vedno" upošteva.

Med drugim se uporabljajo naslednje metode / instrumenti:

- moderiranje
- Vizualizacija (flip chart, pin board, kartice, projektor)
- Socialnopedagoška individualna pomoč
- Socialnopedagoško skupinsko delo
- Biografsko delo
- Sistemski coaching
- Strategije reševanja konfliktov
- Slavnostni govori
- Delo v majhni skupini
- Vrednotenje in vprašalniki
- Samotestiranje
- Fizične vaje / sprostitvene vaje
- Timsko usposabljanje

Poleg tega se ponudbe izvajajo s tretjimi osebami. Npr. izobraževanje / razgovor s policijem, kriminalistom, s sodnikom za mladoletnike, pogovor z obsojenim nasilnim zločincem, obiski svetovalnic (svetovanje odvisnikom, družinsko svetovanje), v posameznih primerih se po potrebi opravijo družinski razgovori.

Vsebine, ki jih obravnavajo so sledeče: pravila za povratne informacije, opredelitev ciljev, sporazumevanje z nasilnimi dejanji, soočenje, opredelitev nasilja: kje začnete? kje se začne pri meni?, lastna izkušnja nasilja - "jaz" kot žrtev, zaznavanje pojava fizičnih, agresivnih občutkov, zaznavanje potencialnih konfliktnih situacij, nasilje in odvisnosti (alkohol, spletne igre, zasvojenost z internetom, igre na srečo, prepovedane droge) - preprečevanje odvisnosti, nasilje v medkulturnem kontekstu, nasilje in "moja" vloga v družini, med prijatelji, v odnosu, vzroki nasilja (družina ...), katere vrste nasilja obstajajo?, iskanje mojega "sprožilca" za nasilje: moji koraki do nasilnega dejanja, "moj" vzorec nasilja, kako lahko prepoznam vzorec nasilja in ga spremenim na bolje?, trajne provokacije / strpnost do frustracije - kako to obvladujem?, povečanje frustracije, sspopadanje s pozitivnimi in negativnimi deli vaše osebnosti, izogibajte se nasilju z učenjem različnih strategij delovanja, dvignite samozavest

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

samokontrolo, verbalna komunikacija - neverbalni jezik, sodelovanje in timsko delo, sposobnost biti partner in spolna identiteta, cilji - opredelitev ciljev. Motivacija, načrtovanje življenja - prihodnost, prosti čas, šola, služba, upravljanje svojih talentov (prednosti - slabosti), ukvarjanje - sprejemanje občutkov, pozitivno ravnanje s pohvalo in kritiko, pismo žrtvam: vsaj 10 stavkov; nato prebrati na glas, reševanje konfliktov usmerjeno k rešitvi, komunikacija, spolna vzgoja, "študije skupnosti", izkušnje žrtve - izkušnje storilca, storilec / žrtev doživlja občutke, s katerimi poveča sposobnost empatije, dejanje - prestopniško vedenje - z vidika žrtve in storilca, tTrajne provokacije / strpnost do frustracije...(povzeto po Fröhlich-Gildhoff, 2006a in 2006b).

Treningov proti nasilju je več, mi smo omenili Freiburški trening proti nasilju, obstaja jih še mnogo (Anti Aggression & Coolness-Training, Anti-Gewalt-Gremium, AAT –Anti aggressivität Training...).

Neurofeedback je posebnost biofeedback-a. Najstarejša oblika je EEG. Krivulje možganskih valov (valovi EEG) računalnik analizira sproti in jih razčleni glede na njihove frekvenčne komponente in prikaže na računalniškem zaslonu. Tako določeno porazdelitev frekvenc v kvantitativnem EEG, ki je odvisna od stanja pozornosti ali zavesti (na primer buden, spanje, pozoren, sproščen, pod stresom), lahko uporabimo za trening (s pomočjo feedback treninga). Preizkusna oseba lahko doseže boljšo samoregulacijo s pomočjo povratnih informacij iz lastnega vzorca možganskih valov (Robbins, 2000).

Pred kakršnim koli zdravljenjem je pomembno, da najprej opravite podrobno anamnezo, diagnosticirate in zberete ugotovitve. Rezultat daje terapevtu, ki opravlja neurofeedback pomembne informacije o vrsti centralnega živčnega vzbujanja posameznika. Na primer, slabo spanje je pogosto povezano s (kortikalnim) prekomernim vzbujanjem, ADD (brez hiperaktivnosti). Migrene, različne epileptične motnje, pa tudi tiki so bolj povezani z nestabilnim vzbujenjem. Nato lahko s tako imenovanim kontrolnim seznamom simptomov določimo, katera vrsta prevladuje. To pa pomeni, da lahko iščemo frekvenčno območje, v katerem je preveč ali premalo aktivnosti. Poleg zgolj simptomatsko usmerjenega pristopa se uporablja tudi analiza vrednosti Z. S pomočjo znanstveno ustvarjenih baz podatkov je zdaj mogoče veliko bolj natančno razlikovati med normalno in okvarjeno možgansko funkcijo. To pa omogoča natančnejšo izbiro ustreznih protokolov za neurofeedback. Neurofeedback ne boli. Ne čuti se nobena napetost (Robbins, 2000).

Prav tako je uporabna metoda za različne težave otrok tudi **doživljajska pedagogika**. Tako Krajncan (povzeto po članku Metoda doživljajske pedagogike; uporabnost v vzgojnih zavodih, 1996) se lahko okategorizira tudi kot metoda zavodske vzgoje. V ospredju stoji doživeta sposobnost vsakega, ki se ojača oziroma se mora sploh aktivirati. Nasplošno je občutenje sebe samega temeljno izhodišče vsakega doživetja. Šele ko je to doseženo, je možno reflektiranje socialnih in realnih situacij.

Večina mladih, ki niso imeli sreče, občutiti se kot del funkcionalnega socialnega družinskega sistema in za katere je zavodska vzgoja odpovedala, imajo tukaj otežujoč deficit.

Doživljajsko pedagoška vsebina, kot jo danes razpoznamo, ima za cilj, da si vsak posameznik ojača svoje sposobnosti doživetja, da je sposoben, tako sebe kot tudi svojo okolico doživeti. To se zgodi preko direktnih občutenj in dožemanj konkretnih in socialnih situacij. Doživljajsko polje je definirano skozi okolje, v significantnem vedenju in osebo, ki je to polje pripravilo, da so zunanje nevarnosti in ogroženosti minimalne. Ta doživljajska polja so v vsakem komunikativnem procesu navzoče,

- kjer so ogroženosti majhne,
- kjer ne ve eden vse in drugi nič,
- kjer učenje poteka skozi lastno delovanje,
- kjer je učni proces odgovoren skozi soodločanje,
- kjer je vključena cela oseba kot učujoča,
- kjer ima tuje vrednotenje drugorazredni karakter.

Ta doživljajska polja so v normalnem vsakdanu zavodske skupine pravtako nahajajoča, kot v eksotično dozdevajočih doživljajsko pedagoških projektih v tujini. Za nekoga je avantura za vogalom, drugi ima za tem vogalom en kup negativnih izkušenj, da se mora poiskati začasno tuja doživljajska polja. Niso samo pomembna za razvoj otrok in mladih, ki svoje strahove in agresijo gestikulirajo, ampak tudi za tiste, ki so v običajni zavodski vzgoji dobro integrirani, saj so se socialno primerne vedenjske strategije tako razvile, da svoje strahove potlačijo, gre za mladostnike, ki so v skupni govorni uporabi označeni kot lahki za vzdrževanje.

Specifične pomoči za individualno problematiko posameznikov:

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Običajna praksa v obstoječi zavodski vzgoji, je hierarhično strukturirano pedagoško ravnanje, to pomeni, da so pedagoški temeljni koncepti urejeni po vodstveni usmeritvi:

- vodstvo gradi hišo, kjer bo potekala vzgoja,
- vzgojitelji bodo izvajali tovrstno pedagogiko,
- prosta mesta bodo zasedena z ponujenimi mladostniki.

V doživljajsko-pedagoškem pristopu se hierarhija ne prakticira. Vsak mladostnik ima pravico na individualno, njemu specifično pomoč, ki je urejena po potrebah in sposobnostih posameznika.

Za individualne deficite posameznikov je potrebno izdelati - ponuditi specifična ravnanja (pristope) in odnos, ki omogoča, posameznim mladim iskati tam, kjer trenutno stojijo.

Tako Ziegenspeck (1992), Fischer (1993) in Krajncan (1996) delijo različne vrste doživljajsko pedagoških projektov glede na populacijo. *Za mladostnike z delikventno problematiko so primerni potovalni projekti vseh vrst, saj nudijo dobre pedagoške možnosti.*

Za mladostnike z rasisitično orijentacijo so pravšnji potovalni projekti po možnosti v drugo kulturno okolje. Skozi samo in neposredno doživeto gostoljubnost se takšna zaznavna rešetka pogosto hitro spremeni.

Tudi za mladostnike z begavsko problematiko so se izkazali potovalni projekti. Pri begavcih so se s pomočjo močne odnosne povezanosti, izkazali tudi projekti oskrbe posameznika z potovalnim karakterjem kot odlični.

Mladostniki z močno egoistično orijentacijo; tovrstni mediji s svojo močno orijentacijo v razvidne in nujne skupinske odnose, se izkažejo za tovrstno problematiko kot posebej primerni. Tudi potovalni projekti, skozi vtis tujega okolja, kot tudi ekstremna doživetja, podajajo ugodne pogoje za nastanek močnih MI - občutkov. Mladi doživijo povsem neposredno nujnost solidarnih odnosov, izkušnjo skupinskih občutkov in soodvisnosti. Izjemne odnosne izraznosti, povzročajo odstopanja od običajnih norm, kar vodi do močne socialne kontrole. Udeleženi mladostniki sprejemajo le-to praviloma zelo hitro, tako da npr. kraje, telesna obračunavanja ali preproste nevljudnosti sami sankcionirajo, spontano, situacijsko (npr. nasproti zavodski sceni).

Mladostniki z zdravstveno problematiko; doživljajskopedagoški potovalni projekti ali jadranja, so tukaj komaj mogoča, saj ni v bližini zdravniške oskrbe. Psihosomatična obolenja so seveda pogosta, največkrat povezana z odnosno problematiko. Tukaj nudijo družinsko orijentirani projekti ali statični, v povsem drugačnem okolju, boljše možnosti obdelave.

Mladostniki, pri katerih je nakazano vračanje k staršem. Za njih izkušnje kažejo, da so časovno omejeni doživljajskopedagoški projekti posebj indicirani, saj je pogosto nujno, da polje družine za določen čas ločimo in z starši in mladostniki delamo ločeno. V takih primerih je zavodska oskrba, ki je ponavadi urejena na daljši čas nesmiselna. Drugače kot zavodska skupina je projektna skupina staršev brez občutka konkurenčnosti, oziroma strahu, da se bodo vzgojitelji boljše odrezali torej kot starši njihovih otrok.

Mladostniki s tujim poreklom; tukaj so komaj mogoča posploševanja. Izkušnje so, da so potovalni projekti percipirani pri mladostnikih kot korak nazaj, nazaj v svet svojih staršev, k primitivnejšemu načinu bivanja, katerega se sramujejo.

Mladostniki z omejenimi intelektualnimi kapacitetami; tukaj se je izkazalo kot izredno primerno prakticirati statične projekte, z delovnimi nalogami, ki narekujejo predvsem ročne spretnosti.

Anksiozni mladostniki; problematika večine mladostnikov, ki se nahajajo v zavodski vzgoji je, da so spremljana z mnogo strahu. Vedenjska izrazitost, ki se rezultira, je prikazana zelo različno. Pravzaprav je presenetljivo, da doživljajskopedagoške vsebine nudijo mnoge diferencirane možnosti, kot tradicionalna zavodska vzgoja. Pogoji doživljajskopedagoških projektov krepijo pripravljenost, pri iskanju življenjskega prostora, da podvzamemo nova stališča. Prav tukaj lahko mladostniki doživijo, situacije in probleme, ki se pokažejo kot nepremagljivi, da jih skozi lasten napor premagajo. Jaz sem dosegel, jaz lahko, je za občutek lastne vrednosti anksioznih, ključno doživetje, tudi za čas po tem.

Agresivni mladostniki; zelo primerna klientela, saj na tak način zlahka pridejo iz svoje niše.

Mladostniki brez svoje identitete; prav tako primerna populacija, da razvijajo svoje sposobnosti doživljanja.

Mladostniki z ekstremnimi zahtevami; ta problematika, ki v konzumni družbi vedno pogosteje vodi v prekrške z zakonom, so skozi doživljajskopedagoške potovalne projekte v tretji svet izredno uspešna, saj ga mladi razumejo kot poseben privilegij.

Tabori preživetja so prav tako lahko ena od oblik dela z otroci in mladostniki s heteroagresivnim vedenjem. Poglavitni namen taborov preživetja je, da udeležence učimo in naučimo kako preživeti v naravi, kako s čim manj sredstvi (priročnimi, konvencionalnimi) in tovariško pomočjo preživeti ter prebroditi težave s katerimi se soočamo v naravi. Popolno pozornost se posveča tako posamezniku kot skupini. Metode izkustvenega učenja upoštevajo celovito doživljanje osebne izkušnje posameznika, aktivno participacijo, iskanje močnih področij pri posamezniku in krepitev le teh, opolnomočenje oz. usmerjenost v vire posameznika, premagovanje neprijetnih situacij ter razvijanje še drugih socialnih veščin.

Na taborih preživetja mladostniki odkrivajo svoje meje, tvegajo, se soočajo s svojimi strahovi, sprejemajo izzive in ob tem doživljajo uspehe/neuspehe, se telesno naprezajo, pridobivajo samozaupanje, se učijo prevzemati odgovornosti in odložiti svoje želje in predstave ter, da ne odnehajo v težkih situacijah. Tabori potekajo po pedagoškem principu razlage – demonstracije – imitacije in praktičnega dela. Osnovni tabor traja štiri dni; izvede se tridnevno bivakiranje v naravi. Glavni cilj osnovnega tabora preživetja je spoznavanje in učenje različnih veščin preživetja v naravi ter spoznavanje oziroma prilagajanje posameznikov skupinskemu življenju.

Eden izmed pomembnejših ciljev tabora je, da se udeleženci naučijo življenjsko pomembnih veščin/spretnosti in jih znajo prenesti v kasnejše vsakodnevne situacije, realno življenje. Z aktivnim angažmajem in delom (learning by doing) na taboru, tako mladostniki pridobivajo praktična znanja, skozi učenje za življenje pa tudi spretnosti, ki jim bodo koristile v življenju.

S spremembo okolja in drugačnim (nekonvencionalnim) pristopom skušamo vplivati na pozitivne spremembe vedenjskih vzorcev pri mladostnikih.

Tabori preživetja v naravi so vsekakor odmik od ponorele globalizacije, torej vračanje nazaj k naravi. Vračanje k pristnim/prvinskim človeškim odnosom, ki jim okvir v prvi vrsti postavlja narava. Intenzivne, socialno izolirane projekte z atraktivnimi vsebinami in lokacijami ter usposobljenimi strokovnimi spremljevalci bi morali implementirati v sistem vzgoje in

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

izobraževanja. Za otroke in mladostnike, ki se težko spoprijemajo z institucionalnimi pravili, bi bili tovrstni intenzivni programi zelo dobrodošli (Krajncan, 2017).

Konstrukt **rezilience** je še vedno poln odprtih vprašanj tako v teoretičnem kot v metodološkem smislu. Zato je projekt razprave o uporabnosti za vzgojno-izobraževalno področje mladoletniškega prestopništva še vedno negotov in začasen. Koncept rezilience je bil doslej obravnavan predvsem pri vprašanjih, povezanih s preprečevanjem mladoletniškega prestopništva, vendar izjemno redko, ko gre za načrtovanje ukrepov pomoči za mlade, ki so že postali prestopniki. Tudi če obstajajo povečana tveganja, so v vsakem primeru še vedno možne ustrezne poti. Različne longitudinalne študije kažejo, da kvantitativno pomemben delež otrok, ki jim je postavljena diagnoza "otroci z visokim tveganjem", pozneje ne postanejo prestopniki ali se odrečejo socialno odklonilnemu vedenju. Delež primerov, ki so razvrščeni kot ogroženi (»lažno pozitivni«), je razmeroma velik, če so prisotni ustrezni dejavniki stresa. Nasprotno pa obstaja nevarnost za izvedbo kaznivih dejanj tudi brez predhodne rizične prognoze (povzeto: Lösel / Bliesner 2003; Beelmann / Raabe 2007; Greve / Hosser 2008; Walter 2005). Za preventivo se pojavi težava, da je zaradi temeljne rezilience razvojnih procesov mogoče določiti le povečane prognostične verjetnosti. Ugotovitve o dejavnikih tveganja in zaščiti so komaj primerne za posamezno prognozo in intervencijsko prakso. Posamezne prognoze za mlade kršitelje so zlasti problematične glede njihove zanesljivosti, tudi če poskušajo oceniti tveganje ponovnega kršenja z uporabo seznamov značilnosti (prim. Tudi Hussmann 2010: 348).

Pred dobrimi tremi desetletji so bili pravi domovi s spalnicami, skupnimi umivalnicami in velikimi kuhinjami. Avtonomno delujoča stanovanjska skupina, pa tudi številni posamezni drugi programi in ukrepi "vzgojnega vsakdana" so v trendu. Tudi "**treninga socialnega teka**" pri posameznikih in mladostnikih, ki so v vzgojnih zavodih za prestopnike, povzročijo spremembe v individualnem in socialnem vedenju. Ali je mogoče dati predloge za vključitev tekaške terapije v načrt socializacije pri prestopniških mladostnikih glede na subjektivni pomen? S celostnim pogledom na prestopnike vidimo glavni cilj, da se mladostniku odpre dostop do lastnih življenjskih struktur s fizičnim počutjem oziroma zavedanjem in se ga lažje pripravi na dolgoročne spremembe vedenja. Sem spada tudi neodvisnost kot produkt vzgoje, ki pa zahteva vsaj začasen zunanji nadzor. Schüler (1996, str. 13) opisuje spodbujanje in

prilagajanje vedenj, ki ponudi otrokom in mladostnikom z vedenjskimi in čustvenimi težavami in motnjami psihofizično izkušnjo, ki omogoča trajne vedenjske spremembe. "Prvič, sproži procese rasti in razvoja, tj. kompenzira primanjkljaje, drugič, namenjen je premagovanju težav, torej zmanjšanju, preoblikovanju, nadomeščanju ali kompenzaciji motenj."

Treningi socialnih veščin so pravzaprav vključeni v vsako izmed specifičnih pristopov na bolj ali manj neposreden način s ciljem krepitve socialnih kompetenc in odgovornosti. Področja učenja "socialni odnosi", "delo", "prosti čas", "denar in dolgovi", "pravice in obveznosti", "alkohol in droge" in "priprava na odpust" so obravnavana kot posebna poudarjene teme. Predmet socialnega usposabljanja je (ponovno) učenje družbeno sprejetih, nedelikventnih spretnosti za spopadanje z vsakdanjimi situacijami. Delavnice (npr. igre vlog) se snemajo z video kamero. Lahko srečamo tudi izraz skupinsko pedagoško delo, ali socialni treningi, pri nas tudi mladinske delavnice.

Delo z nasilnimi s pomočjo borilnih športov je tudi eden od možnih pristopov. Notranji pritisk in agresijo je mogoče doseči v socialno določenih okvirih. Športni trening npr. karateja je nenasilen preventivni ukrep. Prihaja v obliki podpore med kompetencami trenerja in trenutnim stanjem. Namesto da umrejo trenerji, se cilji karateja, misli o spoštovanju, skupnosti in gradnji značajev premaknejo v središče treninga. Strokovnjaki, ki delajo z mladoletniki, se lahko spopadejo z nasilnim vedenjem, se osredotočijo na refleksije v treningu in spoznajo stabilne vzorce vedenja. Zaradi svojih načel karate ponuja veliko priložnosti za iskanje refleksije v fazi razmisleka. Tako ga lahko usposobimo z vidike zmage in poraza. Možno je, da mladina gradi samozadostnost v karateju. To moč lahko uporabimo za povečanje faktorjev obremenitve, ki jih je mogoče ponovno uporabiti. To so kompetence za zaznavne sposobnosti in samokontrolo, ki so del procesa izboljšanja ob težavah vsakdanjega življenja. Pozornost je usmerjena na vidik življenjskega sloga, da bo lahko urejen trening karateja ustrezno krepil sistem podpore v življenju mladega človeka. Potrebno je treba tudi vedeti, da ima karate lahko preventivni učinek nasilja samo v okviru večpoklicne mreže. Podobno lahko uvrščamo tudi ostale borilne športe (Bröcher, J. in Meyer, L., 2018).

Intervencijski cilji vsekakor morajo biti usmerjeni na učenje vedenjskih strategij. Začenši z zaznavanjem in ocenjevanjem socialnih situacij, samozavedanja in nadzorom nad svojim

početjem, izbiro ukrepov in močjo navad, nadzorom in sposobnostjo zajezitve jeze in njenega zaviranja. predvidevanja in oceno posledic, pridobitvijo socialnih veščin, obvladovanja konfliktnih situacij in dviga empatije.

Zaščitni dejavniki so: starševska naklonjenost in navezanost, redne navade, pozitiven temperament, raznoliki stiki z odraslimi zunaj družine, pozitivni socialni stiki z neopaznimi vrstniki, fleksibilnost v interakciji (vzorci vedenja), aktivno obvladovanje vedenja...

Ena od intervencij (Individually Tailored Aggression Replacement) je namenjena zmanjševanju vedenjskih težav, predvsem pridobivanju veščin nadziranja agresivnosti. Intervencija je namenjena kršiteljem v starosti od šestnajst do enaindvajset let in se lahko izvaja v vzgojnih zavodih. Obsega obvezni in izbirni modul, ki omogoča optimalno prilagojenost problemu vsakega posameznika. Program se lahko izvaja individualno ali v skupini največ sedmih posameznikov in traja od osem do dvanajst mesecev. Program deluje z moduli za motivacijo, analizo prekrška, samokontrolo, recidivno terapijo in kognitivno prestrukturiranje. Podobna intervencija je In Control, kjer uporabljajo tudi relaksacijske tehnike in telesne vaje. Pri tem programu deloma sodelujejo tudi starši (Boendermaker, Deković in Asscher, 2016).

Pomembna je takojšnja intervencija, ki se prične s prekinitvijo nasilja in zaščito žrtve. Strokovni delavec (vzgojitelj ali drug zaposlen), ki je zaznal nasilje, prekine nasilje tako, da otroke/mladostnike razdvoji. Če je to potrebno, lahko pokliče tudi ustrezno pomoč. Žrtvi pomaga tako, da jo umakne v varen prostor in jo tako zaščiti pred nasilnežem. V primeru, da je prišlo do poškodb, je potrebno poklicati nujno zdravniško pomoč oziroma pospremiti otroka/mladostnika k zdravniku. Strokovni delavec se nato ločeno pogovori z žrtvijo in ji nudi čustveno podporo in se po želji z njo pogovori o dogodku. Medtem se lahko z nasilnežem pogovori drug strokovni delavec, ki ga pomiri in zaščiti pred nadaljnjim nasiljem. Raziskovanje situacije ni nujno potrebno. Žrtev in storilca ne soočamo in se z obema pogovorimo brez prisotnosti opazovalcev nasilja. O dogodku je dobro obvestiti tudi starše. Pomembno je, da zaznavo nasilja strokovni delavec zabeleži in zapiše kaj, kje in kdaj se je zgodilo ter kdo je bil vpleten. Zabeležiti je potrebno tudi, kako je sam ravnal ob zaznavi nasilja (Lešnik Mugnaioni idr., 2016).

Znanstvene študije in praktične izkušnje so pokazale, da obstajajo učinkovite metode za sistematičen pristop k problematičnemu področju agresije in nasilja s strani mladostnikov (po Huck, 2012). Le te zahtevajo, da se za vsakega posameznika opredeli najpomembnejša področja, kjer prihaja do konfliktov, da prepoznavajo "slepe ulice" in "programe neuspeha", da omogočajo vizualizacijo "povratnih poti" in njenih posledic, uporabljajo npr. psihoedukcijo prek slik: npr. stresorski model (slika možganov), izdelajo načrte za izredne razmere in delajo na gradnji novih in alternativnih socialnih veščin.

Navajamo še nekaj terapevtske in pedagoške možnosti, ki so lahko komu morebiti v izziv za poglobitev in kasnejšo uporabo (Wilfried, 2012):

- Mehanizmi za zmanjšanje stresa: strategije samo-pomirjanja in samokontrole,
- IUD: domače naloge za samorefleksijo in povratne informacije,
- Metode eksternalizacije,
- Simbolizacija z izraznimi mediji, kot je slikarstvo,
- Delo na bolnikovem notranjem odru,
- pripovedna terapija in domišljije: "mučeni demoni" in "pošasti" naj postanejo "močni zaščitniki" ali "svetovalci",
- Terapija ego stanja,
- Hipnoterapija.

Schwabe ()2010 navaja deekslacijsko vedenje, ki pospešuje rešitve:

- Shajanje/spopadanje s telesnimi kontakti
- Pogajanja, kompromisi in dogovori
- "Izhod s terena"
- humor in samoironija
- spopadanje s samozadovoljnostjo
- presenečenje in preoblikovanje
- meta komentar
- ločitev percepcije in interpretacije

Prav tako je uporabnih dvanajst "sestavin" reševanja konfliktov po Stanglu 2021:

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

1. Medsebojno spoštovanje
2. Poiščite skupni imenovalec
3. Zabeležite potrebe, želje in pomisleke
4. Preoblikovanje problematike ali vprašanja v zvezi z njimi
5. Poiščite sprejemljiv rezultat za vse
6. Najdite druge možnosti na voljo in ostanite prilagodljivi
7. Ostanite odprti za nove ideje
8. Bodite pozitivni
9. Rešite težavo skupaj
10. Črtajte besedo „ampak“ iz besedišča
11. Če vaš pristop ne deluje, potem nekaj spremenite sami
12. Globoko vdihnite

Prav tako isti avtor poudarja pomen pedagoško skupinskega dela in sicer: usposabljanje za pridobitev socialnih veščin, opazovanje in usmerjenost v vire posameznika in iskanje potenciala za rešitve v vsakdanjem življenju, ozaveščanje sprožilcev in po možnosti video analiza.

Praktično delo z otroki in mladostniki z visoko stopnjo odklonskega vedenja, večinoma vzgojitelje obremeni, in potencialno privede do stresa. Dejstvo, da lahko stres pomembno vpliva na sposobnost reševanja problemov in vodi do razdražljivosti in jeze, je nesporno in ga v tem okviru ni treba dokazovati. Samoumevno je, da so potrebne ustrezne infrastrukture, kot so primerni prostorski pogoji in dovolj dobro usposobljeno osebje. Ustrezno usposabljanje žal ni zagotovilo kot pravita Dutschmann in Lukatova (2011), da bodo strokovne moči mogle ustrezno izpolniti svojo dejansko nalogo. Ko se vprašate, kako se spoprijeti s konfliktom, agresijo in nasiljem, se ne bi smeli omejiti na to, kako lahko vplivate na otroke in mlade. Vsekakor je treba pri razvoju in vzdrževanju agresije upoštevati svojo lastno vlogo - kot posameznika, tima ali vodstvenega kadra. Zato morajo vključevati temeljne veščine tistih, ki delajo na področju vzgojne pomoči mladim in sicer (Dutschmann, A. in Lukat, J., str. 137):

- Spretnosti za učinkovito reševanje konfliktov, agresije in nasilja v povezavi z otroki in mladostniki.
- Pripravljenost prepoznati svoje vzorce dojemanja, razmišljanja, občutkov in vedenja in jih po potrebi tudi preveriti, preusmeriti. Pri soočanju z agresivnimi in nasilnimi otroki in mladostniki je potrebna precejšnja stopnja veščin samomenagmenta.

Seveda ni mogoče ponuditi diferencirane predstavitve specifičnih veščin za boj z agresijo in nasiljem v danem okviru. Tu se omejimo na nekatere pomembne vidike. V glavnem se sklicujemo na "program obvladovanja agresije - ABPro" (Dutschmann, 1999, 2000) in drugo literaturo, ki je podana v besedilu, ki se lahko uporablja za poglobljeno preučevanje. Za spopadanje, agresijo in nasilje je potrebna uporabna heuristika. Razvili so tipologijo A-B-C, ki jo bomo na kratko predstavili (Dutschmann 1999, 2000; sicer lahko najdete podrobnejši opis programa: ABPro: Aggressions-Bewältigungs-Programm; avtor Dutschmann):).

Tip A: instrumentalna agresija

- (1) Ojačevalnik odstranite iz težav.
- (2) sankcionirajte problematično vedenje.
- (3) Graditi alternativno, družbeno sprejemljivo vedenje. (glejte tudi Dutschmann, 1999; Dutschmann & Lukat, 2011).

Pogoste izkušnje, na podlagi katerih so podani nekateri predlogi:

Za (1): hladno reagira na akutno vedenje. Izogibajte se vzburjanju in zgražanju.

Za (2): V naslednjih desetih minutah otroku zmanjšajte najmanjšo mero pozornosti. Zahtevajte povračilo. Otroku prikrajšajte privilegije, ki bi jih lahko osebno podelili.

Za (3): Vzpostaviti na splošno zavezujoča pravila glede ravnanja z napadi. Spodbujajte in krepite izrecno prosocialno, skrbniško vedenje.

V ustanovah, kjer so nameščeni disocialni mladostniki, se moramo pogosto spoprijeti s precej manj "neškodljivo" agresijo, kot je bila v omenjenem primeru.

Zato je treba zagotoviti, da zaposleni vedo, kako ravnati v določenih primerih, tudi v bolj kritičnih situacijah. Zato so razvili priporočila za obravnavo nasilja tipa A (= "kul" nasilje) (glej okvir).

Spopadanje s "kul nasiljem"

- Bodite pozorni tudi na svojo stopnjo vzburjenja.
- Komunicirajte objektivno, brez čustev (samomenagment!).
- Dajte jasna navodila.

- Opozorite na posledice agresivnega vedenja (npr. materialni stroški, izguba dobrega imena, izguba koristi). Bodite realni. Ne dajajte praznih groženj. Ne delajte tega z navdušenjem.
- Ne bojte se ponoviti; mirno in odločno.
- Poskusite izolirati agresorja iz njegove skupine (npr. kolega v ozadju jih odvrne od privlačne alternative).
- Ponudite strukturo namesto pomoči. Kul nasilni delinkventi le redko potrebujejo razumevanje, empatijo in pomoč, temveč jasno mejo in po možnosti socialni pritisk.
- Če imate dovolj akutnih virov energije (npr. kolegi v ozadju), lahko pokažete določeno nepripravljenost ali dolgčas.
- Izogibajte se žalitev, "diagnoz", splošnih trditvev o domnevnih lastnostih agresorja ("to je značilno ...")
- In obratno, naj vas žalitve odbijejo.
- Izogibajte se ti - sporočilom (glejte Gordon, 1977).
- Izogibajte se psihologizaciji (mogoče jo boste videli hitro in zavrnili kot "psihološko klepetanje").
- Po potrebi vključite policijo.
- Po potrebi tožite storilca.
- Odstranite ga iz ustanove, če mu je ustanova atraktivna v njegovih seansah.
(Dutschmann, 2000b)

Tip B: Emotivni tip

Za tip B so navedene naslednje strategije rešitve:

- (1) Sprostite situacijo.
- (2) Razveljavitev
- (3) Rešite osnovno težavo.

Tip C: razdražljiv tip

V mnogih primerih vedenje tipa C poteka skozi tri faze:

(1) Faza stopnjevanja: Tu so še vedno možni pedagoški vplivi, kot so tisti pod tipom B.

(2) Najvišja faza vzburjenja: Tu pedagoško ne dosežete nič, oziroma so vaše meje omejene. Tu je prednostna naloga vseh, da sodelujejo. Žal je pogosto neizogibno, da je treba prizadete pritrditi z ustreznimi ročaji ali sprejeti druge varnostne ukrepe. To je treba vnaprej izvajati, o njih razpravljati v skupini, dokumentirati in zavarovati z zakonom.

(3) Faza sprostitve: Pedagoški vpliv je spet mogoč.

Predlagamo naslednje strategije za obravnavanje ekstremnih nasilnih dejanj v povezavi s tipoma B in C (= "vroče nasilje") (Dutschmann, 2000). Ne gre spregledati, da lahko navdušeno vedenje vsebuje tudi instrumentalne sestavine v smislu tipa A. Storilec prevzame jezo in ali jo celo posebej uporabi za vtis na žrtev.

Obvladovanje vročega nasilja:

Zagotovite si varnost.

- Poti za evakuacijo naj bodo odprte.
- Odstranite morebitno orožje (steklenice, palice, nože itd .; po potrebi kolega prevzame v ozadju).
- Pazite, da ne pride do napadalčeve razdalje, v kateri vas lahko »doseže«.
- Po potrebi ustvarite oviro med vami in agresorjem (miza ali podobno).
- Nikoli ne obračajte hrbta agresorju.

Deeskalirajte, sproстите situacijo

- Bodite pozorni na znake samovznemirjenja. Upoštevajte, da se vzburjenje pogosto pojavi hitreje, kot ga opazite.
- Poskusite biti mirnejši od agresorja.
- Reagirajte previdno in ampak jasno.
- Izogibajte se pretiranemu delovanju.
- Zamenjajte vloge s sodelavcem, če opazite, da je vaše vzburjenje previsoko.

Komunicirajte deeskalirajoče, npr.:

- Signalizirajte spoštljivost

- Govorite postopno, v ustreznih odmerkih
- Dajajte tenkočutne povratne informacije

Prevzemite nadzor

- Izogibajte se nasilnim reakcijam (samomenagment!).
- Poskusite s preusmeritvenimi manevri (npr. ponudite nekaj, kavo, vodo).
- Dajte jasna, preprosta pozitivna navodila: "odložite palico!"
- Uporabite agresorsko ime: "Peter - ustavi se!"
- Opozarjajte na preprosta in jasna pravila: "Brez pretepanja!"
- Postavite se v jezik razumevanja agresorja: Brez tujk, brez sopomenk in predolгих stavkov.
- Demonstrirajte interes za agresorske težave in občutke, če gre dejansko za tip B.
- Če je potrebno, delujte kot pomočnik, ne le kot avtoriteta.

Če preide faza 2 (največe razburjenja):

- Pobegnite.
- Po potrebi pokličite pomoč - glasno, vendar ne v paniki.
- Ohranjajte napadalca na distanci- predhodno temeljito vadite!
- Po potrebi uporabite razbremenilne prijeme - predhodno temeljito vadite!
- Če je mogoče, izolirajte agresorja: Najprej ustno prosite, da greste v izolacijsko sobo, če je na voljo. Če to ne pomaga, če je potrebno dobro premislite, strokovno in ob upoštevanju pravnih predpisov ga fizično neutralizirajte – potrebna usposobljenost.

Pomembno je tudi, da se izognete poškodbam kogarkoli ter upoštevate zakonske predpise. Vsekakor bi morali biti v ustreznih prostorih na voljo načrti za izredne razmere in osebje temeljito usposobiti. To vključuje tudi sposobnost pravočasnega prepoznavanja tveganj, da lahko delujemo ustrezno in dovolj prožno.

Ocena tveganja v akutni situaciji

Spodaj navedeni pogoji povečujejo verjetnost nasilja.

Osebnost in vedenje potencialnega agresorja (PA)

- Potencialni agresor (PA) je član skupine, v kateri je nasilje pravilo.

- Zavedanje PA o svoji nagnjenosti k poskusom nasilnega reševanja problemov.
- Vidno navdušenje.
- Močna akutna aktivacija.
- PA je alkoholiziran ali drogiran.
- Grožnja z nasiljem, zlorabe s strani PA.
- Težava v zvezi s potencialno žrtvijo nasilja (PŽN).
- PA se počuti nepravilno.
- Počuti se ogroženo v svobodi delovanja in pravic.
- Preobčutljiv za kritiko.
- PŽN je fizično boljši.
- Lahko je postavljena diagnoza "dissocialne" osebnosti ali podobno (glej definicijo dissocialnosti). Vendar bodite previdni s preneženimi atribucijami!
- Kognitivni primanjkljaji. Razmere potencialne žrtve nasilja (PŽN)
- PŽN ni pripravljen na potencialno problematične situacije.
- PŽN sam ponavadi reagira impulzivno, silovito (samoupravljanje!).
- Potencialna žrtev je vzburljena, omejena v zmožnosti reševanja težav.
- S kolegi ni načrta in nobenih dogovorov za reševanje nevarnih situacij.
- PŽN ne pozna osebnostnih in vedenjskih tendenc PA.
- Nima znanja o agresivnih ukrepih, zato ne more razvrstiti določenih procesov

Zunanje razmere

Potencialni agresor (PA)

- Navdušena PA je frustrirana nad kritikami, opomini itd.
- PA je fizično, prostorsko in psihično omejen.
- PA ima svojo "prijateljico" občinstvo.
- PA je na "svojem" ozemlju, med svojimi "prijatelji". Pozor: »Lastni teren«, npr. B. Urad, ne štiti pred agresijo!
- Obstajajo potencialna orožja. Potencialna žrtev nasilja (PGO)
- PGO je sam.
- Za PGO ni druge možnosti (avto, kotiček sobe).

Po nasilnih dejanjih je priporočljivo, da se v okviru kolegialnega ocenjevanja naredi evalvacija relevantnih prijemov, reakcij, dejanj, torej celokupne situacije. Priporočilo je, da je za morebitne podobne prihodnje incidente lahko tovrstna dokumentacija v pomoč. Prav tako služi za razširitev lastnih kompetenc, kakor tudi za pravno zaščito.

Zaposleni morajo poznati vzgojne cilje, povezane z vsakim otrokom in mladostnikom

Če tim pozna in razume cilje za otroka ali mladostnika, oblikovane v načrtu pomoči, izobraževanja ali terapije, je v boljšem položaju, da bo sprejel ustrezne ukrepe za doseg te ciljev. V nasprotnem primeru tvega, da se bo odzval na agresivno vedenje, ne pa da bi sledil načrtovanim ukrepom. Če vzgojnega načrta ne poznajo vsi, obstaja nevarnost, da načrt v sili postane glavno vodilo pedagoškega ukrepanja. Namesto da bi delali po zastavljenih ciljeh, agresivni incident postane merilo ukrepanja in dejanska postavitev ciljev in delovanja uide. Namesto da bi bili konceptualno načrtovani, se dela "od krize do krize". Glede nasilnega vedenja bi morali zaposleni imeti predstavo o tem, kako lahko otroci in mladostniki svoje cilje, ki jih želijo doseči z nasiljem, dosežejo na drugačen, in sicer miren način. Pogosto ni koristno le zahtevati od agresivno nabitega otroka ali mladostnika, naj se vzdrži svojega vedenja, še posebej, če v svojem prejšnjem vedenjskem repertoarju nima drugih vzorcev oz. ni v njih uspešen. Namesto tega bi ga bilo treba spodbujati, spodbujati in spodbujati s sporočanjem, kaj lahko otrok ali mladostnik stori namesto nasilnega dela. Težava ni v agresivnem vznemirjenem stanju (pogosto so dobri razlogi, da se tudi mi odrasli razburimo), temveč v nasilnem izvajanju poskusa rešitve. (Papenberg, 2006)

Zaposleni se morajo zavedati, kako vplivajo na otroke in mlade kot osebo

Prvi korak je spoznati lastne motive za delo v tem poklicu. Kdo bi rad sodeloval z nekom, ki je zaradi pomanjkanja motivacije za delo problem ali pa le provocira enega in to tako, da postane tveganje zase in druge? Motivirani zaposleni lažje ocenjujejo otroke in mlade in so manj nagnjeni k prispevanju k nasilnim konfliktom (Papenberg, 2006).

Vprašanje, kako zaposleni vidijo otroke in mladostnike, nosi poleg motivacije osrednjo vlogo. Ali jih lahko sprejmejo kot enakovredne ljudi. Otroci in mladostniki, ki se zanašajo na podporo in skrb drugih, so pogosto razvili močan občutek prikritega zavračanja in

nesprejemanja. Zaposleni so odgovorni za odnos do otrok in mladih ter za lastno poklicno motivacijo (Papenberg, 2006).

Pred začetkom dela naj se zaposleni pripravijo na soočenje z morebitnimi silovitimi krizami

Tisti, ki so pripravljeni odgovoriti na nasilno vedenje, manj tvegajo da bodo poškodovani ali da bodo poškodbe. Gre za razmišljanje (tudi v timu) in izmenjavo idej o varnih oblačilih in osebni opremi, dobri mobilnosti, zlasti za krizne razmere, predvidenih previdnostnih ukrepov, urjenja v strategiji opazovanja in načrtovani samokontroli (Papenberg, 2006).

Varna oblačila in oprema: Zaposleni morajo biti sposobni oceniti, ali lahko njihova oblačila, čevlji, nakit itd. predstavljajo tveganje za telesne poškodbe sebe ali drugih ali morda izzovejo agresivno situacijo (Papenberg, 2006).

Dobra mobilnost: Gre za vašo trenutno gibljivost in s tem povezano sposobnost izmikanja kriznim situacijam, uporabe učinkovitih samozaščitnih tehnik ali izvajanja tehnik držanja skupaj z drugimi. Bistvo ni v tem, da so vsi fit in atletičarji, ampak da vsi vedo o sebi in svojih članih ekipe, kako prožni so v tem trenutku in ali imajo določene omejitve gibanja, na primer zaradi trenutnih poškodb. Šele ko to veste od svoji timskih kolegov, se lahko v nujnih primerih ustrezno odzovete. Kakšna je uporaba tima, če želijo uporabiti zadrževalno tehniko, ki je posameznik zaradi fizičnih razlogov ne more storiti (Papenberg, 2006)?

Napovedni previdnostni ukrepi: Zaposleni morajo biti čim bolj celovito obveščeni o svojih otrocih in mladih oziroma si naj čim hitreje pridobijo ustrezne informacije. Za učinkovito delo z njimi sta pomembna zgodovina in idiosinkrazije otroka ali mladostnika. Vendar so takšne informacije še posebej pomembne v kriznih razmerah, v katerih se lahko pojavi nasilje (Papenberg, 2006, str. 32).

- Ali sem dovolj obveščen o otroku ali mladostniku v zvezi z možnim nasilnim izbruhom otroka ali mladostnika?
- Ali obstajajo informacije, povezane z otrokom ali mladostnikom, ki kažejo na povečano tveganje za nasilje?
- Ali lahko moji posegi ogrožajo otroka ali mladostnika ali poslabšajo položaj, ker o njem primanjkuje določenih informacij?

Urjenje v strategiji opazovanja: natančno opazovanje otroka ali mladostnika na začetku in v času agresivne epizode pomaga pri sprejemanju pravih odločitev glede deskalacijskih posegov. Ocena okolja lahko zagotovi informacije o možnih tveganjih ali možnostih zaščite (Papenberg, 2006), str. 33.

- Kako lahko prepoznam znake bližajoče se nevarnosti pri otroku ali mladostniku?
- Kako opažam stopnjevanje razmer (po možnosti skupaj z drugimi)?
- Ali lahko prepoznam tveganja za otroka ali mladostnika ali sebe na območju, v katerem se trenutno nahajamo?
- Ali obstajajo zaščitni dejavniki, ki jih lahko uporabim, če je potrebno?
- Ali obstajajo druge možnosti v primeru napada?

Načrtovana samokontrola: Sposobnost daljšega vzdrževanja samokontrole v situacijah, v katerih smo ogroženi ali napadeni, je bistven znak strokovnosti v agresivnih krizah. Le če vam uspe obdržati samokontrolo tudi v tako stresnih situacijah, lahko pripomoremo h končanju krize. Zmedenost zaradi strahu ali togost, okamenelost, blokira kreativne rešitve. V takšnih primerih so koristne vaje za povišanje samokontrole tudi v težkih stresnih pogojih (Papenberg, 2006).

Zaposleni bi morali osvežiti obstoječe znanje in se naučiti novih stvari

Ni težko zaključiti, da boste v kriznih razmerah uspešnejši, če poglobite svojo percepcijo in razmišljanje. Zato je treba zagotoviti različna spoznanja in poglede v zvezi z nasilnimi situacijami, da bi osvežili in dopolnili obstoječe znanje zaposlenih. Te informacije so namenjene razlagi nasilnih situacij z različnih vidikov, omogočanju prepoznavanja signalov možnega izbruha nasilja, navajanju preventivnih ukrepov, prikazu uporabe izkušenj, usmeritve in stališč sodelavcev in širše (Papenberg, 2006).

Zaposleni bi se morali naučiti reševati agresivne in nasilne situacije s kriznim komuniciranjem

V primeru nasilnega incidenta se od zaposlenih pričakuje, da se zaščitijo, vendar uporabljajo le ustrezno količino povratnih reakcij, torej ravno toliko, da zaščitite sebe ali druge pred poškodbami, vendar nič več. Krizno komuniciranje je boljše pred ostrejšimi ali obsežnejšimi ukrepi, zlasti tukaj mislimo s prisilnimi ukrepi (klic policije), saj se ohranijo osebne pravice otroka ali mladostnika. V kriznem komuniciranju je treba poskušati prispevati k razlaganju z izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

uporabo besed in govorice telesa, bližine in razdalje, stika z očmi in telesom, ki ustreza situaciji in otroku ali mladostniku. Tu so v pomoč komunikacijske vaje in igre vlog, v katerih lahko zaposleni drug drugemu dajejo povratne informacije o svojem pristopu (Papenberg, 2006).

Zaposleni bi morali biti usposobljeni za uporabo prisilnih ukrepov za odzivanje na nevarni napad v nujnih primerih

Zaposleni bi se morali naučiti, kako je treba, če je potrebno, sprejeti prisilne ukrepe za zaščito sebe in drugih, če otrok ali mladostnik predstavlja resno tveganje za življenje in telo, in kako bomo izvedli krizne ukrepe, če komunikacija in samozaščita pa nista privedli do uspeha.

Razlikovati je treba med prisilnimi ukrepi:

tehnike držanja,

uporabe izolacijskih ukrepov,

tehnike mehanske fiksacije in

uporabe psihotropnih zdravil.

Tehnike držanja se uporabijo kadar:

- se odzovejo na fizični napad, ki bi lahko imel nevarne posledice,
- krizna komunikacija ter tehnike izogibanja, osvobajanja in samozaščite niso pripeljale do cilja in
- lahko interventno osebje prepriča, da bo ostalo pod nadzorom, in obstajata vsaj dva zaposlena, usposobljena za tehnike držanja.

Uporaba izolacijskih ukrepov je primerna, če

- gre za nevaren napad,
- krizna komunikacija in tehnike izogibanja, olajšanja in samozaščite niso pripeljale do cilja,
- interventno osebje najde izjemen sprožilec, ki ga je mogoče zmanjšati samo z izolacijo, institucija, v kateri se nasilje dogaja, pa je zakonita za uporabo izolacije,
- ustanova ima pisna navodila za uporabo izolacijskih ukrepov,

- ustanova ima primeren prostor za ta namen,
- interventno osebje lahko zagotovi, da se nasilni otrok ali mladostnik med izolacijo neprekinjeno spremlja, in
- interventni zaposleni so dobro usposobljeni za izolacijske ukrepe.

Cilj izolacijskega ukrepa je pomagati umiriti otroka ali mladostnika, tako da odstranimo sprožilni dražljaj iz otrokovega ali mladostnikovega okolja in s tem zmanjšamo tveganje (povzeto po Papenberg, 2006, str. 32-35)).

Zaposleni bi se morali naučiti dokumentirati nasilne dogodke in jih ovrednotiti v pogovorih.

Vsak nasilni incident mora biti dokumentiran. Glavni namen pisnega poročila je spodbujati izmenjavo informacij znotraj in med skupinami. Dobra in popolna poročila o nasilnih incidentih zagotavljajo ustanovi in skupinam potrebne informacije, da po potrebi spremenijo delo s potencialno nasilnimi otroki in mladostniki. Služijo tudi za razvoj preventivnih ukrepov. Dobra dokumentacija lahko zaščiti strokovnjake in njihove ustanove pred lažnimi obtožbami.

Nasilno vedenje ni samo težava za zaposlene, druge otroke in mladostnike ali neudeležene, ampak na splošno tudi za agresivne otroke in mladostnike. Tu bo morda treba jasno povedati, da se nasilje ne sprejema ali ne dopušča ali da se ga lahko šteje kot neizogibnega. Ne gre za kazni, ampak za povračila in morebitne spremembe v načrtu terapije ali vzgoje otrok (Papenberg, 2006).

Zaključki:

- Znati ustrezno dokumentirati vse izjemne dogodke.
- Ustrezno strukturirati programe glede na specifičnost potreb posameznikov in ciljnih skupin.
- Po potrebi narediti si vsak strokovni center oblikuje protokole ravnanj v posameznih kriznih primerih. V pomoč je tako analiza opravljenih intervjujev, kot teoretična analiza in primerjava praks iz tujine.

- Pomembno jasno dogovorjeno delo s policijo, ustreznost napotkov vzgojiteljev oziroma strokovnih delavcev policiji, ki bo prišla v intervenco.
- Podobno je včasih pomembno, da pride tudi interventna služba prve pomoči, kjer lahko kot so omenjali v razpravi strokovni delavci strokovnih centrov samo ustrezna beseda o kakšni posebni napotitvi ali obravnavi posameznika regulira njegovo vedenje.
- iz humanističnih vzgibov se vprašati, ali je bolje, da bi se vzgojitelji dodatno usposobili za delo z nasilnimi, posebej zato, ker smo iz intervjujev videli, da se dogaja, da vzgojitelji morajo poseči oziroma posegajo med otroke in mladostnike. Zato je pomembno in zelo potrebno vzpostaviti izjemno dorečene protokole in definirati situacije, kdaj je kaj takšnega res potrebno.

Avtoagresija

Avtoagresije so vedenja, usmerjena v prizadevanje poškodovati samega sebe, oziroma lastno telo. Samopoškodovalno vedenje namerno poškodovanje lastnega telesa, brez samomorilnega namena, s ciljem zmanjševanja psihološke stiske neposredno (za razliko od posrednega uničevanja kot je npr. zloraba alkohola) namerno dejanje (ni bilo po nesreči) rezanje po koži, obžiganje, praskanje, (samo)udarjanje, zaletavanje ter vmešavanje v celjenje ran stereotipno samopoškodovalno vedenje (duševna manjrazvitost) in težke oblike samopohabljanja (psihoza): ne spada v ta sklop (Rohmann in Hartmann, 1988).

Avtoagresivnost je vedenje posameznika, ki ima namen prizadevati škodo sebi. Avtoagresivnost je na začetku običajno usmerjena navzven, v ljudi, ki so posameznika na nek način razočarali, pustili na cedilu ali mu niso naklonili dovolj pozornosti. Šele kasneje, ko se ta agresivnost ne more več udejanjati v zunanjem svetu, jo posameznik obrne vase (Žmitek, 1999). Poznamo več različnih oblik avtoagresivnega vedenja, ki jih lahko razdelimo na: indirektno samouničevalno (samodestruktivno) vedenje, samomorilno razmišljanje (fantazije), samomorilne težnje, parasuicidalno pavzo, samomorilne grožnje, namerno samopoškodovanje, parasuicidalne geste, poskus samomora – tentamen suicidii in samomor (Mrevlje, 1995).

Predstavili bomo, s katerimi oblikami, načini se v vzgojnih zavodih, stanovanjskih skupinah in strokovnih centri srečujejo in kako se spoprijemajo z navedenim.

Rezanje. Samopoškodbe. To je pr puncah zelo popularno. Rezanje. Pa grožnje predvsem s samomorom. Pa da bodo skočil...

Samopoškodba, rezanje. Ko 2x kličesh rešilca, ko imaš punco, potem v roku ene ure te kličejo, pridte jo iskat. Recimo je bil primer, ko si je, to ane samopoškodba, predoziranje inzulina, napad z nožem, k sem jo js potem ustavu in zbil na tla. K je tista pikca bla ane. Ona recimo je bla odpeljana z rešilcem in ni bla sploh pr psihiatru nič pregledana. Ona je šla na urgenco. Oblíž so ji dal. Vredu ni za šivat. Vredu je, pridte po njo.

In čez eno uro se je zgodba ponovila. In sva jo potem oba ustavlala, ampak je prišla zdravnica, dala napotnico za psihiatrijo. Za psihiatrični oddelek. Pa je bla spet nazaj.

Zdej, če to sprašuješ, ko ti otrok sedi na oknu, da seu dol fliknu, ko so take ane. Velik je tist k sam govorijo. Pa pol si zlo pozorn, pa ga umikaš stran od okn, pa ga maš v prostoru, pa si z

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

njim prisoten, pa mu slediš na vsakem koraku ane. Do takrat, ko je res tko hudo, pa pokličemo rešilca.

Skočil, bom čez okno skočil to je največkrat. Lih to sem hotla rečt. Vi se morte zavedat, da vsak nov k pride, ne glede na to kolk izkušen ma. Bo otrok testiral ga. Kak daleč lahk gre. Tak, da ni nujno, da bo ta en otrok... Pr men bo recimo super krasen. Pri teb pa lahko proba tisoč in eno stvar. Tut to smo mel že primer. Da sem bla js vzgojiteljca pa kolegica moja. Pa je bil pr men cukr, js z eno besedo nisem mogla rečt, da je blo karkoli narobe. Un fant recimo ane. Pr njej je bla pa celo štala. In jest sem to na lastne oči vidla, kasnej k sem enkrat nepričakovano stopla v skupino. Kak je on kričal, zmerjal, se drl na njo. Ko je mene zagledu, ko da bi odseku. Je bil kr na enkrat prjazn.

To je, to je, ko je tko hudo, pa k se rešilca kliče, pa ko bi blo potrebno punco odstrant zarad ostalih, da ostali tega ne gledajo, da se ta virus zameji. Pa potem na drugi strani, ni posluha in potem takoj po pol ure, poflajštrana pride nazaj.

Ne, ne pokličemo. Dejstvo je, da k se deklice režejo, se režejo na nevidnih mestih, če se režejo na zapestjih, so celo tolk, da gredo in si z alkoholnim flomastrom prebarvajo, da misliš, da je sam poččkana. Kar je zdaj zelo v modi, da so vsi poččkani, potetovirani mal. In je lahko samo sreča razmer, da ti nekdo drug pove, al vseeno sama pove, al vzgojitelj zazna. Zdej js sem prej delala kot vzgojiteljica, zdej sem že 2 leti v svetovalni službi tukj ane. Tako da največkrat, so to dejansko stvari, k otrok, se porežejo, pa sami pridejo povedat, da so v stiski. Velikrat je to. Velikrat je tudi to, da kdo drug zatoži, da ima kej. Takrat ne kličeš rešilca, ker so to že hrastice. Nimaš kej. Ker ti ne veš kdaj se bo ane. Ma smo mel punco, k se je po celem bedru, do kolena porezala. Od zgor do dol, zrezala. Niso globoke te hraste, rane. Ampak glih tok, da so ble. Tako, da v bistvu je, če so dekleta, prvo kar je, se skušam jaz njimi pogovorit, potem pa skupaj ugotavljamo. Če so dekleta vključena že v kakršnekoli obravnave.

Pokličemo, pospešimo. Če je to še dost sveže, da ni to že taka hrastica, v bistvu že brazgotince, gremo k zdravniku, pelemo. Pregledajo pač povijejo in tko naprej. Tut zard njih ane. Tak, da to so v bistvu te stvari. Za samo rezanje nikoli ni blo tolk močno, da bi mi moral poklicat rešilca. Ker tut takrat, ko so to počel niti nismo vedl. Ker to dejansko skrivajo. Se pravi in po bedrih, pa nosi, pa recimo je bla to jesen, ko ne vidiš. Ko nimajo teh vročih hlač gor. Cela bedra ane. Al pa so to roke višje kje gor.

Pedopsihiater potem tudi da feedback te ocene ane. Tko da mi sami pa ne delamo.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Samo ocena ogroženosti, lahko rečemo, da se dela. Nam reku, da je to zdj neka velika znanost. Ampak pri tem novincu, smo ugotavljali, je premeščen iz ene sobe v drugo sobo. To se pravi, tako se išče, če se le da, se svetovalni center al km drugm vključi, kjer ocenmo, da je to nujno. In tudi skušamo dobit, če nekdo pride k nam, se ta ocena nrđi, če se pokaže, in se tudi išče zunanjo pomoč, zunanjih strokovnjakov, in tko naprej. Tko da kle se sigurno dela oceno. Pri vseh, kjer je kšna, kjer je kšna ogroženost.

Ta deklica, o kateri smo prej razlagal, ko je sama sebe zabolala, pa z inzulinom hotla. Je bla pol leta v Stični, k je bla tok avtoagresivna, agresivna do drugih in vse. So nam zlo šli na sproti.

Tam ga niso hotli sprejet, k so rekl, da so to vedenjske motnje. Hkrati pa pač seveda je, če ti on grozi skoz, konstantno. Tako, da tuki predvsem to kako, če je v ustanovi, v zavodu. Potem se vi z njimi ukvarjate. Potem ga mi ne bomo vzeli. Ta moment je zlo prisoten predvsem pri zdravstvenih, ne. Čeprav jaz mislim, da bi on mogu doživet takrat notranjost take ustanove, da bi nehal izsiljevat. Sej je izsiljeval, sej smo se zavedali. Samo on je mogu doživet to, zato da bi pač nehu. Ker mi smo pač nismo vedli več, kaj z njm početi. To je bil vsak dan urgencia, vsak dan, pa vsak nazaj prišli. Vedenja pa so bla od ni da ni.

Ja predvsem, da kadar mi recimo rečemo, da je zadeva resna, da bi pač oni to mogoče obravnaval resno. Da ne bi takoj nazaj poslal po pol ure.

Kadar je zadeva, če se ti zdi, da je nevarna v smislu govorimo, lastnega zdravja v smislu nekkih drog, je dežuren zdravnik vedno tle. Al pa samopoškodbe klicat dežurnega zdravnika vedno, vedno, vedno. Ker to je strokovnjak k lahko odloča in to zdej ne.

Tud recimo en primer je bil en fant, k je grozil s samomorom, hkrati pa razbijal, ne. Sam je potem Sonja zdravstveni dom ne in povedala, da bi rabli tud spremstvo policije, ane. Pač medicinski tehnik, pri meni je pol počakal ta fant in so bli pač prisotni, ko je zdravnica vodila postopek in ga je potem usmerila na psihiatrično bolnico, ker je grozil, ne. Recimo ane so to pokombiniral, mi rečemo ane zdej ocenjujemo, da bo potrebna tudi policija.

Res in pol to črpanje in zastrupitev. Še dobr, da je en povedal pol. Al je drug fant povedal, da je tablete. Sej sploh ne vem. Un je že bil, mal je že zaspal, je že blo.

Zdej mi smo ponavad zraven, ko zdravnica pride. Verjetn ste to hotl. Al pa zdravnik v zavod, al pa ga odpeljemo tja. Zdravnik vodi pogovor, mi tud, tud tuki je že njihova pristojnost. Mi smo sam kot neki nadomestni starši, če nas kej vprašajo, ker naši fantje so že kar sedemnajst, šestnajst in če so se pač tud nekak al policija se ne, ne vidijo razloga, da mi govorimo, ampak želijo od njih. Želijo pa kdaj zdravniki dosedanje obravnave, torej psihiatri, sedanjo predpisano terapijo, al jo je jemal. Zdravniki so zlo tko bom rekla bolj na kratko ne. Ni tko kot mi ogromno govorimo z otrokom, oni pa pač bolj dejstva in mu pač povejo. Boš mogu it tja zato ker si reku, da groziš, da si razmišljal o samomoru. Tam te bodo pregledal oni. Potem pa spet tista bolnica oceni ali te sprejmejo. Lahko ga pošljejo nazaj. Ane to je pa spet njihova pristojnost in te zdravnice z Logatca, no. To sem se pač jaz do zdej v bistvu naučila. Oni tud niso neki terapevti al psihiatri, al psihologi, oni zlo po svojih protokolih. Tuki mislm, da je čist jasno, če to reče bolnik je to to in to mora on nardit, ane. Z neko pripravo je pa potem bolj v sami bolnici nardijo k so psihiatri, psihologi, potem mi k hodmo na obiske, recimo tko no te stvari. To so pa sicer redke, ane.

Ja zadovoljstvo pa bolečina sta preveč skupi, pol pa smo tam.

Lih pri teh introvertiranih je najbolj pogosto to ane. Dostkrat se pojavlja. To je ta primer k sem vam razlagal, mazohistično vedenje ne. Tud, če on provocira, k ve kakšen bo odziv. To je zame že avtoagresija. Ni nujno, da. Punce ponavad se režejo, ne. Fantje tega ne počnejo, ne. Fantje na druge načine sprovcirajo v bistvu vedenje, da so oni pol žrtve ne. Vsaj to jest opažam. Vsaj pr teh k smo jih meli in to je bil že un primer, se spomneš kaj je počel. V bistvu je provociral alfe, hkrati pa je bil totalno avtodestruktivno, v bistvu avtoagresivno je to zame. Ni se sam poškodoval, ampak provociral tiste, k je vedu, da ga lahko poškodujejo in skoz v nekem strahu, v nevarnosti živet ne, to je zame to no. To je prav tako vedenje opažamo pri nekaterih. Imamo zdej enga, k se tako vede. Drgač ja.

To smo pa un primer mel, k je pol že zlorabljal to ne. K je skoz govoru, da bo šol pod vlak, mi smo vsak dan velkl dol, uni so ga nazaj pošiljal in to je blo pač pingpong. Dobesedno pingpong smo mel. Sploh ne vem, kako se je to ustavl pol. Naveličal se je.

Punce se režejo ne. Se režejo, to smo mel recimo eno lansko sezono, lansko šolsko leto v kljuki je blo kar tega dost. Smo mel punco k je pač sprovcirala to vedenje oziroma še druge nekak napeljala v neko, v nek kult, pa ne govorim o kultu, klasičnem kult pomenu, ampak ratale so

kar naenkrat vse depra in vse ena drugi so se smilile in v nek, ma grozna situacija je bla v glavnem.

Mislm jaz govorim o intervenciji. Kaj vzgojitelj naredi, ko to vid. Sicer pogovori, psihološko svetovanje, vse to ja, ampak kako intervenirat v tistem trenutku. V tistem trenutku pa lej. Puf, nevarno je konc, pika. Ne vem, al je una žila al una, lej.

Sej, če grem domov, pa ne bom naredu samomora, mislm tko. Sej se je pa tud dogajal, da je en se ne vem skoz okn vrgu, skoz zaprt okn se je vrgu. Sam to je blo povezan z, ma to je že tud, pijan je bil in sam seb se je smilu, k ga je punca pustila, ampak to so te čist akutne, k on ni bil drgač nagnjen k temu. Poskus samomora. Rezanje, tega je verjetno največ. Pa potem suicidalno, ker nimajo občutka. Saj pr ns imamo konkreten primer. Silijo v nevarnosti. Pod avto, na alkon, hoja po ograji.

Predvsem je treba v teh nevarnih, fizično obvarovat. Predvsem z mirnostjo, ampak mu pomagat fizično, da se odstrani iz teh nevarnih situacij. Pa preventivno varovanje. Tud smo že zapiral balkone, kljube dol dajal, podstrešna okna zaklepal. Pa preventivni. Zdej dostkrat je pa skrb pomembna. Šele zlo pozn se, tko slučajno opazi. Ker ni hotla pokazat ane. Tega. Pol majo pa pač dolga rokava gor. Pol slučajno. Zdejle smo bli na morju, smo vidl določene stvari, k so ble pa že stare poškodbe. Tudi ne vemo kdaj so nastale točno.

Mi mamo že dolg časa, da sodelujemo z zdravstvenim domom. Z dispanzerjem za mentalno zdravje. Z njim smo, en tak konsenz mamo, da v bistvu naše otroke vključujemo k pedopsihiatrom, psihologom in vsem tem psiho strokovnjakom k so tm. Tko, da delamo na tem principu, da če je nujno, urgentno, mamo tud nek dogovor, da takoj pokličemo, ker imamo večino otrok v obravnavi. Sploh te k majo take indiciji, da so take težave prisotne. Zdej v zadnjem času, k je težava v tem, da težko dobimo mesto in hitro obravnavo. In k dobimo direktno iz bolnice delamo po tem principu, da dokler. Da ane kle daš napotnico in čakaš eno leto, da dobiš obravnavo otroka, ki nujno rabi. Zdej smo nekak tak konsenz dosegli, da imamo vsaj pri teh primerih, k smo akutno dobil, da ostane tok časa, dokler ne dobimo mesta v naši regiji, v obravnavi v bolnici, kjer so otroka diagnosticiral. Tko, da na tak princip gledamo, gre za vzpostavljanje ves čas na tej terapevtski ravni. Toj tut pogoj, ki ga vzpostavljamo že v fazi, ko se predlog oblikuje za namestitev. Ane, ker se zna zgodit, da sam postlo postlo. Ampak ne delamo mi po tem principu. Hočmo da, tam kjer so težave, ki jih zdaj nizajo, da je takoj strokovno obravnavan.

Samomor poskus. Pa je imel srečo, da se je rešu. Ni imel nič potem. Ja doma je naredu. Doma je delov samomor. Pa ga je oče pravočasno še opazi in rešu. Tko, da...kaj je bil sprožilc, niti ne vemo. Ker ima on blackout. Lahko, da je blo zadj tut ta droga, povedal je kar nekaj različnih zgodb. Pol k smo sestavl s pedopsihiatrinjo sliko, ni blo tko čudn, v bistvu ane. Da je pršlo do tega ane.

*Zdej jaz mislim, k se taki dogodki, krizni, zgodijo. Je zlo fajn, da je ustvarjena mreža. Ker te taževe k jih mamu mi zdaj, te težave v duševnem zdravju. Zdej dobimo punce in fante, k so star tm 15, 15, 17, 18 let. Tik pred polnoletnostjo. Zdej že ene dvakrat je kr zamenjala šolo in dobiš jih v sistem. V bistvu mi ugotovimo šele prvič, da to ni sodelovanje oziroma, da iz vedenjskih motenj, vseh teh stvari, nakazuje se potem dolgotrajnejša osebnostna motnja ane. In tukej potem vidš, da kljub vsemu, da ma dobre namene, da bi ponovno šel v šolo. Veš, da ne grejo stvari tko k bi pričakovanja mel, tut sam mladostnik. In težave k se začnejo kazat in k se začnejo širt, se tle kr, pol ko izbruh pride. in prvič v bistvu lahko najdeš možnost, v bistvu, da je sploh pripravljen sodelovat. Vključite v neko obravnavo, terapevtsko. Ker odklanja. Ker te terapevtske obravnave, k osnovnošolski otroc, k jih vključujemo. V bistvu otroc niso, tko, da to v bistvu delamo zarad varnosti sistema, pa nas, pa vseh teh. Pa on to ne razume takem smislu, k so te službe oblikovane. Ampak v tej fazi, ko se so že v mladostništvu, pa se te stvari že začnejo spreminjat. Ampak v tej fazi ko so že v mladostništvu, se pa že stvari začnejo spreminjati in so nekje že pripravljeni, in ko jih ti pripraviš po nekaj mesecih*** in da jih boš vključil, takrat pa ni tistega prehoda oziroma tistega, tiste naveze, kjer bi lahko naslednja služba vstopila. In nadaljevala delo na tak način, da bi razumela kako gre. Mamu zaprt oddelek, od zaprtega oddelka ga po 3 dneh sama dobim v zaprt oddelek, tok deleč prpeljejo stvari, ker tega po treh dneh odpustijo.*

To zdej sicer že dolgo, mislim midva sva takrt še skupj delala. Odvisno od skupine. Tam je pač ena punca, k je pršla k nm, je to prnesla. To, da de je rezala. K je bil pritisk za njo prevelk. Ustavmo pač, jo čist oskrbiš, se pogovoriš. Ona je bla itak usmerjena tut k pedopsihiatrinji ampak. Najprej seveda pobereš, zaščitiš okolje. Ona je klince uporabljala. Vse, ostre predmete,

Je pa treba ločt, da tisti k pač to posnemajo, se drugač režejo, k pa te k majo težave čustvene. To je mogoče iskanje pozornosti. Preventivne delavnice imamo potem na to temo.

Po drugi stran pa znotrej, da drugi vidjo, da to ni nek hec. In da se potem stvar začne delat na vseh ravneh. Moraš bit takrt, pozornost dat celi skupini, pa še tistmu. Ne gremo v kaznovanje, ne gremo v oviranje. V takmu smislu, da bi. Da bi, na en tak način umaknemo zadeve. Oziroma mamo notr, nrdimo nek krizni sestanek, da vidmo kje smo zlo pozorni in kje mormo pazit.

uporabljate tut tehnike minimizacije škode, tako da predvidevate, da se bo oseba, ko bo imela priložnost še poškodovala, zato ji ne vem, anatomijo roke razložite, al pa ji poveste tukaj je pa razkužilo, daj saj to naredi. Ja to delamo.

Najpogosteje je rezanje, pa vedno pogostejše so boksanje v steno. Tega je zdej vedno več. Trenutno je več boksanja kot rezanja. Več vrst je. Tud lomljenje kosti. Uničevanje inventarja zaradi lastne agresije do sebe... Kaj pa grožnje s samomori? Tto je dnevno.

Vedno je treba dati suicidalni pakt. S tem smo mi zaščiteni tud uradno. Potem pa glede na to se tud pogovarjamo. Mi smo včerej konkretno mel eno mladostnico, ki je to omenla. Zdej povej kok maš visoko od 0 do 10? Aha 7. ampak glej to z naše strani pomeni, da tud, če rečeš 6 pa te mi drugač doživljamo, smo dolžni poklicat psihiatrično pomoč. Ampak to jemlji kot priložnost, ne kot omejevanje. Mi z njimi o tem res zlo odkrito, zlo direktno govorimo, zlo odprto.

Sva z eno mladostnico nardila anti suicidalni pakt. In sva se zmenla, da če ji bo hudo pride k menim bova poklicala 113. Js sm jo šou večkrat preverit, je bla uredu. Potem je pa istočasno prišla ena romkninja. Je bila sprejeta v isto skupino. Se je tud mal bala. Čez dan je bla uredu, se je uredu počutla, čvelrat smo jo vprašal. Ob pol 11 je dala telefon, ker ga more ane. Je jokala. Sem jo vprašu kaj je s tabo. Pa je kr jokala in jokala. Potem jo vprašam, če je ekj narobe je rekla da ne. Boš lahko zaspala? Bom. Potem sem jo pustu. Čez 10 minut grem spet k njej, je ihtela, jokala, js jo nism nč razumu. Pol je pršla k men v pisarno. Sem jo poskušū potolažit. Nič. Imela je stisko, ker je bla to prva noč. Potem pa sem ji reku, veš kaj js mam eno tako tabletko za pomiritev, ti jo bom zdej dal in boš lažje zaspala. Velik vode spij zdravn, za 5 minut more zagrabt. Pa sem ji dal lekadol, ker nism mel c vitamina. Je popila. Potem sem ji reku, zdej se pa uleži, pa lučko ugasn. Pridem čez pol ure, spala. Placebo sva nardila. Ona je misnla, da jo je tableta pomirila.

Majo recimo zunanjo, nek center je, to kar mamo mi prek telefona. Ampak tam je živ človk. To manjka. Sistemsko. To bi si js želu. Da gre ven, ja, da gre ven.

Tak da sem mel problem, ker se je to zgodilo največkrat ponoči, da je prišla ob kakih dveh alpa treh zjutraj in se je v sobi z kakim premetom porezala po rokah, nogah, telesu, tak da si takrat sam v skupini vidiš če je res pregloboko ali kaj takega in potem moraš poklicat rešilca pa ja.

Ja večinoma, da jih peljemo na pregled k psihologu in ogromno tablet ne, rabjo ti mladostniki ne.

Meli smo pa tudi avtoagresije, akutne poskuse suicida ja. Z obešanjem sm jaz doživeu, oba sva preživela na koncu. Zapisnik je nardila policija in pač so nam potem dali kopijo. In mi tudi v dežurno knjigo, kjer zapisujemo od prihodov do odhodov pa razno raznih situacij.

Ja, recimo ena taka težava, ka sm jo jaz mela je blo anoreksije pa vse te, skratka motnje hranjenja, in smo potem, deklco ka 10 dni ni jedla peljal k zdravnici in ji rekli, dober dan, ni 10 dni jedla in se je zdravnica z njo pogovorila. To smo ubistvu tut že mi nardil. Amapk ni nezga blo, mislem to je blo bolj narjeno v tem smislu, nevem. Pr nas smo poklical rešilca in je tut, so pobje pršli, taki uni pa je reku, da, pa ju je vidu, pa je reku pejte mal vn in pol je povedu, da ma tm nek nevem kašn šok. Brez veze je reku, uglavnem to je panika, to je panika. Super je reku in so šli. Una je ustala in šla v kuhno. Sam tok smo jih rabl in uni so...men je blo grozn dobro, da so uni razumel, zakva smo mi njih rabl. Mi sm kao oprostite, je že uredu, hvala lepa, nasvidenje. Pa sta šla.

Prvo psihiatrično pomoč, pa punco zraven, kaj se boš obvladala, ker sem vedu, da ni, da je čist sposobna, da gre samo za vedenjsko izsiljevanje al kaj, kaj bova nardila. A se boš skulirala al greš na psihiatrijo pa na zaprt oddelek, ker se pač ne obvladaš. V petih sekundah je bla okej. Pa niso pol seveda pršli. Sm jih pa mel res dejansko gor, prej sm mu razložu kaj je..tko no. Zelo različne načine skratka.

Ka si vprašal kere oblike samodestruktivne, samodestruktivnih vedenj. Pr nas najdeš vse živo, od tega, da smo mel mulca, ka je tok tolku z nogam, tko gležnj ob gležnj, ga je mel čist deformirane gležnje. Tko... ni mogu obut nč družga k čevl, mislem cokle. Pol na primer si je tko pulu nosnice, da ni mel nosnic sploh. Tle je mel kr luknjo. Tok si je zgrizu ustnce, da ni mel sploh te kože na ustnicah. Tisto, kar je blo pa najbl zastrašujoče, kar je počel, kar pa res, nas je blo prou strah. Naučil se je totalno iztisnt ves zrak iz pljuč, to si sploh ne morte predstavljat, to človeka čist in to je on pol zadržval, da je mel prazna pljuča in potem si ti sam gledal, gledal, gledal a bo udihnu al nebo udihnu. Na primer to je bil tak hud primer. Mogoče

glede samopoškodovalnega vedenja, ka si reku oblike. Jaz potem ko sm začela nekak, ka je blo velik tega..am...prej sm vedno najprej pomislina na neko rezanje, potem maš tuki neke male črtice. Ampak potem so mi predvsem punce v skupini pokazale, da je to en zelo širok spekter, ka ga lahko najdeš na nekem Instagramu in tako naprej pa nekih skupinah pa to se skoz seli in da je teh oblik ubistvu gromozansko veliko in d tm na spletu je eno tako orodje za samopoškodovanje in so pač neke, okej zdej sm jaz malo starejša, blogerke, niso blogerke, instagramarka, no skratka, ka to poustajo, navodila za to kaj nardiš. In potem šele ubistvu ugotoviš, da je teh, tega je ogromno, čist ene drugačne stvari, kot samo tisto rezanje, ka se najbolj vid ane. Opisuje en, tko kot je prej Tjaša govorila, prou iz tega stališča je blo zlo vidno poškodovanje, obstaja pa cel kup takih stvari, kako se neopazno poškoduješ.

Pr nas na šoli so taka, mislim, vsa ta ka ste jih že omenl, ampak mel smo ja tut stanje na okenski polici, na balkonu, potem neko impulzivno vedenje v smislu, da grejo preko, prek ceste ne da bi pogledal, kr naenkrat...se pravi se izpostavljajo nekim ogrožujočim situacijam, ne da bi ubistvu prverl a bo se to, a bodo lahko varno prišli čez te situacije. To smo opazl kot neko posredno ogrožanje življenja, če ne neposredno izražanje misli pa vedenj, direkt. V zvezi s tole dekle, ka sm prebrala mesič, oni so, prvi klic k nam je bil, mi mammo eno punco za vas, ampak rabi 24-urni neprestani nadzor, ker je tok suicidalna. In moj odgovor je bil, potem ni za k nam. mi vam tega ne mormo zagotovit. In kje smo zdej, zdej ta punca je ful napredovala in tko naprej. Ampak jaz sem rekla takrat, jaz ne upam vzet tega otroka k nam. in recimo če bi blo, okej v takih primerih je normativ za takle otroka ena na ena pa da vidmo kolk časa, ker v resnici potem je tut tko bla, da sm jaz nekak, še zdej precej posvečena njej.. Tko, da sm šla tja na pediatrijo s psihiatrinjo sedet, s klinično psihologinjo, torej dobila ful informacij, s starši sedet, da sm dobila ful informacij, pa šla v pakt z njimi, da so oni bek up. Torej, če jaz mislem, da je kriza jih lahko pokličem takoj.

Zdej, vsekakor je to problem. Moja izkušnja je tko, da če ti znaš pritegnit mulca v komunikacijo in posledično potem v nek odnos, bo tut te stvari zminimaliziral. Tut z nekimi določenimi pravili. Telefona ne jemljemo ane, oziroma ga morajo oddat v redkih primerih, v času učnih ur. ampak to izjemoma. Al pa na sestankih ga ne smejo met, morjo bit v sobi. Zvečer ga ne jemljemo, ane. Se pa ogromno s tem ukvarjamo in pogovarjamo. Pa tut če, pa tut kak res zasvojen, smo pa šli to, kaj že...LOGOUT. Je pa tut že nekdo šel v to zunanjo strokovno pomoč, ampak se ni tko dobr obneslo. Je pa seveda je to problem, seveda je to problem.

Mislem, kaj naj rečem. Spet učenje, učenje, edukacija, pa nevem, eni otroc zaradi teh velikih posebnosti vedenjskih, pač res bi potrebovali več...kako naj rečem...Intenzivnejšo obravnavo.

Zdaj trenutno se največkrat pri deklicah dogaja. Smo pa imeli že tudi fante. Oblike, nevem...rezanje z raznoraznimi pripomočki, vse kar v bistvu najdejo. Od ostrih predmetov do razbitih lončkov do rezil od šilčka, zlomljenih kulijev, geotrikokotnikov, pač karkoli si najdejo da je dovolj ostro, da se poškodujejo. Boksajo v steno, v vrata, da se jim na členkih pozna. Puljenje las recimo, spijejo kakšno tekočino. Tudi s spreji, z deodorant vbistvu povzročajo opekline. Če so poškodbe površinske, te se tak oskrbijo naši medicinski tehnik. Če je to bolj globlje se gre k zdravniku.

Potem se oceni ali otrok potrebuje bolnišnično zdravljenje pač ga zdravnica, zdravnik napoti na zdravljenje. Če imamo srečo je mesto prosto. Se pogosto dogaja, da ni prostega mesta. Eno deklico letos so mogli namestiti na odrasli oddelek na psihiatriji kjer nikjer drugje ni bilo prostora. To je bilo začasno, saj tam seveda ne more ostati. Samo tisto noč, potem naslednji dan pa se je odločba že spremenila.

Vključena je naša psihologinja, tak da so pri njej v obravnavi, v skupini se pogovarjamo je pa res,da se to ponavlja tako kot ste rekli. Stiske se vedno znova ponavljajo. Dolgoročnih možnosti pa nimamo. Vključeni so na pedopsihiatrično obravnavo ampak tam je to tudi bolj poredko. Ni to neka zadeva, ki bi stalno tekla. To je tudi eden izmed predlogov, ki ga imamo.

Zdej včasih jih vključujemo v Rakitno, mladinsko zdravilišče al pa v Stično, če so kakšne možnosti. Drugače pa kar majo obravnave, če so vključeni k pedopsihiatru. Največkrat so. Pa potem še h kakšnim kliničnim psihologom. H meni tut pridejo deklice, odvisno pač kok majo željo se o the stvareh pogovarjat. Včasih tudi po dve, da se skupaj pogovarjamo, da nekak skupaj najdejo podporo druga pri drugi. Sicer tudi druga drugi dajejo podporo, včasih pozitivno v skupini, včasih pa tudi ne. Odvisno kako se nekak med sabo znajdejo. Odvisno kakšni odnosi. Dostkrat so tudi odnosi s fanti, še ta dinamika. Simpatije in potem se lahko tut skregajo in so lahko tut razna izsiljevanja, tudi s samopoškodbami. Samopoškodbe imajo zelo različno dinamiko, ozadje in je pač treba vedet kakšno je. Al družinsko al neko traumatično, kokrkoli je pač treba ugotovit kje so tisti izvori in potem se nudi pomoč. Glede na to predvsem kakšno je ozadje.

Ponavadi že predvidevamo. Neven četrtki so ponavadi tisti dnevi, ko otroci zvejo, če ostanejo za vikend v zavodu al grejo domu. Potem že vemo, če nekdo ostae tu, da smo bolj pozorni, da

bolj opazujemo, da že prej pripravimo otroka na to, ka ne bo ekaliral na enkrat ampak ja. Imamo tudi spremljevalce.

Potem se moremo mi znotraj kolektiva reorganizirati, deklico al dečka moramo umakniti, ker se zadeva v skupini ponovi. To vpliva na ostale otroke, jih vznemirja. Deklice še posebaj. Kak je ena vznemirjena so deklice vse. Ide samo domino, ne se sproži. In se moramo reorganizirati, to se pravi, da morš nekoga dodatno poklicati znotraj obstoječega, da pride. Ker moramo temu otroku nuditi individualno obravnavo.

24 ur na dan smo standbaj. Glih to sem prej še študirala, non stop si v neki pripravljenosti. Odzadaj skos nekaj maš. Se vidi ja kdaj je to neko obdobje ampak pride tak. mi bi rabli dva človeka, ki bi bla v nekem dežurstvu non stop ne, v teh primerih.

Ker se tudi dogaja, da gre ena deklica pa gre potem še druga. Neven jaz sem se pozno zaj vklopila, sem mela neke težave, neki sem urejala. Več deklic je ne. Mi mam 5 samopoškodbenih deklet.

Tudi tak drugače, potreba po dodatnem ne, že iz preventive rabijo ne, da niti ne pride do kopičenja vsega tega. Že iz preventive rabijo. Too bi en mel nonstop delo, to bi lahko samo menjaval. Pa ne samo deklice, rabijo razbremenilne pogovore. In v skupini z 10 otroki vzgojitelj tega ne zmore. Tudi če bi rad. Zdaj pri nas te dve deklici, ki sta tukaj bili sta, v bistvu z zaužitjem čistilne vodice za obraz pa enkrat s tabletami. S tabletami je bil to drugi takšen poskus. Je bila tudi v komi ne, mislim ne 24ur moraš biti zraven nje. Saj smo potem krpali pa spremljevalce pa smo dvojno hodili delat, po drugi strani si pa omejen z prekoračitvami ur, mislim takšne kontradiktorne stvari se pojavijo. Delaj samo ne delaj. Pa za vse si odgovoren, pa več jih je v skupini. Nisi bil, nisi nadzoroval.

Preedlog: Definitivno manjše skupine.

Ta zgodnja prepoznava, da sami povejo in lahko rečem, da v 70 procentih, da ne bom pretiravala v 60-ih, jim uspe in so zelo ponosni na to, recimo da se niso samopoškodovali. Ker samopoškodbe pri nas ne zgledajo praske ne, ampak zgledajo recimo zadeve od požiranja predmetov, do vtikanja direktno v žile določenih predmetov, to se pravi igle, bucike in tako naprej, do rezanja, ki je lahko arterija ne, to šprica, to mislim ni neka taka lahko recimo oblika ne. Tako, da če jim to uspe preprečit, so v bistvu na sebe zelo ponosni in potem delaš na tem. Vsako samopoškodbeno vedenje je v bistvu rizično. Najbolj rizično oziroma resni poskusi suicida ne. V ta namen smo mi, to je spet protokol no, spet se vračam s temi protokoli.

Ja jaz mislim, da je ostalo pa bo potem še Matej poslal tisto kar ima. Mi imamo povsod neprebojna stekla, to se pravi, ker dostikrat je bilo mislim, skoki, in pa ključavnice na zaklep. Lih zaradi tega, da ne bi prišlo do kakšnih skokov tako bom rekla čez okno. Isto velja tudi za šolo, no sej to bo U potem bolj natančno povedala. Mel smo, da je z družga nadstropja skočil fant v psihotičnem stanju, tebe še ni bilo ne.

Ja, niso ogledala ta klasična. Potem seveda, da ni žiletk, pa je zraven tehnik recimo kadar se brijejo fantje ali dekleta. Vse te nevarne predmete, da se pač odstranja, kolkr je to, da se razume, možno ne. Pa tut, ko se uporablja vse te tehnike sprostitvev, se gleda, da če so to sprehodi, da se ne pobere kakšne stvari in tako naprej, na ta način probamo na neki minimum, ampak vedno bodo neki najdli ne. To se pravi, da je treba z njimi delat intenzivno v smeri te preventive, da do tega ne pride. Moremo pa mi to vedet ne, da je ta bolečina pri posttravmatskih notranja tako močna, da enostavno nobena zunanja bolečina to ne preglasi ne. Ja, tle ne gre, mi ločimo med dvema različnima zadevama, eno je posnemovalna ??? tehnika ali pa manipulacija, alpa mal izsiljevanja, aha če ne boš naredil to se bom pa porezal, recimo govorim čist tko ne, to so po navadi te praske in take zadeve, potem pa kažejo. Medtem, ko te ko se resnično samopoškodujejo pa skrivajo.

Ja zadnje čase tudi zaužitje čistil ne, tut to je ne, čistila mormo pospravljat. Mislim tle ta nabor je res širok, sprot si izmišljujejo tako, da ..Potem pa tolčenje z glavo ob zid, tolčenje ob tla, butanje z rokami, tudi v smislu samopoškodbe ne, ni to tisto v besu ali pa v navalu nekega besa. Ogromno je teh samopoškodb.

Ja glejte tle moreš bit zelo previden. Pri vseh teh oblikah, to je vedenjska terapija ne, alternative, mi naj bi odpravili razlog. Vemo, da razlog ne bomo odpravili, tle smo si vsi enotni, da razlog je velik in ga ne bomo mogli. Potem pa alternativne oblike, pazit moremo, da ne gremo v OKM, ker tele obsesivno kompulzivne motnje, zelo pogosto se navežejo potem na posttravmatsko stresno motnjo in zato se v večini primerov nagrajevanje. Nagrajevanje pozitivnega vedenja. To ni zdej v smislu nagrajevanja kaj jaz vem.

Materialnih, ampak s pozornostjo, zelo veliko pozornosti. Potem recimo zelo naši radi te individualne sprehode, da gre samo z enim tehnikom ali pa vzgojiteljem, ali pa gresta skupaj kupit nekaj, jasno za svoj denar. Oblike nagrajevanja pa beleženje ane. Mi to dost krat delamo. Oni imajo občutek, da je vse slabo ne, pa da je vse za nč ne, in da se vsak dan samopoškodujejo, pa da z njimi nič ne bo. In če ti to beležiš in rišeš ne kako je, oni vidijo, da v

enem tednu so imeli tudi dost trenutkov, ko jim je pa to uspelo. In ko to z njimi potem pre analiziraš, dobijo dejansko kar voljo, aha pa sej tudi naslednji teden, če bo men to uspelo, in potem ko pride pač do tega, ko se stanje poslabša iz tega ne delaš cirkusa, enostavno oskrbiš, to je tudi v protokolu, tehnik oskrbi rano, pelje na urgenco, v večini primerov je treba pač, ker je treba sebe pač tudi operativne in tako naprej, in gremo dalje. To se pravi ne, zignoriraš vedenje, ki ni okej, mislim govorim zdej o samopoškodbi, in nagradiš vedenje, ki je okej. Tako zdej mogoče mal bol tko na laično, in ta metoda se definitivno pri teh naših najbolj obnese, ker vse te metodologije, ko so ne recimo, dobro sej jim pomagajo žogice za sproščanje, jasno imajo, ampak to gre za te običajne no lažje oblike, ampak jaz zdej govorim o teh kritičnih primerih, v kritičnih primerih se ta metoda najbolj obnese.

Mhm, zdej jasno zdravstveni dom, nujna medicinska pomoč, urgentna služba takrat, ko pride do poškodbe, pri nas nimamo psihatra stacioniranega, ugotovil smo da to sploh ni okej, ker v bistvu gre za psihiatrizacijo potem, jaz osebno, jaz govorim o svojem mnenju, ne me zdej, kako razmišljam mogoče malo drugače, ampak jaz vidim tlele psihiatrizacijo, zato ker je pri vsakem najdla, ko smo imeli pshiatrinjo, še kakšno diagnozo zraven in še kakšno terapijo zraven in enostavno normalno, če imaš ti psihiatra hoče 8 ur delat, sej jaz to zastopim. Mislim, grožnje da bodo to naredil alpa poskus it na beg ne mislim, potem da bi ene par krat so si zavezal kaj okol vratu.

Po strehi ja. Na stisko. To recimo vedno takrt, smo, da. Pravilo je, da vedno je mal izsiljevanje in stiske. In prvo pravilo je 100% nadzor. Potem poskušamo z otrokom razreševat. Delamo po enem protokolu tekom varnostnega načrta. Da se z njim dela pakte do naslednjega dne, do naslednjega dne. Zdej odvisno kaj je. To poskušamo rešt. Če pa vidmo, da mi v okviru teh kapacitete, ko nas je, tok da ne bomo zmogl met tazga nadzora. Seveda se povežemo s psihiatrom letečim. Mal spremenimo terapijo, ga čimprej naročimo na to. Če je pa akutno je pa 112, pa reševalci. Da recimo, da mi ne mormo bit sigurni, da si ta otrok ne bo nič naredil. Noče sklent pakta in je še vedno suicidalen, potem gre v bolnico. In tut s starši mamu ob sprejemu dogovorjeno, da v takih primerih mormo klicat reševalce. In se vsi strinjajo. In takrt pač tko rešujemo. Rezanje, recimo rezanje so loh po roki. Zdej ful let so ble včasih še kšne hujše. Js se spomnim enga fanta, k se je porezal po rokah, po nogah, je blo res čist krvav. Zdej res takih hudo brutalnih ni več tok. So pa recimo al tut po nogah, kle (pokaže na trebuh). Potem je zloraba psihoaktivnih substanc, k bi bla tut v smislu zlorabe. Al pa pil so kšne, recimo čistila. Al pa jedl tablete. Sicer tablete mamu res strogo pod nadzorom. Večinoma

medicinska sestra. Vzgojitelji majo tisto, kar je popoldan. Ampak vse je tut s ključem zaklenjeno. Tut ne dovolmo, da ima otrok pr seb zdravila al pa, tut čistila so vsa pod nadzorom, da nimajo dostopa prostega do tega. So pa pol te problemi, ta plezanja. Streho mamu mi klele, če pride iz šole na balkon, pa na uno ravno streho. Pol so pa primeri tut, k so na uno ozko streho splezal, pa na dimnik na vrh gor. V takem primeru tudi kličemo policaje, reševalce, pa še gasilce. Tko. Smo tut mel primere, vedno pazmo, da takrt ne ogrožamo otroka, da še bl za njim lezemo, ampak ga poskušamo, odstrant publiko, poiskat nek kontakt, al ga opazovat. Bl k greš proti njemu, on še bl rizično gre. Tko, da iskat nek primeren način. Zlo se je včasih obnesl to, da je mogoče kdaj kšn otrok pomagal, k je imel kontakt, da je kšnga dol spravu. Sicer se ne poslužujemo tega, nočmo to na njih, ampak če je glih kdaj kšna taka situacija. V vsakem primeru poskrbet za varnost najprej. Čim manj šova. Pa pol reševat akutno situacijo kaj je.

Pedopsihiatri, kjer so in spet. Smo zlo dobr sodeloval. To je pa ta CMZ sodelujemo v vseh teh primerih, k so. Pa leteči pedopsihiatri, to je Škofja loka, Kranj, zdravstveni dom Šiška, pol so te privat, tko da. Vse kar je ane.

Spremljevalca smo pol zaprosil, skupj s pedopsihiatom, smo pol na ministrstvo zaprosil za spremljevalca, če je blo tko rizično. Smo recimo dobil za enga dva. Da je delal en dopoldan en pa popoldan. Osem ur. Tko, da smo poskušal čim bolj pokrit. Tut če bi imel drugo lokacijo, ta lokacija bi mogla bit skoz na stand by. To je zdej, zlo težko dosečt. Jaz bi mogu met pol tko, teoretično, bi mogu met večje število na voljo, in da bi se v danem trenutku lahko odločil, katero ekipo bi poslal tja. Ker tudi 4 vzgojitelji ne bi bli zadost. Recimo. Za aktuno situacijo ja. Ampak tukj morš ti pokrit 24 ur. (ga prekinja P) podvajanje, saj v dopoldanskem času. In tukej pride takoj številka 6 ane.

Pa tud ja. Vikende ane, če do takrat ne gre domov, al pa če ga hočš ane. Ful je problemov ane. Sej zato si pol rečemo a je to rentabilno al ne? Je ogromn, velik strošk za državo. Zato bi mogla bi neka taka organizacija, da bi se splačal. Sam fajn bi blo, da bi blo stabilno. Na nivoju celotnih vseh zavodov, bi blo to idealno, tukej je edino Planina, ki ne sodeluje več zdej sicer z nami, drugač pa na nivoju zavodov ostalih, smo se pogovarjal, da bi nujno rabl. To ni ideja od dons ali včeraj. To je iz prejšnjih časov. So že ble ideje, da bi rabl dve skupine, ločena lokacija. Ena s srednješolsko populacijo, ena z osnovnošolsko populacijo. In na voljo dovolj ljudi v teh inštitucijah otrok. Edin tak, za tiste najbl mjhne, bi mel. Še to je zdaj

vprašanje, če bi to blo rešljivo al ne. Je pa sigurno, več bi lahko teh intenzivnih primerov rešu, kukr jih pa zdej lahko, zmoremo al pa smo jih sposobni rešt.

Sej pravm, vedno je v bistvu, mi to gledamo tko, da je to neustrezen način reševanja problema. Mi poskušamo preprečit, al jemljemo britvice, žiletke, ne vem kaj. S čimer to počnejo. Poskušamo rešt, če je problem ane. Včasih pa tud, če vidmo, da nekdo s tem vzbuja pozornost, potem mal ignoriramo. Da ampak poskušamo preusmerjat na druga močna področja, al pa na druge stvari. Tko, da, da bi to bolj izvenelo. Pr unih, k so. Ane tuki tut ponujamo druge oblike nekega lajšanja stisk. Ker noben se v bistvu ne reže, tut, če vzbuja pozornost, ampak to, da se reže, je vseen neka oblika povzročanja bolečine. Nekaj je v ozadju, stiske čustvene. Ampak tut če. Je neustrezen način.

*Mrzu tuš, drugače pa poslušanje glasbe, branje, nrdijo si recimo škatlo s kašnimi svojimi stvarmi, ki jim veliko pomenijo, pogovor s prijateljem, pisanje kšnega pisma - tak, da ga lahko zažge, da vsa svoja čustva vrže na papir.*** v bistvu obstaja, v okviru tega varnostnega načrta, vsaj ene 20 stvari, ki jih lahko predlagamo. Tut damo otroku, da lahko večkrat to prebere in poišče bolj ustrezen način. Vsak, k se samopoškoduje dobi tut varnostni načrt?*

Ja, al pa predlog, al pa sam ta del, če recimo ni lih tko suicidalen. Sam predlog, kako si lajša negativna čustva na bl primerne načine. Ja, kle. Jaz po navad izvedem pogovor, tako da se, kolkrat je kdo že o tem razmišljjal, a je že kdaj imel kakšen poskus, kok ima izdelan načrt, kako bi kej tazga naredu. Potem se v pogovor z učitli in vzgojitli, da se stanje tudi oceni, depresivnega razpoloženja, če je res tut v razredu oziroma v skupini, takrt, ko ni nobenega zraven in tko. In potem bolj kot je recimo, bolj izdelan načrt, večkrat, če je že kdaj v tem smislu poskušal, pa ocena nekega stanja. Lahko tudi s kšnim testom psihološkim tukj prevermo, se oceni kok je ogrožen ane.

To je zdaj spet odvisno od primera. Ni neke sistematike, kar se pač, mi v bistvu vse dneve tko velik skupaj sodelujemo, da se vedno. Vzgojitli sodelujejo, al pa učitli, če je kaj tazga. Takrat vstopmo notr, drgač pa ne. Zdej pr enih otrocih, so tut bolj permanentno pr men, prihajajo na pogovore, al pa tut k socialni delavki, pr nekaterih se pa bl povežejo z vzgojitli pa potem več o tem govorijo. Vsak otrok si pr seb izbere eno pomembno osebo. In mu to tudi dopuščamo.

Strokovni delavci vseh strokovnih centrov so izpostavili problematiko samopoškodbenega vedenja kot naraščajočo in pogosto obliko kriznega vedenja. Pravzaprav so pojave samopoškodbenega vedenja opisali od najbolj klasičnega in najpogostejšega, to je površinsko rezanje, strganje oz. praskanje telesa ali že obstoječih ran, krast udarjanje (samega sebe, z glavo ali pestmi v trdo podlago...) povzročanje opeklin na telesu (ugašanje cigaret, žganje z vžigalnikom...) puljenje las, do izredno specifičnih in nenavadnih oblik, do katerih ne seže včasih niti najbolj fantazijski um.

Samopoškodovalno vedenje skozi čas menjujejo metode, jih dopolnjujejo, hkrati izvajajo več načinov. Za samopoškodovalno vedenje ni značilno dihotomno mišljenje, bolj dezorganizirano mišljenje, praviloma ne reducirajo svojega življenja na dve možnosti, tudi v stiski prepoznavajo več možnosti, ena od njih je pomiritev s samopoškodovanjem. Pri samopoškodovalnem vedenju ni značilen občutek, da nimajo nobene kontrole na psihično bolečino. Možnost, da se lahko samopoškodujejo, jim daje občutek kontrole (»naredil bom to in potem bo bolje«). Občutja pesimizma in stiske se izmenjujejo z obdobji optimizma in občutka kontrole.

Večina posameznikov poroča o takojšnjem olajšanju oziroma razbremenitvi. Ko do željenega olajšanja ne pride več, ko izgubljajo občutek kontrole nad bolečino se lahko stopnjujejo občutki nemoči, obupa, panike in vodijo v suicidalno krizo. Potrebno je vedeti da 50% oseb, ki izvajajo samopoškodovalna vedenja je vsaj enkrat poskusila narediti samomor. Zato je potrebno vedno oceniti namen in motivacijsko osnovo samopoškodovalnega vedenja, morebitne občutke apatije, samo-kritičnosti, zavrženosti, neuspešnosti, (ne)povezanosti z družino oz. odnosi širše, ter prisotnost suicidalnih idej, načrtov in vedenja.

Nekateri strokovni centri imajo za tovrstna vedenja pripravljene varnostne ukrepe. Od osnovne oskrbe ran, po potrebi medicinske pomoči v zavodu ali zdravniške pomoči. Nadalje možnosti umika otroka oziroma mladostnika iz skupine ter individualna obravnava. Prav tako dnevni individualni razgovori, kakor tudi pogovor s psihologom, socialnim delavcem in vodstva zavoda.

V stopnjah ukrepov predlagajo z individualnim vzgojnim delom in individualnim poukom v strokovnem centru, nadalje intenzivno stanovanjsko delo z individualnim delom in poukom. Predlagajo začasno namestitve za npr. 3 mesece v Radeče ali drugo zaprtješo ustanovo in na

dalje še intenzivno stanovanjsko skupino za individualno delo (s poukom) za otroke in mladostnike.

Gregorčič Kumperščak (2019) v varnostnem načrtu navaja, da je samopoškodovanje dejanje za obvladovanje čustev, ki deluje kratek čas. Da se pripravijo možnosti drugih dejanja/vedenj, ki se lahko uporabijo v času stiske (led, elastika, tek, boksarska vreča), načrt je potrebno imeti vedno pri sebi. Če si se samopoškodoval, se ne počuti krivega, ampak razmisli, kaj se je zgodilo in kako boš naslednjič reagiral drugače. V varnostnem načrtu so naštetih opozorilni znaki, druga socialno bolj sprejemljiva vedenja, alternative negativnim mislim, pozitivne vzpodbude, kaj bi rekel prijatelju, ki bi se počutil enako kot ti, kaj lahko naredijo drugi, da ti bi bilo v pomoč, koga lahko pokličeš na pomoč in v podporo: prijatelja, ... in za konec varni prostor kamor lahko greš. Več o tem v nadaljevanju.

Funkcije samopoškodovalnega vedenja so emocionalna regulacija, samokaznovanje, vpliv na medosebne odnose, antisocijalnost, antisuicidalnost, iskanje vznemirjenja, eksperimentiranje in iskanje medosebnih meja. Znotraj emocionalne regulacije najdemo strategije lajšanja intenzivnih, preplavljajočih negativnih občutkov pred izvajanjem: največkrat prisotna emocionalna stanja jeze, anksioznosti, frustriranosti... Po izvajanju pa nastali občutki olajšanja, umirjenosti »da bi sprostil emocionalni pritisk in stisko v sebi«, »da bi prekinil slaba čustva« in »da bi obvladal stres ter napetost«. Pri samokaznovanju gre vase usmerjeno jezo, samopoškodovanje kot nekaj znanega, domačega, ego-sintonega povezano s samospoštovanjem in samosprejemanjem ter samokritičnostjo in samoponiževanjem in sicer »da bi izrazil jezo nase« ali »da bi se kaznoval«. Pri funkciji samopoškodovalnega vedenja, ki smo ga imenovali vpliv na medosebne odnose mislimo na motivacija vplivati na druge, izvabiti naklonjenost, skrb, pozornost, podporo s strani pomembnih drugih in na način povezovanja s prijatelji (ki prav tako izvajajo samopoškodovalno vedenje). Pri antisocijalnosti prištevamo prekinjanje disociativnih epizod, občutja neresničnosti, stanja brez vseh občutkov, telesna poškodba, pojav krvi lahko posamezniku pomaga ponovno vzpostaviti občutek selfa, tako, da »čutiti vsaj nekaj, tudi če je to bolečina«, tako, da »se ponovno počutiti resničnega« ali, da »prekine otopelost«. Pri antisuicidalnosti mislimo na upiranje impulzom, notranjim pritiskom, da bi naredili samomor tako, da ustavijo suicidalne ideacije, ali da sledijo suicidalnim občutkom. Pri iskanju vznemirjenja, eksperimentiranja gre za iskanje občutka razburjenja, vznemirjenja, podobno kot pri adrenalnih športih. In pri medosebnih mejah za utrjevanje mej selfa, označevanje kože – ki loči posameznika od okolja/ drugih ter daje

občutek večje neodvisnosti, avtonomnosti in konec koncev za to, da »imam jaz kontrolo in nihče drug« (povzeto po Gregorčič Kumperščak, 2019).

Samopoškodujejo se osebe, ki pogosteje in intenzivneje doživljajo negativne emocije, depresivnost in anksioznost, tisti, ki imajo težave v doživljanju, zavedanju in izražanju negativnih občutij, tisti, pri katerih so pogosteje prisotne epizode disociacij oz. stanj, ko ne čutijo nič, sebe in okolico doživljajo spremenjeno, nerealno, tisti ki trpijo za sindromom aleksitimije (posameznik, ki ni sposoben pokazati čustev in je hladen kot najbolj debel led), potem samokritični, ki doživljajo intenzivno jezo, odpor do sebe, s slabo samopodobo, nizkim doživljanjem samoučinkovitosti in tisti, z doživljanjem kronične praznine, odtujenosti in izolacije (povzeto po Gregorčič Kumperščak, 2019).

Pomik samopoškodovalnega vedenja v postmodernizmu pomeni pomik v splošno populacijo. Gre za novo generacijo oseb, ki izvajajo samopoškodovalno vedenje (nimajo hude travmatizacije in težkih psihičnih motenj, tisti, ki niso/ ali so minimalno ovirani v vsakodnevem funkcioniranju, posebej ne na področjih socialnih odnosov oziroma v šoli / delu. Naslednja skupina nove generacije oseb, ki se vedejo lahko samopoškodovalno so tudi osnovno in srednješolski učenci - ki ne odstopajo pomembno od svojih vrstnikov, ki niso bili nikoli prepoznani v smislu potrebe po pedagoški ali psihološki pomoči, in ne izstopajo z vedenjskimi težavami, dobro izdelujejo šolo, so psihološko bolj zdravi, z močmi na družinskem, vrstniškem in šolskem področju). Gre za vrstniške skupine, kjer se vedenje oblikuje v skupini, se skupinsko izvaja, narašča pa tudi med študentsko in odraslo splošno populacijo (povzeto po Gregorčič Kumperščak, 2019).

Prav tako ista avtorica (Gregorčič Kumperščak, 2019) navaja, da obravnava samopoškodovalnega vedenja ni stanje, ki zahteva urgenco, da gre za stopenjsko obravnavo in da zdravljenje ni usmerjeno v vedenje, ampak v dejavnike tveganja. V primeru, da je prisotna duševna motnja, se zdravi le, da se v obravnavo vključi celotna družina in da se gradi tvorne medsebojne odnose in funkcionalnejše medsebojno sporazumevanje.

V nadaljevanju so opisane smernice za pristop k samomorilno ogroženi osebi na terenu za ekipe nujne medicinske pomoči. Informacije so lahko selektivno uporabne tudi za druge osebe, ki se srečujejo s sorodnimi situacijami. Pred pristopom k osebi se najprej skušamo prepričati ali je oseba heteroagresivna in lahko ogroža naša varnost. V primeru, da varnost ni mogoče zagotoviti za podporo zaprosimo policijo. Ko si zagotovimo varnost do samomorilne osebe (v nadaljevanju odstavka osebe) pristopimo s ciljem pridobiti zaupanje preko vizualnega in verbalnega stika. V primeru, da je bil TS že izveden, najprej nudimo prvo pomoč. Pri obravnavi osebe je najpomembnejša komunikacija. Osebo je potrebno na prevoz v bolnišnico ustrezno pripraviti. Pozorni moramo biti, da v naši komunikaciji ni zaznati teatralnosti ali moralizacije, naša telesna drža mora biti sproščena in ne sme nakazovati uporabo sile. Z osebo skušamo vzpostaviti čim bolj pristen in tesen medoseben odnos ter pri njej vzbuditi pozitivne občutke o njej sami. Preko pogovora z osebe se dogovorimo, da bomo iz njene neposredne bližine odstranili ostre in/ali nevarne predmete. Povemo ji, da smo tu, ker ji želimo pomagati, kar lahko storimo le, če ostane živa. Naš cilj je dosežen, ko oseba spozna, da je zanjo najbolje, če z nami odide v bolnišnico, kjer bo dobila ustrezno strokovno pomoč. Narava intervencije zahteva neposrednost zato ogroženo osebo vprašamo ali še razmišlja o samomoru. Pri pogovoru se izogibamo besednim zvezam »vse bo v redu« in »ne skrbite« saj kljub dobremu namenu izražajo temeljno nerazumevanje situacije. Če opazimo odnos med osebo in bližnjimi, ki nakazuje, da se oseba ob njih ne počuti dobro, jim spremstvo v bolnišnico onemogočimo. Oseba s seboj lahko vzame predmete, ki ne ogrožajo njenega zdravja in ji nudijo uteho. V primeru, da kljub vztrajnosti in trudu, prostovoljnega odhoda ni mogoče izvesti, lahko zdravnik odredi prisilno hospitalizacijo. Pri tem je ključno spoštovanje dostojanstva, osebnosti in varnosti osebe. Uporabimo najmanjšo mero prisile, ki še služi cilju in skrbimo, da oseba ostane nepoškodovana. Vsakršno uporabo pripomočkov za imobilizacijo nemirne in agresivne osebe mora odrediti zdravnik. Ko smo osebo varno spremili na pot v bolnišnico ponovno skušamo vzpostaviti odnos, ki je bil zaradi prisile morebiti izgubljen. Z osebo skušamo skleniti dogovor, da v času, ko je z nami, ne bo poskušala izvesti samomora (Prestor, 2000, str. 542).

V primeru, da je oseba že poskusila narediti samomor, moramo pridobiti odgovore na naslednja vprašanja: Kako posameznik razlaga poskus? Kakšni so bili vzroki za TS in kateri cilj je oseba skušala doseči? Kako močan je bil namen samouničenja? Kako visoko ostaja tveganje za samomor? Kakšne stiske posameznik doživlja? Kaj se je dogajalo pred TS?

Kakšne so značilnosti sprožilne situacije? Ali je pri posamezniku prisotna duševna motnja, in če, koliko to motnjo povezujemo s samomorilnim tveganjem? Pomembno je določiti tudi možne oblike pomoči in preveriti ali oseba pomoč sprejema. Pri ocenjevanju resnosti poskusa samomora si lahko pomagamo z lestvico avtorjev Weisman in Worder, ki nam lahko služi kot opora za poglobljenem pogovor z osebo (Žmitek, 1999).

Glede na stopnjo ogroženosti posamezniku lahko svetujemo različne službe. Kadar je stopnja ogroženosti visoka ali se je oseba že poškodovala pokličemo nujno reševalno pomoč, psihiatra ali dežurnega zdravnika. Če sami ne moremo nadzorovati situacije in za preprečitev smrti potrebujemo dodatno pomoč pokličemo tudi policijo. V primeru, ko se ogroženost po naši intervenciji začasno sicer zmanjšala, vendar je še vedno prisotna, osebo usmerimo k (osebnemu) psihiatru, psihologu ali psihoterapevtu. V primeru, da je kriza nastopila zaradi specifičnega dogodka, ki se običajno ne pojavlja, osebo usmerimo k določeni specialni službi. Če je bil povod za krizo nasilje nad klicalcem poskrbimo, da oseba po potrebi uporabi storitve varnih hiš. Kadar ocenimo nizko stopnjo ogroženosti, osebi lahko priporočimo prostovoljne službe in krizne telefone (ob težkem življenjskem obdobju) ali skupine za samopomoč (ko gre za specifične težave) (Klemenčič in Dragar, 2004). Bolnišnična obravnava mladostnikov v samomorilnim vedenjem je iniciirana vedno, tudi brez privolitve, kadar: je potrjena psihoza, je poskus samomora nasilen, skoraj usoden, in ko so še prisotna samomorilna razmišljanja (Lunder, 2016). Običajno je iniciirana kadar: je oseba s TS moškega spola, vseh mladostnikih z visokim tveganjem za samomor, osebe z vztrajnimi samomorilnimi mislimi in depresivnimi oziroma psihotičnimi simptomi, kadar je bilo ob TS prisotno uživanje psihoaktivnih substanc, ko se TS ni zgodil prvič, ko so ob TS uporabljene manj pogoste metode (Brecelj-Kobe in Drobnič Radobuljac, 2012). Prav tako je o prisilni hospitalizaciji potrebno razmišljati kadar: je bilo pri poskusu visoko tveganje in majhna možnost rešitve, je prisotna telesna bolezen in/ali odvisnost od alkohola in drog, posameznik nima socialne mreže, so prisotni občutki brezupa, nemoči in izčrpanosti in obstajajo načrti za ponoven poskus. Ne glede na omenjeno, je v vseh primerih potrebna strokovna obravnava (Žmitek, 1999), kar pa še ne pomeni, da je nujna bolnišnična obravnava. To velja še posebej takrat, ko je posameznik obkrožen z ljudmi, s katerimi ima vzpostavljeno dobro čustveno vez (Kastelic, 1991). V raziskavi iz leta 1984 so preučevali dejavnike, ki vplivajo na uspešno zdravljenje mladostnikov s TS. Ugotovili so, da na zdravljenje pozitivno vpliva: *Participativni pristop*, ki vključuje aktivno in pristno sodelovanje mladostnika pri lastnem zdravljenju in njegov uvid v razumevanje problema

vključno z dejavniki, ki so ga pripeljali do TS. *Vključenost bližnjih*, ki povečuje možnost za uspešno zdravljenje. Njihova vključenost tekom hospitalizaciji pa hkrati pomeni tudi večjo verjetnost, da bodo mladostniku lahko uspešneje pomagali tudi po odpustu iz bolnišnice. *Vključenost mladostnika v vzgojno-izobraževalni proces oziroma področje dela*, kjer glavni varovalni dejavnik predstavlja občutek pripadnosti sodelavcem ozirom sošolcem. Problem lahko nastane, če je bilo ravno to okolje iz katerega so izvirale številne stiske, ki so vodile do poskusa samomora. Kot zadnji dejavnik raziskava navaja *nadaljevanje strokovne psihološke obravnave tudi po odpustu iz bolnišnice*. Razreševanje stisk, ki so vodile do samomora je namreč dolgotrajen proces, ki ga ni mogoče rešiti izključno v času hospitalizacije, poleg tega pa je ravno domače okolje tisto, v katerem mora posameznik dejansko razrešiti specifične izzive (Žmuc-Tomori, Mrevlje, Pačnik in Ovsenik, 1984).

Pomemben dejavnik tveganja je kot smo že opisovali tudi samomor v družini, zato je ključno, da ne pozabimo na osebe, katerih bližnji so storili samomor. Organizirano pomoč osebam, ki so izgubile bližnje zaradi samomora, imenujemo postvencija. Po samomoru osebe se pri bližnjih pogosto pojavita dve med seboj povezani občutji: sram in krivda. Občutek krivde je značilen za osebe, ki so ocenile, da bi morale nekaj storiti vendar tega niso naredile ali pa so namere oziroma proces opustile. O sramu pa lahko govorimo takrat, ko je bil posameznik neuspešen pri izpolnjevanju zahtev idealnega selfa. Ti občutki bližnje močno bremenijo in prispevajo k izgubi samospoštovanja in razvrednotenja samega sebe. Posamezniki imajo občutek, da njihove notranja občutke deli tudi zunanji svet, ki jih obsoja, zato se pogosto socialno izolirajo. Starši otrok, ki so umrli za samomorom imajo občutek, da so neuspehi kot starši, nekateri imajo tudi občutek izgube smisla življenja (čeprav imajo še živeče otroke). Govorijo o ponižanosti in manjvrednosti: »Odkar je sin umrl, si sploh ne upam sodelovati, če se kolegice v službi pogovarjajo o vzgoji otrok, čeprav včasih mislim, da katera ne ravna prav, si ne upam povedati svojega mnenja, saj nisem uspela kot mati in se počutim povsem brez vrednost«. Za delo z žalujočimi je ključno, da jih sprejmemo z vsemi njihovimi občutki, saj le tako lahko premagajo stisko, sprejmejo sram in se soočijo s krivdo (Tekavčič-Grad in Zavasnik, 1995). Ne glede na okoliščine dejanje samomora prizadene ljudi, ki so bili umrlemu blizu, pa tudi ljudi, ki so sodelovali pri njegovi strokovni obravnavi. Tudi, če strokovni delavci uporabnika niso osebno poznali, se soočajo s stisko, ki jo je potrebno nasloviti. Cilj je validacija čustev in zaključek, da odgovornost nosi le oseba, ki je samomor storila. Smernice

za nudenje podpore lahko najdemo v Priročniku za pomoč zdravstvenemu osebju po samomoru pacienta (Tekavčič-Grad, 2007).

Prva pomoč po samomorilnem poskusu ali samopoškodbi

Prva pomoč po poskusu samomora ali samopoškodbi se razlikuje glede na metodo TS/samopoškodovanja, ki je bila uporabljena in glede na stopnjo uspešnosti izvedene metode. V nadaljevanju opisujemo postopanje v primerih, ki se najpogosteje pojavljajo. Opisani postopki služijo kot opora, ne morejo pa nadomestiti opravljenega tečaja prve pomoči, ki ga je priporočljivo obnavljati.

Prvi ukrepi pomoči

Za ukrepanje moramo najprej ugotoviti kaj je z osebo narobe. Če je oseba pri zavesti jo lahko vprašamo ali pa informacijo pridobivamo od morebitnih očitvidcev. Osebi oskrbimo poškodbe in ji hkrati nudimo čustveno podporo (tolažimo, zagotovimo, da je ne bomo zapustili, primemo za roko, itn.), ki je ravno tako pomembna kot oskrba poškodb. Kadar je oseba nezavestna je postopek zahtevnejši, še posebej, če ni jasno razvidno kaj se je zgodilo. V primeru, da je oseba, ki se je poškodovala, negibna, preverimo pulz. To lahko storimo v zapestju s prstnimi blazinicami kazalca, sredinca in prstanca. Pozorni smo, da se osebe ne dotikamo s palcem, ker bi nas pri zaznavi pulza lahko zmedel naš lastni. Na vratu pulz merimo ob grlu oziroma adamovem jabolku. Poškodovane osebe, še posebej tiste pri katerih je moten krvni obtok, hitro izgubljajo telesno temperaturo, zato jih moramo tesno pokriti z dvostransko metalizirano folijo (zlata barva je zgoraj, obrnjena navzven, tako da jo vidimo), ki je obvezen del prve pomoči v motornih vozilih. V sili uporabimo tudi druge tople predmete (dekle, plašč, šal, itn.). Pri oskrbi skušamo uporabljati čim bolj sterilne pripomočke (Keggenhof, 2007).

V primerih, ko je potrebna nujna medicinska pomoč čimprej pokličemo 112. Najboljše je, da ena oseba obvesti reševalce medtem, ko druga oseba začne z oskrbo poškodovanca. Operaterju povemo kje se poškodovanec nahaja, kaj se je zgodilo, koliko ljudi potrebuje oskrbo in kakšne poškodbe ali znake bolezni je potrebno obravnavati. Zveze ne prekinem temveč počakamo na potencialna vprašanja ali usmeritve operaterja (Keggenhof, 2006).

Oživljanje

V primeru, da ne zaznamo pulza, pokličemo nujno reševalno pomoč (če to ne more storiti kdo drug) in začnemo z umetnim dihanjem »usta na nos« ali »usta na usta«. Položaj poškodovane

osebe je ležeč, z glavo v znak. Naša naloga je, da poškodovancu zapremo usta (če gre za umetno dihanje »usta na nos«) in 10-krat (odrasli človek) oziroma 20-krat (otrok) na minuto vpihavamo zrak v nos (Keggenhof, 2006).

Kadar pride do zastoja srca je potrebna zunanja masaža srca oziroma defibrilacija. Če imamo na voljo defibrilator ga uporabimo. Za izvajanje zunanje masaže srca mora oseba ležati na trdi podlagi. Pri masaži pritiskamo na sredino prsnega koša, 100-krat na minuto za štiri do pet centimetrov globoko (Keggenhof, 2006).

Umetno dihanje in zunanja masaža srca si morata slediti izmenično. Pri odraslih začnemo s 30 pritiski masaže srca in nadaljujemo z dvema vpihoma. Prehod med metodama mora biti hiter. Z oživljanjem ne prenehamo dokler se krvni obtok in dihanje ponovno ne vzpostavita oziroma do prihoda reševalcev. Če je oživljanje uspešno osebo damo v stabilni bočni položaj za nezavestnega in jo neprestano preverjamo. Pri otrocih uporabimo eno ali dve roki in začnemo s petimi umetnimi vdih, nato sledi 30 pritiskov masaže srca. Po eni minuti vživljanja v razmerju 30:2 pokličemo reševalce (Keggenhof, 2006).

Krvavitev in oskrba ran

Pri krvavitvah si najprej nadenemo rokavice za enkratno uporabo, da se zaščitimo pred boleznimi, ki se prenašajo preko krvi. Skušamo priklicati pomoč, saj oskrbovanje krvavitev poteka lažje v paru, ko lahko nekdo začasno ustavi krvavitev, medtem ko drugi zagotovi komplet za prvo pomoč in pokliče nujno medicinsko pomoč (Keggenhof, 2006).

Pri krvavitvi iz roke osebo poležemo na hrbet, krvavečo roko nemudoma dvignemo pravokotno od tal in s štirimi prsti pritismo na arterijo na notranji strani nadlakti. Krvavitev bo takoj prenehala in drugi osebi omogočila, da rano oskrbi s kompresijsko obvezo. Za to potrebujemo dva povoja in gazo. Gazo položimo na rano, enega izmed povojev ne razpustimo in ga uporabimo za pritisk na rano. Z drugim povojem roko čvrsto obvežemo in jo namestimo v nekoliko višji položaj. Po nekaj minutah lahko prenehamo s pritiskom na arterijo (Keggenhof, 2006).

Pr krvavitvi iz noge izvedemo pritisk na stegensko arterijo v dimljah. V primeru, da prve pomoči nimamo poleg sebe, v sili uporabimo kos čiste tkanine, ki ga pritismo na rano. Kasneje oskrbo nadomestimo s kompresijsko obvezo in nogo namestimo nekoliko višje.

Kompresijske povoje je po potrebi treba menjavati (če so premočeni s krvjo) (Keggenhof, 2006).

Ob izgubi krvi se pri človeku lahko pojavi šok. Šok prepoznamo po zvišanem pulzu (običajno več kot 100 utripov v minuti), bleedi, hladni in mokri koži. Osebo zebe. Na začetku je zelo nemirna in nervozna potem pa počasi začne izgublјati zavest. Ker je osebo v tem trenutku zelo strah je bistveno, da jo mirimo in ji skušamo nuditi oporo. Posledice šoka so lahko hude in ob neustrezni oskrbi vodijo v smrt. Pri obravnavi avtoagresivnega vedenja se bomo s šokom lahko srečali pri močnih krvavitvah in hudih opeklinah. Najprej moramo oskrbeti vzrok šoka (krvavitev, opekline), nato s folijo poskrbimo, da oseba ne izgublјa toplote. Ko je oseba zavita jo namestimo tako, da bodo noge za 20 do 40 cm dvignjene od tal (Keggenhof, 2006).

Pri samomorilnem vedenju je večja verjetnost, da se bomo srečali z zgoraj opisanimi krvavitvami, pri samopoškodbenem vedenju pa se bomo pogosteje srečevali z urezninami in vbodi. Ko oskrbujemo rane se držimo treh splošnih pravil: preprečimo onesnaževanje rane, ustavimo krvavitev in imobiliziramo predel z rano ter s tem zmanjšamo bolečino. Za oskrbo lahko uporabimo obliže, sterilno oblogo, sterilno obvezo, povoj, povezo z lepilnim trakom, povoj iz gaze ali trikotno ruto. Pri tem pazimo, da v stik z rano prihajajo le sterilni materiali. Tovrstnih ran ne smemo izpirati z vodo ali čistiti s kakšnimi drugimi preparati (razen po navodilih zdravnika). Tudi morebitnih tujkov ne smemo odstranjevati sami. Ko rano oskrbimo, pri poškodovancu preverimo ali je ustrezno zaščiten pred tetanusom (Keggenhof, 2006).

Toplotne poškodbe in kemične opekline

Pri opeklinah opečene dele telesa začnemo takoj hladiti pod mrzlo vodo (najmanj 10 ali 15 minut). Če je v napoto kos obleke, ga previdno odstranimo tako, da ne poškodujemo kože. Ko prenehamo z ohlajanjem opečeni del nežno prekrijemo s sterilno gazo in tako preprečimo okužbe. Nastalih mehurjev ne prediramo. Pri hujših opeklinah se lahko tako kot pri krvavitvah razvije šok (Keggenhof, 2006).

Zastrupitve

V primeru, da se je oseba skušala samopoškodovati s strupom, je ključna čimprejšnja napotitev na urgenco. Kot smo že večkrat poudarili za samopoškodovanje ni značilen samomorilen namen, vendar je količino strupa težko nadzorovati, kar pomeni, da se nesreče v

teh primerih dogajajo pogosteje. Poleg tega pa pri zastrupitvah posledice niso vidne (takoj), zato je pomembno, da zdravstveno stanje čimprej oceni zdravnik (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004).

Kadar je posledica zastrupitve onesnaženost zraka s plini, najprej poskrbimo za samozaščito in šele nato pomagamo osebi. Ker se zastrupitve pogosto zgodijo s čistilnimi sredstvi in zdravili, le-te poskušamo hraniti na čim bolj varni lokaciji. Zdravniški pomoči bomo delo močno olajšali, če bomo imeli odgovore na naslednjih šest vprašanj: kdo se je zastrupil (starost, spol in teža), s čim, koliko (količina in koncentracija strupene snovi), kdaj, kakšni so znaki in kaj smo že storili, da bi osebi pomagali. Najbolj prepoznavni znaki zastrupitve so: »slabost, bruhanje, trebušne bolečine, driske, oblivanje znoja, motnje dihanja in krvnega obtoka, krči, motnje zavesti, zastoj dihanja in krvnega obtoka«. Da bi lahko ugotovili kaj se je zgodilo je včasih potrebno natančno izprašati osebo (Keggenhof, 2006, str. 131).

Splošna navodila za ukrepanje ob zastrupitvah narekuje, da najprej preverimo zavest, dihanje, krvni obtok in potem po potrebi izvajamo ustrezne ukrepe, ki smo jih že opisali. Splošno prepričanje ob zastrupitvah je, da lahko pomagamo z mlekom in s sprožitvijo bruhanja. To prepričanje je napačno, zato osebi ne dajemo nikakršnih tekočin brez navodil zdravnika in prav tako ne sprožamo bruhanja. Če oseba začne bruhati sama od sebe, ji pri tem pomagamo. V primeru, ko vemo, da se je oseba zastrupila s pesticidom lahko pričakujemo zastoj dihanja in krvnega obtoka. V teh primerih je nujna uporaba rokavic, saj gre za kontaktne strupe. Obraz zastrupljenega moramo previdno očistiti. V primeru, da oseba zaužije kemikalije v obliki kisline ali luga, lahko v ustih opazimo belo nabrekli in vlažno kožo (pri luku) in suho z belimi, rumeno rjavkastimi hrastami (pri kislini). Takrat osebi v majhnih požirkih takoj damo za piti vodo ali čaj in pokličemo reševalce (Keggenhof, 2006).

Pri zastrupitvah s plini moramo biti posebej pozorni na lastno varnost. Previdni smo, da ne zanetimo iskre, prostor poskusimo prezračiti in odpeljemo osebo na svež zrak. Nato preverimo dihanje, zavest in krvni obtok ter ustrezno ukrepamo. Oseba mora ne glede na to ali so prisotni opozorilni znaki ali ne na opazovanje v bolnišnico. Zadušitev z izpušnimi plini pomeni zastrupitev z ogljikovim monoksidom. Pri osebi lahko v tem primeru zaznamo: glavobol, ki se običajno pojavi kot prvi znak, »slabost, povezana z bruhanjem, vrtoglavica, zamegljen vid, pri hujših zastrupitvah tudi zmedenost, dušenje, sinkopo, epileptične krče,

znake podobne možganski kapi in nezavest«. Posebnost te zastrupitve je ta, da obraz zastrupljenega ostaja rožnat čeprav oseba ne more dihati (Keggenhof, 2006, str. 133).

Pri zastrupitvah se pogosto uporablja tudi aktivno oglje (Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence, 2004), ki uspešno veže večino strupov, upočasnjuje absorpcijo v telo in posledično zmanjšuje sistemsko toksičnost. Kljub temu, da je v velikih primerih zaužitje aktivnega oglja ob zastrupitvah koristno, obstajajo primeri, ko lahko aktivno oglje situacijo močno poslabša. Zaradi potencialne nevarnosti priporočamo, da imate aktivno oglje v bližini, vendar ga (v primeru zastrupitev) brez ustreznega medicinskega znanja o uporabi oziroma priporočila zdravstvenega strokovnjaka ne uporabljajte (Možina in Jamšek, 2009).

Zaključki:

- Vsaka ustanova si naredi svoj varnostni načrt,
- Vsaka skupina oziroma program v strokovnem centru se posebej pripravi za vsakega od rizičnih posameznikov,
- Dodatno usposabljanje za strokovne delavce, za ustrezno ukrepanje ob določenih pojavih samopoškodb,
- Preventivni programi in ozaveščanje mladih.

(PEDO)PSIHIATRIČNE IN KOMBINIRANE TEŽAVE/MOTNJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

V poglavju bomo pregledali katere psihiatrične in pedopsihiatrične ter kombinirane motnje otrok in mladostnikov se pojavljajo v strokovnih centrih, kakšen delež je to v celotni populaciji nameščenih otrok in mladostnikov, kakor tudi, kako se spoprijemajo strokovni delavci in centri z omenjeno problematiko. Po pregledu spoznanj in izkušenj s tujino bomo podali nekaj izhodišč, ki bodo uporabne pri izdelavi smernic tudi za to področje.

Strokovni delavci vzgojnih zavodov so podali naslednja opažanja in izkušnje povezane z (pedo)psihiatričnimi ter kombiniranimi motnjami otrok in mladostnikov v strokovnih centrih:

Ogromno. 50% sigurno, če nisem rekla preveč.

Tok jih je, da svetovalni center že tko reče, da bi mi potreboval enga svojga pedopsihiatra, namesto, da jih tja k njim vozmo.

Hec je v tem, da jih velikrat mi vozmo tut na Jesenice, tut na drug konc Slovenije. Če recimo je že tam prej mel, ker v Ljubljani je nemogoče dobit. Ustrezne termine ane. Tko, da, in nobeden ne bo o psihiatričnih motnjah govoril, absolutno ne, je pa ogromno enih stisk otrok, enih prikritih agresij notr, k v bistvu, k je tempirana bomba. Pa ne eksplodira, pa vemo, da rabi, pa predeluje. Ogromno enih...

Veliko otrok je v bistvu, ko nimajo samo ene obravnave. K majo tri, štiri, psiholog, pedopsihiater, defektolog.

Ne, kombiniranih motenj nč ne priznajo, ker pol bi bil normativ manjši. Ampak potem on nima kombiniranih motenj, delajo pa 4 strokovnjaki z njimi. Če bi le to kombinirane motnje, potem bi mel oddelke od 4 do 6. Tko mamo pa normativ 10. Tko, da je zaznava kombiniranih motenj ministrstva za šolstvo čist neki družga, kot pa ...

Ja, kličemo rešilca. Sam to je res zlo redko. Ampak je vsako leto kdo.

Ko si ti vzgojitelj enega otroka dlje časa, pa veš, da ima težave in vse. Otroka poznaš, veš recimo kje ga lahko zahaklaš ane. In smo imel primer, ko je deček pri nas že leta in leta. Ampak. Ko ob nekih situacijah, ob pojavu mame recimo, nenadno, ali karkol, pa niti ne vemo,

ker ne pove takoj. Pokaže pa z vedenjem in to. Je v bistvu, zna odreagirat burno, al se usest na oknsko polico, takrt definitivno se pokliče rešilca in do takrat je pač nekdo ves čas z njim, da se karkoli ne naredi. Kaj se pol nrđi? Včasih je že to dovolj, da ga sam odpelejo, pa ga pač dobiš nazaj. Sej to, mislim, to smo zdej v vseh teh letih, na žalost, že navajeni. Ker tam ga ne vzamejo, pa ne vem kaj bi se mogl zgodit no. Včasih so situacije, ko poznaš otroka pa ga sam preusmeriš pa nekod gre. Odvisno tudi od starosti teh otrok. To govorim zdaj o mlajšem fantu ane. So pa situacije, to kar je prej ravnatelj rekel, ko pa dobimo mi otroka. Pa k so poročila zelo lepa, mislim zelo lepa, so mogoče omenjene določene malenkosti, pa je prvi dan še čist vredu. Naslednji dan pa že eskalirajo stvari, k je otrok na Rispardalu, na Concerti, ne vem še kaj vse.

Za tiste, ki komajda pridejo imajo največ težav, ker odnosno ne morejo reagirati, ne poznajo ga, ne vedo za njegove reakcije ipd.

S pedopsihiatričnim oddelkom. Pedopsihitrična klinika, zelo slabo. Očitno so pedopsihiatri, ki jih je strašansko malo v Sloveniji, mislim da jih je 25, ta res smešna številka. So med sabo tut tok skregani, da sem jz dožvela to, da mi je pedopsihiatrinja otroka rekla, veste kaj, ne morem ga vključit v pedopsihiatrični oddelek na kliniki, to bo čist zadna opcija, ko res družga ne bo, ker tam ne bodo nič nrdil. Recimo ane. Se pravi med sabo stroka, te ne podprejo ane. In prvo kar je, mislim dobit pedopsihiatra je loterija. Obravnave, ki jih ma, so na mesec in pol, kar je absolutno premalo za kake akutne situacije.

Al pa sej ni treba našga, dejmo se združit, Jarše, sej nimamo verjetno sam mi te problematike. Jarše, pa mi. Smlednik mislim, da je imel, pa je tak, je nimajo več. Js ne vem, a so pač zamenjal, ker tista k so jo mel lani ne dela več. Ampak enga pedopsihiatra, bi sigurno rabl. Mi mamu tuki tok otrok ane. Že tuki samo v naši hiši 60 otrok. Od teh 60ih, ne vem če jih ni 40, ko jih hodi na kakršnokoli pedopsihiatrično obravnavo.

Al pa da bi, da bi bil pedopsihiater, ki bi imel 2x na teden obravnave sam naših otrok. Jaz ne vem no. Tuki smo res bosí. In tuki si res želimo.

Tudi klinični psiholog, ampak velik otrok mamu mi na Risperdalú, Concerti. In to je samo pedopsihiatri.

Mislím to je, mislim, da se mi zastopmo, to ni grozn je, vsi so na neki medikamentozni terapiji. Grozn je. Se jih s tem nafila, ampak tuki pr nas je res stvar zlo pod kontrolo. In loh rečem, da

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

ni enga otroka, k bi medikamentozno terapijo jemal, zato ker se pedopsihiatru tko zdi. To je ključno da maš na drugi strani ti pedopsihitra, da recimo, da Concerto. Js s tem k smo se parkrat pogovarjal, k je en teden pr nas, juttr ma pedopsihitra. Js od njega, js od nje nč ne pričakujem, da se bosta onedva neki pomenla. Da ga bo tm posedla in rekla zdj pa tko. Jz od nje največ kar lahko pričakujem, je to, da mu bo ona zvišala odmerk Concerte, da bo on lahko bolj miren. In da bom jz lahko bl normalno z njim delu.

Ob tej količini otrok, 10 jih maš tukej, pa če maš v skupini 3, ko majo težave s pozornostjo. Ne morš niti drugače delat. Ker so res, mislim js sm mela fanta, ko sem ga ob 10. uri vidla, pa sem vedla, da ni vzel zdravila. Ker je bil tak nemir drgač, tok nemirn, tok drgačn, tok nepovezane stavke. Tuki res, mislim skušamo, dokler le gre. Ko pa ne gre, pa rabmo in je v bistvu pedopsihiater tisti, ki edini predpisuje ta zdravila. Klinični psiholog bi tut bil super. Sej sta lahko oba.

Ocenijo zlo na hitr, v desetih minutah za to ni oziroma tudi, če je tam težaven ga pošljejo nazaj in ga imamo potem zaprtga nekje ka fantom ne vem kaže vse živo, ne. K bi ga zdrobil, ker se ne zavedajo. Čim so vedenjske težave, nastopijo tam, da koga tam pretepejo, al da ko se ne drži pravil, ga zelo hitro nazaj dobimo. Kot tega fanta, ko si ga ti, ko si bil dežuren, pripeljejo nazaj. Oni pa s tem ne znajo delat, ker imajo sam eno medicinsko sestro takrat dežurno, tako nam obrazložijo, ane in naši so pa teli dostkrat majhni, tist izbruh.

Da je oddelk za mladoletnike samo v bistvu, da pač tiste dve zdravnice, pol socialne delavke pa pet medicinskih bratov. To ni stvar ka bi zadržala enga vedenjca. Seveda za ene otroke ka hodijo na pogovore...

Ne vem katerega sem že peljal. Ene dvakrat smo tam hodil, ker je manipuliral s tem kaj si bo naredil. Potem pa, ko je vidu in slišal tiste krike otrok recimo iz Planine, k so bli tam, k so bli res. To je zgledal za enga, k tega nisi navajen čist nečloveško. Takrat pa je vidu, da je ta stvar bolj resna in se je lepo ozdravu.

Mogoče ni več problem to, da v bistvu bi rabli za te ekstremne primere, k se zgodijo kdaj, dejansko neko fizično enoto, kamor bi ga lahko umaknu, ampak zdej je pa keč. Ta fizična enota, če imam jast intenzivno skupino jast jo moram opravičit, kar pomeni, da moram imet notr mladostnika nameščenga. Jast ne morem od danes do juttr tega mladostnika zdej zaradi tega, da bom nekoga družga not dal, vršt ven oziroma nekam drgam iskat, ker to je totalno nestrokovno, ne. Preselit to čez noč, ker ni nč naredu. Recimo zdele imamo enga dol v Planini Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

mladostnika k v bistvu funkcionira tam. Takoj, ko bi ga sem gor prilejtal, v treh mescih bi šel v PD. K se navezuje na te najbolj skrajne, takrat k pa je sam pa funkcionira kolkrtok zadovoljivo in zdej recimo, da imam en ekcesen dogodek moram tlele dol enga vršt, ne, pač ne bosta skupaj šla, ne bo dobr. Ministrstvo seveda zahteva, da imam jast to, drgač ne bodo financirali tega. Torej morala bi bit ena enota, dobessedno prazna enota, ki bi čakala za celo Slovenijo na...zdej je spet problem zaposlenih kako kaj, ka ga ne poznajo ne, tuki imamo skoz težavo. Plus, da intenzivne enote nikol ne bi smele bit podnajemniške. To imamo mi primer. Z macolo nam je razbou recimo celo sobo. Tud zahtev za kazenski pregon ne morš dat, ker ni tvoja oprema.

Ponavad so to mešane vedenjske čustvene motnje, škodljiva dolgotrajna zloraba drog, to je večinoma. Lahk je še kakšna anksioznost. Ja, če so pa psihoze, shizofrenija k je tud že blo, takrat pa že tudi fantje vidijo k so moji lasje luna, zvezde, ogenj, da pač tist je potem bolnica, ampak pri takih k je neki na meji. Pa meli smo že tud že enga, k so ga psihiatri za psihopata označl. Ta drugi pa za mejno osebnostno. Ja pa avtist, pol ni bil več avtist. Pri dvanajstih je bil še psihopat, zdej je pa mešana. Tako, da s temi diagnozami prav dost, zdej že veš, če nekaj let delaš v tem že vidš, pa če si mal prebereš. Čeprav je to zdej čist odvisn, eni zelo poglobljeno se potrudijo tisto strokovno mnenje res izvedeniško super. Tist, k pa se deset, petnajst minut pogovarja, ti ga pošlje nazaj, pa ne vem no.

Če jemljemo še odvisnost pa ADHD zraven ne, rečemo, da je to vedenjska, pol so vsi v bistvu ne, kombinirani. Mamo pa avtista enga, trenutno. Ja, a no ta lih ta pa ma več. Ta pa ma kombinirane, multi.

Zdej jaz mislim, k se taki dogodki, krizni, zgodijo. Je zlo fajn, da je ustvarjena mreža. Ker te taževe k jih mamu mi zdaj, te težave v duševnem zdravju. Zdej dobimo punce in fante, k so star tm 15, 15, 17, 18 let. Tik pred polnoletnostjo. Zdej že ene dvakrat je kr zamenjala šolo in dobiš jih v sistem. V bistvu mi ugotovimo šele prvič, da to ni sodelovanje oziroma, da iz vedenjskih motenj, vseh teh stvari, nakazuje se potem dolgotrajnejša osebnostna motnja ane. In tukej potem vidš, da kljub vsemu, da ma dobre namene, da bi ponovno šel v šolo. Veš, da ne grejo stvari tko k bi pričakovanja mel, tut sam mladostnik. In težave k se začnejo kazat in k se začnejo širt, se tle kr, pol ko izbruh pride. in prvič v bistvu lahko najdeš možnost, v bistvu, da je sploh pripravljen sodelovat. Vključite v neko obravnavo, terapevtsko. Ker odklanja. Ker te terapevtske obravnave, k osnovnošolski otroc, k jih vključujemo. V bistvu otroc niso, tko, da

to v bistvu delamo zaradi varnosti sistema, pa nas, pa vseh teh. Pa on to ne razume takem smislu, k so te službe oblikovane. Ampak v tej fazi, ko se so že v mladostništvu, pa se te stvari že začnejo spreminjati. Ampak v tej fazi ko so že v mladostništvu, se pa že stvari začnejo spreminjati in so nekje že pripravljeni, in ko jih ti pripraviš po nekaj mesecih in da jih boš vključil, takrat pa ni tistega prehoda oziroma tistega, tiste naveze, kjer bi lahko naslednja služba vstopila. In nadaljevala delo na tak način, da bi razumela kako gre. Mamo zaprt oddelek, od zaprtega oddelka ga po 3 dneh sama dobim v zaprt oddelek, tok deleč prpeljejo stvari, ker tega po treh dneh odpustijo.

Saj zdaj so v Ljubljani naredili. Ja, sam so spet tukj, tukj so spet interventne stvari. In kar se z mladostniki pogovarjam, oni ta sistem hitr pogruntajo. Da v bistvu tut tam k prihajajo nimajo obravnave, da bi jih prjel za vzrok ne za simptom. On spi 24 ur tm, dva zdravnika se v tem času zamenjata, al pa trije. Kje bo on en zaupn al pa terapevtski odnos vzpostavu. Samo te zadeve, tko se to dela. Kle v bistvu ne prideš v vzrok, kle tut, če peljejo, pa nazadnje k smo tukj, ti kurativci, k delamo. Je pa skozi proces različnih situacij, dnevnih, mesečnih. V vsem tem pa prideš do bistva tega otroka. Ja. tako ravnateljica. In pa prevzemanje odgovornosti pri tem. To se potem vedno znova... Samo na tej ravni ostajajo. Kdo se ga hoče znebit.

Ravno v tem primeru, ta psihiatrinja. Ona je nrdila super klinično sliko, ampak je rekla jaz z nemu terapije ne morem še delat. Ker ni prišlo do tega transferja. Vi ste tisti, mi štirje, pa ravnateljica, k sta mela tut res zlo dobr odnos, vi ste tisti k ga boste zdej naprej pelal. Midva pa nisva še tam, da bi js terapijo z nemu delala.

Ampak delamo dobro prakso, k bi šla loh tut v nek sistem, če bi. Vedno znova opažamo, da je to vse na nekem nivoju. Kako se ti zavzameš za stvar. Mi vidmo, da. Kle smo mi rabil to sliko zdravstveno. Ne more pa tut ne bit samo zdravstvena slika, pot za to kako bomo s tem mladostnikom delal, tukej smo pa mi, naš delež notr vpleten. Smo bli pa dobri komunikatorji, in če to nam uspeva. Kr dost stvari nm uspeva delat. Potem mamo tut teh kriznih situacij, takih, da bi se lahko rekl, da ne vem kako. Mislim, da neb smel to rečt.

Zdej kako paše. Tut ta struktura znotraj. Če imaš ti enga hiperaktivnost, borderline, to so zlo take stvari, k jih ne morš nč delat. V bistvu moraš sam sebe krepit kako boš to delov. In potem maš še dva zraven, k majo enake, podobne diagnoze, ki bi šle v ospredje. Sej to, to ni nič. V bistvu moraš takrt narest en preobrat v celotni skupini.

Predlgo? Jah mislim, da v takih primerih, ko je tak otrok. Da dejansko bi blo smiselno oblikovat skupino. Ampak zdej mi mamu normo osem, z različnimi, že zdej je ta norma osem. Ampak v zadnjih letih je prevelika. To se prav, da se zmanjša. Ne pa na individualno raven z odraslim, to pa tut ni prava rešitev, ker to ni isto. Tisto kar je na dolgi rok smisel. Prov pr temu otroku vidmo, da s postopnim doziranjem. Čeprav pri določenih stvareh smo zadovoljni v enmu smislu. Bi smiselno še vedno ta normativ manjši met, v tistem trenutku. Mi smo jih imel pet. Štir. In zdej si je pa skupina zapomnla in se je bistveno zadeva poslabšala. Ker vseen mi nismo vzgojna skupina, ne terapevtska.

Najprej je treba nekoga od kolegov nekak aktivirat, zato da pride pomagat ane. Prva pot, da se obvesti ravnatelja, ravnateljico. Potem nekdo, ki ima to možnost se aktivira. Al pride pokrit ostale, ti pa rešuješ krizno situacijo. Bodisi, da pelješ k zdravniku al bodisi karkol. Ker, sicer pr ns konkretno mamu spremljevalke in je bistveno lažje. Ker je ena odrasla oseba, in je utečena in zadeva laufa in je lažje. Potem ona pokrije. Sicer, ko si sam... pa pač morš obvestit naprej. Tvoje kolege.

Avtizem, recimo, da je tut, zlo mamu, ta spekter se zlo različnih, sej vemo, da pr avtizmu se nacepijo. ADHD.

Naša pedopsihiatrinja se ne strinja s tem, in ne da sicer diagnozo ampak, da sum. Sum na borderline. Tut na manično.

Ampak tega ... recimo, da je hospitalizirana, pa pride nazaj s tisto nespecifične čustvene in vedenjske motnje pa ena oznaka ane. Neka šifra no. Tko, da to je zdej tak pingpong.

Dobre prakse: Mreža ja. Pa povezanost, timska. Da gre po korakihk se je izkazal kot ena izmed najbl ključnih stvari. S to zdravstvenim domov k sodelujemo ane, če je kriza dobimo zelo hitr termin, recimo vzgojitelji se lahko pogovorimo o primeru, da nm oni povejo kje smo mi ključni, kaj naj delamo, kaj je naša naloga. In to je za ns ogromno pomen.

Da sodelujejo z nami, da spoznavajo, da si povemo in nas... Protokol, si ga v bistvu ustvarimo na tej ravni ane, da vedo, če kličemo, da ni to zdej, da bomo podajal otroka, da je to zard tega podajanja, da je tuki res v ozadju ena zavzetost in neka krizna situacija, ki jo mi ocenjujemo. Da je neki.

Povabl smo službo za otroško psihiatrijo sem in smo mel razgovor. So tut oni povedal svoj vidik, da je to dejansko tut za njih boljš. Ane, da če vidimo, da bo en otrok slej, ko prej imel neke hujše težave, da s že v tistem momentu začnemo povezvt z njimi. Ker lahko se zgodi, da

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

imajo dejansko zasedene kapacitete. To je blo za ns dobr. Pač to je treba, še v prakso spravt ane.

Ja, ja. In so jo odpelal, s trm, da jih je brcala, zmerjala, plувala. Pa je polcaj reku, jaz je ne smem na silo umirit. Dokler je tko obvladljiva, da jo lahko za roke držim. Pa res je bla nesramna. Tko, da sta jo sam v marico odpelala pa na psihiatrijo. Ampak ona je pršla čez 5 ur nazaj. Tam je pa iskala, samo iskala je škarje, noč, pol so tut oni, sej ste jih tud vi. V sefu mel. Ker pač enostavno zard tega fanta, to pač je blo tko nepredvidljivo. Da je gospodinja šla v šef, rezala in ga nazaj dala. – težava, ki jo je treba sistemsko zagotoviti – že kaj naj naredijo, na pa še s tem, da jo potem takoj nazaj dobijo. Mamo s tem težave, da nismo usposobljeni. Ker mi nimamo medicinskega osebja, a jim to lahko dajemo, al ne.

Prej sem pozabila. Mi krizne situacije, mi smo imel tudi izkušnje krize, kriza je huda. Dobiš nekoga s sladkorno boleznijo. Vaaaa. Ni enostavno. Ti pa ena. To ti je samomor pred očmi.

Ja zdej duševno zdravje je vedno bolj pogost pojav. Mi sodelujemo z občinskim centrom za krepitev zdravja. Veste tudi, da se centri za krepitev zdravja ustanujejo tudi v drugih regijah. Skratka institucionalno je odziv na ta pojav opazen. Med mladimi se zaradi raznih socioloških in socialnih razlogov, duševno zdravje opazno slabša. Kar dela ped psihiatrija oziroma psihiatrija, se na ta pojav izključevalno odziva ne in to je umetnost teh strok ki temelji na izključevanju in sicer, se odzivajo tako da to pretvori v čustvene težave oziroma motnje. In njihove diagnoze so večinoma takšne. Mi recimo izvedemo postopek ko pride do psihiatrične epizode. Pokličemo zdravnika, pokličemo psihiatra, to vse obvladamo. Pride reševalno vozilo. Potem odpeljejo mladostnika v psihiatrično bolnico, v Polje oziroma v center za mladostniško psihiatrijo kar je velik napredek za njih. Ampak ko ga dobimo čez tri ure nazaj.

In dejansko se vrne kot negativen junak. Vidi nas kot tiste... vi ste me želeli proglasiti za norega, zdej pa maste me tle. Dejansko pa rabi pomoč. ni to samo čustvena manifestacija. Moram rečt, da nam je tukaj šlo ministrstvo pri tej sestavi direktorata, zelo nasproti. Da smo pravzaprav, to moram pohvalit. Ampak ta direktorat nam res stoji ob strani. S tem, ko smo dobli psihoterapevko sem, lahko odločene zadeve tukej sami predelamo. Ker smo pa vključeni v skupno organizacijo za usposabljanje, ta pa pokriva 66 zdravstvenih delavcev v slovenskih zavodih, smo pa tukej dobili polovico psihiatrija. Nekako smo opremljeni za te zadeve po zaslugi teh institucionalnih dobrih kontaktov, ki smo jih meli. Imamo primer dobre prakse. Posameznik, ki rabi psihiatrično pomoč, minira delo celo skupine. Najprej zaradi

osebne varnosti, potem zaradi iskanja pozornosti in na koncu se vzgojitelji ukvarjajo samo s temi otroci, vsi ostali so zapostavljeni. In tu smo v eni skupini, tu se je tudi zelo dobro odzval direktorat za posebne potrebe, smo dobili spremljevalko in zdej je ta punca v Mariboru, s spremljevalko, sem pa hodi opravljat te šolske zadeve, občasno prihaja v skupino. Potem imamo posebno skupino v Brežicah kjer imamo punco, ki na dva mesca gre za tri tedne na psihiatrijo. Potem pride nazaj, pa jo potem nekak hendlamo. Ta punca bi bila neprimerna, da bi bila v skupini. V lanskem letu je zmogla trikrat na teden prit sem, v šolski del. Letos zmore že štirikrat. In je naredila ta program pomočnik v biotehnik in oskrbi in ga bo tud dokončala ne. Tako, da...

Kolk jih je pa na medikamentozni terapiji? Tričetr.

Napadi težav v duševnem zdravju: Ja panični napadi. Takrat pač... Izvedemo protokol.

Pogovor s psihologinjo, psihoterapevtko ali psihiatrom. Potem se izvede načrt varnosti, se oblikuje. Anti suicidalni pakt se sprejme.

Kljub temu, da nimamo notranjega pedopsihiatra jih še vedno vozimo v zunanje. ustanove. Sploh, če mladostnik pove, da ima dober stik s svojim terapevtom.

Če je motnja že zelo izrazita, potem poiščemo psihiatrično pomoč. Sej zato mam psihiatra. Če pa ni tok, pa spremljamo.. Včasih me preseneti, da je psihiatrija najbolj izključevalna stroka.

Nobenih povratnih informacij, nič. Tud takrat ko je otrok v stiski, čisto konkretno bom povedala opozori na spolno nadlegovanje v domačem okolju, ko pokličeš na pedopsihiatrijo, sem dobila odgovor, to je čisto konkreten primer, da naj se o tem obvestim CSD, da je za to pristojen CSD. CSD preda dalje, potem policija, potem raziščejo, ampak to je zdaj en od primerov, zadeva je ostala na nulti točki. Amm sicer pa smernic, nismo ne pedopsihologi, ne psihiatri, smo socialni pedagogi in zato. Smernic za delo iz strani teh služb s katerimi mi kot profesionalci sodelujemo jaz in moji kolegi ne opažamo. Torej smernice, ki bi ti mnogokrat pomagale in oljšale. To sem zadnjič rekla na OPju to sem mislil, pa me kolega ni ravno razumel kaj želim. Recimo če je to tak za pedopsihiatrijo otroka voziš tja al mladolenika še pospremiš. Potem smo lani dobili direktivno da polnoletni vendar že lahko sami to opravijo. To je blo znotraj. Mislim direktiva, to smo nekako po do tega prišli, da ne vem 19, 20 letnik fajn, da gre sam ker je počasi že na odhodu in take stvari, korak ven da naredi sam. Ampak take stvari recimo, ko ti potrebuješ pomoč ne, otrok je v stiski pa bi se želel posvetovat ali

dobiti neko povratno informacijo od njih ali diagnozo in ne dobiš. Večina teh pogovorov pri pedopsihiatriji poteka tako, da prideš z mladostnikom/otrokom poveš, orišeš situacijo, daš intervju. Potem sprejme par minut še otroka samega, potem eno rundo prideta skupaj spet par minut in to je to. Nazaj ni povratne informacije. Jaz vedno znova prosim ali se lahko obrnem na vas, ali mi lahko neke stvari kot psiholog pomagata, alpa kot pedopsihiater svetujete ne, reakcije mladostnikov pa so takšne: Vedno me sprašuje isto. Vedno me sprašuje kako je doma, pa če maš kake težave v domu mi lahko poveš. Otroci pa hodijo odklonilno in zelo velikokrat se srečujemo s tem, da otroci ne želijo medikamentozne terapije preveč jemati ki se jim prepisuje. Te medikamentozne so recimo zelo za koncentracijo ne se pravi ritalini in koncerte, potem imamo kar nekaj antidepressivov, alpa za uravnavanje razpoloženja ne bolj na tej bazi, ampak sej skos težimo k tem da bi brez ne funkcionirali. Ampak to medikamentozno jemljemo za neko določeno obdobje tak kot recimo je begla, ko maš nogo zlomljeno, da ti pomaga pri tisti kriznem obdobju pa se potem naučiš nekako funkcionirati brez tega ampak ja. Potreben je proces pa dolga pot.

Tak se mi zdi včasih, da je ne ta na strokovni bazi se mi zdi da je ne. Da vzgojitelj ni enakovreden. V smislu ne, sodnik je nad, pedopsihiater je nad. Al pa vsaj občutek mam večkrat tak ne. Policaj je tudi nad, zdravnik je nad, vse to pa mi rabimo in smo vsaj enakovreden člen v tem.

Absolutno, tut pri splošnem zdravniku mam težave pridobiti informacije...načeloma potem dobiš, ko razložiš zakaj. Smo meli lih zdele to situacijo, s tem covidom tut ane, so take situacijo, ka so nevem...starš noče otroka poslat, mi bi pa želel poslat ane k zdravniku in to potem preverit, če je sploh bil in tega mi uradno ne mormo ane...nimamo teh kompetenc, nimamo zakonske osnove. Ampak sej potem ko nekako razložiš, vsaj z moje prakse

Anksioznost. Depresija, suicidalnost, mam zdej. Mi mam precej tega, da pridejo posthospitalno k nam. Po dolgi hospitalni obravnavi, to pomeni devet mesecev in plus. Na primer nevem, taki resni poskusi samomorov, kjer že zasega konzilij za presaditev jeter, pač taka zastrupitev z zdravili, mislm z lekadoli, z lekadoli, konkretno. Tko da ubistvu pridejo po neko reintegracijo posthospitalno. Oni provzaprov čist...odrezani od realnosti fil dolg časa. Torej to, suicidalnost, depresija, na prvem mestu, po pa tut psihoze, tega mam tut precej, ka so pa zdej, glej, jaz ne vem, ampak zmer so z roko v roki z zlorabo psihoaktivnih substanc, tko da..

Tko kot sm prej rekla, da družben problem, da...ljudje ne vedo kaj je nasilje, se mi zdi da tut je še en družben problem to, da majo te koristi od tega, da so pacienti, starš ma korist, če nisi otrok bolan in jaz ne morem nič nardit in ni to povezano z mano in ubistvu ohranja to vlogo pacienta ane, pač ravna v smislu, skoz ga voz tja, skoz ga ubistvu naroča in tko naprej in mulc ma tudi to vlogo, ker ma rad, ma koristi, ker zarad nje pač vse kar noče ni treba ane, ker je jaz to ne zmorem, starši rečejo, on to ne zmore. Tut tuki zbiramo ta mit in skušamo jih ne obravnavati kot paciente.

No sej to je potem velik problem za sodelovanje s psihiatri, ki te ne jemljejo enakovredno oziroma ne razumejo, da si ti z njimi vsak dan v stiku.

In da ga poznaš in da ga on, ko ga enkrat na mesec al pa enkrat na dva mesca pride tam in predpiše tablete, da to ni isto. In ne štekajo in jaz se parkrat mogu prou skregat zato, ker, punca al pa fant sploh ni potreboval nobene medikamentozne, ki je funkcioniral totalno super fajn, ampak jo je pršu tja se je pa nardil bogega, ane, nesposobnega, karkoli in je potem valda dobival berglo ane in je bil tuki hud kreš, ampak spet...če se enga starša, fotr odloči, valda gre spet tja. Ampak to ka je reku, kar je to, prihaja do opuščanja, bom jaz reku pri ¾ primerih zelo kmalu, al pa zmanjševanje te medikamentozne terapije. Tisti, ki so res pripravljeni, ki nardit, ane. Zelo hitro pride do tega.

Včas tut ne no, ampak jaz pol, recimo pr nas se postavmo v to pozicijo, da smo enakopravni, da se ne mormo pogovarjat na drugem nivoju, ane. »Vi to ne razumete«, jaz to sploh ne rabm razumet, jaz žvim z otrokom. Kaj mi zdaj hočte povedat. In pol te konflikte se mi zdi, da so bl, velikrat bl na osebni ravni k na keru kol drugi strokovni. Tko da moja osebna izkušnja je ta, da probam, probam dopovedat, zdej temu pedopsihiatru al karkol že je, zdravniku, da on naj reš svoje stvari, da jaz bom prnesu pa svoje stvari o katerih on res vrjetn pojma nima, kukr je prej nakazal. Tm jih pa pol začne sezuvat in velikrat se zgodi pr nas recimo, velikrat mam jaz občutek, da dostkrat pridejo pa prašajo, okej dejte vi povedat ka spodnje gate menjate tem otrokom, kva naj kva naj fizično nardimo in to je vprašanje za nas. Tega pa res oni ne znajo, ne zmorejo, ne vidjo, niti nimajo občutek, da bi lah mel kompetenco ane. Ka mi pa rečemo, dej mu zvezek na mizo pa ga uč, ane. Dve uri se more učit na dan, ja kako, če mam mi delavnico. Ja skensli delavnico, zakva, ker to ni življenjsko. In tm šele pol psihiatri, sej mogoče pa res to loh nardimo. Ta vprašanje men čist nelogičn. Človk more živet, ampak to je zato, ker majo oni tok močen medicinski model. Je pa to, ka si prej vprašu, jaz mislm, da je

ključno sodelovanje...mislem, to je tko k da se začne avto sesuvat, loh ga pelješ h mehaniku pa električarju pa ne vem še h komu vse, ampak to ni avto ane..

No v takih situacijah recimo, če nekdo zelo psihosomatizira ane jaz tut gremo in da izključimo vse organske zadeve, da orng se pregled nardi, pol pa lahko začneš, lej nič ni fizičnega ni nič, se pravi neki je.

Sodelovanje s psihiatrijo je preredko. Sami pregledi, ambulantni so nekje na mesec al pa na dva meseca. Odvisno pač od pedopsihiatra kok je zaseden. Am, ta bolnišnična obravnava, hospitalizacija je pa spet odvisna od tega, če ta ambulantni pedopsihiater da napotnico oz. se strinja, da je to potrebno. Pa seveda, če je prostor. V Mariboru ponavadi, če da pedopsihiater napotnico, če ne vzamejo takoj dajo potem na čakalno listo potem pa ostanejo tam kakšen teden, dva prav dolgo ne. Redko dlje.

Imamo, problem je tudi v tem, ker so otroci iz različnih koncev Slovenije in so že imeli obravnave tam. In potem, ko pride sem so oni najrajši, da se tam prekine in potem naše pedopsihiatre tukaj iščemo ne, in na novo sprejema ne. Saj dobi dokumentacijo kaj se je z otrokom dogajalo ne, pa verjetno se tudi po telefonu slišita kaj za prenos, ampak več pedopsihiatrov obravnava tega otroka nekako iz vseh strani.

Saj dobiš neke napotke, ne samo težko to izvajaš, včasih. Zdaj po njihovo, vse te nadzore, kar oni priporočajo. Enkrat na leto imamo tudi z njimi timski sestanek, pridejo sem ane in to omenimo, se o vsakem otroku pogovorimo ane. Iz svojega vidika nam potem oni predstavijo to. V glavnem smo prepuščeni sami sebi. Imamo dosti avtistov 6 in še več ADHDjevcev.

Mi smo tu učbenik lahko rečem. Prednjačijo definitivno posttravmatske stresne motnje kot posledica nekih težkih izkušenj v otroštvu oziroma zlorab. Te prednjačijo v povezavi s posttravmatsko stresno motnjo je samopoškodbeno vedenje, resni poskusi bom rekla suicida in pa s težjimi oblikami anksioznih stanj v povezavi s paničnimi napadi. To lahko rečemo, da je neka taka osnova pri nas. Potem pa imamo nekaj oblik čisto prehodnih ali kar stalnih psihotičnih stanj, ki pa še ni diagnosticirana recimo shizofrenija ampak nakazuje, da bo zadeva šla tudi glede na samo genetsko obremenjenost. Prednjačijo pa depresivna stanja pa tudi posttravmatske stresne motnje. Mislim prav zanimivo, da generacijsko v bistvu te zadeve potekajo. Potem pa imamo bipolarno motnjo, z raznimi oblikami od ciklotimije do endogene, te globoke depresije, v zadnjem času se pojavlja pa kar nekaj otrok s simptomi osebnostih motenj, oziroma nekateri imajo celo diagnosticirano osebnostno motnjo pred 18 letom

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

starosti. To v glavnem prakticirajo v Pedopsihiatrični oddelek, ki že kar postavi diagnoze. V zadnjem času imamo tudi iz ljubljanskega centra za mentalno zdravje, tega zaprtega oddelka, ko prihajajo, ko že imajo to diagnostiko. Zdej se poslužuje v glavnem za to mejno osebnostno motnjo, shizoidno osebnostno motnjo ali kakšna kombinacija recimo če je. Mi s temi otroki oz. mladostniki delamo pol po temu sistemu STEPSA, po terapevtskih skupinah, ki se pa kažejo kot res učinkovite metode dela. Tako, da depresija je pa res tut tko v ospredju, ampak to so težka depresivna stanja, tle ne gre za kakšne lažje oblike tako bom rekla. Potem je avtizem, motnje avtističnega spektra, sicer pri nas imamo samo visoko funkcionalni avtizem, to se pravi ane mi nimamo teh oblik težjega avtizma, ali je v povezavi z lažjo motnjo ali so pa to mladostniki oz. otroci, ki so popolnoma normalno intelektualno razviti in je potem sistem čisto drugačen pri delu z njimi. Potem imamo vse te motnje, ki so značilne razvojne za otroštvo in mladostništvo, to se pravi od enkureze, enureze, raznih tikov in tako naprej, mislim to je spet posledica te posttravmatske stresne motnje, oziroma tega sindroma. To mislim, da v glavnem je vse.

Borderline – mejna osebnostna motnja - Mi se, jaz osebno, tako bom rekla, se pri terapevtskemu delu z njimi se kar izogibam te besede, ker ima nek negativen prizvok, ampak bolj govorim o neki intenzivni čustveni napetosti, da enostavno ne zmorejo svojih impulzov kontrolirat in te zadeve potem tudi on na ta način lažje sprejme. Ker mejna osebnostna motnja, ali pa borderline se mi zdi ima eno tako akontacijo, da je težje sprejemljiva no, kakorkoli že obrnemo.

A veste kje je problem, osnovni problem je v bistvu v tem, da imajo naši otroci zelo redko samo dve diagnozi, da imajo tut po pet šest pa tut po osem, pa boh ne daj, da grejo večkrat na psihiatrijo, ker je vsakič neka nova diagnoza se pojavi. Tudi recimo od možganskega razvoja, neke ciste v možganih in tako naprej. To so zelo velke kombinacije. Mi v glavnem naše mladostnike, pri delu, zdaj govorimo o metodologiji, osnova je kognitivno vedenjska terapija to se pravi zdej ali govorimo o dialektični ali tej navadni kakorkoli že, mora pa bit jasno prilagojena naši populaciji. Zelo uporabljamo čisto vedenjsko terapijo, ki je zelo uspešna to se pravi, da je res struktura postavljena. To poznamo ne iz teh pedagoških modelov, v zadnjih dveh letih uporabljamo tudi to metodo STEPSA. Zdaj moremo vedet, da mi to metodo prilagodimo na našo populacijo. Ta metoda v originalu je za odrasle, pač namenjena odraslim to gre za eno tako 20 srečanj precej zahtevnih in tako, tako da tle je treba prilagodit. In pa vso metodologijo, ki se uporablja pri otokih z visoko funkcionalnim

avtizmom. To se pravi od AB metode, in različnih metod. Zdej imamo tut te oblike družinske terapije, ker smo ugotovili, da enostavno če s starši ne delamo, mi smo to metodo res izoblikovali in mislim, da uspehi zadnjič je bil roditeljski sestanek in je bilo veliko staršev in starši se sprašujejo kako to, da smo tako uspešni in uspešni smo zato, ker so oni tle, ker jim je mar za te otroke. Tako, da mislim zdej mi kombiniramo modele, mi nimamo samo tega pedagoškega, socilano-pedagoškega, psihološkega kakorkoli rečemo, ampak v kombinaciji z zdravstvenim. To je prineslo eno dobro nadgradnjo pri našem delu, na treh poljih ubistvu so en dober člen tima takrat ko načrtujemo individualiziran program to še vedno delamo ker smo pač vezani na to in se skupaj dogovorajamo in s psihologinjo, imamo tut specializantko klinične psihologije, ki je pač vključena v ta tim, vodja diplomiranega zdravstveneika, in vsi tele ki smo drugače vključeni v to. Drugi nivo je to, da mi enostavno potrebujemo za te otroke, ki so življenjsko ogroženi ali pa življenjsko ogrožajo ostale otroke in zaposlene, imamo uvedene 24 urne nadzore, to dorečemo timsko vodja tehničnega tima to je pomembno, da imamo 24 urni nadzor za določen čas, da se razumemo, ampak je to po navadi dodeljeno, te motnje razpoložjenja in samopoškodbeno vedenje. In takrat ko ugotovimo, da otrok tega več ne potrebuje, se jasno ta nadzor 24 ur, tut ukine, zahteva pa prisotnost dejansko 24 urno.

Diplomiran zdravstveni tehnik. On bi moral bit tukaj pa ga danes pač ni. No ta tretja je pa zdravstvena preventiva in pa zdravstveno vzgojno delo. Zelo pomembno je, da naši mladostniki točno vejo zakaj jemljejo terapijo, kašno terapijo jemljejo, kakšni so stranski učinki te terapije, kaj lahko pričakujejo od te terapije, kakšno je lahko življenje s terapijo doživljenjsko, in pa jasno tut vse te zadeve kar se tiče osebne higiene, sploh takrat, ko si v depresivnem stanju, kaj lahko narediš, do vaj za sproščanje. To je tretji pol recimo dela teh zdravstvenih tehnikov.

Prilagojena, ko se jim lepo razloži, prilagojeno na njihove sposobnosti, razumejo.

Ne moreš tega razlagati, ti moreš nekako otroka ujet v fazi remisije, ker takrat ko je v remisiji, takrat on določene zadeve tut dost dobro zastopu, čeprav mi v prisilno dajanje terapije ne gremo, še manj v kakšno manipulacijo, to delajo recimo v Polju, dobijo tablete v hrano in tako naprej ne, ker to je samo jih zastruplamo, to je zelo nevarno ne, mislim to je .. imamo pa možnost pri mladostnikih, ki je pa res ogroženo življenje, da jim damo injekcijo za pomirjevalo. In tut se da v primeru, ko, to je protokol..

Tle vzgojitelj tut nima nič zraven. Ne, mi poskušamo s temi deeskalacijskimi tehnikami po teh stopnjah ane, vse narest prej, najbolj pomembna je prepoznava ne. Mi naše otroke non stop prepoznavamo in nekako želimo ... in probamo nekako z drugimi metodami da ne pride. Se pa zgodi, da lahko ti vse te stopnje pač upoštevaš in še vedno pride do izburha. In tej izburhi niso tko kot si kakšen predstavlja, ampak je res hudo. Tle se muči in otrok in zaposleni in razumemo, ker gr eza fizično omejevanje. Mi nimamo nekih prostorov, kjer bi lahko omejili in tako naprej, ampak gre za izključno fizično omejevanje v takih primerih, ki lahko traja 2 ure, 3 ure, 4 ure in tako naprej. Po protokolu je tako, da v določenem času, torej do 1 ure, če ne popusti, da enostavno še naprej nori, se pokliče zdravstvena služba, ne z namenom, da se ga odpelje takoj na psihiatrijo, ker po naših izkušnjah smo ugotovili, da je potem še slabše oziroma ga tam nafilajo z zdravili in ga potem naslednji dan pošljejo domov. Edin če je treba diagnostiko, ampak to je druga zadeva. Ampak jaz govorim pač o teh kritičnih trenutkih, enostavno se takrat odredi, da lahko damo to injekcijo, ker vsi naši otroci, vsi, tej ki so pač kritični, imajo terapijo po potrebi, to se pravi, da takrat, ko pride do takega stanja, se ta terapija da, bolj v obliki posveta, ali pa če je treba tako varovanje, da je potrebna tudi asistenca policije ne, čeprav policija je še zmeraj nek represivni organ, in otroci pri nas poznajo no pa bolj sprejmejo tudi fizično omejevanje in se prej umirijo kot pa, če pride do recimo policije..

Ja mi smo v bistvu izoblikoval vse te protokole lih zato, ker smo bili prepuščeni sami sebi. In to je bila edina varianta, da bi sprejemali najtežjo populacijo v Sloveniji, in v bistvu edina varianta, da smo zaščitel sami sebe in pa naše otroke predvsem, se razumemo ne. S tem, da smo pač te protokole, mi imamo to knjižico, ki so zapisani vsi tele protokoli kako tečejo, ta knjižica je bila tudi izdana. Tako, da tlele točno vidimo kako. Zelo pomembno je, da sploh pri mladostnikih, kjer gre za težko posttravmatsko motnjo, kjer je zadeva tako jasna, da bojo posledice celotno življenje, da tem otrokom, zdej govorimo otrokom, ampak to so starejši.

Ja, mladostnikom. Da tem mladostnikom ponudimo čim več pozitivnih izkušenj, in da jih učimo, da tut takrat, da sami na telesu čutijo kdaj bo prišlo do napadov oziroma do izburha dejmo rečt svojih impulzov, ki jih morejo kontrolirat. To se v bistvu dela s pomočjo vedenjske terapije. Zdej bom tako povedala, v določenih primerih na to zelo dobro uspeva, ampak samo do neke točke, ko vidijo te impulze v terapiji. Mi vemo, da je prognoza tega mladostnika posebni socialni zavod, zaprti oddelek. In tudi vemo kaj to pomeni v Slovenskem prostoru, da se s temi mladostniki noben več ne ukvarja. Oni jih enostavno privežejo.

Mhm, zdej jasno zdravstveni dom, nujna medicinska pomoč, urgentna služba takrat, ko pride do poškodbe, pri nas nimamo psihiatra stacioniranega, ugotovil smo da to sploh ni okej, ker v bistvu gre za psihiatrizacijo potem, jaz osebno, jaz govorim o svojem mnenju, ne me zdej, kako razmišljam mogoče malo drugače, ampak jaz vidim tlele psihiatrizacijo, zato ker je pri vsakem najdla, ko smo imeli pshiatrinjo, še kakšno diagnozo zraven in še kakšno terapijo zraven in enostavno normalno, če imaš ti psihiatra hoče 8 ur delat, sej jaz to zastopim.

V glavnem zdej ima vsak otrok naš svojega psihiatra, probamo ohranjat psihiatre, ki so jih imeli že prej, zato ker so nek odnos razvili tut, če je to v Celju pa tut če je to v Murski soboti. Da se razumemo. Pa vozmo, sej imamo zdravstvene tehnike zaposlene, pa pač vozijo.

Oni vozijo ja. Mamo, povezal smo se s tem Centrom za duševno zdravje, v naši regiji, tako, da neki jih obiskuje tudi tuki, smo zadovoljni. Lahko rečem, da ta je res v redu punca in lepo dela s temi našimi in kadar gre ta krizna situacija, ne takrat ker to je po navadi praviloma je to zvečer, pride do upada ne, lahko otrok zdrži cel dan zvečer pa enostavno pride do upada, takrat se poslužuje še urgentnih služb v Ljubljani, če je potrebno, to se pravi psihiatrična prva pomoč, samo to v zelo redkih primerih, ker nič nismo dosegli, tako bom rekla. Na PPOJU so nas tak al tak, samo da slišijo za našo ustanovo, jim grejo lasje gor in že na sprejemu rečejo, da lahk kr gre, dobessedno, dobijo in grejo. Malo boljši je CMZ, ta zaprti oddelek, je pa edin v primeru, če gre za dekleta za motnje hranjenja, ker dejansko je treba hospitalizacija, ker lahko gre za življenjsko ogroženost, ostalo nam pa tut, že poznamo, en dan maksimalno.

Ja in potem moremo pridet po njega, in je brez veze, ker do konca in nič ne naredijo. Diagnostika je že itak narejena, jaz govorim zdej za te kritične. Sem pa proti psihiatrizaciji. Mi našim otrokom dopovedujemo, naši otroci so otroci, mladostniki, njihova razvojna naloga je, da hodijo v šolo, da se učijo, da se naučijo osnovnih socialnih komunikacijskih veščin, da bodo lahko funkcionirali zunaj, da znajo pospravit za sabo in tako naprej, niso nobeni bolniki imajo pač zraven težave kot imajo lahko tudi drugi otroci, niso pa bolniki. To je najbolj nevarna zadeva, če ti otroka daš v status bolnika, ker potem se ti pa samo usede, jaz sem pa bolan. Mislim, že to imajo od staršev ne.

Pri psihiatričnih je pa tko zdej. Zdej otroci so pr nm stari v zavodu do 14 let ane, tko da v bistvu je že sama diagnostika težava. Ker nihče ne bo tega... Smo mel te znake avtističnih motenj, ker je v bistvu spet ena posebna specifična zaradi razumevanja socialnih odnosov. In so ble tut tukej zlo rizične situacije. Tak nekih izbruhov ane. Zarad nerazumevanje socialnih

situacij. Tko da te avtistične. Pa recimo spolne zlorabe, pa posledice teh spolnih zlorab, ki so ble ali dokazane ali sum. Pa motnje razpoloženja. Bi tut lahko rekl, da bi šlo kasnej za manično depresijo. Ampak so neki zametki šele. Ni diagnostike.

Kar je recimo pr zdravstvu. Kle smo mel kr dost težav. Mi bi si želel, da otrok, k je včasih v neki taki situaciji, k je hudo agresiven do sebe ali se mu to ponavlja. Pa recimo je možnost, da bi imel medikamentozno terapijo bolj ustrezno, pa jo nima. Pa da bi ga nekdo vzel pa pregledu, pa določu. In to je recimo, ta zdej, na CMZ-ju, zaprti oddelek. Naši otroci iz tega sistema ven izpadejo, ker nimajo psihiatričnih motenj ane. Mi bi si želel, da bi imel možnost, da otroke, kšne v akutni fazi, vzamejo za kšne 4, 3, 5 dni. Ne za, ne vem, pol leta. Ampak ne po 1 uri nazaj. Ne po 5 minutah zavrnt. Otrok je suicidalen. Imel smo recimo, obesu se je za kljuko od okna. Oni po petih minutah ugotovijo, da ni suicidalen. In pr nas imamo enga nočnga in kaj nej se celo noč sekira, a se bo spet obesu al ne. Želimo si tut za čustveno vedenjske motnje, da bi bil support pedopsihiatrije. Ne v ne vem kaj. Ne pričakujemo ne vem kaj. Ampak samo, da bi ta sistem funkcioniral za 3, 4, 5 dni. In potem grejo nazaj in spet. In da otrok tudi vidi. Ker pri suicidalnem vedenju je vedno stiska in je vedno tudi izsiljevanje. Da on takrt ugotovi, da ne gre domov, da ne more na tak način izsilit. Da dobi dodatno pomoč takrt. Ampak ne doma. Ne na tisti način, k si sam želi. Neki izsilt ane. Hkrati pa dobi tisto pomoč, k jo potrebuje. In kle smo razočarani, ker tega supporta ni. In je velikrat to odvisno od kšne dobre volje kšnega pedopsihiatra. Pri tistih, k s bolj prisluhnili, se je to vedno dobro obnesl. Velikrat pa pač doživimo te zavrntitve.

Pa zdaj ne vem, če sta še to rekla. Pa tak dejansko ko otroka daš spat, če vidiš da je ok, če pa pač vidiš da je blo predozirano al karkoli ne pa dejansko da presodiš da ni potem pa pokličeš ne. Definitivno ne, kar reševalce, ker ni za reskirat, pa tudi so že šli na črpanje ne, ker je res nevarno da je ogroženo življenje ne. To takoj pokličeš če vidiš ne, do kjre meje gre ne. V bolnici to tretirajo kot poskus suicida, se pravi taka opitost, tak da ga kr prestavijo na psihiatrijo oziroma pedopsihiatrijo.

Kar se tiče pa psihiatru, pa jaz mam občutek, da smo nekje smo prebil, pred enimi ka pa jaz vem, pred enimi štirimi, petimi, šestimi, kjer smo provzaprov šli mi na psihiatrijo zahtevat podatke, to je blo tko, k da smo mal okupiral, čist vsi vzgojiteljski smo se nabasal tm in od tistga trenutka naprej tko hecn ka ful dobr sodelujemo no, pa dobimo informacijo pa pol kdaj zablužijo, pa je veste vam ne mormo vsega dat, prou pol pa mejte otrok ane. Mislem, jaz ne morm z nemu bit nastanjen, pa spat, pa mu gate štet, pa na konc ne vedet kva mu je. Zdej se

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

mormo odločit ane. Potem pa začnejo približn mal popuščat, tut tm kjer mogoče so mogoče malo rezervirani pr teh stvareh. Tko bl po človeških platah, formalno pa tut mi ne dobimo diagnostičnih če pa že je pa gor napisan ane F95, pa zdej sam piši ti ane. Itak nam nč ne pove.

Mi mamō že dolg časa, da sodelujemo z zdravstvenim domom. Z dispanzerjem za mentalno zdravje. Z njim smo, en tak konsenz mamō, da v bistvu naše otroke vključujemo k pedopsihiatrom, psihologom in vsem tem psiho strokovnjakom k so tm. Tko, da delamo na tem principu, da če je nujno, urgentno, mamō tud nek dogovor, da takoj pokličemo, ker imamo večino otrok v obravnavi. Sploh te k mamō take indiciji, da so take težave prisotne. Zdej v zadnjem času, k je težava v tem, da težko dobimo mesto in hitro obravnavo. In k dobimo direktno iz bolnice delamo po tem principu, da dokler. Da ane kle daš napotnico in čakaš eno leto, da dobiš obravnavo otroka, ki nujno rabi. Zdej smo nekak tak konsenz dosegl, da imamo vsaj pri teh primerih, k smo akutno dobil, da ostane tok časa, dokler ne dobimo mesta v naši regiji, v obravnavi v bolnici, kjer so otroka diagnosticiral. Tko, da na tak princip gledamo, gre za vzpostavljanje ves čas na tej terapevtski ravni. Toj tut pogoj, ki ga vzpostavljamo že v fazi, ko se predlog oblikuje za namestitev. Ane, ker se zna zgodit, da sam postlo postlo. Ampak ne delamo mi po tem principu. Hočmo da, tam kjer so težave, ki jih zdaj nizajo, da je takoj strokovno obravnavan.

Spremljevalca smo pol zaprosil, skupj s pedopsihiatrom, smo pol na ministrstvo zaprosil za spremljevalca, če je blo rizično. Smo recimo dobil za enga dva. Da je delal en dopoldan en pa

Imamo, problem je tudi v tem, ker so otroci iz različnih koncev Slovenije in so že imeli obravnave tam. In potem, ko pride sem so oni najrajši, da se tam prekine in potem naše pedopsihiatre tukaj iščemo ne, in na novo sprejema ne. Saj dobi dokumentacijo kaj se je z otrokom dogajalo ne, pa verjetno se tudi po telefonu slišita kaj za prenos, ampak več pedopsihiatrov obravnava tega otroka nekako iz vseh strani.

V intervjujih je bilo omenjan tudi bolj ali manj prisoten delež tistih, ki so bili predvsem spolno zlorabljeni. Uvrstili smo jih v skupino (pedo)psihiatričnih uporabnikov, saj se njihove posttraumatične epizode v glavnem izkazujejo v enem od vedenjskih fenomenov, ki zahteva dodatno strokovno pomoč s strani (pedo)psihiatrične stroke. Tudi njihove izjave potrjujejo postavljeno predpostavko:

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Spolne zlorabe. Zdej sem dala širok spekter, k duševnim zdravjem se vse nacepi ane.

Ja to pa ni punce zdele k ne bi mela, v ozadju, da je sum. To je spet stvar, ki jo moraš združiti v naš program. Torej življenje za tukej in zdej in s stresom oziroma strahom, ki ga je doživela. Oziroma sumom.

Ja vse je sum. Večinoma gre tukaj za sume. Seveda ne bo ne žrtev ne storilec tega priznal. Se pa dogaja v zameno za drogo mi nudiš spolne usluge. Je pa to zlo težko ugotoviti.

Najmanj tretjina naših mladostnic je spolno zlorabljenih. Posledice so da nimajo zgrajenega tega področja. In to je potem težko.

Ampak sej ne gre sam za spolne zlorabe mladih. Tukaj so še psihične zlorabe staršev do teh otrok. To je zlo težko ne. Ena deklica pri nas lepo pove, jaz imamo mamo rada do nebes ampak hkrati pa jutri jo bom zaklala.

Če mi nekaj opazimo, da se dogaja, mi reagiramo takoj. Nobenega nasilja, niti fizične, niti spolnega, nobenega ne dovolimo, niti zlorab, ki so ene vrste nasilja. če lahko to sami rešimo, psihologinja, socialna delavka, psihoterapevt, zdravniki, vsi se vključujemo. Če ne moremo sami ali, če se pojavlja, potem prijavimo.

Da bi pa ti, osnovne te posttravmatske probleme, da so bili tej mladostniki prepozno diagnosticirani in prepozno poslani k nam. Recimo mi imamo mladostnika, smo imeli mladostnika, ko se je mama pred njim zažgala, in preden se je zažgala mu je povedala, da se je zaradi njega, in umrla. In mi smo tega fanta dobili, ko je bil star 14 let, ta izkušnja je pa bila, ko je imel 9 let. Od devetega, s tem, da je oče šel v tujino, da so otroci trije bili sami, in je center šele po enem letu ugotovil, da so otroci sami. Nobeden ni s tem otrokom, vsi otroci imajo posledice, nobeden ni delal s tem otrokom praktično do prihoda v zavod. Jaz s tem otrokom.. potem je pri nas odšel pri 18-ih letih, ta primer štejem kot uspeh naše hiše resnično, on je zdaj v stanovanjski skupini, kjer pride socialni delavec enkrat na dan za dve ure. Tukaj je bil popolnoma neobvladljiva situacija, vsi vemo, bile so grozne situacije, mi smo ogromno energije v tega fanta vložili.

Kle mogoče k ste vprašal za rešitev. Tko kot smo se že prej pogovarjal, jaz vidm kle dve poti rešitev. Sta v tem primeru. Ena je tista zagotovitev pomoči doma, kot intenzivno delo z družino pa nekaj tazga. Se prav, da se ne vztraja pri vseh otrocih, da so nameščeni. Druga

pot je pa ta, da določeni otroci dobijo ... kot intenzivno skupina, al za neke krizne situacije. Ker zavod kot tak ne sme bit azil. In v bistvu, če mi z nekaterimi delamo pa potem pridejo eni k ne vejo zakaj so notr prišli, pa morjo bit tm, ker je nekdo reku, da morjo bit. In jaz mislim, da to ne more vse v istem košu bit. In zato so te manjše skupine, enote, bi lahko rešle, da bi se posameznikom ali pa tistim z aktunim rpoblemom lahko posvetil. Sej gre v tej smeri, sej pravm, da gre. V to razpršenost ampak trenutno tko sistemsko pa ni jasno, kdo s kom kaj dela. In pokrívamo pri osnovnošolsko populacijo za enkrat smo še vedno vsak zavod posebej, rešit tist kar ima v okviru svojega zavoda.

Analiza intervjujev kaže na vedno večjo skupino otrok in mladostnikov, ki je v strokovnih centrih in je istočasno tudi (pedo)psihiatrično obravnavana. Delež se giblje od polovice do dveh tretjin. Podobne ugotovitve izhajajo tudi iz tuje literature se delež otrok s psihiatričnimi motnjami v tako imenovani izvendružinski vzgoji (Out of Home Care) giblje med 44% in 58% (Blower at al. 2000 in Mccan et al. 1996). Na Bavarskem so ugotovili, da je v vzgojnih zavodih 59,9% otrok s psihičnimi težavami (Nützel et al. 2005, Schmidt et al. 2002). Podobno sta ugotovila tudi Krajnčan in Šoln Vrbinc (2015).

Največkrat so omenjene naslednje težave otrok, ki lahko preidejo v motnje in bolezni. Nekaterih diagnoz se seveda pri mlajših ne daje, gre pa za realne sume. Torej našteji so: depresije, shizofrenije, ciklotimijo, motnje razpoloženja, bipolarne motnje, avtizem, enurezo, enkoprezo, tike, mešane vedenjske in čustvene motnje, anksioznost, škodljivo dolgotrajno jemanje drog, mejne osebnostne motnje (borderline osebnostne motnje), ADHD, nespecifične čustvene in vedenjske motnje, postraumatske stresne motnje, endogene depresije, samopoškodbeno vedenje, anksiozna stanja s paničnimi napadi...

V akutnih primerih strokovni centri pokličejo urgenco, rešilca. Sicer so več ali manj dogovori sledeči: pokliče se ravnateljico ali ravnatelja, potem je potrebno aktivirati dogovorjenega kolega, da pride poskrbeti za ostale, da lahko dotični vzgojitelj/ica rešuje krizno situacijo. Bodisi, da se pelje k zdravniku ali sam poskuša otroka ali mladostnika umiriti in stabilizirati v vedenju. Če ima ustanova spremljevalce, je bistveno lažje.

Pomembno je, da so ustanove povezane in dogovorjene z zdravstvenimi domovi in da si naredijo ustrezno reputacijo tudi v sodelovanju s (pedo)psihiatričnimi službami.

Predlog: Tukaj je pomemben jasen dogovor s psihiatrijo. Ustanove, ki imajo dorečeno prakso s (pedo)psihiatri poudarjajo, da gre za učinkovitejši pristop. Menimo, da bi tukaj morali tudi na medresorskem nivoju definirati pristojnosti socialnih pedagogov v sodelovanju z ustanovo. Dogaja se tudi, da otroka oziroma mladostnika, ki ne upošteva bolnišničnega režima enostavno vrnejo v ustanovo, ne glede na to, kakšne bodo posledice. Posebej je pereča vrnitev v nočnem času ali času sobot in nedelj, ko je manj kadra, hkrati pa ni nujno, da je v službi odnosna oseba – torej matični vzgojiteljica ali vzgojitelj.

Prav tako se zgodi, da ga po 15 minutah pogovora pošljejo nazaj, brez da bi ob tem dali jasna navodila socialnemu pedagogu oz. strokovnemu delavcu ter seveda tudi otroku oziroma mladostniku.

Problem je zaznati tudi drugod. Gintzel in Schone (1990) razlikujeta med dvema intenzivnima oblikama sodelovanja strok vzgojne pomoči in psihiatrične pomoči. Če je sodelovanje povezano še z razumevanjem, lahko govorimo o idealni obliki. Med obravnavami gre za sodelovanje obeh disciplin tako v vzgojnem kot psihiatričnem smislu, v menjavi informacij in izkušnj. Skupna vključitev obeh strok v potek optimalne pomoči se je pokazala kot optimalna, kot nujna.

Poznamo tudi sodelovanje v obliki enkratne menjave informacij med dvema strokama, žal pa tudi nesodelovanje.

Fegert, Wiethoff in Dippold (2000) pravijo, da med strokama že zgodovinsko obstajajo nesporazumi, izključevanje in distanciranje, saj ima vsak od teh sistemov svoj način obravnave. V procesu sodelovanja s psihiatrijo Gintzel in Schone (1990) (tudi Feyerabend 1995, s.158, in Köttgen 1998, s. 69) opozarjata, da je vse preveč prisotno pomanjkanje dialoga, hierarhija medicinske usmerjenosti in procesov moči, izhajajočih iz tega. Tako ima že družbeno definirano višji položaj psihiatrija nad vzgojo in diagnoza psihiatra nad oceno socialnega pedagoga.

Kot je razvidno iz intervjujev otroke in mladostnike vozijo k (pedo)psihiatrom po celi Sloveniji, namreč tja, kjer so jih imeli še pred prihodom v strokovni center. Tudi tukaj se jasno odraža potreba po strokovnih centrih, ki bodo delovali po načelih regionalizacije, participacije in v življenjski svet posameznika usmerjene socialno pedagoške pomoči. Takšen način lahko s pravočasnim pristopom, mobilno službo, poldnevnimi centri, družinsko pomočjo učinkovitejše in na dolgi rok tudi racionalnejše doseže svoj nivo pomoči.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Prav tako je pomembno pri namestitvah otrok in mladostnikov, ki imajo težave v duševnem zdravju ustrezno pospremiti v ustanovo in delati na vzpostavitvi odnosa.

Iz odgovorov je tudi razvidno, da se sama (pedo)psihiatrična stroka zelo razlikuje glede pristopa in da se zdi, da ima tudi sama težave znotraj svojih regulativov in pristopov.

Predlogi so bili tudi glede na delež obravnavanih otrok, da bi imeli samo določeni zavodi psihiatra za sebe, ne v svojih ustanovah, temveč da bi obravnavali samo zavodske otroke in mladostnike. Vsekakor ponovno še ena jasna zahteva po dogovoru o sodelovanju in pristojnostih, ki zahtevajo neposredno delo in takojšen pristop tudi psihiatrične stroke.

Prav tako intenzivne skupine, ki so namenjene otrokom in mladostnikom, ki imajo tovrstne težave in je posledično tudi normativ majhen, bi morale imeti tovrstne objekte v svoji lasti, saj je najemniško stanovanje za tako rizično populacijo in posledično tudi pogosto soseske, ki je obremenilna in sama obremenjena z pogosto burnim dogajanjem. Deluje tudi stigmatizirajoče. Prav tako bi imel strokovni center potem lažje manevrske možnosti v prehajanju med strukturami (programi).

Otroci in mladostniki, ki jih označimo kot težje primere imajo tudi po 5, 6 ali celo 8 diagnoz.

Nekatere ustanove delajo z omenjenimi posamezniki po določenih metodah, npr, vedenjsko kognitivna terapija, vedenjska terapija, metoda STEPPS...

V socialno pedagoškem pristopu je še vedno osnovnega pomena odnos. Le to so izpostavili vsi strokovni centri. Katere metode uporabiti pri posameznikih pa žal ni receptologije, ki bi jo vedno znova vsi želeli imeti.

Nekaj uporabnih misli še iz tuje literature. Izpostavljen je takojšnji zagon: dostop do posameznika in identifikacija težav oziroma nastopa intenzivnejših simptomov ob pravem času. Časovni dejavnik igra bistveno vlogo.

- Vzpostavitev razmerja, to pomeni, da se vedenje (govorica telesa, izrazi obraza, kretnje itd.) detekcija in prilagoditev vedenju osebe, ki jo vodimo v kriznem posredovanju, s čimer si pridobimo zaupanje in ev. vpliv.

Sposobnost simetričnega odzivanja vključuje:

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

- Terapevtski kontekst zaupanja
- Aktivno poslušanje
- pregled identitete, samovrednotenja, prepričanj, stališč;
- Bodite pozorni na nebesedno vedenje
- Bodite pozorni na senzorične preference
- Prilagojena uporaba jezika
- Občutljivost za družbeno-kulturni kontekst: razred, spol, starost.
- Ponudite samoopredelitev kot spremljevalca in ne kot rešitelja.
- Ne obljublajte ničesar, česar ni mogoče obdržati.
- Ne bodite neprevidni ali neobčutljivi do pohval.
- Ne pričakujte razumno vedenja od nekoga, ki je v krizi.
- Krize vsebujejo elemente transa, kot so predori, katalepsija, amnezija itd.
- Ocenjevanje tveganja - sicer pomanjkanje samokontrole.

Vzpostavite zunanji nadzor.

- Vključitev obstoječih pomožnih sistemov podpore strokovnih delavcev.
- Vzpostavite krizno upravljanje z metodami notranjega distanciranja, podpore in sklicevanja na resničnost.
- Pridobite premor na meta ravni in nadzor.
- Naj bo uporaba jezika kratka in jedrnata, saj jih ljudje v krizi sprejemajo le v omejenem obsegu.
- Namestite nadaljnji nadzor

Krizne intervence v povezavi z krizami v duševnem zdravju otrok in mladostnikov zahtevajo jasen prag pristojnosti socialne pedagogike in medicinske stroke. Boljše kot je definirana, kvalitetnejši so odnosi sodelovanja, ki do nujni za ugoden razplet težav in motenj otrok in mladostnikov.

Težave z zasvojenostjo

Diagnoza odvisnosti od snovi se lahko uporabi za katero koli vrsto ali vrsto snovi. Navedeni so alkohol, opiodi, kanabinoidi, pomirjevala (pomirjevala) ali hipnotiki (tablete za spanje), kokain, poživila, vključno s kofeinom, halucinogeni, hlapnimi topili (vohanje snovi) in tobakom (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012, str. 105).

Za oceno se uporabljajo naslednji kriteriji (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012, str. 115):

1. Močna želja ali nekakšna prisila po uživanju snovi.
2. Zmanjšan nadzor nad uporabo snovi (pred začetkom, koncem ali količino uporabe, to je bodisi, da se zaužije več snovi ali v daljšem obdobju, kot je načrtovano, da obstajajo neuspešni poskusi ali vztrajna želja po uporabi snovi zmanjšati ali nadzorovati).
3. Fizični odtegnitveni sindrom, ko se snov zmanjša ali prekine, s simptomi odtegnitve, značilnimi za snov ali tudi razvidno z uporabo iste ali zelo podobne snovi, da se zmanjšajo ali preprečijo odtegnitveni simptomi.
4. Razvoj tolerance na učinke snovi. Za zastrupitev ali doseganje zelenih učinkov je treba zaužiti večje količine snovi ali pa se pri zaužitju iste količine pojavijo bistveno manjši učinki.
5. Omejitev uporabe snovi, ki je razvidna iz opustitve ali zanemarjanja drugih pomembnih razvedrilnih območij ali območij, ki jih zanima zaradi uživanja snovi. Lahko pa porabimo veliko časa za pridobivanje, uživanje ali obnavljanje snovi.
6. Nadaljnja uporaba snovi kljub očitno škodljivim posledicam, kar je razvidno iz nadaljnje uporabe, čeprav je bila zadevna oseba ali bi se lahko zavedala narave in obsega škode. "

Strokovni delavci vzgojnih zavodov so podali naslednja opažanja in izkušnje povezane z zasvojenostjo in uporabo oziroma zlorabo drog:

Mal, če je kšne eksperimentiranje s travo, tkole jih kdaj dobimo na kšnih testih.

Akohol pa cigarete an. Mlajši so in zatele teste, smo dobil predvsem starejše. Take pred odhodom vn, srednješolce. K so pri nas nadaljeval po osnovni šoli. Lani sem dobila enga na koki.

So ga testiral na projektu Človek. Ker pri nas ni hotu, tam je pa pristau. Tak, da v bistvu, tut kar je v povezavi s travo, pa kar je blo tko, jih vključmo vse, če je le možno, v Projekt Človek. Se morjo vključit v Projekt Človek.

Tko da tle si pomagamo, potem pokličemo 112. V posameznih primerih, ni pa tega tko velik.

Je pa, vedno kadar gre za ogrožanje se kliče 113, v teh primerih, ali 112.

Projekt Človek al pa društvo Up ane. Tam jim je pa pogoj pač, da so vključeni tam, da abstininirajo. In se potem na društvu tut redno testirajo.

Kajenje trave je skor vedno.

Tud teste izvajamo na droge. Večinoma vedno pridemo do tega kdaj se je začel, takrat k je začel s travo in je šel v bistvu vse tako navzdol in v družini, povsod.

Ja seveda. Potem so prišli policisti. Je dal vse skup v žep. Policisti pač so se posvetoval s svojimi komandirji, so rekli, da ga ne smejo pregledat. So policisti šli, potem spet nazaj. Mi smo takrat pač, to je cel dan trajal, na konc pač sta ga dva, ni niti šlo za fizično omejitvev, ampak nekak zdej pa ne boš neki, tako mal je šlo in se je v nekoga zaletu pol. V enega od vzgojiteljv oziroma so bili to učitelji praktičnega pouka. To je bila pač njegova napaka, ka so ga v tistem trenutku policisti k so prišli, lahko tud nek postopek izvedl, da so prišli tud so tiste trave in do vse skupi, in hkrati še to, da je blo dovolj da so. Tu so kar škatle stvari. Mi sicer imamo notr napisan, da v primeru, da so neke nevarne zadeve, da lahko tud osebni pregled izvedemo, ampak mi imamo napisan to za vsak slučaj, če je kakšn to naredu ne, hkrati pa je zakonodaja ka je nad tem pravilom, mi sicer tega ne smemo izvest.

Utemeljen sum pomeni, da ga policist vidi z nečem v roki. Torej tu mi, precej tudi kazenski zakonik študiramo, kaj lahko in kaj ne. Ker tudi mi se z njimi srečamo na začetku vsakega leta, da mal predebatiramo stvari. Ja, toleranca do nekih stvari pa je pač taka ka je, ne.

Jaz mislm, da če je na območju šole, zavoda, na območju, bi moral biti utemeljen sum, velik bolj, velik nižji prag za pregled nekih, ne vem, osebni pregled, kakor je to ozuni, al pa v nekem privatnem delovanju. Torej, če iz nekega mulca smrdi po travi jaz mislm, da bi moral met opcijo, da ga pregledajo. Mi pokličemo, pridete, ga pregledajo. To bi moralo bit, če je na mojem področju oziroma na območju zavoda.

Začne se z enmu džojntom ne. K pol preraste v dva, v deset, k nimajo meje specialci.

Tud to imamo vsako leto v bistvu predavanje DrogArta, ane. K pridejo sem, da nam predstavijo te droge. K to se odvija iz leta v leto nove stvari, da mi prepoznamo mal. Ker vsega čisto testi ne pokažejo, ne. Mi testiramo v bistvu mladostnike ne zato, da bi jih kaznoval, ampak zato, da mi vemo pri čem smo. Da mi vemo, al je to nevarno al ni, ne.

Testiramo po potrebi. Po potrebi. Če nam je nekdo sumljiv. Hkrati je pa pač seveda v sami matici je negativen test pogoj, zato da ima tudi dnevni izhod. Govorimo izhode, če ima kdo res interes za to, al pa tudi pogoj zato, da opravlja voziški izpit, to itak ne. Pač nagrajujemo to, če je kdo negativen. Testiramo po potrebi, ampak to hočem povedat no, predvsem, da je to pomemb, da zapazmo, ko pridejo trde droge not. Trde droge danes niso več heroin, ne, ka ni modern. Narkomani so za njih džankiji, smrdijo. Trde droge so dans sintetika. Sintetike mam pa ne od do.

Pa kokain ne, spid. Sam kokain je večinoma samo dodan ne, ker je predrag za naše mulce. Razen za določene posameznike k so zlo v kriminalnih noter občasno k pridejo tisti majo. Spid je klasika, pol pa neki ti sladoledi, mdea in tako naprej, ane. Polno tega, ampak sintetka no. Drgač pa trava je klasika. Večinoma pa trava.

Ko so zadeti? Čist odvisn, kaj summo, da je. Zdej, če je trava pač nekaj več in načeloma se kej hudega ne more zgodit. Kadar pa je še pred časom, ne pač ta heroin al pa to, da plezajo pol po strehi, al pa alkohol je še tuki tisti najbolj ka je v bistvu ogrožajoč, ane. Je pa potem najboljš kar reševalno službo, pride sem, preveri. Mi ne moremo prevzet odgovornost za nekoga, ki je zadet. Morajo oni ocent, kako je. Pogledat, al ga odpeljejo. To pa zdaj že nismo mel ful let, ane.

Različne oblike so tega zadevanja. Seveda trava. Sam od trave se lahko potem zelo razlikuje kako izgleda. Lahk bi izgledala čist odprta scena k bi kajenje trave močno vplivalo tud na sicer te in odnose in meje ne. Lahk je bolj skrita scena, pa se ves čas lovimo tle okrog. Lahk so fantje dost skuliran pa to uporabljajo na način, da pač enga za spanje, da se takrat skrijejo. Je zlo različno kako to izgleda ne in takrat k je tako kot sem zdej nazadnje reku tud ostale stvari relativno dobro funkcionirajo. Hodijo v šolo, delavnico, nekaj je en tak, da mulci še vsen za sebe neki delajo. Takrat k je pa totalno odprta scena. K že ob sedmih zjutraj

vstanejo pa džojnt prižgejo pol pa je pač problem varnosti pri delu v delavnicah, pa je problem funkcioniranja v času učnih ur, drugih obveznosti. In celoten sitem začne padat.

Zasvojenost je bila tudi že prisotna, da je kdo zasvojen? Ja, seveda. Večinoma. Problem je, k že pridejo z več leti, ane, recimo zdej je star sedemnajst, pri trinajstih je začel s travo, pa vmes malo kokaina in pride sem, ne. In za njega je en džojnt skoraj nič. On rabi velik, da sploh je. Tko mi povejo, jaz ne vem, da sploh še kej začutijo ane in tko v bistvu zelo redko, mislm, skoraj vsi imajo zgodovino, večinoma ne. Predvsem trave, k so začeli že v osnovni šoli, že zgodaj. Tud ta razvoj verjetn se jim ustav čist čustven, resni in tko. Vidš, da so pri teh stvareh zelo zadaj. Problem je, če sam noče prostovoljno, ne moreš nič.

V resnici kar vsi ti ljudje delajo je, da dobijo eno zdravo jedro v človeku, k se odloči za abstinenco in pol je ohranjanje abstinence. Ni nobena druga umetnost kot ohranjanje abstinence, ne. Zdej, kako to dosežejo. Dostkrat je tlele struktura, odnos, potem delo na preteklih izkušnjah, vključevanje staršev. Ni neka umetnost, ne. V na centru za zdravljenje odvisnosti gledam, k jih imaš tko, k jih prvič vidiš, za strokovnjake na tem področju, pol pa vidiš, da so v bistvu pogovarjajo stvari, k se jih pogovarjamo tlele, al pa v kakšni drugi inštituciji, ampak oni vejo kaj in zakaj to delajo ne. Tako, da edin problem tlele pr nas je k mammo dostkrat vse v enmu kotlu noter, ne. Tu noter pride eden k eksperimentira, pa vidi unga k že to zna, pa pol ratata dva, k jih noter skupaj vleče, al pa enga k sploh nima izkušenj s temu maš pol težav, k ga navlečejo na travo, ne. Sej zato smo to Vrhanko odprl, ker tam mammo take k nimajo težav s travo in drogami.

No pa tudi tej urinski testi kolkrkol pomagajo, tud na silno pomagajo, nekaterim k temu, da ve, da ma pol test, da se mal zadrži. Mi tud tko predstavmo, to je tebi pomoč, ne zato, da mi, pač dobr zdej, če je taka scena, da ne vemo kakšna droga je pol mal bolj testiramo, k so stvari nevarne. Drugač pa zdele mi je en fant reku, nisem zdej za vikend k itak bom testiran, če bo kej tko ne. Tko, da vseen nekaterim to pač mal pomaga. Problem pri travi je tud, vidim dostkrat mi rečejo, da ne morejo spat, ne. Do treh zjutraj se premetavajo, ker to je odvajanje, je bilo kot neko uspavalo tok in tok let. Tud te stvari malo razložiš, jim poveš, jih spodbujaš, da zdržijo, da bo trajalo en mesec, dva tko

Ja trava je vedno. Torej v tej matični enoti zdele, kok jih ne uporablja trave od petnajstih mulcev, kok jih je blo?

Res in pol to črpanje in zastrupitev. Še dobr, da je en povedal pol. Al je drug fant povedal, da je tablete. Sej sploh ne vem. Un je že bil, mal je že zaspal, je že blo.

Ja. Sej ti najprej provaš. Podlaga tega je, da ti najprej ocenš, da je neki stvar nevarna je ta pogovor, ki ga imaš z nekim mladostnikom. Opažaš, da je nek mladostnik al pa od nekoga drugza zveš, da je un pojedu ne vem kva vse. Un ne ve niti, kaj je pojedu. Pol vidiš škatlco, ne in rečeš. Lejte tole pa tole se je zgodil. Al pa če je neko vedenje tok čudno, poznaš mladostnika delaš z njim vsak dan, se res čudn obnaša. Se provaš z njim pogovorit. Lahko ti pove, da je kakšno drogo vzel in potem ocenš al je zdej to nevarno al ni, ne.

Zdravniku zaupamo, da nam pove, kaj pa kako z njim naprej potem, če je tukaj.

Ja, klele bomo v bistvu komu se bomo povezali, kaj je ta društvo v Lublani za prehranjevanje? V bistvu z njimi pol navežemo. Mi zelo velik z nevladnimi, telimi lokalnimi pa regijskimi sodelujemo. Bl je to pr srednješolskih, oziroma mešanih. Osnovnošolskih nimamo. Pr ns je bil primer, jemanje teh tablet analgetikov. Nabirala, nabirala je deklca in potem je, si jih pač nabrala dovolj, jih je vzela ampak to so druge stvari, to ni trava, xsi in extasy.

Te sintetično. Predvsem te sintetične droge so ble. K jih v bistvu sploh ne zaznaš.

Ja nč, ob njemu si. Druzga ti ne preostane k, da si ves čas v tem. Lej, tut kle ane, kle, js se spomnm iz srednješolske skupine, delaš na tem, da krepiš skupino. Sej v bistvu morš skupino začeti v akcijo In tut so tukej sodelovalni. K se je napila, pa so jo prpelal v skupino, ves čas delaš na tem, kaj more nardit. Izkušnjo dobijo slej ko prej. Pa je tut ne preprečujemo, ker je prov, da jo dobijo. Gremo v tveganja.

Zaupen odnos, v bistvu kle je odnos pomemben, da dobiš mulca na svojo stran. Sam sej ga hitr prepoznaš. Kok deleč bo tut on šel, kok ne. Recimo konkretno, je bil skupen konsenz in dogovor, da gre na cesto. In je bil na cesti. In je živel, mel smo minimalen kontakt z njim. Telefon. Tko smo ga vodil.

Pa kšna droga, samopoškodbe, vse to. Tko, da kle je spekter tak, nacepljenih stvari.

Kokain, THC, amfetamini. To je ta trojček, najpogostejše droge. Potem so vse kemične kar prihaja na trg.

Trave. Skor največ.

Težava je tudi, ker ne moremo vsega ugotovit. Mi zaznavamo, da z mladostnikom ni vse okej, test nič ne pokaže. To je pa kakšen je odnos med nami, kakšno je zaupanje. Zelo fino je kadar pripelješ mladostnika do te faze, da ti pove. Ne rabi ti konkretno povedat. Ampak pove ti kaj je, kdaj je. Konkretno imamo mladostnika v skupini, je v začetku čisto vse zanikal. Zdej čisto vse pove. Prišli smo do te faze zaupanja, da mogoče pa bo reku zdej bom pa nehu pa poskušam bit tri tedne brez. Kar je pr travi zelo težko. Iz tega vidika je fajn, da je ta PAS program, k so potem primorani vstopit v njega.

Ja. Ob vstopu v zavod podpišejo dovoljenje, da se jih urinsko testira. In potem naša medicinska sestra izvaja te urinske teste. Lahko zavrnejo ampak potem mu mi povemo, da je on za nas na vse pozitiven. V kolikor zavrnejo so pozitivni na vse. V prvih mesecih glede na individualiziran načrt se mladostnika testira. Čeprav ne kaže nobenih znakov alpa odkrito pove, da ne uživa. Takšen dogovor imamo. Vsakega testiramo nenapovedano. In potem se pripravi načrt za njega. Tisti, ki pa potem uživajo so testi sestavni del programa. Tudi imajo pedopsihiatra, ki obravnava mladostnike, ki so na trdih drogah.

Recimo tudi meni potem povejo ja sem bila pozitivna ampak sem samo dve črtici. Alpa to tendenco... nekak mi ne mislimo, da je test najvišja oblika institucionalnega programa ampak je pomožno sredstvo. In tudi včasih moram vzgojitelje opomnit, da test ni alfa in omega ampak je test del programa in se včasih uporablja v oporo temu mladostniku. Tu mam neko kulturo testiranja. Ni brutalna alpa ni tku... Vzporedno je pač tudi testiranje. Brez tega ne mormo.

Problem nastane pri tistih mladostniki, ki ne sodelujejo alpa ne želijo sodelovat, niso odkriti. Predvsem tisti, ki uživajo trdo drogo. Tisti pridejo v zavod in preprodajajo drugim in vemo kaj to pomeni. In oni lahko s tem početjem sebi nardi vlko škodo alpa drugim mladostnikom.

Problem je tudi k nekoga želiš napotit v zunanjo ustanovo pa ga ustanova ne sprejme alpa se starši ne strinjajo.

Mi velik sodelujemo z društvom človek ne. Projekt človek. To imamo vse leta sodelovanja. S CZOPD smo velik sodelovali zdej ma zelo malo. Zto kr majo sami velik. Kastelc reče, mi nimamo kej smo polni. Sodišče jih pošlje k majo olajšave pri zaporu, če hodi na CZOPD. Tukej zdej za rečt nimamo zunanje opore. Vsi programi temeljijo na prostovoljnem pristanku. In sodišče zelo redko ali nikoli... to pogrešam, da bi sodišče večkrat odločilo, da je zdravljenje obveznost za mladostnike

Kaj pa pol..... k pride v zavod zadet alpa čist gotov? Pokličemo zdravniško pomoč, če ocenimo, da je tok zadet, da ga odpeljejo. In potem nam ga pripeljejo nazaj.

Ubistvu je praksa taka bom rekla, da sej, če se ti to v skupini zgodi pokličeš zdravnika. Zdravnik je tisti k presodi. Sej tudi, če bi karkoli blo je tud on odgovoren. Ker ti se podvizaš, naslavljaš na njega, mladostnik je ogrožen, to je blo v preteklosti. Opazuješ mladostnika, vsake pol ure, zbudiš ga. V nočem času si bolj al manj z njim. So pa tudi ostali, če so zraven, zelo subtilni, želijo pomagat. So vseen tok povezani, da nikoli nisi naleten na upor ostalih mladostnikov. Ti čjo pomagat

Pri samih drogah je tako, da smo na vezi. Js ponoči sem vedno dosegljiv in se potem posvetujemo. V slabem primeru tudi pridem sam ali pokličem nekoga, ki je v bližini, da pride pomagat. Če je nekdo tako zadet, da komaj živi ni lahko tistemu, ki je sam ponoč z njim.

Ni problem sam uživanje droge, problem je tudi posredovanje droge. Preprodaja droge ane.

Projekt Človek pa CZOPD. Imamo pedopsihiatria. DrogArt.

Zdej, če lahko js opišem en konkreten primer. Mladostnica, ki je bila nameščena še preko CSD- ja, torej prejšnjega režima in je bila pri nas tudi nameščena. Ves čas ima težave s trdo drogo. Je znala tudi zelo dobro manipulirat z urinskimi testi ne. To pomeni, da se je potem kazalo kot negativno. CSD pravi, da ne morejo nič nardit. Pritiskam na njih že dve leti, zaradi tega nej dajo predlog na sodišče. Tu v tem primeru se ne ve točno al CSD še vedno izvaja ukrep al je to premeščeno na sodišče. V kolikor je premeščeno na sodišče bi morali, če bi želeli na sodišče naslovit, imet tudi številko primera. Tukaj gre pravzaprav za, je zlo odvisno od kak bi rekla, posameznika, koliko se zavzame. Oni pravijo, da nič ne morejo. Mi z njo ne moremo delat, ker je preveč pod vplivom. Šolstvo je čist neučinkovito. In je to za nas velik problem. Dejansko ni možno delat s tako osebo. in tukaj imamo čist zvezane roke k smo pač izvajalci ukrepa ane in pač ni v otrokovo korist. Dejansko ni možno delat s tako osebo ne. Kam drugam brez njene privolitve pa ne more it, ker zdravljenja kakršnegakoli, so lahko samo s prostovoljno udeležbo. V zdravstvu je to najlažje rečt.

Pa jih moramo zdej izvajat tako aktivistično, ker ni sistem odzadej. To kar me skrbi kot ravnatelj je, nasilje preko spleta. To je neobvladljiva masa. Tukej delamo na ozaveščanju. Mi jim ne ugasnemo interneta.

Pač majo dostop do njega. Razn takrat, ko se izvaja pouk alpa v vzgojni skupini program, drugače pa ne.

Ponoči morajo oddat telefone. Ob pol 11. To je čist iz takih zdravstvenih razlogov. Brezveze, da bi jim neki blokirali. To so srednješolci. Smo meli tudi nekej primerov, ko je bla odvisnost od teh elektronskih pomagal kar velika.

Rečmo en del njih samih reagira. In potem recimo, js sm mel primer, ko so mi prinesli posnetke, poglejte ravnatelj kaj se dogaja. Potem sme si jaz to poslikal in smo iz tega naredili velik halo ne. Ne v smisli kaj to pomeni, kaj se je zgodilo. Mi smo šli mim tega. Dosegli smo sicer, da je tisti umaknil posnetek s spleta.

Pri prepovedanih substancah mislim, da je trava tista, se pravi marihuana je tista, ki je najbolj razširjena. Stvari se pravi bolj trde oziroma bolj drugačne ne, se mi zdi da so se pa pojavljajo pri posameznikih ne, da se te trde stvari bolj pojavljajo pri posameznikih, da bi tk na splošno lahko govorili o nekem spidu nekih anfitaminih, ne to se pojavi ampak to se mi zdi da tut ostali mladostniki nekak zavračajo ne. Tak trava se jim zdi kr splošno sprejemljiva, saj večini, če izvzamemo še osnovno šolske otroke ali mlajše, drugače pa amm tak da bi zaznali recimo odvisnost z nekimi tršimi stvarmi, pa se mi zdi, amm popravte me kolega, mislim da nismo meli.

Mi mam tako, da jih vsake tolik časa testiramo, imamo tud v skupini da jih testiramo, tiste če ki vemo, ampak tudi grejo v bolnico tudi na testiranje in tudi ne ni se držijo ne. Trava alpa kaj takšnega ne, ampak večina tisti ki pridejo ki lahko gredo domov ne ko pridejo v nedeljo nazaj sej vidiš takoj ne samo v oči pogledaš ne pa se pol testirajo ne. In pol rečem al je al ni niti ne gre na testiranje, pove, prizna, če pa vztraja te pa neče nič pol pa grem na testiranje v bolnico, tak da.

Ja pa smo hodli tut v zdravstveni dom ne spremljali tiste ki so že nekaj, al kadijo al uživajo ne smo hodli pol tud na center za preprečevanje odvisnosti, pa smo hodli v zdravstveni dom tja jih pospremiš zdraven da so pri urini ne ga potem dajali redno. Pa recimo dobro sodelovanje je tu vedno ne potem pač na policiji in na odseku za mladoletno prestopništvo ne ko je tu recimo vedno tudi hitra odzivnost ne pa kadar smo recimo karkoli našli ali je bil sum ne, tud če ne recimo za kako drugo obliko droge, ni blo samo trava ne zdraven, takoj smo res obvestili policijo se je prišlo v hišo in seveda v zadnjih letih absolutno tudi nekoga od skrbnikov za pogovor no, absolutno nikoli ne poteka pogovor samo miličnik pa mi pa

mladostnik, če je le potem še kdo od svojcev oziroma uradnih skrbnikov, predvsem pri mladoletnih absolutno ne pa tu je bla vedno hitra odzivnost ne.

Center za preprečevanje odvisnosti, projekt človek,

Pa zdaj ne vem, če sta še to rekla. Pa tak dejansko ko otroka daš spat, če vidiš da je ok, če pa pač vidiš da je blo predozirano al karkoli ne pa dejansko da presodiš da ni potem pa pokličeš ne. Definitivno ne, kar reševalce, ker ni za reskirat, pa tudi so že šli na črpanje ne, ker je res nevarno da je ogroženo življenje ne. To takoj pokličeš če vidiš ne, do kjre meje gre ne. V bolnici to tretirajo kot poskus suicida, se pravi taka opitost, tak da ga kr prestavijo na psihiatrijo oziroma pedopsihiatrijo.

Vse poznane in tudi vse nepoznane. Mislem tut to, ka ne vemo kva je, ka tut otroc ne vejo kva je. Jaja, pa ful neki teh...zdravil ane. Recimo, so ugotovil zlo hitr, da če grejo pojamrat dobijo pač razne antidepressive in tko naprej in da se to tut zlo uspešno dila. Tko, da sploh ne uporabljajo zdravil, ampak hodjo k zdravniku zato, da jih potem prodajajo...in kaj nardimo, am prou to zlo težko sploh ugotovimo ane....nč, skušamo to pač ustaut tko, da kličemo dohtarja pa razložimo, da se to pa to dogaja. Tuki smo zlo težko prepričljivi, tuki se zlo težko prepričamo, v smislu, da se to res dogaja, da dohtar verjame, da je pač otrok, da je tablete, tko nekako ane...pa da ne predpisuje, da predpisujejo čist samo minimalno uno če rab za en mesec točno 30 tablet in ne za tri mesce, tko.

Pedopsihiatri DAJEJO.

Kar se tiče pa psihiatru, pa jaz mam občutek, da smo nekje smo prebil, pred enimi ka pa jaz vem, pred enimi štirimi, petimi, šestimi, kjer smo provzaprov šli mi na psihiatrijo zahtevat podatke, to je blo tko, k da smo mal okupiral, čist vsi vzgojiteljski smo se nabasal tm in od tistga trenutka naprej tko hecn ka ful dobr sodelujemo no, pa dobimo informacijo pa pol kdaj zablužijo, pa je veste vam ne mormo vsega dat, prou pol pa mejte otrok ane. Mislem, jaz ne morm z nemu bit nastanjen, pa spat, pa mu gate štet, pa na konc ne vedet kva mu je. Zdej se mormo odločt ane. Potem pa začnejo približn mal popuščat, tut tm kjer mogoče so mogoče malo rezervirani pr teh stvareh. Tko bl po človeških platah, formalno pa tut mi ne dobimo diagnostičnih, če pa že je pa gor napisan ane F95, pa zdej sam piši ti ane. Itak nam nč ne pove.

Z nenasilno komunikacijo recimo pač do te mere, tok intenzivno, da za vsak sestanek, ka ga ma naš mladostnik tam, komuniciramo v smislu a je pršou, kako je sodeloval in tko naprej...isto DrogArt, isto...Projekt Človek. Poskušamo sodelovat z vsemi, kjer so naši mladostniki upeti v karkoli. Mi delamo CZOPD in sicer nevladna no, center za odvajanje od nedovoljenih, z Muzo, nedavno še... Zlo velik smo z Legibitro smo sodeloval tut v prejšnih generacijah in tko, tist kar se pokaže kot potrebno.

Pri nas pa je zravn tega še vedno obvestilo staršem. Mislem to ne pomen na papirju, ampak se po vsaki take krizi, intervenci oziroma posebnosti, vedno obvesti starše in potem pa odvisno, kaj...odvisno od samega konteksta, ampak velikokrat so tudi starši nemudoma vabljeni na pač nek krizni pogovor v zvezi s tem dogodkom. Če so droge zagotovo.

Testiranje: Ja random. Tko kukr se zmislemo, kukr vidmo, da je opasna situacija, se lahko kr zmislemo, mamo tak dogovor tut s starši. Am..to se zgodi tko, da ob enih dvanajzih štartamo, ko prhajajo iz šole in jih testiramo kr po vrst ane. Je pa pr nas odnos tist, ka odpira te teme. To je tut, da otroc pridejo pa samo, testiranja ne rabš, ti lahko kr povem ane, tko, da je redko, da bi mogli usilt kšno stvar. Kšni z veseljem seveda, ker že nevem 1 let ni trave kadil pa pol, takoj grem scat, dvakrat če je treba pa tko. Je pa problem s tistimi, ka majo težave. Tm pol rešujemo, čas prnese tisto, da ne rabmo niti s policijo se ukvarjat, niti s testi, niti..zato ka se začnejo sesuvat ane, ka vidjo, da majo probleme, da je neobvladljivo ane.

Tabletke ane, marihuana pa tabletke sintetične, alkohol. To vemo po vedenju, smo opažali. Naš pravilnik to prepoveduje, to so stroge kršitve to zdaj vedno gremo po pravni poti do kje in kam lahko. Tudi piše, da odstraniš otroku nevarne predmete poleg seveda teh prepovedanih, ampak ne smeš pa posegati v njegovo lastnino. Moraš otroka pripraviti, da ti pokaže, da ti sam da, da ti izroči. Saj, če se odloči, da prinese, potem prinese.

Ja tudi ja, pridejo, pride policija in naredi zapisnik, zaseže stvari. To imamo zelo dobro. Včasih tudi kaj zmešajo pa potem, da policija v analizo, ker tudi sami niso prepričani, če je to, ker znajo na različne načine. Zunaj tudi puščajo stvari, pa pred leti so imeli celo, jaz se ne spomnim kaj, mogoče se ravnateljica, neko strupeno rastlino so zaužili. Neko zvončnico halucinogeno.

Preučuješ, zdravnika tudi dobit, če je zlo hudo, drugače so v skupinah z ljudmi ane in nič čakaš, da mine. Ko popusti ane, če imaš srečo gre spat.

Tudi smo jih vključili v te centre, smo vozili tudi jih k specialistom, ki se ukvarjajo z odvisnostmi.

Trava v bistvu je bila najbolj pogosta.

Testiramo pa jih. Tiste, ki so rizični se jih vozi, včas tut tedensko.

Sej pravm, ja to je v okviru ja zdravstveni dom, ambulanta za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih substanc, in tam tiste, ki pripeljemo testirat, tut preventivno delujejo. Mi, ko smo imeli težave, smo prov se ukvarjali s tem, da bi imeli nekako skupino, ki bi delala z temi, ampak potem so tej šli. Tako, da zdej pa res nimamo teh težav. Lahko pa bo.

Mislím ja teh drog je skoz več v bistvu. Jaz sem sicer mela najbl sintetična droga, v bistvu je bla pa res tut že prej. Letos pa tut že prejso se pa pojavle ta sintetika. Konc devetga razreda je bil odvisen na kokain, mislim pozitiven na kokain, amfetamine beta, kaj so? Vse kar je možno je pojedu. Problem je te sintetike, ker so tut vnosi lažji, ker ne veš. Ne vohaš. Nič.

Delamo pa urinske teste. Ob sprejemu, desetko, uno vse. In potem po potrebi še.

V bistvu mamó tud timske sestanke, tako da je recimo en bil pozitiven, se ga spremlja. V primeru, da vidmo, da ima res problem, se ga vključi v neko obravnavo. Društvo Projekt Človek. Drogart, Zavod Pelikan. Kle je v bistvu zlo pomembna hitrost, ne, da se čaka. Da poiščeš pomoč.

Mi poskušamo spet ta ne-prostovoljni mus. Če mi zelo vztrajamo in odločno, potem tudi sprejme. In nobenga ne mormo prisilit. Ampak bolj, ko čuti, da smo mi 100 % odločeni in nekak to more.

Da je otrok tok pod vplivom substanc, bi sigurno klical 112, ne bi prevzemal te odgovornosti. Zdej mal ga opazujemo, da vidmo ali se trezni ali je vedno boljš. Če se pa vidi, da je čist v svojem svetu, bi pa sigurno klical 112.

Zej se pa mal, zdej k so sodišča mal bl počasneje delajo in presodjo vse. To je pač sistemski problem. Se pozna. Mel smo tud, spet to je 20 let nazaj, primer, ko je nekdo, sicer med vikendom doma, umrl zard metadona. Naš gojenc. Predoziranje.

Tko, da tut pri drogah, se mi ne poslužujemo tega, da bi bolj osveščal o drogah in posledicah, ker jih to zanimiva. Ampak v bistvu vse druge stvari. Šport, drugo, tretje.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Torej kot vidimo, v strokovnih centrih otroci in mladostniki poznajo vse vrste drog, še tiste, ki jih vzgojitelji ali oni sami ne poznajo. Najpogosteje se zlorablja marihuana, sledijo različne vrste sintetičnih drog, kokaina ipd. Problem nastaja tudi z zdravili, ki jih predpisujejo pedopsihiatri in so predmet zlorab pri otrocih in mladostnikih.

Vse ustanove se poslužujejo urinskih testov, hkrati sodelujejo v urgentnih primerih z zdravstvenimi službami, po potrebi tudi s (pedo)psihatrijo, kakor tudi z nevladnimi organizacijami. Med njimi so omenili največkrat Projekt človek, nadalje Drogart, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Muza, Legebitra in Zavod Pelikan.

Sodelujejo tudi s policijo.

Po odgovorih sodeč droga ni toliko problematičen dejavnik, oziroma so se vsi bolj ali manj z njo spoznali do te mere, da vedo, da je potrebno toliko počakati, v tem času pa skrbeti za posameznika, da zadetost mine, oziroma, če je prevelika doza, da se pokliče urgentno službo.

Kljub temu bomo prikazali še en diferenciran model pristopa do problema zasvojenosti v vzgojnih zavodih. Gre za nemški model dela z mladimi s težavami z zasvojenostjo v vzgojnih zavodih po avtorjih Gruber, A., Leitner-Sautter, A., Seifert, T. in Wiegert, J (povzeto str. 12 - 40). Verjamemo, da večina tovrstnih pristopov naše ustanove tudi uporabljajo, vsekakor pa so priporočila dobronamerna in koristna.

V vzgojnem zavodu je treba izpolniti določena merila, da boste lahko pri delu z mladostniki, ki uporabljajo ali so v nevarnosti zasvojenosti, ravnali kompetentno, varno in primerno. Ta merila lahko razdelimo v tri kategorije: vodstvo, zaposleni / tim in mladi.

Če želite preveriti, ali lahko vaša ustanova dejansko zagotavlja učinkovito delo, morate kritično preučiti naslednja vprašanja. Pomembno si je odgovoriti na naslednja vprašanja:

Kategorija 1 – Vodstvo

- Ali poznate odnos strategijo vodstva do dela z mladimi, ki jim grozi odvisnost?
- Ali v vaši ustanovi obstajajo jasne smernice za reševanje odvisnosti ali zasvojenosti z mladimi?
- Ali se po vašem mnenju te smernice lahko dejansko izvajajo?

- Ali imate vtis, da je vaše delo z mladimi, ki uživajo nedovoljene substance, za vas zadovoljivo zavarovano s strani vodstva?
- Ali prejimate podporo svojega vodstva v posebej težkih primerih?
- Ali imate v svoji ustanovi dovolj dostopa do strokovne literature?
- Ali imate priložnost za nadaljnje usposabljanje glede dela z odvisniki?

Kategorija 2 - zaposleni

- Ste intenzivno razmišljali o svojem lastnem odnosu do zasvojenih snovi?
- Ali ocenjujete stopnjo tveganja in razširjenosti odvisnih snovi, kot so alkohol, nikotin in zdravila, drugače od tistih, ki so prepovedane, kot so hašiš, kokain in heroin?
- Ali se zavedate situacij, v katerih so se pojavile te zasvojenosti?
- Ali vas je vodstvo pred sprejemom na delo vprašalo, ali ste pripravljeni sodelovati z mladimi, ki jim grozi odvisnost?
- Verjetno ne bo vsak mladostnik, ki uživa odvisne substance obravnan enako v primeru kršitev pravil. Nekateri mladi se vam lahko zdijo bolj všečni, drugi pa bolj nepriljubljeni. Ali o tem govorite v timu?
- Ali poznate odnos svojih kolegov do zasvojenih snovi?
- Ali poznate mnenje kolega v zvezi z delom z mladostniki, ki se zasvojijo ali se ogrožajo z zasvojenostjo?
- Bi lahko rekli, da podpirate stališče tima?
- Ali ste se dogovorili o soglasju v celotnem timu glede obravnav odvisnih mladostnikov, ki ste ga sposobni oziroma pripravljeni izvajati vsi zaposleni?
- Ali imate vtis, da tim sodelovalno deluje v kritičnih situacijah?
- Ali se pri sprejemanju težkih odločitev lahko zanesete na solidarnost svojih kolegov?

- Ali v timu obstaja tekoča izmenjava informacij glede težav z zasvojenostjo?
- Ali menite, da ima vaša skupina enotno mnenje o potrebah in težavah mladostnika, ki se odražajo pri uporabi odvisnih snovi?
- V celotnem timu se strinjate glede obravnave odvisnih mladostnikov.
- Ne dovolite, da vas mladi, vodstvo ali zunanje osebe v kritičnih situacijah razdelijo kot tim. Vnaprej določeno in izbrano pot je treba vzdrževati. Prepričajte se, da je znotraj vaše ekipe solidarnost.

Kategorija 3 - mladi

- Pogovorite se o odvisnosti in uživanju, ko se pogovarjate z mlado osebo.
- Z mladimi se odkrito pogovarjajte o odvisnosti, pa tudi o posrednih posledicah o odvisnosti, kot sta npr. kazniva dejanja in prostitucija.
- Med pogovorom z mladostniki govorite o objektivnem pristopu k odvisnosti; od zlorabe do odvisnosti in o zlorabi hišnega reda ter posledicah.
- Mladostnike, ki uporabljajo odvisne snovi, povprašajte o njihovih potrebah in subjektivnem pomenu, ki ga povezujejo z zasvojenostjo. O tem obvestite tim.
- Ustvarite načrt pomoči v omejenih, določenih obdobjih (npr. tedenski urnik) in ga uskladite s tedenskimi cilji. To olajša preverjanje ciljev in jih po potrebi hitreje revidira (vprašanja, kot sta kazniva dejanja in prostitucija, sta lahko tudi del načrta pomoči).

Soodvisnost je vedenje, ki izhaja iz negotovosti in ki lahko zavestno ali nezavedno podpira ali vzdržuje začetno zlorabo ali obstoječo odvisnost drugega. Večino časa se to zgodi tako, da pogledamo stran, ne zaznamo, trivializiramo, žalimo ali prikrivamo. Obstaja veliko razlogov in izgovorov, da se ne odzovemo na očitne težave z odvisnostjo in postanemo soodvisni:

- Kaj naj rečem tam?
- Zakaj bi se morali vključiti?
- To ni moj problem!
- Ostali naj poskrbijo za to!

- Dokler se zabava!
- Dokler me ona / on pusti pri miru!
- Ničesar ne morete storiti glede tega!
- Kaj naj storim tam?
- Ne morem samo govoriti z njim / njo!

Nasveti za izogibanje soodvisnosti

Izogibajte se soodvisnemu vedenju. Predvsem pa se zavedajte, da imate v vlogi vzgojitelja do mladih poseben odnos zaupanja. To bi moralo biti značilno kot odprtost, partnerski odnos, bližina, omejitve, pa tudi (partnerska) oddaljenost. Vrsta odnosa, ki obstaja med vami in mladostnikom, v veliki meri določa, ali lahko najdete dostop do mladostnika, tako da odprto spregovorite o temi zasvojenosti in - če je potrebno - dosežete spremembe v znanju, stališčih in vedenju. Zato avtorji predlagajo naslednja pravila.

Nasvet 1

Vzrok usmerjenosti

Ne omejujte dela z mladostniki, ki uživajo. Osnova našega dela niso simptomi, ampak vzroki, ki so posledica uporabe odvisnih snovi. Pri mladostnikih je tema "odvisnosti" v večini primerov sekundarna, saj je to pogosto simptom težav in ne samostojna težava. Najprej prepoznajte te simptome, nato se lahko ustrezno odzovete in opozorite na druge možnosti. Vzpostavitev odnosa zaupanja. Pokažite, da ste pripravljeni iskati rešitve skupaj z mladostnikom. Pojasnite, da boste na voljo tudi za razprave v daljšem časovnem obdobju. To je potrebno za izgradnjo odnosa zaupanja ali dovolitev rasti obstoječega odnosa zaupanja. Če je to prisotno in ima mladostnik / mladostnik vtis, da mu kaj dajete (npr. zanimanje za osebo ali pozorno poslušanje), šele po tem je smiselno govoriti o uporabi odvisnih snovi. Če ni zaupanja, se bo pretvarjal, da se je že odpovedal zasvojenim snovem.

Nasvet 2

Razumeti problem zasvojenosti kot vstopno točko za spremljevalno delo, ki se nanaša na razvojne ovire ali primanjkljaje, težave pri soočanju z vsakodnevnimi težavami, osebnim

primanjkljajem ali vedenjskimi motnjami skupaj z mladostnikom lahko tudi zahteva, da se soočite, vadite in po potrebi spremenite svoje pristope in razumevanja. Procesna spremljava mladostnika je nujno potrebna. Poudarek je izključno na vzgojni podpori. Ključno je, da imajo otroki in mladostniki isto odnosno osebo; tudi če znotraj strokovnega centra menja program. Najprej se pogovorite o vedenjskih težavah, ki jih zaznate pri mladostniku. Pustite mu čas, da govori o svojem doživljanju drog. Če med vami in mladostnikom ni zaupnega razmerja, lahko zgodnje izražanje suma zasvojenosti z odvisnostjo povzroči prekomerno delovanje in povzroči obraten učinek. Odnosno delo ali osebna vez in spodbujanje odprtosti sta osrednji temelj skupnega dela.

- Bodite zgled in bodite odprti.
- Zavedajte se, da mlada oseba išče in zahteva pozornost vas in vaših sodelavcev. Zagotavljanje odgovorov je bistveni del vašega vsakodnevnega izobraževalnega dela.
- Mladim ne bi smeli povedati samo, da je odprtost osnova dobrega sodelovanja, ampak bi morali to tudi pokazati. Zato se na odkrite izjave najstnika ne odzivajte s kaznijo, ampak s predlogi za spremembe in pomoč (če je kljub prepovedi najstnik še vedno pil alkohol ali kadil hašiš, vendar vam to pove...).
- Ne oblikujte notranjih ovir, ampak najprej poslušajte, kako mladostnik vidi situacijo. Prosite, da situacijo čim bolj podrobno predstavi, namesto da preuranjeno podate mnenja in ocene.
- Poudarite potrebo po nadzoru in jih izvajajte rutinsko, tudi če obstaja samo sum. Preglednost in kontinuiteta vašega vedenja sta pomembni.
- Učinkovita namestitvev in ponudbe pomoči, ki so bile uvedene za druge mlade, lahko tudi tem mladim pomagajo, da odkrito poročajo o svojih težavah.

Nasvet 3

Delo na odnosih - spodbujanje odnosa na podlagi partnerstva in tesne povezanosti. Ustvariti je potrebno socialno in čustveno varnost. Bodite odprti za težave in potrebe mladih. To pomeni biti na voljo za pogovor, biti zaupnik ali svetovalec.

- Zato imejte pri roki ponudbe za podporo. Njihova glavna naloga je, da glede na stopnjo nevarnosti pokažejo ustrezne načine: od pogovora z mladostnikom o tej temi do pripravljenosti mladostnika, da poišče nasvet, če se težava pojavi.
- Vedno si prizadevajte za preprost in razumljiv jezik. Toda ne sprejemajte žargona mladih v smislu prilagajanja.
- Poskrbite, da se bodo mladi vključili in se o tem pogovorili. V razpravo o zadevi vključite mlade.
- Ustvarite situacijo pogovora, v kateri vas težko moti.
- Izogibajte se obtožb.
- Pogovorite se o skrbi glede sprememb v vedenju.
- Navedite konkretne primere situacij, v katerih ste opazili spremembe.
- Ne zapletajte se v zasebne, šolske ali poklicne težave. Blokirate usmiljenje in razumevanje.
- Sledite svojim napovedim.
- Izogibajte se smernicam. Namesto tega se odločite za odprto obliko pogovora. To vključuje:
 - poslušajte, pustite do konca, verbalizirajte čustvene vsebine;
 - izrazite svoje razumevanje problemov, s katerimi se srečujejo mladi.
- Prepričajte se, da ste med sprejemanjem in razumevanjem potegnili potrebno črto. Pomembno je pojasniti, da sprejemate mladostnikovo osebnost, vendar še vedno ne morete in nečete razumeti vsakega vedenja.
- Poskrbite, da boste tudi sami uporabljali pravila, ki veljajo za mlade.
- Zavedajte se, da ima vaše vedenje do mladih značaj vzora in ga mladi pozorno opazujejo.
- Mlademu sporočite, da ni sam.
- Preprosto priznajte svoje slabosti in hkrati razložite, kako ste se sami spoprijeli s težavami. Tako se boste približali svetu in vsakdanjem življenju mladih in postali boste bolj zanimivi kot vzornik.

- Znova in znova preverite, ali porabite več časa za pogovor z mladimi, namesto da bi se pogovarjali z njimi.

Nasvet 4

Omejitve - oddaljenost na podlagi partnerstva

Zavedajte se meja med partnerstvom in odprtostjo na eni strani in matematičnim vedenjem (kot hiter način za prepoznavanje kako se stvarjem streže) na drugi strani.

- Ne bodite pomočnik, ampak spremljevalec v zapletenem postopku pomoči. Na ta način se izognete, da bi pomoč preveč polagali nase, preveč zahtevali od sebe in pretiravali.
- Vaša prizadevanja, da mladostniku pomagate pri doseganju omejitev, če mladostnik tega ne želi. Zato se vedno spomnite: zavedajte se svojih omejitev.
- Večja kot je mladostniška motivacija za delo, bolj odprto se lahko lotevate teme odvisnosti in dosežete spremembe v znanju, stališčih in vedenju pri mladostnikih.
- Preživeti konflikt v primeru kršitev pravil brez strahu pred izgubo ljubezni. Če mladostnik spozna, da se ukvarjate izključno z njihovimi težavami in jim želite pomagati, bo začetnemu umiku sledila odprtost.
- Odprtost vključuje pregledno vedenje in dosledno ukrepanje. Mladi se morajo zavedati, da ima kršitev pravil posledice. Tega se morajo zavedati.
- Ne sprejemajte habitusa (jezik, slog oblačil itd.) mladih.
- Ne pustite mladim, da sodelujejo v vašem zasebnem življenju.
- Ne kritizirajte nikogar v njihovi odsotnosti.

Nasvet 5

Prvi koraki na poti do nasvetov

V svoji vlogi ste odgovorni za mlade. Med drugim tudi pri prepoznavanju faz in trenutkov, ko mladostnik obupno potrebuje podporo. V primeru zlorabe odvisnih snovi je pomembno, da to

pravočasno prepoznate. Glede na stopnjo tveganja je zato treba tehnično razlikovati, katera snov je bila vzeta. Če se pojavijo resne vedenjske motnje v povezavi z uporabo odvisnih snovi, se je v vsakem primeru treba posvetovati s svetovalnim centrom za odvisnosti. Nato je nujno posredovanje v centru za svetovanje o odvisnosti. Za mladostnika je pomembno in koristno, če se z njim dogovorite za sestanke in da ste. spremstvo v npr. v svetovalni center. Za uskladitev skupnega pristopa je koristno vzpostaviti stalen stik z zaposlenimi v svetovalnem centru.

Priporočila

Kategorija 1 - Vodstvo

- Vztrajajte, da ima vaša ustanova zavezujoče, pisne smernice, kako ravnati z mladostniki, ki uporabljajo ali jim grozi odvisnost.
- Ustvarite "resnične" smernice za vašo ustanovo. Vprašajte, kaj lahko vaša ustanova dejansko zagotavlja, če pride do težave.
- Prepričajte se, da se obstoječe smernice (lahko) izvajajo ob upoštevanju posledic tega za delo z mladimi.
- Smiselno je, če v vašo ustanovi deluje vsaj en usposobljen specialist, ki je seznanjen s temi zasvojenostmi in je dejansko kompetenten.
- Prepričajte se, da imate dostop do strokovne literature v vaši ustanovi.
- Izkoristite ponudbe za nadaljnje izobraževanje in usposabljanje, ki temelji na odvisnosti.
- Zahtevajte redne supervizije.

Priporočila - kategorija 2 - zaposleni

- Razmislite o svojem lastnem odnosu do zasvojenih snovi.
- Kritično preučite svoje dožemanje problema odvisnosti v naši družbi. Poskrbite, da se vaše razumevanje odvisnosti ne nanaša samo na nezakonite snovi.
- Ne pozabite, da boste pri mladostnikih vedno vzornik.

- Ne pozabite, da niste reševalec in ne zdravilec, ampak vzgojitelj mladih, kljub obilici prepletenih vlog.
- Pokažite mladostniku, da so za vas težave, ki jih ima mladostnik, v ospredju in ne problem, ki je sprožen s strani ustanove ipd.
- Priznajte, da sta vaši simpatiji in antipatiji do mladostnikov različna, da najbrž ne boste obravnavali enako vseh mladostnikov, vsekakor pa boste se trudili.
- S sodelavci se pogovorite o njihovem odnosu do zasvojenih snovi.
- V celotni skupini pridobite soglasje glede obravnave odvisnih mladostnikov, na način, da ga lahko vsakdo podpira.
- Ne pustite, da vas mladi, vodstvo ali zunanje osebe v kritičnih situacijah ločijo kot tim, poskrbite, da bo znotraj vašega tima solidarnost.
- Poskrbite, da se bo celotna ekipa redno izmenjevala glede težave z zasvojenostjo v vašem objektu. Vsi člani skupine morajo imeti splošno pripravljenost sprejeti to temo.

Priporočila za kategorijo 3 - mladi

- O zasvojenosti in uživanju govorite, ko pogovarjate mlado osebo.
- Odkrito se pogovarjajte z mladimi o posrednih posledicah v odvisnosti, kot so npr. kazniva dejanja in prostitucija.
- Med pogovorom z mladostniki se pogovarjajte o objektivnem pristopu k odvisnosti; prav tako o odvisnosti in zlorabah ter opozorite na konkretne odlomke hišnega reda.
- Mladostnike, ki uporabljajo odvisne snovi, povprašajte o njihovih potrebah in o subjektivnem pomenu, ki ga povezujejo z zasvojenostjo. O tem obvestite tim.
- Ustvarite načrt pomoči v določenih krajše trajajočih obdobjih (npr. tedenski urnik) in ga uskladite s tedenskimi cilji. Kot rezultat, se cilji lažje preverjajo in po potrebi revidirajo.

Soodvisnost

6 nasvetov, kako se izogniti soodvisnosti

- Nasvet 1 usmerjenega vzroka
- Nasvet 2 Gradite odnos zaupanja
- Nasvet 3 Spremljevalni postopek - spodbujanje odprtosti
- Nasvet 4 Delo v odnosih - spodbujanje partnerstva in tesne povezanosti
- Omejitve 5. nasveta - razdalja, ki temelji na partnerstvu
- Nasvet 6 Prvi koraki do nasvetov

Negotovosti in reakcijski vzorci socialnih pedagogov

Strokovnjaki socialne pedagogike na splošno dobro reagirajo, sicer zelo različno, ko se ukvarjajo z mladostniki, ki uživajo droge ali so že od njih odvisni, v njihovih ustanovi. Ustrezni vzorci reakcij na vedenje mladih niso vedno vodeni z doslednimi premisleki in spretnostmi. Biografsko ozadje, osebne izkušnje z zasvojenimi snovmi in nenazadnje osebni odnos do zasvojenosti in odvisnosti pogosto igrajo pomembno vlogo pri odzivanju ljudi na odvisnike.

Stanje običajno postane bolj zapleteno, če vodstvo ustanove nima jasnih smernic ali če celoten tim ni jasno seznanjen s pričakovanji vodstva. Kopičenje številnih dvoumnosti pripomore k dejstvu, da se med posameznimi strokovnjaki preplavijo negotovosti:

- Negotovost zaradi pomanjkanja konsenza znotraj tima. Obstajajo tisti, ki so bolj tolerantni na eni strani in drugi, ki radi iz tega naredijo celo dramo.
- Negotovost v zvezi z oceno nevarnosti odvisne snovi (glede snovi, količine, načina uživanja, pravnega stanja itd.)
- Negotovost pri ravnanju z mladimi, ki so zadeti in imajo težave z zasvojenostjo.
- Negotovost, povezana z vodenjem ustanove, saj se zaposleni pogosto ne vedo, kakšen odnos - z vidika vodstva - naj bi zavzeli takoj, ko bodo spoznali uporabo odvisnih snovi.

- Negotovost, ker na eni strani ustanove sprejemajo mlade, ki že imajo očiten "problem odvisnosti", preden vstopijo v objekt. Po drugi strani pa številne ustanove, čeprav se počutijo "primerne" za to nalogo, še vedno nimajo izdelanih konceptov, kako delati s temi mladimi.
- Negotovost, ker še vedno pre pogosto spregledamo, da ukvarjanje z zasvojenimi mladostniki nikakor ni zgolj tehničen problem, ki ga je mogoče nadzorovati in razjasniti na ravni znanja, ampak je vsaj v enaki meri strukturno in skupinsko dinamičen, saj vpliva na celotno ustanovo. Ker je večji potencial mladih za tveganje, je tudi manjša pripravljenost usposobljenih delavcev, da želijo sodelovati s temi mladimi.

Množica negotovosti je odgovorna za dejstvo, da se vprašanje, kako ravnati z mladimi, ki uživajo odvisne snovi, še vedno običajno obravnava preveč institucionalno. Vedno več mladih v ustanovah ima izkušnje z zasvojenimi snovmi ali jih uživa. Zato se ustanove ne morejo izogniti razvoju strokovno ustreznih in kompetentnih pristopov, povezanih z odvisnostjo.

To deluje zadovoljivo, ko prepoznamo zasvojenost z uporabo odvisnih snovi iz optike:

- vprašanja zadovoljstva mladih,
- kadar tega ne vidimo kot nekaj povsem netipičnega za mladostništvo,
- kadar nima samo zveze z nezakonitimi zasvojenimi snovmi,
- kadar določeno mesto v opisnem profila zahteva pogled, ki si ga delijo vsi,
- kadar določite meje dela in življenja v ustanovi, ki jih je treba tudi sprejeti.

Zato je potrebna največja možna odprtost. Vendar to predpostavlja, da se mora vsakdo spoprijeti s tem, kako je - v danih konceptualnih, strukturnih in finančnih pogojih - mogoče delati z mladostniki, ki uživajo odvisne snovi in kakšne posledice ima to za konceptualno delo kot celoto. Če pa se tej dilemi izognemo, bodo opisane negotovosti ostale odprte ali prikrite in jih ni mogoče izključiti, posledično se bo zelo težko, dolgoročno reševal problem zasvojenosti.

Da bi odpravili situacijo, je treba vedno razjasniti, kako lahko vsi – vodstvo in strokovnjaki - ustvarijo skupno razumevanje teme mladosti in odvisnosti in kako naj bi na podlagi tega skupnega razumevanja sodelovali z mladostniki, ki uživajo odvisne snovi. Dobro utemeljen koncept, ki temelji na soglasju, ki ga potrdijo vsi strokovnjaki, mora biti zavezujoč.

Ta postopek razjasnitve vključuje tudi sklicevanje v konceptualni razpravi na različne potrebe mladostnikov s težavami z odvisnimi snovmi. Programi izmenjave s partnerji, ki nudijo specifično pomoč zasvojenim so koristni za razvoj modelov sodelovanja, seveda tam, kjer je to potrebno.

V nadaljevanju so predstavljene različne nastavitve podpore, v katerih se izvaja delo z zasvojenimi mladimi. Na splošno domnevamo, da ni treba oblikovati "posebnih skupin". Namesto tega naj bi razvili individualne nastavitve oskrbe, ki bodisi podpirajo obstoječo socialno mrežo, bodisi so usmerjene v vzpostavitev trajnostnih podpornih struktur. To je mogoče storiti tako v ambulantni ponudbi kot tudi pri bivanjih v obstoječih zavodskih ali stanovanjskih skupinah. Načeloma je treba jasno povedati, da se v ne izvaja terapija, ampak je zagotovljena intenzivna oblika pomoči, odvisno od razvojnih potreb mladih. Vsak sprejem je treba preveriti, ali je ponudba smiselna glede na resnični življenjski položaj mlade osebe, njihov razvoj, socialne spretnosti in izkušnje s sistemi pomoči.

Zahteve za sprejem

■ Osebna odločitev

Predpogoj za delo z mladimi je njihova odločitev za sodelovanje z vzgojitelji.

■ Pripravljenost za delo na vedenju in/ali simptomih

V okviru načrta pomoči je treba oblikovati, v kolikšni meri je mladostnik pripravljen delati na simptomih " odvisnosti".

■ Sprejem hiše brez drog

Mlada oseba mora na splošno sprejeti, da je ravnanje z odvisnimi snovmi v hiši urejeno v skladu z zakonom. Izkušnje so pokazale, da je treba sprejeti predpise: "Kaj pa, če mladi pridejo v hišo pod vplivom zasvojenosti?" Itd.

■ Sprejem sporazumov in dogovorov kot sklopa pravil

Kot del vzgojnega načrta se z mladimi sklepajo individualni dogovori. V zvezi s pogodbami o sprejemu v ustanovo se posamezni zaposleni pogajajo o podrobnih sporazumih. Služijo za samokontrolo mladim. Vendar pa delujejo le, če vzgojni odnos temelji na zaupanju. Z uvedbo

formalnega nadzora obstaja tveganje, da bodo mladi izgubili pregleden vedenjski nadzor in izhodišča za samoregulacijo.

■ Pripravljenost za refleksijo.

Oblika samokontrole zahteva določeno pripravljenost za razmislek o vedenju: "Kaj želite doseči zase, kaj želite narediti zase?"

Odnos med zaposlenim in mladostnikom je izhodišče za sodelovanje in razvoj. Za to je bistvenega pomena odnos, določen z medsebojnim sprejetjem. Glavni poudarek skrbi temelji na začetnih in trenutnih življenjskih razmerah otrok in mladostnikov. To se zlasti nanaša na vsakodnevno podporo in pomoč.

■ razviti vire in razviti nove vzorce vedenja (v posameznih primerih tudi tako, da jih na kratko odstranimo iz prejšnjih življenjskih referenc) in se soočimo z novo resničnostjo življenja in izkušenj;

■ podpora in vodenje pri strukturiranju dneva;

■ nabava ali vzdrževanje nastanitvenih in nastanitvenih možnosti, ki ustrezajo razmeram in možnostim mladih;

■ konflikti v »okolju«, v katerem prebivajo;

■ zagotavljanje osnovne fizične oskrbe;

■ vzdrževanje ali uvedba primerne šole, usposabljanja in delovnih možnosti;

■ ravnanje s uradi, organi in institucijami.

Nastavitve skrbi za vzgojno-izobraževalno pomoč pri delu z mladostniki, ki uživajo odvisne snovi, lahko označimo z naslednjimi izrazi: diferencirana ponudba, prilagodljivi prehodi in mrežna pomoč.

Strukturiranje vsakdanjega življenja

Strukturiran vsakdan ponuja jasnost, zanesljivost, usmerjenost in vam pomaga, da se naučite aktivno načrtovati lastno življenjsko pot. To je še posebej koristno za mlade pri težavah z odvisnostjo. Če so mladi brez dela, poklicnega usposabljanja ali šolanja dlje časa, se ta

vsakodnevna struktura zlahka izgubi. Redno in smiselno zaposlovanje je zato pomembno in mora biti izvedljivo kot del podpore in realizirano s sodelovanjem z drugimi institucijami.

Šola / izobraževanje / delo

Na področju šolanja, zaposlovanja ali usposabljanja mladih, ki uživajo zasvojenost, je več korakov, ki temeljijo na ideji o ohranjanju mladih v ustreznih sistemih ali po potrebi podpori na teh področjih kot alternativni. To vključuje zagotavljanje dogovorov z izobraževalnimi ustanovami, pa tudi priložnosti za zunanje šolanje. Občutljive pristočasne dejavnosti, ki jih mladostniki doživljajo kot privlačne, so bistveni pogoj, da lahko mladi izkusijo alternative uživanju odvisnih snovi. Hkrati pa kaže tudi, da samo rekreativna vzgoja ni dovolj. Ponudbe postanejo učinkovite, ko pomoč, povezana s posamezniki, podpira mlade pri spoprijemanju z razvojnimi nalogami za mlade in pri reševanju vsakodnevnih težav. To vključuje tudi razprave o temah šole, usposabljanja in dela. Šele, ko se lahko mladi na ustreznem območju relativno stabilizirajo, se lahko vzpostavi alternativa zasvojenosti. Za uspešno vključevanje v delovni proces je bistveni cilj omogočanje mladim, da se udeležijo šolskih in poklicnih usposabljanj. Glede na stopnjo razvoja mladih so v ospredju različne naloge. Po eni strani gre za iskanje zaposlitvenih možnosti ali postopno iskanje poti okoli celotnega delovnega dne, na drugi strani pa iskanje zaposlitve, preusmeritev ali spodbujanje šole / dela. Številne dejavnosti so usmerjene v krepitev vzdržljivosti in pomoči mladim, da realno ocenijo svoje izobraževalne in poklicne priložnosti.

Prosti čas

V tem okviru sta zelo pomembna zavestna zasnova in uživanje v prostem času. Prosti čas ne bi smel zaznamovati nesmiselnosti in dolgčasa, temveč mora biti izvedba privlačna ponudba prej dogovorjenega področja. Tako se lahko odkrijejo novi interesi in spretnosti, kakor tudi lastne omejitve. Za zaposlene to pomeni večjo pobudo in zanimanje za veščine otrok in mladostnikov, da zavestno spremljajo in oblikujejo svoj prosti čas. Ta preišljena organizacija prostega časa bi se morala odvijati tako v vsakdanjem življenju, pri posredovanju ustreznih ponudb na kraju samem, kot tudi v izkušenj usmerjenem prostem času, po možnosti z drugimi mladimi. Tukaj je veliko možnosti in potrebna je usmerjenost v njihove vire, ki jih morajo strokovni delavci odkriti in verjeti v še neodkrita potenciala.

Nega in skrb

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Različne izkušnje s pomanjkanjem in visok fizični in psihični stres mladih kažejo, da je pomembna tudi osnovna nega. Redna in uravnotežena prehrana; zdrav, odgovoren življenjski slog in skrb za lastno telo sta zelo pomembna. Ko to uveljavljamo v vsakdanjem življenju, ne smemo izgubiti iz vida cilja, da bi morali mladi postopoma prevzeti več neodvisnosti in odgovornosti.

Ureditev sobivanja

Strukturiranje vsakdanjega življenja je pri oskrbi zasvojenih mladih zelo pomembno. Treba je skleniti posamezne sporazume, ki jih mladi sprejmejo in tudi izvajajo. To je pogajalski proces, ki ponuja tako varnost kot usmerjenost, hkrati pa tudi možnost, da razvijete svoje lastne spretnosti in možnosti. Naslednje točke lahko vodijo dejanje:

- Za sprejem abstinenca ni pogoj. Po drugi strani je eden izmed ciljev doseči vzdržljivost od nezakonite ali nadzorovane ter odgovorne uporabe prepovedanih drog. Vendar pa mora biti nastanitev brez prepovedanih drog, prepovedanih drog ne smete uporabljati ali hraniti v hiši.
- Mladim je treba dati zavezujoče informacije o pravnih, zdravstvenih in socialnih posledicah zlorabe snovi in sklepe, ki jih sprejmejo v okviru "hišnega reda".
- Jasno mora biti, kateri kontrolni instrumenti se uporabljajo z namenom vsakodnevnne oskrbe (npr. vzorci urina).
- Izključitev trgovcev (dealerjev).
- Obravnavanje pričakovanj o umiku in možnosti umika.
- Zaposleni so dolžni posredovati v primeru zlorabe snovi. Vendar pa je sprejemanje in spopadanje z osebnimi težavami otrok in mladostnikov bolj pomembno kot zgolj odzivanje na kazni.

Če se pravila presežejo, morajo zaposleni hitro ukrepati. Pojasnitev razmer; preučevanje ozadja; redne razprave, povezane s problematično situacijo. Napovedati in izvajati kontrole (npr. iskanje v sobi, kontrola urina itd.); omejiti svobodo; podpisujejo pogodbe; opazovalni list; drži se dogovorov.

Sodelovanje in podpora

Odnos med mladimi in strokovnim osebjem je osrednja točka dela z mladimi, ki tudi v delu z odvisniki. Sprememba oblik oskrbe in s tem tudi sprememba odnosne osebe je torej kontraproduktivna in se ji je treba izogibati, če je mogoče. Zaposleni lahko usposobljeno delajo z mladostniki, če prejmejo celovito podporo, in sicer tako iz lastne institucije kot tudi iz sodelujočih ustanov in služb. To zahteva povečano pripravljenost za sodelovanje med zaposlenimi in sistematično vzpostavitev mreže sodelujočih institucij in posameznikov. Osnovni predpogoji za sodelovanje so jasna ocena lastnih možnosti in omejitev ter poznavanje razmer v vašem okolju in poznavanje potencialnih in pomembnih partnerjev za sodelovanje obstoječih institucij.

Prav tako je pomembno definirati opis zasvojenega vedenja mladih, pojasniti, kaj je mogoče smiselno vključiti v načrt vzgojne pomoči v pozvežavi z zasvojenim vedenjem, pojasniti vzajemna pričakovanja in jasno ureditev sodelovanja v času krize.

Sodelovanje z odvisnostjo / pomoč pri uživanju drog: kadar se ukvarjajo z uživanjem mladostnikov, zaposleni strokovnjaki tesno sodelujejo z ustanovami za pomoč zasvojenim in pomoč pri uživanju drog. Pomemben predpogoj za sodelovanje s temi sistemi je, da so delovni pristopi in profili uspešnosti zadevne institucije znani tudi vzgojnim ustanovam in obratno. Sodelovanja med strokovnim centrom in organizacijah za pomoč odvisnosti je pogosto premalo intenziven.

Jasno predstavitev posledic: pravila ponujajo gotovost v vedenju. Če so pravila predstavljena pregledno (po možnosti s participacijo mladih), so lahko tudi posledice kršitev pravil upravičene, v najboljšem primeru celo dogovorjene. Če se to zgodi, morajo zaposleni prevzeti tudi dogovorjene posledice.

Strokovna usposobljenost: strokovnim delavcem ni potrebno, da so terapevti, da bi dobro opravili svoje delo. Med nadaljnjim usposabljanjem, delovanjem v primerih, kolegialnimi nasveti in učenjem iz izkušenj je mogoče pridobiti znanje o ukrepanju, ki je značilno za kompetentno podporo mladim v nevarnosti ali zasvojenosti z zasvojenimi snovmi.

Pripravljenost za refleksijo: zaposleni morajo imeti možnost dvomiti v svoja dejanja in preveriti uporabo pravil. V okviru kolegialnih svetovalnih procesov je pomembno razviti odprto ozračje za refleksije, pregled njihovega osebnega odnosa do posameznih kategorij, seveda tudi prepovedanih substanc in odvisnosti. Predpogoj za to je, da zaupanje in

transparentnost nista prazni besedi znotraj tima. Kot član tima morate imeti zaupanje, kakor tudi drugi zaposleni. Klima brez strahu, pušča prostor za pogajalske procese v skupini.

Za oskrbo mladostnikov, ki uživajo odvisniške snovi, zaposleni potrebujejo strokovno podporo in podporo za razjasnitev vprašanj vsakodnevnih prakse in pravnih vidikov. Nadzor in podpora pomagata ublažiti psihološki stres. Zato ju je treba zagotoviti. Spekter sega od oblik kolegialnega svetovanja do ponudb za treniranje, do interdisciplinarnih nasvetov. Predmet kolegialnih nasvetov so tako tehnične informacije, kot informacije o samih scenah dogajanja in vprašanja o obravnavanju pravil in informacije o sistemu pomoči; od razstrupljanja do terapije. Ta podpora ustvarja varnost zaposlenih. Vse bolj zaupajo vase. Zaposleni bi morali biti sposobni formulirati, kaj v konkretni situaciji manjka in kaj potrebujejo. Za vse postavke pa je nujna redna in kvalitetna supervizija. Po potrebi tudi individualna.

Pri delu z mladostniki, ki kažejo pogoste zlorabe ali odvisnostno vedenje, je potreben sklop pravil, ki omogočajo, da so mladostniške odločitve pregledne, zaposlenim zagotavlja varnost in omogoča skupno pedagoško ukrepanje. Vodstvo mora razviti ta sklop pravil skupaj s strokovnim osebjem. Nanaša se na uživanje in trgovanje z zasvojenimi snovmi v hiši in zunaj nje, vprašanja nadzora in pregleda, pa tudi na pravne zaščite zaposlenih.

IZPOSTAVLJENE POMEMBNE STROKOVNA ŽARIŠČA V VZGOJNIH ZAVODIH

V nadaljevanju bomo opisali in analizirali izpostavljena pomembna strokovna žarišča. Le ta predstavljajo generična polja, v katerih ustanove nimajo ustrezne podpore in niso odvisne samo od njih. Imajo pomembno vlogo v delovanju ustanove. V zaključku bomo podali tudi predloge za rešitev tovrstnih situacij, ki so pogosto neposredno ali posredno povezana s kriznimi situacijami.

BEGI

Respondenti so v vseh ustanovah izpostavili težavo z begi otrok in mladostnikov. Zakaj gredo otroci na beg, kdaj prijaviti, kaj pomeni begosumen otrok, kaj narediti z njim so se postavljala kot bistvena vprašanja.

Prisila kot doživlja velika večina otrok oddajo v vzgojni zavod (Krajncan, 2006), v vseh svojih različnih oblikah ni niti rešitev za vse težje primere, ker posameznika zlomi ali podredi. Določene oblike prisile lahko isti ciljni skupini pomagajo pri prilagajanju vedenja in posledično pomagajo povečati možnosti mladih za socialno vključitev, nekatere pa ostanejo neučinkovite ali jih mladi doživljajo kot ponižanje in jih spodbudijo, da bežijo iz ustanov (Schwabe, 2008, str. 16).

Pogosto pri pobegu igrajo pomembno vlogo zunanje motivator, fant ali dekle, vrstniki, klape, zanimivosti zunaj zavoda, ki ga doživljajo kot dolgočasnega: ne samo da pobegnete, kar se tudi dogaja, ampak da nekam odidete. Pri njih seveda ostaja odprto, ali njihovo bežanje predstavlja specifično reakcijo na kompulzivne elemente ali kompulzivni kontekst ali je preprosto za njih nemogoče, da bi bili sploh v neki ustanovi v skupini neprostoovoljno (Schwabe, 2008, str. 103).

Druga intervencija je uporaba časovne omejitve, da se ljudem prepreči pobeg ali umik v konfliktnih situacijah ali po njih. Ciljna skupina te intervencije so otroci, ki so že večkrat pobegnili ali se zatečejo v drug milje kot alternativo reševanju konfliktov v domu. V vsakem primeru je treba pojasniti, iz česa je sestavljena ta pripravljenost na beg: Ali gre predvsem za manipulativno izogibanje jezi in nezadovoljstvu? Ali pa otrok v tem trenutku čuti velik strah ali nepremagljiv občutek prizadetosti, ki ga želi pomiriti ali popraviti z begom? Otroci in

vzgojitelj imata praviloma različno predstavo o tem, ali lahko otrok zapusti prizorišče konflikta ter kako in v kolikšni meri je treba konflikt še rešiti. Pri tem posegu sta lahko v ospredju tako zaščita kot nastavitev meje (Schwabe, 2008, str. 119).

Vse vzgojitelje spodbujamo, da si med seboj redno posredujejo povratne informacije o načinu reševanja konflikta z otroki in zlasti o načinu in pogostosti uporabe časovnih omejitev oziroma drugih vzgojnih potez, za katere so odgovorni.

Kaj pravi zakonodaja?

a49a. člen (pripravljenost na domu v zavodih za otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami) Uporablja se od 14.4.2018 do uveljavitve kolektivne pogodbe, s katero se bo uredilo odrejanje pripravljenosti (Uradni list RS, št. 24-1057/2018) V času šolskih počitnic, ponoči, v soboto in nedeljo ali na praznik oziroma dela prost dan lahko ravnatelj vzgojnega zavoda odredi pripravljenost na domu največ dvema strokovnima delavcema v primeru na policiji prijavljenega bega ali begov otrok oziroma mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami iz vzgojnega zavoda. Pripravljenost pomeni dosegljivost strokovnega delavca po telefonu ali drugih sredstvih za potrebe prihoda na delovno mesto ali na kraj, kjer je potrebno opraviti nujno delo. Pripravljenost se odredi pisno in vsebuje tudi čas trajanja pripravljenosti na domu.

Po podatkih Sektorja za mednarodno policijsko sodelovanje (SMPS) pri Generalni policijski upravi (GPU) je letno približno skupaj 520 razpisov iskanja zaradi pobegov gojencev vzgojno izobraževalnih zavodov (VIZ) in cca 20 zaradi pobega gojencev PD Radeče. Praviloma so vse pobegle mladoletne osebe najdene oz. se sami vrnejo v VIZ.

V 2. členu je neposredno pooblastilo oz. naloga policije, da mladoletnika izsledi in pripelje v vzgojni zavod (če je na begu ali če se izogiba nastopu izvršitve vzgojnega ukrepa. V 6. členu je podobno zapisana obveza policije, da mladoletnika pripelje v »pristojen« zavod, tudi za primere izsleditve in prijetja v tujini s strani varnostnih organov tuje države. 8. člen narekuje zadrževanje mladoletnika s strani policije pod nadzorom samo toliko časa, kot je nujno potrebno, da se ga pripelje v vzgojni zavod. 10. člen določa postopke v primerih, če je iskani mladoletnik med skrivanjem ali na begu storil prekršek ali kaznivo dejanje.

Varuh je med drugim opozoril tudi na problematiko vračanja mladoletnikov, ki so na begu, nazaj v vzgojne zavode. Postopek za mladoletnike, ki jim je izrečen vzgojni ukrep, za te

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

primere določa Navodilo o obveščanju v primerih pobegov mladoletnikov ali njihovem izogibanju izvrševanju vzgojnega ukrepa, ki ga je izdal minister, pristojen za notranje zadeve, v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve, na podlagi 171. člena ZIKS-1. Neurejeno pa je bilo postopanje pristojnih organov v primeru drugih mladoletnikov, če so ti na begu oziroma njihovo vračanje nazaj v vzgojne zavode.

Ravnanje v primeru nedovoljenega izhoda ali bega mladostnika določa, da mora strokovni center čim prej obvestiti policijo, starše, najkasneje naslednji delovni dan pa tudi pristojni center za socialno delo in pristojno sodišče. Nedovoljeni izhod se razume, tudi če se otrok in mladostnik ne vrne pravočasno z dogovorjenega izhoda. Strokovni center mora otroka in mladostnika, če ga najde policija, prevzeti najkasneje v 6 urah, saj v skladu s predpisi dalj časa ne sme biti pridržan. Otroke in mladostnike, ki so v strokovni center nameščeni v skladu z zakonom, ki ureja obravnavanje mladoletnih storilcev kaznivih dejanj, v strokovni center pripelje policija. V nujnih primerih, tudi če gre za otroke in mladostnike, ki so nameščeni po družinski zakonodaji, lahko policija strokovnemu centru nudi pomoč v skladu z zakonom, ki ureja naloge in pooblastila policije. Če je na nedovoljenem izhodu mladostnik, ki je v strokovnem centru s svojo pisno privolitvijo, strokovni center o iskani osebi obvesti policijo. Če se mladostnik, ko ga policija najde, ne vrne v strokovni center sam, ukrep pa še traja, strokovna komisija odloči, ali je bivanje v centru še smiselno in o tem obvesti pristojno sodišče.

Kaj so povedali sogovorniki o begu:

To mam, k je pobeg, prvi razred ne vem, če je hodu, k je pobegnu. In potem je enostavno una panika k ne veš kaj. K smo obvešča policiji in potem je bla na koncu frka, k sem jaz nazadnje obvestu očeta. Men sej zdel bl pomembn polcijo, pa da se razišče iskanje. Fante, štiri, pet let str deček. Tud pod vedenjsko zelo naporen in težje obvladljiv, ampak point je potem bil, k je bil oče nazadnje obveščen. Cela galama, jezen, grožnje, da mam prvo njega za obveščat. Ne, in tuki, kje so pol k kle so pol dejansko take situacije, ko nekdo pobegne, ko ga ne poznamš, ko ne veš česa je sposoben, zmožen. Smo pa mel prej informacijo, deček je že doma, ko je bil v Kamniku, pobegnu in so ga s Helikopterjem iskal. Poj si morš mislt, kaj bi šu najprej očeta obveščat, ampak najprj policijo, da zavarujem sebe, morda njega, vse ns, pa nazadnje une. Ampak po videnju enga starša je bla situacija čist drugačna ane. In še, ko smo se

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

pogovarjal...potem, ker fant je tudi razbijal, grizel, še navezal se na to, am...celo odloženo je blo prvo leto šolanja, k v šoli ni šlo. Je bil vrnjen nazaj v vrtec, aaa...seveda pa tudi z naše strani predlagano psihiatrično, pedopsihiatrija, da bi se vključu v obravnavo tja. Ni šans. Pol se je temu upiru. Kaj šele, da bi kšna zdravila, k so bla predlagana. Sej pravm, tuki je ta situacija, ta kriza k nastopi, ko otrok zgine, k ne veš kje je. Pogledaš, preverš, in če ga ni...kaj nrdim, očeta obveščat, mamu, po možnosti še spijo zjutraj, nimajo telefona vkloplenga. Ne, jaz grem policijo. Jaz se ravnam po lastni inerciji in po pa zavedanju tist moment. Sam pravm, mogoče k so to zdej nekak govort o protokolih, da se tut zaradi tega lahko sestavi kšne te zadeve, kako postopat, da smo vsi zaposleni kriti. Čeprav tut, da se v situaciji potem, sigurno, pride, še vedno mogoče ne veš kaj narediš. Ampak kšn protokol je fajn, da je ane.

*(Mel smo romkinjo, ki je šla 130x na beg. To se prav vsak dan, včasih tudi po 2x, iz Ljubljane v Novo mesto na policijo jo iskat, nazaj prpelat, zato, da je kle spet bežala. Če si šel za njo, je tmle vpila in na sred ceste recimo ogrožala sebe in potem smo jo lovil. Če si jo lovil, je tmle stala in jo je nekdo pobral, kaj je naložila ne vem. V glavnem bog otrok. Potem recimo, kokrat je pobegnila, in šla tm, ukradla ne vem kok lokalov. POVZDIGNE GLAS. Kakšen protokol nej mamu? Ni mela kje bit, nimaš nobenga protokola, razen to, da mora bit tukaj. Tuj blo vse, nima mame, nima staršev, starš je v zaporu, un taprav starš ma še dva iz Smlednika doma, ne more *** niiiič. Zlorabljena pa doma od očima recimo.)*

To so zdej hecne stvari. Zdej mi mamu tako ne. Beg teh k so kazenski itak ane, ga moramo razpisat ne. Medtem k zdej k pač prihaja do teh kombinacij kazenskih, družinskih jih pač sprašujemo. Vsaj tiste k so prek družinskega. Prej v stanovanjskih nismo nikol imel, da bi beg razpisoval, zdej pa pač nekateri zahtevajo, ane, da se razpiše beg. Tisti to je pravna oseba, ki namesti, a je to družinsko ali kazensko sodišče. Če je kazensko itak jasno, ampak če je družinsko, v smislu tud CSD, k je tisti, k je predlagal in če oni zahtevajo, bomo tudi za njih nedovoljen izhod razpisal, kar pomen, da ga iščejo. Tako, da tuki se neka sprememba dela, k je včasih ni blo. K vem tud določene institucije, ne vem Malči Belič, Jarše oni ne poznajo bega ne, nedovoljenega izhoda v tem smislu. Sam, če pa tak pravna oseba k namešča zahteva, da se ta beg razpiše, pač razpišeš. Ker ti si tisti, k izvaja in če se je v tem trenutku, k je on nekje, kaj zgodil, nakonc si odgovoren za to, ne.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Mi smo po desetih minutah včasih striktno. Zdej pa je zakonodaja mal razjahana kar se tega tiče. En mulc se je obesu na to, da on ni več mladoletnik, ampak je mladostnik ne. V zakonodaji piše, da... Tuki je napaka v zakonodaji, če imamo devetnajstletnika in je na begu prek kazenskega sodišča ga bodo oni samo lociral, ugotovil, da je in pustil ga tam.

Letos samo eden. V tem šolskem letu. Ne lani recimo. Lansko šolsko leto devetdeset begov različno dolgih. Eno leto pred tem, to je blo takrat, ko smo imeli celo pomlad krizno situacijo je blo pa tristo šestdeset. Tako, da razlika je.

Ane pr begih je to ane. Mi mamó še vedno to v ozadju, da morš dat prijavo, da si pač nekje zaščiten. Da si, če se slučajno kaj zgodi. Mi smo se kr dogovorl, da mamó, kok mamó? 6 ur ane. S tem, da v teh 6 urah že preverjamo pri starših, otroka klicarmo na mobitel, mesiče pošiljamo. Vse to klicanje. (očitno ni predpisano!!! –to tudi predlagaj!).

Po 15 minutah. Smo pa pred tem imeli ogromno begov. Bli smo tudi pisani po dva 1x. en je vozu, en je bil spremljevalec. Moram rečt, da je blo kar dost naporno. Včasih se ti je na noč zgodilo da si tud po 2x šel v Maribor. Jaz se sem bolj varno počutla kadar sva bla dva kt pa sam en.

*Zdej tut pri begih, se je politika zlo spremenila. Včasih so kr se jaz še spomnem, so vzgojitelji prevzemali velik večji delež odgovornosti pri begih. In so v bistvu včasih že šli ga sami iskat. Zdaj v današnjih časih, s to zakonodajo, je zdaj to zelo drugače. V bistvu mi, ko gre otrok na beg, poskušamo sicer preprečit, kej zaklent, čevlje mal skrit, al pa to, pa, če se da. Nikakor pa ne gremo v kakšno fizično prerivanje, če nekdo pač gre. Tako, da v takih primerih kličemo starše in policijo. In izdamo iskanje in tist prvi, ki ga najde, ga pač poskuša, če ga ne pripeljejo starši ane, ga pol mormo it iskat mi. Sicer to je bla spet ena zelo dolga debata na ministrstvu in na medresorskem usklajevanju, ker mi v določenih primerih, bi si želel, da sprovaja policija v rizičnih primerih. Zdej je sklenjeno tko, da policija lahko izvaja asistenco, kar pomeni, da se vozi za tabo ane, kar pa ni nekaj rešitev, ker že sama sem bla v določenih primerih, ko smo sprovajal iz bega. Otroci lahko ti ročno potegnejo, iz vozečega vozila sami ven lezejo. Mislim mi mamó zdej avto, ki se zadej zaklenejo avto, da pač ne more odklepat. Mel smo že****

Dostkrat so tud mladostniki na begu zadeti od droge, nasilni in so celo bežali iz vozečega vozila ven. Za to vzgojitli nismo usposobljeni. In js sm vedno zahteval asistenco od policije.

Če sem bil ustrajen, so ga tud oni pripeljali. Zato, ker v tem členu piše, če ogrožajo sebe ali druge ali pa se predvideva, da bo ogrožal, potem lahko zahtevamo asistenco policije. Skratka mel smo vlke težave s tem. Zdej pa res ni trenutno. Js mislm tudi, če se da kej pomagat, da vzgojitelji, strokovni delavci zavoda niso usposobljeni zato, da jih vozijo iz begov. To bi morala delat policija. Veliko je tistih, ki so neprestano begali. To pride tako obdobje in traja tok časa.

Js sm šou sam v Koper, ob 2h zjutrej. Punca je bila čust fuč in je celo pot spala. Nism vedu al je živa al ne. In še ko sva pršla sem, sploh ni mogla ven iz kombija. Recimo v takem stanju pridejo...

Sem pršou po eno punco na policijsko postajo pa je mela flašo pr seb. Pa mi policaj reče, da oni nimajo pristojnosti ji vzet flaše. Jaz ji lahko rečem, oni ne.

To so posamezni primeri, ni to skos. Včasih pa pride tud kšna taka. Nas bolj skrbijo tisti begi, ki so premišljeni, dolgotrajni.

Ker potem policija cel mesec koplje po njih, pa ne ukrepa. To se zlo dost dogaja na obali, pa tud v drugih občinah. Takrat ga zlo težko jih vključit nazaj. Tu mi ne dost brskamo po tem, zakaj je šel na beg ampak kako naprej. Zdej statistično je teh begov zlo velik, če se gleda raziskave. Ker mi smo dolžni prijavo naredit. Nimaš kaj. Tud, če gre na pol dneva.

Potem s ti begi prisotni, mislim saj bom rekla ne v moji skupini trenutno ni prisotno, že kar zdaj štiri leta ni prisotno, ali dobre tri. Ampak recimo v primeru bega mladostnika je tudi bla čisto tako bom rekla najpogostejša situacija, da se je eden od nas, ne glede na čas odpravil iskat otroka in smo tudi dost bolj uspešno našli kot policija. Ker preden gre prijava, preden pride v skupino, da popišejo če je res šel al ni šel in kak je bil oblečen pa še vse njegove domače naslove kamor zagotovo ni šel ga je že kolegica našla ali kolega recimo. To je ena taka situacija se mi zdi.

Omenili ste bege. Begi kot neka krizna situacija, kaj je tu notri? Pokličeš policijo, tiralico, obvestiš in pokličeš mamo starše, kličeš večkrat. Policajem poveš, da če se bodo vrnili boš obvestil naj ne iščejo naprej ne. Sankcije, odvisno je od skupine zdaj, potem sankcionirajo z vikendom, s telefonom v glavnem ja. Tut pa odvisno tut različni begi obstajajo ne. Zdaj to, v vsakem primeru je odsotnost. Je pa zdaj to e je nekdo pobegnu v Portorož ne, alpa če je

pobegnu alpa se sam ni pravočasno vrnu te to tut razlikujemo ne. Med temi ne al je skupina cela šla, al se je samo srečal s punco, s fantom te so to tut razlike ne.

*Ja, ker ni dorečeno, ko otrok gre, mi bi morali imeti 24 ur ljudi, kateri bodo šli, na razpolago vozilo in še zmeraj ni dorečeno. Sprovajamo mi. Če ti otrok gre na beg, da se ne vrne, da je v domačem okolju, policija tam kjer je, mi prijavimo. To je kle protokol ***, da se takoj obvesti center, starše, policijo, ko otroka ni, da se razpiše. Potem, otroka najdejo. Moramo iti na tisto policijsko postajo od kod je otrok v šestih(?) urah, po njega. In to je tudi problem, organizacijsko, zdej to smo danes vidli.*

Ja, zdej sem naredil eno analizo begov za zadnjih pet šolskih let, v bistvu škoda, da nimam tega pri sebi. Zdej bom govoril malo iz glave v stilu.. Mi rečemo vsemu beg kar otrok ne pride nazaj oziroma mi imamo variante, ko se otrok recimo iz vikenda ne vrne ali pa od tle zbeži. To, ko se ne vrne iz vikenda, dejansko nekega velkega vpliva nimamo ne pač razen to, da ga prepričujemo v kolikor zaznamo..

Ja to so bili recimo običajno Romi ne, pač se jim ni dalo vrnit nazaj, so pač malo podaljšali vikend ali pa počitnice. Na kar imamo vpliv pa je mogoče tle, ko je beg recimo iz samega zavoda ne. Sicer mi nismo zaprti s tem, imamo normalno nadzor varovanje vršimo kolikor pač lahko, vendar stoprocentnega nadzora ne moremo izvajati. V kolikor se otrok odloči, da gre bo šel.

Ja imamo v bistvu zdej predvideno vsak četrtek, ko planiramo vikend razpored, vidimo, če imamo kakšnega otroka/mladostnika na begu, pa odredimo dva zaposlena pripravljena, v kolikor, ker se kadarkoli lahko zgodi, da pokličejo, da je treba ga it iskat

Zdej tut pri begih, se je politika zlo spremenila. Včasih so kr se jaz še spomnem, so vzgojitelji prevzemali velik večji delež odgovornosti pri begih. In so v bistvu včasih že šli ga sami iskat. Zdaj v današnjih časih, s to zakonodajo, je zdaj to zelo drugače. V bistvu mi, ko gre otrok na beg, poskušamo sicer preprečit, kej zaklent, čevlje mal skrit, al pa to, pa, če se da. Nikakor pa ne gremo v kakšno fizično prerivanje, če nekdo pač gre. Tako, da v takih primerih kličemo starše in policijo. In izdamo iskanje in tist prvi, ki ga najde, ga pač poskuša, če ga ne pripeljejo starši ane, ga pol mormo it iskat mi. Sicer to je bla spet ena zelo dolga debata na ministrstvu in na medresorskem usklajevanju, ker mi v določenih primerih, bi si želel, da sprovaja policija v rizičnih primerih. Zdej je sklenjeno tko, da policija lahko izvaja asistenco,

kar pomeni, da se vozi za tabo ane, kar pa ni nekaj rešitev, ker že sama sem bla v določenih primerih, ko smo sprovajal iz bega. Otroci lahko ti ročno potegnejo, iz vozečega vozila sami ven lezejo. Mislim mi mamu zdej avto, ki se zadej zaklenejo avto, da pač ne more odklepat.

Iz odgovorov strokovnih delavcev lahko razberemo, da je področje sistemsko slabo urejeno.

Posebej je izpostavljena težava prevozov:

Mi bi mogli meti vsaj dva šoferja pa vsaj dva avta zdaj po novem.

Zdaj v tem trenutku so klicali pridite po otroka v Novo mesto, kje naj zdaj najdem ljudi. V tem trenutku najdi dva za v avto pa gremo.

Policija ne vozi, ker nimajo, ker so zaščiteni. Dve vzgojiteljici, midve pa nisva zaščitene pa greva z fiesto na pot. Dve deklici je morala držati, ker je skakala ven z avta, čeprav sva zaklenili. Primer, šla sva s kombijem po deklico, in sva mogla poklicat policijo, ker je brcala v vrata in v voznika, da je skoraj zletel dol s ceste.

Najlažje bi bilo, da bi policija to pripeljala sem ne. Potrebovali bi ustrezno vozilo. Tako, ja potrebovali bi ustrezno vozilo, ki ga itak nimamo, vsaj z neko pregrado ali nekako, da ti ne more skočiti ven. Tudi šoferji niste profesionalni ne.

Ja, sej gremo v Metliko iskat. Pa so že klicali ponoči, ko ne vem sem bla jaz enkrat.

Ja o tem smo se mi že dosti krat pogovarjali, tle bi mogla.. sicer policija, jaz sem tukaj, zlo razmišljam, pri kazenskih je to logično, če so pač kot ukrep oddajanja v vzgojni zavod. Pri ostalih prevozi policije, policija je represivni organ kakorkoli obrnemo, jaz bi tako rekla nad 14 let policija, do štirinajstega leta vzgojitelji. Mislim potrebno je postaviti neko mejo, otrok je vseeno otrok.

In pol se pričakuje ne, jaz vem, ko sem enga pripelala me je tok brcal v sedež, ko sem vozila, da enostavno sem bla čist, pa je bil zraven eden, ki ga je držal, ampak ga enostavno ni mogel držat, mislim nimaš kej ne. Al pa eden mi je ročno potegnu, takrat ko smo še včasih vozili, mislim ko smo sami hodili, je potegnil ročno in to je bila čista sreča, ubila bi se lahko obedva.

Okno, splezal vn čez okn in šel peš na avtocesto tako, da so ga polcaji pol tam na avtocesti dobil. Mislim, fantu bi se lahko kaj zgodil ne. Polcaji so pol nas sprašval, kdo bi bil kriv zdej, ja mi tut ne moremo bit krivi, če je pobegnil vn. Vse varnostne ukrepe, dva sta ga šla iskat, en

je z njim sedel od zadaj, niso mu mogel preprečit, da ni ušel iz avta in pol so ga polcaji spet najdel, in spet ni hotel iz v zavod, in polcaji spet niso vedel kaj naj naredijo. Prosil so ga, da naj gr ez nami mislim..

Pr nas se je zgodil da, po navadi gresta dva na izlet, recimo za skupino in da je mulc odprl od kombija vrata in skoču vn, medtem ko je kombi vozil, na primer. In takrat, meni takrat na unem izletu ni bilo, nism bla zraven, ampak moji kolegi so bli tko v stresu, vsi so za to, da dva sta premalo, če maš tok nepredvidljive otroke. To ka si reku, a je še kšna izredna situacija...

Tut ponavad vprašamo v kakšnem stanju je tist otrok na policijski postaji, pa kar realno povejo no. Tle morem rečt da, tut en primer, ko smo imeli, ko je bil pod vplivom droge in alkohola, ga je polcija hospitalizirala ne, so ga odpelal. Mislim so bili tok korektni, da se je tok umirilo da smo pol šele mi prišli ponga. Ne tlele tut ni sistemsko nič urejeno. Ja sam jaz bi ločla ne, jaz mislim, da otrok je pa vseeno otrok. Jaz vidim recimo tele naše, deset enajst letnike ne, mislim, da jih glih polcija voz se mi pa zdi mejčken vseeno, ni glih no pedagoško.

*Jaz bi tukj reku, da mi smo mel lansko leto precej enga dela z enmu primerom, z enim otrokom, k smo ga šli ne vem kolkrat iskat. Več kot 20x smo ga šli iskat. In smo, in je pol na koncu ta fnt kr želel, ko se je avtu ustavu, je on kr želel čez avto stopt. V glavnem zelo nevarno in zelo neodgovorno se je obnašal in smo mi želel asistenco policije. Policija je rekla ne mi ne bomo te asistence dal, ker je otrok umirjen. Ja, ampak mi smo imel prejšnjo izkušnjo. Tukaj bi potreboval več posluha, če mi ocenmo, mi ne gremo vedno v *** za vsakga posameznika, da rabmo it, če je prvi beg, pa če je tako, da vemo zakaj je do tega pršlo. Ker teli hodjo zato, ker je to moderen, nekateri pa hodjo zato, ker imajo res eno*** So pa problem tut zej k mamu pač enga. To je ta fnt ane recimo. To kar je on doma neki začutu, leta okrog, se imajo fino, svobodo ane. In pač noče bit več v zavodu. In, ko se ga prpele gre spet. Pa gre tut 20x. Normalno, da policisti so živčni kaj ga bodo vozil, k ga bodo mogl čez 1 uro spet. Problem je tut pr ns, sej po zakonodaji se mormo pač tega držat, je pa popolnoma neučinkovito. To so tut problemi. In finančni stroške je za starše, za policiste, za nas, ful velik enga časa gre za nič.*

Dvakrat sem peljal mladostnika sam v Radeče, ker nisem mogel tega podelit z drugimi vzgojitelji, ker je prevelika odgovornost.

S temi prevozi bi dodal tudi to. Mi jih mormo tudi sami... in tudi to je problem. In pa še eno stvar bi dodal. Nепrestani, ponavljajoči begi, predvsem deklet, ki so povezane z uživanjem PAS in pa prostitucijo oziroma zvodniki. To pride vsake toke časa do tega primera.

In policija dvigne roke. Dokler ni utemeljenega suma, ne morejo sprožiti postopka. Čeprav mi imamo določene dokaze, ki pa niso dovolj in se predvideva, da je dekle ogroženo. Eno dekle je bilo ogroženo. Da jo bodo peljal v tujino ampak, ker ni bilo dosti dokazov, nismo mogli nič.

Takrat smo si pomagali z nevladnimi organizacijami. Recimo društvo Ključ, ki smo ga vključili. In potem je bil boljši odziv policije. To je naša socialna delavka dala takrat pobudo in potem mam večkrat tudi preventivne dejavnosti preko teh društev.

Sodne more policija voziti. In to so ti preko kazenskih sodišč. Ampak glede na to, da je zdej tudi družinsko sodišče je v zakonu o policiji jasno navedeno, da v kolikor je mladostnik nameščen s strani sodišča, je policija dolžna ga prepeljati v ustanovo. Ne piše pa katero. Tako, da oboje izhaja iz okrožnega sodišča in družinsko in kazensko, tako da v obeh primerih zaenkrat te luknje še niso pokrpali.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. Določitev časovne distance od detekcije pobega do reakcije, ob upoštevanju in zapisu v dnevnik otrokovih težav oz. razlogov, zakaj je pobeg izvršil in kakšna je stopnja tveganja. V primerih, ko je stopnja tveganja praktično ničelna, predlagamo, da se sprva preveri glede na poznavanje vzgojiteljev in vodstva, kam se bi lahko otrok zatekel ali odšel zgolj za kratek čas.
2. Jasne propozicije glede vožnje nazaj v vzgojni zavod, spet glede na stopnjo tveganja, ki jo določijo vzgojitelji in vodstvo zavoda. Predlagamo jasno določene pristojnosti, pri čemer opozarjamo, da vzgojitelji niso profesionalni vozniki, kakor tudi avtomobili ali kombiji, katere vozijo niso prirejeni za vožnjo otrok ali mladostnikov, ko so v stanju, v katerem ogrožajo sebe ali druge. Prav tako je lahko sporen šesturni časovni limit za prevzem otroka, saj so nekateri vzgojni zavodi oddaljeni od kraja prevzema, hkrati pa nimajo ljudi, ki bi lahko otroka prevzeli na čakanju in se morajo vedno znova organizirati, da lahko izpeljejo prevzem. Prav tako je objektivna težava v trenutku, ko

gre na beg dva ali več otrok v različne kraje, kar zahteva poleg kadra tudi dvojne prevoznih sredstev. Predlagamo, da se oblikujejo jasne pristojnosti in pogoji glede voženj. Te vožnje so povezane tudi z obiski pedopsihiatrov ali drugih specialistov in posegajo izven profesionalnega delokroga strokovnih delavcev. To ne pomeni, da vzgojitelj ne gre z njim na pedopsihiatrijo, ali v določenih primerih po otroka po begu iz ustanove. Zahteva pa, da ima šoferja in po potrebi ustrezno opremljeno prevozno sredstvo, kjer posameznik ne bo imel priložnosti, da bi ogrožal sebe ali druge.

3. Begosumne otroke in mladostnike je potrebno ustrezno umestiti v strukturo kontinuuma pomoči v strokovnem centru glede na spremljajoče težave ali motnje. Problem romske populacije bomo obravnavali v tematskem sklopu dela z romsko populacijo.

IZPOSTAVLJENOST DOLOČENIH VZGOJITELJEV IN RAZPOREDITEV PO SPOLIH

Strokovni delavci so izpostavili, da se v določenih situacijah dogovorijo, da se izpostavijo določeni vzgojitelji. Najpogosteje je to vzgojitelj moškega spola. Tako tudi iščejo preko razpisov kader moškega spola, saj kot vemo, je študij socialne pedagogike zelo feminiziran. Naprimer v letošnjem prvem letniku prve stopnje je eden študent, v prvem letniku druge stopnje pa so trije. Ob tem bi želeli seveda tudi postaviti tezo, da so vzgojitelji različno usposobljeni za delo.

Tukaj svetujemo, da se ustvari več amortizerjev, ki bodo ublažili morebitne neustrezne kadre. Prvo je nedvomno enoletna poskusna doba in strokovni izpit. Nadaljnje pa predlagamo, da ravnatelj/ica mora imeti določene pristojnosti, ki ji/mu omogočajo presojo ustreznosti tudi po določenem času. Zavedamo se, da gre za izjemno občutljivo področje in še enkrat apeliramo na ustanovitelja, da omogoči kadrovskim šolam, da imajo sprejemne izpite oziroma razgovore, ki lahko bistveno pripomorejo h kvaliteti.

Strokovni delavci so izpostavili pri tej tematiki naslednje:

Pri nas je pravilo tako, da vedno k so zaposleni tle vsaj en moški, ne. V paru vzgojiteljskem sta tako ne, v eni skupini, zdej imamo tukaj dve skupini. Torej eden je fant, eden je punca. Pač verjetno v tistem bolj odreagira fant, ni pa njuno, lahko tudi ženska ima tak odnos s temi

mulci, da če dva skočta skup pa bo ona zarjovela in bodo šli narazen, ne. Imam ta pojav. Tle ni problem. Pač protokol je, da se reagira, da se ne gleda stran. To je, reagira se besedno, verjetno je pač intenziteta mora bit takšna, da se kaj sliš. Medtem ko nekdo v tem času, če so stvari resne, pokliče policijo. Potem pa če so stvari resne, se potem tam naprej odvija. Mi pa pol mammo te postopke.

Moški je v vsakem turnosi.

Mislím, da smo si mi vzgojítelji to naredili tak, da ni nekaj, ka bi se otroki nad vzgojítelji s prvem postavili. Bolj tak verbalno grozijo. Da bi pa zaj tak nas pretepli ali pa kaj pa ne. Mislím probajo tak pa kaj vdarijo ampak vidijo, da se ne vmaknemo pa da nemo popustili pa je to nekaj.

Mi ne bi želel, da se ane, preveč tega pooblastil daje vzgojíteljem. Ne vem ane. Druga stvar je pa to, če se da, kaj nej nardi ena ženska, ki je šibka proti moškemu. Tut, če ima pooblastila, če ma prot enmu fantu, k ma 90 kil in nč ne pomaga ane. Vidl smo rešitev tut v znižanem normativu ane in povečanem številu delavcev ane. Tko da je v bistvu ta občutek varnosti, že zard samga števila in pomoči, k lahko hitr pride. Da nisi ti sam z desetimi, je gotovo tut rešitev. In take otroke, ki so pr ns, ki imajo interno šolo in so bolj zahtevni v tem smislu, teh agresivnih izpadov je v bistvu, bi si želel imet normative od 6 do 8. Ne 10. Pa več prisotnih vzgojítlov.

Vedno se izbere tistga, k ima bolj izkušenj, pa moški ane. Turnusi so pa tko narjeni, da je vedno tut več moških, da niso sam ženske, da je razdelen. Je pa pol odvisno tut od trenutne dinamike ne. Ker ane recimo, je tam en moški, ampak ima trenutno zdej velik dela v svoji skupini, pa potem pride takrt nekdo drug.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. Nujni sprejemni izpiti na kadrovske šole (po vzoru večine zahodnoevropskih dežel se razdelijo deleži na oceno iz mature in uspeha zadnjih dveh let, sprejemnim razgovorom, ki npr. v Mikkeliju na Finskem vsebuje naslednje: motivacija, življenjske izkušnje, interesi in hobiji, potovanja, filmi in knjige, ter razgovor brez moderatorja pod kamerami na neko od aktualnih strokovnih ali družbenih tem).
2. Pozitivna diskriminacija; kvotni sistem glede na spol.

3. Licenciranost mentorjev za mentoriranje pripravnikov.

ROMSKI OTROCI IN VZGOJNI ZAVOD

Namestitev otrok in mladostnikov v vzgojne zavode, meni Krajnčan (2006), nikoli ni nekaj radostnega za otroke, saj si ga večinoma niso izbrali prostovoljno. Dodatna težava je, da »lahko intervencije, ki skušajo resocializirati s segregacijo, povzročijo posameznikom več škode kot koristi (npr. problemi stigmatizacije, kriminalne kariere ...)« (prav tam, str. 15). Vzgojitelji si velikokrat zastavljajo vprašanje, ali je smiselno nameščati romske otroke v vzgojne zavode. Ali res ravnamo pravilno, ko jih poskušamo vzgajati z normami, običaji, pravili, jezikom večinske populacije? Kaj povzročimo s tem otrokom, morda več škode (Marovič, 2010). Vsekakor je potrebno razumevanje kulture, poznati biografijo posameznika in njegove družine, sredine v kateri živi in potenciale, ki jih poseduje. Šele takrat z obilo senzibilnosti in korektnosti sledi ob ustreznemu strinjanju posameznika lahko sledi namestitev. Na deklarativni ravni tudi kurikulum izpostavlja načelo enakih možnosti in upoštevanje različnosti med otroki ter načelo multikulturalizma. Delo z romskimi otroki je vsekakor oblika vzgojnega dela, ki zahteva specifične strategije, saj gre za poskus integracije dveh kultur, ki nimata veliko skupnih značilnosti in se ūe stoletja trudita sobivati. Gre za poseben primer medkulturne vzgoje, ki zahteva sodelovanje obeh kultur, tako večinske kot romske, pri doseganju soglasja za oblikovanje minimalnega programa medkulturnega kurikula. To pomeni, da je potrebno najti tiste kulturne prvine, ki so skupne romski in slovenski kulturi in na njih graditi. Treba je upoštevati pravico Romov do drugačnosti, do sporazumevanja v njihovem jeziku, do ohranjanja romske identitete (Dodatke h kurikulu za vrtce za delo z otroki Romov, str. 4). Tudi naslednje načelo se nam zdi pomembno. Namreč načelo aktivnega učenja in zagotavljanja možnosti verbalizacije in drugih načinov izražanja Romski otroci so na vseh področjih sposobni učenja, napredka in doseganja visokih ciljev, prav tako kakor drugi otroci. Romskim otrokom je potrebno zagotoviti možnosti za vključevanje v vse dejavnosti iz Kurikula, ōe posebno pa jih je potrebno opogumljati in podpirati pri učenju na tistih področjih, na katerih imajo zaradi kulturne in jezikovne različnosti največ težav ter jim nuditi možnosti, da se izkažejo na tistih področjih, na katerih

so močni, to je glasba, ples in družabnost (Dodatke h kurikulumu za vrtce za delo z otroki Romov, str. 5).

Vendar pa romska populacija, kot vemo, v Sloveniji ni homogena, saj se Romi med seboj razlikujejo »tako po pripravljenosti na integracijo v slovensko družbo kot tudi po že doseženi stopnji integracije« (Hrženjak, 2002, str. 88), zaradi česar na podlagi izpostavljenega primera glede nameščanja romske populacije ne moremo posploševati na vse pripadnike omenjene etnične skupnost.

Podobne težave imajo tudi z romsko populacijo po Evropi (Brandhorst, 2004). Tudi Koch (2004, str. 71) piše v kontekstu etiologije in indikatorjev za vedenjske in čustvene težave (Krajncan 2006, Krajncan 2019a, Krajncan 2019b), da bi lahko nadaljevali z lokalizacijo podobnosti in razlik ter si podrobneje ogledali, od kod prihajajo otroci, ki živijo v domovih, in našli bi nekaj študij, da so bili ti otroci po Evropi vedno nesorazmerno večji glede na brezposelnost staršev, zanje je značilna revščina, pogosto pripadajo etničnim manjšinam (v največjem deležu povsod so romski otroci in mladostniki), so bili žrtve nasilja in imajo težave z alkoholom ali mamili. Kljub temu pa s temi podobnostmi tudi tu veljajo različni vzorci dojemanja, značilni za posamezno državo, na primer, ko vidimo, da je glavni razlog za sprejem v vzgojni zavod na Finskem uživanje alkohola s strani staršev ali da dve tretjini zapornikov na Madžarskem prihaja iz romskih družin. Porazdelitev po starosti, spolu in trajanju bivanja v vzgojnem zavodu, stopnja profesionalnosti in torej kvalificiranih delavcev bi bila v primerjavi s tem zagotovo zanimiva.

Strokovni delavci so povedali o problematiki dela in nameščanja romskih otrok in mladostnikov naslednje:

Romski otroci in vzgojni zavod: (Mel smo romkinjo, ki je šla 130x na beg. To se prav vsak dan, včasih tudi po 2x, iz Ljubljane v Novo mesto na policijo jo iskat, nazaj prpelat, zato, da je kle spet bežala. Če si šel za njo, je tmle vpila in na sred ceste recimo ogrožala sebe in potem smo jo lovil. Če si jo lovil, je tmle stala in jo je nekdo pobral, kaj je naložila ne vem. V glavnem bog otrok. Potem recimo, kokrat je pobegnila, in šla tm, ukradla ne vem kok lokalov. POVZDIGNE GLAS. Kakšen protokol nej mamó? Ni mela kje bit, nimaš nobenga protokola, razen to, da mora bit tukaj. Tuj blo vse, nima mame, nima staršev, starš je v zaporu, un taprav

*starš ma še dva iz Smednika doma, ne more *** niiiič. Zlorabljena pa doma od očima recimo.).*

Pet, šest družin, kjer jih vsi poznamo. Vsi zavodi. Vsi se ukvarjamo z njimi. Celo država. Vso ministrstvo. Nimamo človeka, ki bi rekel, zdej je pa zadosti. Vzamte otroka stran, pa je to to. Ker ga bodo itak ubili. Ta dva starša ga bosta na koncu ubila. Pa vsi poznamo primer, vsi vemo, vsi, ki omeniš ga poznajo. Pa vsi se jih bojijo.

Lani smo dobili v četrti razred, kolko je bla stara? 14. Mislim, kakšen je smisel to. Romski otrok.

Opisat mislim, opis del in nalog interventne službe bi moral bit jasen. Če policija dobi otroka ponoči na terenu, kar po navadi tut je, otrok je po navadi ali je v alkoholiziranem, drogiran, kakorkoli gre za neko pač stanje, ki ni v redu. Da imajo oni v interventni službi ponoč samo enega to mene ne zanima, nej imajo pa dva. To se pravi ojačat ekipe interventne službe, ki imajo izkušnje za delat s to populacijo in bit zraven otroka toliko časa dokler mi ne pridemo, mislim to to je osnova. Sej to je njihovo delo, da se razumemo.

12 otrok od 40 ima romskih!!! – in to ne iz Prekmurja, pač pa iz Grosuplje, Dolnjske???

Komično je, da ima šolski oddelek normativ 8 otrok, v skupini pa jih je 10??? Sva z eno mladostnico nardila anti suicidalni pakt. In sva se zmenla, da če ji bo hudo pride k menim bova poklicala 113. Js sm jo šou večkrat preverit, je bla uredu. Potem je pa istočasno prišla ena romkninja. Je bila sprejeta v isto skupino. Se je tud mal bala. Čez dan je bla uredu, se je uredu počutla, čvelrat smo jo vprašal. Ob pol 11 je dala telefon, ker ga more ane. Je jokala. Sem jo vprašu kaj je s tabo. Pa je kr jokala in jokala. Potem jo vprašam, če je ekj narobe je rekla da ne. Boš lahko zaspala? Bom. Potem sem jo pustu. Čez 10 minut grem spet k njej, je ihtela, jokala, js jo nism nč razumu. Pol je pršla k men v pisarno. Sem jo poskušo potolažit. Nič. Imela je stisko, ker je bla to prva noč. Potem pa sem ji reku, veš kaj js mam eno tako tabletko za pomiritev, ti jo bom zdej dal in boš lažje zaspala. Velik vode spij zdravn, za 5 minut more zagrabt. Pa sem ji dal lekadol, ker nism mel c vitamina. Je popila. Potem sem ji reku, zdej se pa uleži, pa lučko ugasn. Pridem čez pol ure, spala. Placebo sva nardila. Ona je misnla, da jo je tableta pomirila.

Ja to so bili recimo običajno Romi ne, pač se jim ni dalo vrnit nazaj, so pač malo podaljšali vikend ali pa počitnice. Na kar imamo vpliv pa je mogoče tle, ko je beg recimo iz samega

zavoda ne. Sicer mi nismo zaprti s tem, imamo normalno nadzor varovanje vršimo kolikor pač lahko, vendar stoprocentnega nadzora ne moremo izvajati. V kolikor se otrok odloči, da gre bo šel.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. S strokovnimi centri in regionalnim načelom dela, lahko otroke in mladostnike v večji meri obravnavamo s programi mobilne pomoči, poldnevnih centrov, družinske pomoči ipd.

NEREŠENI PROBLEMI S CENTRI ZA SOCIALNO DELO

Zgleda, da je polje sodelovanja med tistimi, ki nameščajo, oziroma po novi zakonodaji predlagajo družinskim sodiščem, se pravi centri za svetovalno delo in strokovnimi centri zelo različno. Leta 2003 smo naredili raziskavo Kriterijev za oddajo otrok in mladostnikov v vzgojne zavode, pri čemer so nameščene otroke in mladostnike ocenjevali tako strokovni delavci centrov za socialno delo, kot vzgojnih zavodov (Krajnčan 2003). Prav tako se pogosto pojavlja dvom o kvalitativnih podatkih, ki bi jih morali priskrbeti o dotičnem otroku ali mladostniku, pa se zdi, da jih včasih preslabo poznajo (Krajnčan 2006).

Ugotovitve raziskave kažejo, da v slovenskem okolju nimamo enotnih kriterijev oddajanja otrok in mladostnikov v vzgojne zavode. Kot cilj naloge smo si zadali izdelavo metodološkega modela kriterijev za oddajo otrok in mladostnikov v vzgojni zavod, in sicer na podlagi rezultatov, različnih izkušenj in teoretičnih ozadij. Predstavljamo ga v nadaljevanju besedila (Krajnčan 2003).

Med obema skupinama je zaznati nezaupanje: na eni strani vzgojnih zavodov, ki ne verjamejo centrom za socialno delo glede tega, kakšnega otroka so jim pripeljali (nepopolna dokumentacija, premalo podatkov), na drugi strani pa strokovnih delavcev, ki ne verjamejo vzgojiteljem, ko otroka zavrnejo ali odpustijo oziroma nekaterih otrok s specifičnimi oblikami vedenja in težav sploh ne sprejmejo (Krajnčan 2003).

Odnos strokovnih delavcev do vzgojnih zavodov je dokaj ambivalenten; namestitev v vzgojni zavod je zadnja možnost, ko ni več nič drugega oziroma ko nič ne pomaga; po drugi strani

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

pravijo, da vzgojitelji vložijo veliko truda v svoje delo. Poleg tega je otrok večinoma nepripravljen na oddajo v vzgojni zavod in jo zavrača, kar le težko napoveduje uspeh.

Načini odločanja centrov za socialno delo so zelo neenotni, kriteriji so nerazpoznavni in prepuščeni trenutnemu razpoloženju. Končna odločitev je bolj ali manj prepuščena strokovnim delavcem, ki imajo o vzgojnih zavodih zelo različna mnenja pa tudi različne izkušnje (Krajncan 2003).

Tudi merila so zelo ohlapna. Že samo vprašanje, kdaj oddati otroka v vzgojni zavod, ne da enoznačnega odgovora. Prevladujejo odgovori v smislu »ko je zanj škodljivo bivanje v družini«, čemur sledijo šolska neuspešnost in vedenjske težave. Koliko mu bo koristilo bivanje v vzgojnem zavodu ali koliko mu bo škodovalo, je težko napovedati. Bolj zaskrbljujoče je dejstvo, da so otroci nameščeni v vzgojne zavode tudi zaradi šolske neuspešnosti. Šola kot merilo socialnega izključevanja je selektivni mehanizem tudi med strokovnimi delavci (Krajncan 2003).

Odprti odgovori so premalo eksaktni, da bi iz njih lahko sestavili teoretičen model, pokažejo pa, da je praksa oddajanja otrok in mladostnikov v vzgojne zavode zelo različna od enega do drugega centra za socialno delo (Krajncan 2003).

Ugotovitve raziskave kažejo, da v slovenskem okolju nimamo enotnih kriterijev oddajanja otrok in mladostnikov v vzgojne zavode. Kot cilj naloge smo si zadali izdelavo metodološkega modela kriterijev za oddajo otrok in mladostnikov v vzgojni zavod, in sicer na podlagi rezultatov, različnih izkušenj in teoretičnih ozadij. Predstavljamo ga v nadaljevanju besedila (Krajncan 2003).

Nevarno je govoriti o vzrokih ali vzroku za namestitve v vzgojni zavod. Bolje je govoriti o sestavi ali sistemu razmer, ki pripeljejo do odločitve o namestitvi v vzgojni zavod. Osebni, socialni in pravni vidiki so tako raznoliki. Okoliščine odločajo, ali bo pot mlade peljala v smeri vzgojnega zavoda. Včasih so ključne malenkosti: nestrpen socialni delavec, telefonski pogovor s centrom za socialno delo ob nepravem času, obvestilo centru za socialno delo o prostem mestu v vzgojnem zavodu, nejevoljni sosed itn. (Simmen, 1988, str. 129). Ali so bile vse možnosti izčrpane in je bila oddaja v vzgojni zavod res ustrezna oblika pomoči, se pokaže v nekaterih primerih šele kasneje. Prav tako Simmen navaja, da pogosto prihaja do odločitev strokovnjakov, ki si prizadevajo, da bi ljudi ločevali, ne pa zbliževali. Kaj manjka? Manjkajo

jasne in pregledne odločitve, do katerih se pride skupaj s starši in strokovnim timom ob razpravi in pregledu vseh možnosti, pri čemer nikakor ne smemo prezreti otroka in njegovega videnja (Krajnčan 2003).

Natančna informacija o zaznavanju in definiranju otrokove biografije pred namestitvijo v tuje okolje zahteva tehtno presojo o tem, ali je oddaja v vzgojni zavod res neizogibna, pa tudi o tem, katera ustanova bi bila v konkretnem primeru najprimernejša. Pri postavljanju diagnoz so se kmalu pojavile ostre kritike, ki so očitale, da relevantnim diagnozam ustreza le majhno število oblik pedagoškega delovanja in da postavljene diagnoze prinašajo stigmatizacijo otrok; čim izčrpnjeje so popisane vedenjske motnje, tem bolj je namreč otežen sprejem v željeni vzgojni zavod oziroma tem primerneje se strokovni delavci odzivajo na diagnozo. Diagnoza je odraz merjenja ter posploševanja in pogosto ne daje podatkov, ki bi bili relevantni za vzgojni načrt. Simmen (1988) pravi, da je diagnostika stvar optike (Krajnčan 2003).³⁸

Ugotovili smo, da se skupini strokovnih delavcev na centrih za socialno delo in vzgojiteljev statistično pomembno razlikujeta v navajanju vzrokov in pojavov vedenjskih in čustvenih težav. Razlikuje se vseh osem ocen vsebinskih sklopov strokovnih delavcev na centrih za socialno delo in vzgojiteljev. Različno zaznavanje istega otroka iščemo v različni optiki poznavanja otroka: na eni strani strokovnih delavcev, ki so otroka spoznavali pred oddajo v vzgojni zavod in so bili usmerjeni v središče težav, ki so pretehtale, da so ga oddali v vzgojni zavod; na drugi strani pa vzgojitelji ocenjujejo otroke, ki so jih sprejeli in katerih resocializacijo so pripeljali do točke, na kateri so jih ocenjevali Simmen (1988).

Rezultati se skladajo s predhodnimi rezultati pri drugem raziskovalnem vprašanju, da gre za premajhno sodelovanje med obema skupinama strokovnih delavcev. Tudi otrok bi drugače ozaveščal svojo vpetost med domom in vzgojnim zavodom, strokovni delavci na centru za

³⁸ Büttner (1991) je v svoji raziskovalni skupini »Planungsgruppe Petra« ugotovil, da so poskusi razvrščanja motenj in simptomov otrok in mladostnikov z namenom oddaje v vzgojni zavod nedopustni in neuspešni, saj se težave in motnje prizadetih pojavljajo veliko kompleksneje. Avtor nadaljuje s primerom, da je disocialnost pogosto posledica nevrotičnosti otroka in da socialna deviantnost velikokrat povzroča nastanek nevrotičnosti pri otroku ali mladostniku. Tudi motnje so označene zelo različno (nagnjeni so k samomoru; so delinkventni; zahajajo v nevarnost, da podležejo mamilom; so kronični begavci, mladi s psihotičnimi znaki itn.), zato je težko govoriti o dodelitvi ali razvrstitvi določenih ukrepov ali določenih postopkov za določeno motnjo. Vseeno pa ostaja dejstvo, da je za nekatere vzgojni zavod nujnost in realnost, čeprav zadnja postaja. Podobno tudi Post, ki pravi, da se kažejo zelo podobni zunanji vedenjski simptomi pri otrocih in mladostnikih, katerim gre razvoj v napačno smer. Zelo neprimerno, malomarno in predvsem nestrokovno je presojeti situacijo otrok in mladostnikov po vedenjskih simptomih.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

socialno delo bi morali biti v permanentnem stiku z otrokom v vzgojnem zavodu in njegovimi starši. Skupaj z otrokom, vzgojitelji in starši bi načrtovali strukture za uspešnejše vključevanje v zanj pomembne socialne sisteme (Krajncan 2003).

Vsi rezultati nam jasno potrjujejo domnevo, kako nedefinirano in raziskovanj potrebno je področje vzgojnih zavodov in celotnega sistema otroške in mladinske pomoči. Ustvariti model odločanja je, kot smo dokazali, nemogoče početje (Krajncan 2003).

Zaznavanje in definiranje vedenjskih in čustvenih težav je zunaj dosega shematične in objektivne definicije. Žal se ocenjevalec ne more otresti subjektivnosti. Dobljeni rezultati opozarjajo na potrebo po veliko večji usklajenosti med centri za socialno delo in vzgojnimi zavodi. Kažejo na različne strategije in različne odnose do oddajanja otrok in mladostnikov v vzgojne zavode. Potreba po večji usklajenosti izhaja iz rezultatov raziskave (Krajncan 2003).

Obe udeleženi strokovni skupini skupaj z njihovimi predpostavljenimi na obeh ministrstvih (Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport ter Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve) je treba konfrontirati z dobljenimi rezultati. Praksa mora definirati dobljene razlike, najti razloge zanje in načrtovati skupno strategijo za reševanje biografij otrok in mladostnikov. Treba je ozavestiti ugotovitev, da ni mogoče izdelati ustreznih objektivnih kriterijev in da je zato toliko večja potreba in zahteva v poenotenju izvajanja ukrepa oddaje otrok in mladostnikov v vzgojni zavod. Iluzorno je pričakovati, da bi lahko kriterije izenačili, vsekakor pa glede na današnje razhajanje lahko pridemo do večje uskladitve (Krajncan 2003).

Izdelani predlog naj služi kot izhodišče praksi, da bi laže soočala svoja strokovna načela in gledišča, in kot podlaga za oblikovanje in konceptualizacijo ter poenotenje kriterijev, ki bodo bližji otrokom in mladostnikom, hkrati pa bolj homogeni. Tako se bodo laže diferencirale dejanske potrebe otrok, temu ustrezno pa se bo oblikovala fleksibilna mreža vzgojne in socialne pomoči (Krajncan 2003).

Raziskava Bürgerja, ki je najbližja naši raziskavi, je ugotovila, da so najpomembnejši kriteriji za odločitev oddaje v vzgojni zavod odločitve strokovnih delavcev na centrih za socialno delo, iz česar sledi, da nimajo niti približno enotnih meril in da se nameščajo otroci s popolnoma različnimi biografijami. Nekega otroka, ki bi ga center za socialno delo številka 1 takoj oddal v vzgojni zavod, center za socialno delo številka 2 nikoli ne bi.

(Krajncan 2003) s svojo raziskavo meri tiste faktorje za oddajo v zunajdružinsko vzgojo (vzgojni zavod), ki so pomembni za strokovne delavce na centrih za socialno delo. Pomembni sklepi te raziskave so:

1. najpomembnejši člen v odločanju glede tega, komu je potrebna zunajdružinska pomoč, je socialni delavec, ki definira potrebo po namestitvi;
2. odnosi raznih centrov za socialno delo do nameščanja otrok in mladostnikov v vzgojne zavode so zelo različni;
3. velika povezanost med populacijo, ki ji je dodeljena socialna pomoč, gostoto naseljenosti prebivalstva in brezposelnosti ter oddajanjem v vzgojni zavod; manjša povezanost je ugotovljena med deležem otrok iz nepopolnih družin in otrok iz priseljenih družin;
4. nepomembna razlika med spektrom in količino ambulantne pomoči ter oddajanjem v vzgojni zavod;
5. velika divergenca med profesionalnim razumevanjem zunajdružinske pomoči in zaznavanjem te pomoči uporabnikov zavodske vzgoje.

Zdej, če lahko js opišem en konkreten primer. Mladostnica, ki je bila nameščena še preko CSD- ja, torej prejšnjega režima in je bila pri nas tudi nameščena. Ves čas ima težave s trdo drogo. Je znala tudi zelo dobro manipulirat z urinskimi testi ne. To pomeni, da se je potem kazalo kot negativno. CSD pravi, da ne morejo nič nardit. Pritiskam na njih že dve leti, zaradi tega nej dajo predlog na sodišče. Tu v tem primeru se ne ve točno al CSD še vedno izvaja ukrep al je to premeščeno na sodišče. V kolikor je premeščeno na sodišče bi morali, če bi želeli na sodišče naslovit, imet tudi številko primera. Tukaj gre pravzaprav za, je zlo odvisno od kak bi rekla, posameznika, koliko se zavzame. Oni pravijo, da nič ne morejo. Mi z njo ne moremo delat, ker je preveč pod vplivom. Šolstvo je čist neučinkovito. In je to za nas velik problem. Dejansko ni možno delat s tako osebo. in tukaj imamo čist zvezane roke k smo pač izvajalci ukrepa ane in pač ni v otrokovo korist. Dejansko ni možno delat s tako osebo ne. Kam drugam brez njene privolitve pa ne more it, ker zdravljenja kakršnegakoli, so lahko samo s prostovoljno udeležbo. V zdravstvu je to najlažje rečt.

Nobenih povratnih informacij, nič. Tud takrat ko je otrok v stiski, čist konkretno bom povedala opozori na spolno nadlegovanje v domačem okolju, ko pokličeš na pedopsihiatrijo,

sem dobila odgovor, to je čist konkreten primer, da naj se o tem obvestim CSD, da je za to pristojen CSD. CSD preda dalje, potem policija, potem raziščejo, ampak to je zdaj en od primerov, zadeva je ostala na nulti točki.

*Nerešen problem s CSD (Sami, samcati. V teh trenutkih. In, da se dostkrat počutimo, otroka namestijo, in pol smo rešeni. In potem ane, Centra tut podrazno ne dobiš več. Oni se zgovarjajo na tisoč in eno pravno zadevo. Nič življenjsko. Ministrstvo***).*

Zavajanje in večina odgovorov ustanov je sledečih:

Rajš mam tistga v skupini, k piše v poročilu, da je z nožem mamo lovil, kokr pa enga, k je super, ampak je pr nas. Ne vem ane.

Mislím, jaz sem bla že pred tem, da bi center prjavla. Res, aveš. Mi dobimo recimo dva fanta. Mam ogleđ, ki ga obvezno vedno spelemo. Ogleđ. Vse se dogovorimo. Dejte pač spelat postopek. Zdej preko sodišča. V redu. Center seveda mečka kokr le lahko. Se pravi ogleđ spelemo januarja, konec februarja še nič ni. In 16. marca nastopi karantena. in oni bi med karanteno nameščal otroke, in smo mi rekl, da ne. Bla sta pa v kriznem centru. In ko sem jaz vprašala, k ji je slučajno ušlo - socialni delavki, da sta vsak v svojem kriznem centru, pa brata. Zakaj sta vsak v svojem kriznem centru? Je rekla, ja sta se nekje med sabo, je pršlo nekj med njima, do fizičnega obračuna med njima. Sem misnla v redu, sta se zravšala al nekj. Takrt je blo treba vrat na nos namestit. In mi smo tko in tko praznl dom, mel minimalno število, bli smo spregledani tak od vsega, ker šole so loh zaprle vrata, mi smo pa mogl podvajat dežurstva. Glede na to, da v dopoldanskem času, mi nimamo vzgojitlov kle zaposlenih, ker so otroci v šolah. Ko so bli otroci tukaj, ker so ble šole zaprte, smo mi mogl delat od devetih zjutraj do devetih zvečer. U glavnem, ampak smo pol na koncu, maja vseeno sprejel ta dva otroka. Na kar smo mi od kriznega centra zvedl, zakaj sta bla ta dva otroka vsak v svojem kriznem centru. Ker je med njima prišlo do spolne zlorabe. Me njima. Ker je strešji fant napadel brata. In to nam je center zamolčal. Se pravi mi bi jih lahk dal skupi v sobo, ker te informacije nismo imel. Mi mamo tudi druge otrok, ki imajo izkušnje kakršnekoli spolno zlorabo. na kar bi mogl bit pozorni, ko nameščamo. In center nam je to zamolčal. In zamolčijo nam tisoč in eno stvar, in ko pridejo otroci sem, mi začnemo ugotavljat kaj in kako.

Recimo lih tut pr temu fantu ane. Nikjer ni blo omenjeno, je bil z rešilcem in policijo en teden preden je bil.

Ja preden je bil k nm nameščen. Sva se midva pogovarjala, on bo v gimnastičnem centru tmle treniral. In je to taka velika zelena zgradba. Sem reku sej k boš hodu nauš mogu zgrešit, k je edina največja zelena zgradba v Ljubljani. Ne, Pediatrična klinika je, k sem bil prejšnji teden. In pol je VI kličem, kaj pa je blo s tem? Kaj, kako to? In pol je VI klicala, in so pol povedal.

No, pa meni se je prej ko sem čisto na začetku rekla, ne zdravstvene situacije. Mi smo se srečevali s težko sladkorno boleznijo ne, dnevno iniciranje, pa še zdaj je psihiatrični bolnik ne. Mi smo bom rekla kar dobrega pol leta, pa še zelo agresiven je bil mladostnik, da to ne moremo imeti v skupini, ker prvič ni bil niti za ostale mladostnike, pa niti za nas, ki nismo usposobljeni zdravstveno ne in nismo podkovani ne. Recimo kr težka astmatičarka ne, smo meli pred kratkim posvet z argaeloginjo zdaj tut greva na pregled ne, pazte sploh zdaj ko so maske ne komaj diha (globok vzdih), da ne pade v dihalno stisko ne. To so zadeve, kjer te je pa vedno strah ko se vprašaš kaj pa če v nekem trenutku nisi z otrokom alpa tiski, ki si morajo injekcijo brizgat. Zdaj mu moram jaz injekcijo dajem ne. Mislim saj mu lahko dam ne, ampak jaz nisem za to usposobljena in se vedno vprašam ali jaz to smem ne kaj pa če kaj narobe. To so res situacije, ko smo mi postavljeni. Smo sicer tam dosegli, ampak z zelo močno voljo ne, da smo otroka potem recimo ne mladostnika premestili drugam ne.

Ja, začne se pr timu. Ker tim pač vid, kako tisto prvo, to. Pa pomembn je men, da se cela skupina nekak vključ v reševanje tega, kar se je zgodl. Ni treba, da vsi, vse točn vejo. Itak so bli zraven in se vidjo. In je treba kle pomagat. Starše vključevat no, to defenitivno. Narest načrt, to so se zelo obnese. Da se hitr sestane manjši tim, krizni tim. Pa se potem en mesec tedensko srečuje. Pa samo kratke nalogice. Dve, tri naloge, k jih ima ma vsak za nrdit.

Pomembno multidisciplinirano sodelovanje in seveda enotnost in doslednost vseh. Ne vsak v svoj lok. Da se načrt nardi, plan.

Primerjava s tujimi praksami je zelo nevhvaležna, saj imajo sistemsko drugačne rešitve in pristojnosti.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. Novi zakon točno narekuje ustreznost sodelovanja, vsekakor pa menim, da bi morali strokovni delavci na centrih za socialno delo, ki predlagajo družinskim sodiščem oddajo v strokovni center na dodatno izobraževanje, kakor tudi, da bi vsi strokovni delavci iz tega področja poenotili kriterije in skrbeli za verodostojnost informacij.
2. Pomen zavedanja, da le s skupnim delom, ustreznim sodelovanjem in zavzetostjo lahko pričakujemo boljše rezultate pri vzgoji in vrnitvi otrok in mladostnikov v domače okolje.

PRIPRAVA NA SPREJEM / PREDSPREJEMNI INTERVJUJI

»Prehod v drugačno življenjsko situacijo je v večini primerov za otroka in njegove starše v mnogih pogledih veliko breme in pogosto boleča izkušnja. Največkrat ima prostovoljno ali ukazana namestitev otroka v poklicno nadzorovano bivalno in izobraževalno okolje stresno zgodovino.« (Peters & Jäger 2013, str. 16) Gre za čim bolj spoštljiv prehod na institucionalno in poklicno okolje. (Peters & Lellinger 2013: 22)

Predpogoj za uspešen začetek pomoči je, da se otrok / mladostnik v ustanovi počuti prijetno. Da bi to omogočili, igra postopek sprejema ključno vlogo: ali izraža občutke varnosti in gotovosti? Ali začitijo prostor za prijetne, koristne odnose? Ali je spoštovanje sporočeno in ali je sodelovanje omogočeno? Ali je uporabljeno »pozitivno načelo novega začetka« (Günder 2011: 127)? Ali pa vključevanje mladih, skupine in kvalificiranih delavcev ustvarja "strahove, negotovosti, sitnosti, dvome in dodatne obremenitve" (Günder 2011: 119)?

Odločilno je, kaj se zgodi pred sprejemom in kako se otrok, izvorna družina, ustanova (strokovnjaki, skupina) in okolje pripravijo na prihod ali kako so dejansko pripravljene. Previden in participativen postopek sprejema in prihoda pripravi podlago za vse nadaljnje procese v ustanovi - zlasti za načrtovanje izobraževanja in podpore ter za delo z izvorno družino. Tu najdejo svoje mesto osrednji vidiki poklicnega delovanja: vzpostavljanje delovnih odnosov, ocena stanja posameznika in načrtovanje intervencij. Sem spada tudi gostoljubna kultura organizacije, skozi katero se prenašata varnost in usmerjenost (Günder 2011).

Priprava na sprejem je izjemno pomembna kategorija. Praviloma to obdobje traja od treh do šestih mesecev. Strokovnjaki v ustanovi uporabljajo obdobje aklimatizacije za vzpostavljanje zaupanja med vpletenimi in za določitev pravil vsakdanjega življenja in življenjem s skupino.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Pomembne informacije za načrtovanja se nahajajo tako v posodobitvi načrta pomoči kot tudi s tem povezanim konkretnim načrtovanjem vzgoje in izobraževanja. Otroci in mladi potrebujejo čas, da se postopoma navadijo na spremenjene vsakdanje razmere. Izvorna družina se mora spoprijeti s spremenjenimi domačimi razmerami in odločitvijo, da bo otrok začasno živel v ustanovi. Vtisi prvega dne, torej sprejem sam, imajo skorajda trajen vpliv na otroke in mladostnike ((Eger in Hensen, 2013, Günder in Nowacki, 2020, Eifler, Hipke, Kurtz, 2020).

Sogovorniki so povedali:

Predvsem pa to, mi pač te mulce na zavračamo, sprejemamo jih. Torej jaz ne bom enga mulca dal v drugo institucijo, ki je enakovredna v zakonskem smislu ne, ker je lahko samo al za domov, torej da je opravu, da gre lahko nazaj v okolje iz katerega je prišel, al pa v neko strožjo obliko zaradi tega, k tuki ne gre. Ne bomo obupal v smislu, da aha dejmo zdej ga v drug zavod dat. K je bil en obdobje, lih k sem jaz začel tle delat pred dvajsetimi leti, mi smo dobival vsak let tri, štiri iz podobnega zavoda. Kaj, zakaj? Ista institucija, isto plačani ste, iste dodatke dobivate, zakaj bi mi vaše, k vi ne zmorete, dobival in hkrati o tem govorim. To je ni in tudi mulcem povemo, mi se bomo s tabo ukvarjal zato, ker te sprejemamo tazga k si. Sprejemamo tud tak k si kot osebnost, ampak lej neka tvoja vedenja pač so te pripeljala do sem in to bomo proval popravt, ne in zdej se pa začne delat. Potem pa seveda čas, odnos, ko se pa enkrat odnos vzpostav, pol pa lahk delaš res z mulcom, pa bo. To je zame bistveno. Ja mislim tko, ne, jaz še. Pa, da je zlo pomemben te priprave oziroma da si, ko fant pride, da je seznanjen z vsemi posledicami in to velik lažje sprejmejo in jaz jim tud rečem, je en reku, da smo hinavski, jaz mu tud rečem tako pa tako bo, to in to sledi, kakšnemu se tudi napiše. Lahko potem preverja, če da ne pride do teh zlorab mislim, da je to tud kr ena preventiva, k je velik manj takih kriznih intervencij, so velik manj jezni, lažje sprejmejo posledice. Včasih je bilo v petkih, ko so bili izhodi domov, pa če kdo ni dobil izhod je bila vedno policija.

Mislím, da smo loh kr. Da mormo bit. Marsikaterere reče, da jih še nisem vidla. Ker so krizne intervence dost. Zdej smo jih kr precej dobil, k so krizne, in k jih ne poznajo prej. Recimo prov zdele smo 2 otroka dobil, ker, sta otroka sama klicala. Pa je policija prpelala na center in šu center iskat in je iz tistga naredu anamnezo in nam posredvov vse kar vsedo. Kaj bo pa to pokazal, pa ne vemo. Velik je tega, da se ne ve, da je, ... Pol tut ne morš centru rečt nisi.

Včasih dobimo pozno ne, se zgodi, da sodišče, kar pošlje, da ga čez noč moramo sprejeti, tu gre seveda za urgentne ne, ko je ogrožen in moraš najti posteljo in otroka sprejeti. Imeli smo že primer lansko leto, ko smo bili čisto polni, vse skupine so bile zasedene pa so nam maja pač poslali otroka. In si moral zagotoviti.. In to poslali tak, da nismo nič vedeli o njem in so nas poslali v Ljubljano na psihiatrijo, sedaj si pa pojdite ponj. Mislim to pa je...

Pa sodišča so dokaj nova v tem in ne poznajo situacije. Napišejo kot napišejo in tisti sklep dobimo in ga moramo izvajati, ampak včasih je tako nesmiseln, da grozno.

Tuki je bilo zelo v bistvu dobr pripravljn teren. Kaj bi blo, če ne bi bil ne. Bi blo pa marsikdaj težava. Tko, da mi zlo tud preden pride sem, če se, če je le možno, se opravi ogled, predhodni razgovor, k je kar uro, dve, pa tud razkažemo zavod in da tud sami dobimo en vtis oziroma še kej povprašamo, ne sam po papirjih. Tko, da so tud te priprave pol lažje. Rečemo katero skupino, kateri vzgojitelj, kateri fantje bi zraven sodl. Tako, da tuki priprave so kar v bistvu zlo pomembne in problem je, k ga jaz zdej vidm mogoče tud zdej ta zakonodaja, k so začanse odredbe sodišča, jih je treba načeloma takoj začet izvajat. Ti pa ne veš. Nimaš zdravstvenih podatkov, nimaš.

Tukaj je tudi velik pomen poznavanja zdravstvenih težav!!! Od sladkorne, alergij...!!! Kaj če ne vemo in nam ga pripeljejo???

Ja sam k bo pa enkrat pršlo do enga primera, ne. Bo enkrat pršel en, k mora tablete za srce jemati, tud pri mladih se to dogaja, pa ne bom imel nč. Kdo bo odgovoren?

Tukaj ni zakonsko jasno določeno katero dokumentacijo lahko mi pridobimo oziroma katero dokumentacijo so nam dolžni poslat.

Z večino centrov dobro sodelujemo. Majo zaupanje v ns in mi mamo v njih. In se nekatere stvari dogovorimo v korist otroka. Z enimi centri, posameznimi, pa se nič ne da dogovorit. In to je tisto kar ste vi prej omenl. Opažamo, da so tud sodniki različni, čeprav je zakon za vse enak ne.

Moralo bi bit tak. Po zakonu je tak. Ampak ni nujno, da se izpelje ogled. V večini primerov se izvaja. Načeloma bi se moralo izvajati na tak način, da preden da center predlog sodišču o namestitvi otroka v vzgojni zavod bi moral pri nas se izpeljati ogled. Ker, če da enkrat ta predlog in pride zadeva v sodišče in sodnik odloči, mi pa ugotovimo z mladostnikom, starši,

centrom vmes, da mogoče ta zavod ni primeren se lahko vseeno sodišče odloči, da bodo namestili. Zato je mogoče boljše, da se to nardi preden se da predlog na sodišče. Ampak ali se to izvaja ali ne je zelo odvisno.

Js sm doživu ta sprejem. Tega je kar velik. Ampak eden je bil zelo kritičen. In sem potem pisal varuhu človekovih pravi, da to je škandal. Punca je prišla sredi noči, ponoči s štiri policaj in dežurno socialno. Potem so se policaji umaknil in smo ostali sami z njo. Tri dni ni imela niti kosa spodnjega perila. Prišla je brez vsega,.

Js sm potem pisu varuhu človekovih pravic. varuh je sicer napisal tak splošen odgovor, da se trudi. Varuh daje sam priporočila. Ampak to je zelo slabo, ker mi smo tekom let se trudli ustvarit, da delamo predvsem na odnosu. Mi smo odnose osebe v prvi vrsti do vseh mladostnikov, ki so tukej. Kako boš ti odnosna oseba, če jo policaj pripelje ob 4h zjutraj. Si lahko samo ne vem kaj. In potem pri takih primerih mi rabimo pol leta, da zgradimo odnos. Namesto, da bi bil ogled. Na večino ogledov pridejo mladostniki prestrašeni, jezni, zmedeni. Na ogledu smo se tu vsedli, razložili kaj tu delamo. Ko so šli na ogled zavoda, jih socialna pelje v razrede, vidjo delavnice. Se pravzaprav ta ostrina zgubi. In potem ta mladostnik, ki je prišel na ogled in potem čez en mesec na sprejem, pride nekak notranje pripravljen. Na zunaj seveda tega ne pokaže. Ampak dejansko je ponotranjil to odločitev. Js sm se takrat boril ko lev, da bi to prišlo v zakon pa ni prišel. Tudi predlog zakona ni prišel.

Primer dobre prakse enega od strokovnih centrov je tudi predsprijemni intervju.

Ena zelo dobra stvar, ka se pr nas, se mi zdi pozna zelo na dolgi rok je to, da smo v predsprijemnih intervjujih, ki itak niso legalni ane. Jaz to tko gledam, pou stvari, ka jih mi delamo v resnic v skupinah niti niso na nek način ne postavljene, ne legalizirane, ne in te so najbolj učinkovite, kar je meni paradoksalno, ampak to delajo. Recimo naš predsprijemni intervju, dejmo to zelo v narekovaje je to, da najprej pridejo otroc na ogled, mi si tam že vzamemo čas, da ene stvari postavimo zelo jasno in zelo glasno. Ta druga stvar je ta, da morjo potem še enkrat pridet, kar se včasih zdi kšnim butast, kva bom zdej tle hodu, sej sm vidu plac, da mi vidmo sploh kašno je mnenje pa kam pes taco moli. Takrat šele začnejo stvari res vn silt ane. Anamneza, anamneza je bulšit, še bolj bo zato, ker je zdej sistem drugačen, ker se to na sodišče pošilja. In ta kvalitativen čas, ker kvantiteta vemo, da zdrži tut zakon, ta kvalitativen čas pa ta odnos ka ga napelješ pa že preden pridejo, je tista priložnost, kjer že ene stvari zmanjšuješ.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Iz odgovorov je razvidno, da je tudi tukaj potrebno več kvalitetnejše komunikacije in sodelovanja med centri za socialno delo in strokovnimi centri. Nedvomno, da vsi poudarjajo, da obstajajo dobre prakse in primeri, vsekakor pa da se z določenimi centri zelo težko sodeluje in da je dokumentacija zelo nepopolna in včasih celo izkrivljena ali namenoma zamolčana. To so strokovno nesprejemljiva dejanja.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. Kot smo omenili že v prejšnjem vsebinskem sklopu o sodelovanju s centri za socialno delo je pogoj kvalitetna profesionalna komunikacija in sodelovanje.
2. Strokovni centri lahko izboljšajo senzibilizacijo v obravnavi novo nameščenih otrok in mladostnikov ter tako prispevajo k ustrežnejši obravnavi in predvsem začetnemu stresu in neprijetnostim, ki jih novo nameščeni doživljajo. Prav tako bi bilo potrebno pri prvem obisku otroka ali mladostnika otroku ponuditi možnost, da bo odločal o svoji prihodnosti, čeprav se zavedamo, da pogosto drugih možnosti ni. Prav zato mu je potrebno dati ta občutek, da gre za njegovo stvar.
3. Ustvariti vzorec pomembnih napotkov glede prednamestitvenega razgovora.

POLICIJA

Strokovni delavci so izpostavili zelo različne izkušnje, ki jih delijo s policijo oziroma glede policije in njihovih pristopov v ustanovo.

Vedno vpletamo policijo. Zdej čist odvisno, ane, takrat pa greš zlo, zlo za vsak drek ne, bom reku, kličeš policijo. Ker nočeš, da ekskalira nobena stvar. Je pa tako, da tud policija ima tuki dost omejene pristojnosti v smislu, ne, če mi vemo, da ima nekdo polne žepe neke trave, al pa druge droge, ne, konc koncev. To še ni utemeljen sum, da ma. Tud če mu smrdi iz žepov vn oziroma cel okrog njega smrdi. Policist mora videt to. Tako, da tuki imamo dost omejen kaj lahko izvedemo, kaj ne, Mora bit tud to povezano še s čim, to kar ne. Zdej smo imel enga poba, ka je dol cel dan nam v bistvu grenil s tem, da se je obnašal totalno kako bi reku, mislm čist šlo je preko mej, ne, s tisto travo je mahal okrog, kadil džojnt enga za drugim, bil je čist zadet itak.

Težave glede osebnega pregleda.

*Zdej mi smo se pogovarjal, da bi tut začel navezvt stike s to policijsko enoto, sam se je pa tok ljudi spet zamenal, tam prav na to, za mladostniški kriminal, da nismo mel ene osebe s katero bi sploh začel se pogovarjat. Lih zdej je napovedana, da pride, sva dogovorjene***da bo pršla, da se zmenimo kako bomo sodelval.*

Treba je uredit to področje. Kar se tiče pa policije, recimo pri barikadah. So naredil barikado, so se zabarikadiral v dnevni prostor, razbijal, drogo jemal. Vzgojitelca je bla sama, je klicala policijo. Ko je policija pršla so se oni umiril. Policija je pršla do vrat, do dnevnega prostora. in ker so bli tiho, niso inteveniral. Oni lahko intevenirajo, če ugotovijo, da nekdo ogroža. Ampak oni so ugotoil, da je tišina. In so šli. Ko so šli, so spet začel.

Ja, tudi policija. Tu so bli pa prav kolegi, ka sm jih mal sprašvala kaj hočejo, zdej če sm jaz naša poslanka. So mi posebi to izpostavili, da naj povem ane, da v smislu, je težko sodelovat s policijo na področju drog, ker...se pač nenavadno odzovejo, ane. Na primer, neka običajna situacija pr nas je taka, da mi ugotovimo, da ma mulc neko drogo s sabo v šoli ane in ga pripravimo, da on to drogo odloži, odloži na mizo pr nas v pisarni. In potem kličemo policijo. In potem pride policija. In zdej nazadnje dvakrat se je zgodilo je to, da je policaj bil postavljen precej v zagati, kaj naj pa zdej nardi, ker on ni zasegel otroku te droge, ampak je tle pred njegovimi očmi se pojavla na mizi, ane in potem mene sprašuje, kako ste zdej vi to nardil, ja jaz sm mu rekla naj sprazne žepe pa torbo, pa je dal na mizo. Ja, ampak zdej bom jaz to zasegel vam, a veste in je hotu to dat v zapisnik. In jaz sm rekla no go (smeh). Ja pa jaz ne morem drgač, ja pol pejte pa kr domov, sm mu rekla. In pol je reku, joj samo trenutek, sm neki v avtu pozabu in je šu po moje vn klicat na postajo, kaj naj nardi. No, skratka, odzivi..(prekinjena s strani R) Glede tega mamo kr težave no, po mojem in potem se glede tega...moje mnenje je, da se kolegi zmer mnj, torej, zmer mnj smo vsi skp navdušeni sploh klicat policijo ane.

Jaz sm ubistvu delala prej v drugem zavodu, ane 16 let, pa sm zdej tukaj. Najmanj težav s policijo sm mela, ka sm bla zaposlena prou v zavodu, ker je bil vedno en kriminalist zadolžen za zavod, potem sm mela pa zlo velik težav, ko smo bli pod bežigjaskih rajonom ane, tm je blo

pa skoz tko k kolegi opisujejo ane pr klicanju. Tko, da to bi bla recimo lahko ena rešitev, ka je bla zlo... kliče pa se jih zelo redko – npr 3 krat na leto!

Ja, je pa spet tut pr policiji odvisn ane. Al je zdej nekdo, k pride samo zard tega, ker more spet pridt recimo. Al je nekdo, k bi rd bil v en support. Tko, da, da bi mi računal, da bo policija kšne stvari tuki, vzgojne težave, ne mormo računat, da nm bodo rešval. Prjavlamo in bege in agresivno vedenje, če je tako, da je, al da je kšna poškodba to sploh, ampak tut manjše stvari. Spet se individualno odločamo kdaj in kako. Kdaj bi poklical pa kdaj ne bi poklical. Čim se pa nekdo počut ogroženega, pa vsekakor pa lahko vsak pokliče kadarkol. Tuki nimamo omejitev, da zdej pa ne smeš klicat.

Je pa tko, sej tko k je R reku, sej je blo dost pogovorov tud med ravnatlom in komandirjem, da vzpostavljamo te stike. Problem je, k oni delajo do 3h, pa potem druga postaja prevzame po tretji uri. Včasih je pa pač, to so pa osebne stvari, da so določeni policisti, tam kjer so v bistvu, majo svojo filozofijo kako bi se kaj reševalo. Majo včasih kšne pripombe ampak, to je pač odvisno od posameznikov, k so tm zaposleni.

Policija je vsekakor pomemben člen v delovanju strokovnih centrov. Vsi bi si želeli, da je ne bi bilo potrebno vključevati, vsekakor pa kadar gre za kazniva dejanja in akutne krizne situacije, je še kako potrebno kvalitetno in profesionalno sodelovanje z njimi. Sicer je to že peti ministrski resor, poleg izobraževalnega, zdravstvenega, pravosodnega, dela, družine, socialne zadeve in enakih možnosti, še notranje zadeve. Kljub temu, da imajo strokovni centri in policija različne naloge, morata tudi toliko bolj znati, kdaj in kako sodelovati. To pomeni: policija mora preiskati utemeljen začetni sum kaznivega dejanja in rezultate prijaviti državnemu tožilstvu. Nima pravne presoje. Naloga policije pri pregonu mladoletniškega prestopništva je popolnoma drugačna kot naloga vzgojne pomoči, ki se osredotoča na podporo in ustvarjanje pozitivnih razvojnih možnosti za mlade.

V nemškem prostoru imajo tako imenovane skupne konference o primerih policija in strokovni centri. Skupne konference o zadevah: Če je mlada oseba obtožena enega (ali več) kaznivih dejanj, je namen "konference primera" zagotoviti hitro obravnavo primera.

Konferenca primera je medagencijska in medresorska tehnična razprava, v kateri si različni akterji izmenjujejo informacije o storilcu kaznivega dejanja. Cilj je uskladiti perspektive vzgojne pomoči in pravosodja ter policije in najti odločitev, ki jo podpirajo vsi vpleteni. Če želi strokovni center pomagati mladi osebi, mora z njo vzpostaviti odnos zaupanja.

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

Mladostnik mora imeti verodostojen vtis, da ga strokovni center ne želi kaznovati, ampak želi spodbujati njegove možnosti za socialno in poklicno integracijo ter podpirati njegov osebni razvoj. Če pa sta policija in kazenskopравни sistem zainteresirana za kaznovanje mlade osebe, to sledi drugačni logiki. Da bi zagotovili izobraževalno in vzgojno pomoč in kazenske sankcije, morajo strokovni center in policija ter predstavniki kazenskopravnega sistema priznati, da so dolžne opravljati različne naloge. Na skupni konferenci primera je mogoče raziskati, ali je bilo kaznivo dejanje mladoletnika na primer posledica določenega biografskega bremena. Če je temu tako, je naloga zaščite mladega posameznika, da skupaj z mladim in njegovo družino premaga to breme. Povsem drugače je kaznovati mladostnika, saj lahko s tem prinese nevarnost, da se bo soočil z dodatnimi bremenami, kot sta ločitev od družine ali stigmatizacija. Posledično je lahko težka odločitev, kdaj in če splih se odpovemo kazni.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. Pomembno je, da so na dotičnih policijskih postajah educirani policisti, ki bodo se v predhodnem posvetovanju s strokovnim centrom ustrezno odzvali na posamezen primer.

MEDRESORSKO POVEZOVANJE

Specifičen prostor, v katerega lahko uvrstimo strokovne centre, se pravi vse oblike pomoči čustveno in vedenjsko težavnim/motenim otrokom in mladostnikom v Sloveniji, je pod ustanoviteljstvom države Slovenije in pristojnim Ministrstvom za izobraževanje, znanost in šport. Namešča Pravosodno ministrstvo, na podlagi predloga strokovnega delavca Centra za socialno delo, ki je pod Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. V raziskavi o Viziji vzgojnih zavodov (Krajncan, Šoln, 2015) sta avtorja ugotovila, da je v vzgojnih zavodih skoraj 60% otrok in mladostnikov z vedenjskimi in čustvenimi težavami/motnjami tudi pedo/psihiatrično obravnavanih, kar pomeni, da tukaj nastopi še Ministrstvo za zdravje in kot smo omenili še peti ministrski resor Ministrstvo za notranje zadeve pri mnogih intervencah, ki se zgodijo v življenju in delu strokovnih centrov.

Strokovni delavci so sami izpostavili to tematiko kot perečo in nerešeno, oziroma področje, ki jim zaradi svoje premajhne povezanosti in nedorečenosti pogosto vzame veliko časa in ustvari nemalo težav:

Jaz bi medresorsko povezovanje. Men je to ključno. To, da so te službe skupaj, da so te resorji skupaj. Edina stvar, ki potem lahko spreminjaš. Zdej mam še sodno vejo skupaj, zdravstvo, socialno, pa še smo skupj. Po so pa akterji znotraj, krizno sestaviš tim, naloge porazdeliš.

Tut to, da je zdravstvo, da mam nosilne osebe. Ane kle mam mi zelo dobro prakso, ker mam stalno osebo, k nas je zgodi proces dolg, 2 leta, zdele spoznala. In mi že njo poznamo in vemo kje ma ona slabe točke, ane kšna šibka. In kje smo mi, nas tut pozna. In ta vez je najboljša. Enako v šolah opažam, da mam tam stalnega človeka, k nas pozna, da nas vsak let ne šola na napak, ki jih delamo, da oni. Tut tuki je ta proces, ta procesnost. To je problem, ključne osebe nekje. Res to, v Ljubljani zdravstvo, to se lahko sam sistem dokazuješ, kje majo lukne, če ne prideš k znajo to preseči. Zdele smo eno izkušnjo, delal prakso s sodiščem. Niso to neki bogovi, ampak priznajo, da ne znajo. Po pa rečemo kako da ne poznaš? Drugač pa vzpostaviš tisto vez delovanja in gradiš prakso. Tko mi vidmo no, da se to dela. To je spet filozofija, ki jo mam v glavah. Včasih je to težko protokol sestavi, ker smo različno usmerjeni.

Mi to kar res pogrešamo. Pa se ves čas s tem ukvarjamo. Je to, da bi se zavode upošteval, njihovo strokovno mnenje. Ane, ker je, mogoče se bo zdaj kaj spremenilo, v zadnjih letih, preden so namestitev prevzela družinska sodišča, se je strokovno mnenje zavodov zelo podcenjevalo. In se je v bistvu gledalo na to, vi ga morda vzete in delajte z njim kar hočete z otrokom. Vaš je in konec. Ni se izhajalo iz potreb otroka. In jaz še vedno zagovarjam, da bi moral izhajati iz potreb otroka in najdi rešitve, ki so njemu najbliž na kožo pisane. In tut te rešitve. Mi k smo šli v te individualne programe, ki so nezakoniti ane. Pa recimo te, kar se sicer počasi res dogaja, da zavodi, dobivajo dislocirane enote. In da se razprši ta koncentracija otrok na istem mestu. Se mi zdi, da je to prava smer. Ampak ni pa še sistemsko tko dobro narjena, da bi pokrila vso paleto. In, da bi se, če pri enmu otroku v zavodu ne gre, da bi bli mi slišani, in bi bli nek strokovni organ, da iščemo rešitev tut včasih izven pravnih okvirjev. Ker se je izkazalo kot ustrezno ane. In za njega najbolj učinkovito. Tko kot sem rekla za tega fanta. Če mi takrt ne bi šli v ta dogovor, s katerim so bli po 3 letih res vsi zadovoljni, bi bil kriminalec ali narkoman. In bi propadel, zaradi naše rigidnosti. In to je napaka.

Predlog za izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji:

1. Določiti pristojnosti in intenzivnost, odzivnost in kvaliteto sodelovanja. Posebej velja poudariti, da se ozavešči delo za dobrobit otroka in znotraj tega nujo po komplementarnem sodelovanju in menjavi vseh za otroka in njegov razvoj pomembnih informacij.
2. Narediti skupno izobraževanje za boljše razumevanje dela z otroci in mladostniki z vedenjskimi in čustvenimi težavami/motnjami, kakor tudi soočiti vse strokovne delavce in njihova pričakovanja in zahteve. Iz tega bi se lahko naredil pakt o sodelovanju in pristojnostih.
3. Razumevanje principa regionalnosti, celostne obravnave otrok in mladostnikov znotraj procesov deinstitutionalizacije.
4. Evalvacija delovanja področja strokovnih centrov vsake tri leta, pri čemer bi se ovrednotila kvaliteta sodelovanja.

PROBLEM MAJHNIH OTROK – PREPIŠI IZ PLANINSKE RAZISKAVE!

Strokovni delavci so omenili tudi težave v obravnavah mlajših otrok, ki jih dobivajo v vedno večjem številu; tudi v povezavi z odvzemom otrok ali prepovedjo stikov staršev.

Prav tako je zaznati trend k nižanju starosti otrok, ki jih centri za socialno delo (družinska sodišča) želijo namestiti v vzgojni zavod. Praksa tudi v nemških vzgojnih zavodih kaže, da se je v vzgojnih zavodih v zadnjem času izjemno povečalo povpraševanje po pomoči majhnim otrokom. To za izvajalce strokovne pomoči pomeni spremenjene pristope: otroci potrebujejo več podpore in časa, več usmerjanja pri vsakodnevnih opravilih, intenzivnejšo obravnavo ipd. Tukaj je delo s starši posebno pomembno in zahteva specifično dinamiko. Vrnitev otroka v družino prav tako zahteva skrbno presojo. Predstavili bomo tudi nekaj pomembnih okvirnih pogojev, ki jih mora ustanova narediti za ustrezno strokovno obravnavo. Napotitev tako majhnih otrok v vzgojne zavode je pogosto povezana z dejstvom, da gre za različne oblike zlorab in zanemarjanj, kar pravzaprav pomeni, da bo otrok lahko zelo dolgo v obravnavi ustanove. Otroci zaradi svojih večplastnih ter težkih vedenjskih težav in motenj ne morejo biti

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

nameščeni v rejniške družine. Na tem mestu bomo osvetlili še posebne zahteve, ki so pomembne za socialno-pedagoško delo z otroki od treh do dvanajst let. V ustanovi (vzgojnih zavodih in stanovanjskih skupinah) obstaja veliko situacij, ki jih sami ne morejo opraviti, rešiti. Od poti v šolo, do pomoči pri hrani, umivanju, oblačenju, pospravljanju ipd. Vzgojitelji so od jutranjega bujenja do večernega »spravljanja spat« sogovorniki, pomočniki, svetovalci in soigralci. Za razliko od mladostnikov otroci ne zmorejo svojih vprašanj in želja odložiti, počakati, potrebujejo neposredno pozornost. Izkušnje kažejo, da skupine z manjšimi otroki pogosteje potrebujejo zdravstveno oskrbo. Bolniška opravičila so v tej starosti veliko pogostejša. Pri deklicah še pogosteje zasledimo psihosomatične reakcije, kot so prebavne motnje, slabosti, bruhanje in težave z dihanjem. Vzgojitelji se morajo veliko bolj ukvarjati z neposrednimi potrebami otrok. Kvaliteta vzgoje je neposredno povezana s kvaliteto odnosov. Mladostniki nam vedno znova povedo, da je z njihovega vidika kvaliteta našega dela merjena predvsem glede na izjemnost, ekskluzivnost odnosa, ki ga navežejo z vzgojitelji. Zato je neobhodno, da sta v skupinah dva vzgojitelja istočasno. Pri manjših otrocih se namreč velikokrat zgodi, da zahtevajo nujno pozornost dlje časa, česar vzgojitelj, če je sam v izmeni, ne more izvesti. V socialno-pedagoških stanovanjskih skupinah je individualno delo zaradi preglednosti settinga, stalne prisotnosti osebe brez iritiranja lažja. Prednost je tudi v tem, da lahko otroci doživijo socialne pedagoge v njihovi raznolikosti. Tako raste verjetnost, da bodo z eno od oseb našli bližino. Otroci imajo pogosto manko tudi v senzoričnih razvojnih spodbudah oz. stimulaciji in tovrstne izkušnje pogrešajo, ker so nujne za ustrezen razvoj in pozitivno socializacijo. Igra, narava, dražljaji, ki se pri manjših otrocih morajo ponavljati, da postanejo ponotranjene učne izkušnje. Tudi vizualno je potrebno okolico urediti prijazno, od igral do osebnih igrač, gibalnih možnosti, igralnih vrtičkov, vrta ipd. Potreba po gibanju je veliko večja kot pri mladostnikih. Prav tako je potrebna drugačna struktura dneva. Ponavljajoči se rituali so v strukturi dneva za otroke zelo pomembni. Sam ritual pred spanjem je zelo pomemben, da lahko otroci umirjeno zaspijo, da imajo svojo igračko, zgodbico za lahko noč, da vsakega posebej pobožamo, razbremenimo in mu rečemo lahko noč. Dodatno mero strokovnih obravnav potrebujejo tudi starši, saj gre pogosto za zapletene odnose, zanemarjenja in njihove lastne mnogotere težave in motnje. Namestitev otrok v vzgojne zavode se zgodi praktično vedno po intervenciji centra za socialno delo, sodišča. Delo z njimi je toliko zahtevnejše, če gre ob tem še za kompleksne zlorabe in zanemarjanja. Tudi delo z otroki doživljajo kmalu kot konkurenco. Ločitev od staršev doživljajo otroci zelo različno. Od olajšanja do zelo travmatičnih epizod. Vsekakor je kontinuiran nadaljnji kontakt s starši

Izhodišča za pripravo smernic za ravnanje v kriznih situacijah v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v Sloveniji; Ciljni raziskovalni projekt, financiran s strani MIZŠ.

pomemben, da olajša vrnitev otroka nazaj v družino. Od začetka naprej je pomembno staršem signalizirati, jih opogumljati, da v središču dogajanja ni iskanje napak in krivde, ampak reševanje težav in močnih točk (povzeto po Hiller, 2010 v Krajncan 2019b).

PREDLOGI STROKOVNIH CENTROV

STANOVANJSKA SKUPINA ZA STARŠE IN OTROKE

odpret institucijo za skupino, ka bi bla za obravnavo mladostnikov in staršev, ker starši k nam pridejo s konsenzom, mi lahko njih reduciramo in nevem kaj delamo, če pa odklonjo, pa odklonjo. Tle bi recimo mogli met v tem kejsu, bi mogla mat mama sodni nalog, da mora hodit tja pa da mora, razumeš...ena ekipa je..prereduciram, nevem kva narest. Tm pa maš potem štiri otroke pa nevem krat dva, nevem. 8 staršev, kjer se intenzivno dela. Se not vleče tut dedka al pa strica če je treba, s policijo ured.

Al pa v Nemčiji smo bli v Tübingenu... Al pa tko, ko gledam drugje, so imeli tut tko, da recimo dopuščajo tudi pol dnevne tretmaje in ful enih oblik. In da v bistvu se upošteva strokovno mnenje institucije vladnih in nevladnih kakorkoli.

Idealna. In mogoče ne lih za vsako ceno osnovnošolsko obveznost. Ampak lih pri temu primeru, ko se vrtimo v začaranem krogu, je on ves čas rizičen, ali ga bo avto zbil. Ker vsakič, ko ga sem pripeljemo in gre ponovno na beg, se spravlja v stisko in ali je smiselno to počet, če v bistvu ne dosežemo nobenga rezultata. In vsakič, ko gre na cesto je problem. In kdo bo odgovarjal, ko se mu bo nekj res zgodilo. In to je nesmiselno početje. Vsak, k sešteje $2+2=4$, je to nesmiselno. Samo druge rešitve trenutno ni. Mi smo bli v Belgiji, smo recimo vidl, da ne vztrajajo za vsako ceno.

Tam potem nastopi socialna pomoč družini in tam dejansko naredijo pakt z družino, da takega otroka, k ne sprejema zavoda, da pač strukturo potem pri njih doma. Če je pač družina minimalno funkcionalna. Ja, ja. Tako ane. Da bi to v bistvu blo za določeno obdobje otrok, k je pač v enem obdobju, v enem, ne vem in stisk in vsega. S časoma pa tut otrok odraste, pa tut mogoče se posluži takrt k je motiviran, vse za nazaj lahko naredi.

Sej mi smo si želeli, da bi bila enkrat ena raziskava narejena, da bi ena objektivna, kaj dejansko zavodi, katerim otrokom dejansko najbolj pomagajo in s katerimi postopki ane. To bi bil en krasen doktorat, ker presega sicer nivo zavoda. Mene bi resnično zanimal, ker je tok velik vložena truda, da bi enkrat mel dokazan kaj v bistvu nrdimo s tem kar počnemo. A dejansko, kok je uspešnih otrok. Ne vem po 5ih letih po 10ih letih. K vidmo, da se sam vračajo, da so uspešni. Je pa res, da ni za vse to. In tut to bi mogla država sprejet. Ni v celi Sloveniji, mi smo samo zavodi, da mormo 100% vse sprejet. Ker bolnica lahko zavrne, vsi zavrnejo, če nekdo ni motiviran, vse komune zavrnejo narkomane, če niso motivirani. In en otrok je grozno ne-motiviran in mu to ne koristi. Ogromno škode naredi v enem sistemu zavodskemu.

OBRAVNAVA V INTENZIVNIH SKUPINAH

Jaz mislim, da je prednost ta individualna obravnava teh ekstremno izstopajočih otrok. Ažurna seveda. Nam pa potem manjka kader pa prostor ta to, ne. Ampak izkazalo pa se je, v kolikor se to pač uporablja. Zdaj mi se pač organiziramo kar se organiziramo, da je dobrodošlo in vsaj nekaj časa učinkovito. Potrebno pa je tak al tak. Sploh pri malih nam gre dobro. Prva triada. Tam, ko pa maš v skupini osmi, deveti razred, ko je že na meji. To v skupino ne moreš dat, če nimaš individualne. En vzgojitelj, en je pol spremljevalec, če je deset takih v skupini. Sej si tam, sej rešuješ situacije pa držiš jih narazen, ampak kje, ko učinkovit si pa lahko, kolko se lahko posvetiš otroku, k nekaj od tega odnese, razen tega k jih narazen držiš pa ne, bo to okej.

PEDAGOŠKO ZDRAVSTVENI MODEL

Sej pravm, ta pedagoški-zdravstveni model, to mislim, da je eden od največjih uspehov no, v zadnjih letih v tem zavodu. Zastavel smo centralno aktivnost, strokovne skupine, mislm, da je dober sestavljena in dober tut deluje, individualni pristopi v šoli, no to boš ti povedala, jaz mislim, da te zadeve tut zelo dobro funkcionirajo. Tle smo različni recimo od ostalih ne. Delo s starši, tle imamo tut z družino tle je velik korak, tut ne vem če imajo vsi zavodi.

Družinska terapija pa je vsekakor ena od boljših. In pol so tut skupine po več staršev, šola za starše in tako naprej. Tako, da tlele mislim, kr dober teče.

Brez specialnega rejništva se enostavno več ne da. Mislim, bodmo čist realni to je za eno. Mi sicer imamo eno rejniško družino, eno rejnico, ki lahko rečem dela dost kvalitetno.

NORMATIVI

Ja, se prav, zdaj smo mi v eni fazi, da mam eno zeleno luč za novo skupino. In smo prov v tem razmišljanju, kakšno zdej iz obstoječih otrok k so zdej not nrdit to obliko ali pa iz tistih, ki prihajajo. Zdej notr, če gledamo to procesno diagnosticiranje, kar se jaz dost bolj nagibam, da teče na tak način, kot pa ane, da ti nekdo postav. Bi jaz nekje fanta vidla ane, da ga umaknemo. Po drug stran je pa letos, vsak odnos vzpostavu, da je tok varno okolje to za njega, da funkcionira. Je pa to gradnja že leto. In to z odraslimi in to s to skupino, k je dost stalna.

Dvignila se je, ampak veste kje je problem. Osnovni problem je v tem, da vse te regije, mislim vse te regije, jaz centre dobro poznam na tem področju, oni zelo odlašajo z namestitvami, ali v stanovanjsko skupino ali pa v zavod. In s tem delajo res kar škodo, ker potem pri 17-ih letih dobit mladostnika v zavod, ko je že prej bilo vse je pa zelo težko naredit karkoli, s tem da lahko čez eno leto podpiše, da več ne bo tukej. Mislim, nimaš kej v bistvu narest. Tako, da. Pa odbili smo jih kar precej, ker ni bilo prostora ne. Mislim mi ne moremo imet kapacitete 200.

Pomembno je izpostaviti tudi potrebo po decentralizaciji znotraj deinstitucionalizacijskega programa. Posebej mislimo na tiste regije, ki so relativno velike, da bi lahko vzpostavile celoten kontinuum pomoči, bodo nedvomno morale razmišljati o dislociranih enotah v Slovenj Gradcu, Celju, Novem mestu, Kopru, Novi gorici in mogoče še kje, da bi lahko funkcionalno izvajala pomoč po načelih regionalizacije, normalizacije, participacije, v življenjski svet posameznika usmerjene socialno pedagoške pomoči.

Predlogi: ojačati kader in zmanjšati normative

PREMEŠČANJE OTROK IZ USTANOVE V USTANOVO

Nekateri otroci in mladostniki so bili premeščeni že večkrat iz ustanove v ustanovo. Predvidevamo, da bo se ob uveljavitvi strokovnih centrov po regionalnem načelu vzpostavil v vsaki regiji celoten kontinuum pomoči, se pravi od preventivnega dela, zgodnje detekcije, mobilnih služb, pomoči na domu, v šolah, poldnevnih in dnevnih centrov, različno diferenciranih stanovanjskih skupin, vzgojnih skupin, intenzivnih skupin, individualne pomoči posamezniku v ustrezno strukturiranem okolju, kmetij, mladinskih stanovanj oziroma ustreznih programov, glede na potrebe posameznika.

Upamo, da bodo strokovni centri poskrbeli za celoten kontinuum pomoči in da se do takšnih, strokovno spornih in za otroka oziroma mladostnika neustreznih potez več ne bodo posluževali.

Zaključek

"Življenje je kot umetniška dela: vselej je nekaj, kar je mogoče odstraniti, ne le brez škode, ampak celo v korist." Henry de Montherlant

Velika priložnost za vzgojno pomoč mladim je priložnost za sodelovanje z različnimi strokovnjaki in za povezovanje različnih ustanov, strokovnih centrov s šolami, nevladnimi organizacijami, zdravstvenimi službami ipd.. Za to sta potrebna pripravljenost in sposobnost sodelovanja v konstruktivnem ozračju, ki mu ni zamer. Dejstvo je, da tudi konflikti med institucijami in konflikti znotraj institucije morda celo pomembni pri optimizaciji pomoči. To pomembno vpliva na učinkovitost dela, kar pomeni, da se institucije lahko ovirajo in postavijo omejitve, namesto da uporabijo potencialne vire. (Meschkutat in sod., 2002).

Ute Steinmetz-Brand nadaljuje v svojem članku »Šola in vzgojna pomoč v spremembi?« s predsodki med učitelji in socialnimi pedagogi. Izreki: »Učitelji so ponavadi leni, imajo preveč počitnic, zaslužijo preveč denarja, so arogantni, pijejo veliko kave, sami pa si ne umivajo skodelic (...). Socialni pedagogi govorijo in govorijo, so nezanesljivi, nedosledni in trpijo zaradi prekomerne identifikacije s strankami (...). «(Steinmetz-Brand, 2006, str. 269)

Psihologi imajo pogosto sloves "teoretika", psihiatri naj bi le želeli predpisovati zdravila itd. Ni sporov, da obstajajo učitelji, socialni pedagogi, psihologi in psihiatri, za katere velja veliko klišejev.

Verjamemo, da je sposobnost prepoznavanja in dojetanja lastnih destruktivnih vzorcev razmišljanja in delovanja eden najpomembnejših pogojev za konstruktivno delo z otroki in mladostniki.

Odnos je bistvenega pomena. Skozi intervjuje smo dobili potrditev izkušenj in teoretskih dognanj o pomembnosti odnosa. Naj izpostavimo nekatere, ki se nam zdijo zelo pomembni. Kot socialnopedagoški odnos označujemo vsak poseben medosebni odnos, ki nastane med socialno pedagogom in njegovim obravnavanim otrokom oz. mladostnikom.

Cilj pedagoškega odnosa sta vzgoja in izobraževanje mladih prek celote pedagoške osebe, saj se osebni duh razvija samo skozi osebne duha. Pedagoški učinek ne izhaja iz sistema veljavnih vrednot, temveč iz prvotnega sebstva, resničnega človeka z resnično voljo, s katero

je naravnana na resničnega človeka. Gre za primat vzgojne naravnosti nasproti idejam o objektivnem in stvarnem (Giesecke 1999).

Da strokovnjak lahko interakcijo nadzorovano vodi, se mora v odnosu do klienta pozicionirati v okviru šestih področij in v posamičnem primeru tudi razvijati oblike, ki ležijo znotraj naslednjih alternativ in kažejo na mešanico vedenjskih vzorcev:

- **Osredinjenost na naloge in osebe.** Oba vidika moramo uravnotežiti in graditi osnovo za delovni pakt med klientom in strokovnjakom.
- **Simetrija in asimetrija odnosa.** Oba partnerja lahko prevzameta podrejen ali nadrejen položaj in kažeta vedenjske vzorce, ki so v nasprotju z drugimi obdobji (odkar sta v odnosu). Odnos med socialnim delavcem in klientom je le redkokdaj in kratkotrajno simetričen; navadno je komplementaren. To pomeni, da so možne menjave vlog, različni, spremenljivi funkcionalni in soodvisni vedenjski vzorci.
- **Fleksibilnost in doslednost.** Strokovnjak mora najti pravo mero fleksibilnosti, če želi ohranjati kakovosten odnos.
- **Prevzemanje in predajanje odgovornosti.** To je močno povezano z avtonomijo posameznika; da bi klient postal avtonomen, ga mora strokovnjak motivirati, mu zaupati in omogočati osebno rast.
- **Zadržanost in angažma.** Včasih je smiselno, da na klienta sprva ne pritiskamo in smo raje bolj zadržani. Tako mu pustimo prostor za samoiniciativo, ki je lahko cilj obravnave.
- **Bližina in distanca.** To je vsekakor ena od težavnejših komponent odnosa. Težko je namreč najti pravo mero bližine in distance. Če je v ospredju odnosa distanca, se strokovnjak ne more vživeti v klienta in ga zato tudi ne more celostno razumeti. Na drugi strani pa je lahko bližina problem, saj rada pripelje do odvisnosti klienta od strokovnjaka. To je eden od vzrokov za »sindrom izgorevanja«, pri čemer pride do emocionalne izčrpanosti strokovnjaka, ki se ne more znebiti te odvisnosti.

Ob tem pa so še pomembne pristnost (skladnost, kongruenca), vživljanje (empatija), sočutje, sprejemanje (spoštovanje), aktivno poslušanje, naravnost na sposobnosti in sposobnost preinterpretacije.

Ob tem je pomembno, da vemo, da je spoštovanje otroka in mladostnika osnovna odnosna drža strokovnega delavca v strokovnem centru. Pomeni absolutno zahtevo, da spoštujemo osebo, ki jo spoštovati je potrebno otrokove sposobnosti, še več neodkritost teh sposobnosti in spoštovati je potrebno enkratnost individualnosti.

Prav tako se je pomembno zavedati distanca vlog. Pomeni je sposobnost, da se znamo dvigniti nad zahteve vlog, zato da lahko izbiramo, negiramo in interpretiramo. Potrebujejo sposobnost fleksibilnega interpretiranja svoje vloge, da se ne bi pustili posrkati temu vrtincu.

To je še toliko težavnejše pri mlajših otrocih, ki vlogo svojih vzgojiteljev pogosto dojemajo kot vlogo svojih novih staršev. Tudi sosedom, prijateljem otrok ali učiteljem se ta življenjska skupnost kaže bolj kot družina. socialni pedagogi opredeljujejo svoj položaj kot vlogo profesionalnih vzgojiteljev, Hkrati pa si prizadevajo za čim večjo normalnost življenjskih odnosov in opazijo, da je za opis takega modela že pri roki izraz »družina«, ne pa denimo »stanovanjska skupina«. tako nastaja močan vrtinec, ki poklicne pedagoge sili, da naj postopoma odložijo svojo vlogo. Zato potrebujejo sposobnost fleksibilnega interpretiranja svoje vloge, da se ne bi pustili posrkati temu vrtincu.

Za nadzorovan odnos je pomembna tudi toleranco neskladja ali ambiguitete - v vzgojnih situacijah, kjer odrasli svoje interpretacije resničnosti ne smejo represivno uveljavljati, morajo biti sposobni prenašati protislovja, različne perspektive in različna občutenja. Institucionalna vzgoja lahko negira otrokove interpretacije, posledica tega pa je lažna prilagoditev in podtalno življenje (povzeto po Krajncan, 2008).

Zakaj bi sploh morali spoštovati agresivne in nasilne otroke in mlade - še posebej tiste, ki nam grozijo ali nas napadajo? Aguilera (2000) pravi, da je za to vsaj osem razlogov:

1. Agresivni ali nasilni otroci in mladostniki ostajajo naši otroci in mladostniki v kriznih razmerah, za katere imamo posebno odgovornost - zlasti v kriznih razmerah.
2. Otroci in mladostniki, ki so v tako izjemnih razmerah, niso naši sovražniki, ampak ljudje, ki so - dovolj pogosto - tudi v naši ustanovi, ker se znajdejo v takšnih krizah.
3. Če izgubite samokontrolo ali imate težave z nadzorom impulza, nekdo ne postane slaba oseba ali nasprotnik. Obvladovanje takšnih težav je predvsem naša strokovna naloga.

4. Neprimerno ravnanje z nekom v kriznih razmerah ali neupoštevanje njegovega dostojanstva pomeni, da je socialno pedagoška osnova ogrožena tudi v drugih situacijah.
5. Nekdo, ki je sposoben strokovno spremljati otroke in mladostnike skozi krizo, ne da bi posegel v kaznovalni, maščevalni ali boleč način, je tudi zgled otrokom in mladostnikom in njihovemu potencialu za reševanje konfliktov.
6. Služi za povečanje občutka varnosti otrok in mladostnikov, ko občutijo, da se z njimi ravna dobro tudi v izjemnih situacijah in da je cilj ustvarjanja varnosti za vse prednostna naloga.
7. Otroci in mladostniki (ali njihovi sorodniki) lahko upravičeno pričakujejo, da bodo krize reševali profesionalno v naših strokovnih centrih.
8. Delovanje samo v smislu samoobrambe ali celo uporabe tehnik borilnih veščin ali tehnik, ki povzročajo bolečino, nas lahko privede do suma, da so tovrstne meje zelo nepregledne in sporne.

Raziskava je pokazala, da je potrebno, da strokovni centri najdejo svoje vire in priložnosti za delo v kriznih situacijah. Obstaja plejada tehnik in pristopov, vsekakor noben ne pomeni rešilnega izhoda apriori, vedno je povezan z ustrezno usposobljenostjo in držo tako strokovnih delavcev kot kulture ustanove. Izredno so pomembni etični standardi in ohranjanje socialno pedagoških usmeritev. Meje in povezanosti strok, funkcionalnega mrežnega delovanja so nujne, da se ne zaide v preveč medicinski ali kaznovalen pristop ali premalo strukturirano in diferencirano okolje znotraj strokovnega centra.

Nov zakon zahteva upoštevanje načel regionalizacije, participacije, v življenjski svet usmerjene socialno pedagoške pomoči, deinstitucionalizacijskih procesov, decentralizacije moči, normalizacije ter individualizacije. Zato ima na volj dovolj programov, ki lahko zajamejo tudi senzibilnejši pristop do otrok in mladostnikov, ki se znajdejo v kriznih situacijah. Kriza sama po sebi ni nič prijetnega in mladi se v njej ne znajdejo, zato ker bi si jih želeli. Razumevanje otrokovih potreb in stanja zahteva participacijo vseh zanj v tistem trenutku pomembnih posameznikov. Zahteva sodelovanje na ravni zavedanja reflektiranih pristojnosti vseh vpletenih.

Zato je medresorski dogovor z vsemi vpletenimi strokovnjaki izjemnega pomena za izdelavo smernic, postopkov in opor v kriznem interveniranju. Predlogi, ki so zapisani za vsakim od raziskanih področij, od heteroagresije, avtoagresije, težav z odvisnostjo, težav v duševnem zdravju in drugih pomembnih opazkah, ki so bili izpostavljeni v intervjujih so lahko funkcionalen gradnik. Vsekakor so smernice, ki jih dajo zunanji opazovalci lahko samo osnova za vsak strokovni center posebej, ki si mora ustvariti svojo politiko in načine, v katerih bo učinkovit.

Raziskovalci lahko ob tem še enkrat izpostavimo tiste najbistvenješe:

- Manjše število otrok oziroma mladostnikov na skupino (normativi),
- Dogovor in stalnost v (pedo)psihiatrični pomoči.
- Ustrezna prisotnost strokovnih delavcev v pripravljenosti. Morebiti ima vsak strokovni center svojo skupino za krizni čas, v kateri je ob otroku oziroma mladostniku tudi strokovni delavec, ki ima najboljši odnos z njim.
- Konsenz pristojnosti vseh vpletenih subjektov (tudi na medresorski ravni)
- Takojšnja psihološka pomoč,
- Stalna prisotnost spremljevalca,
- Individualni pouk (priznane dodatne ure za učitelje),
- Terapevtski prostor.
- Stalno strokovno spopolnjevanje na področju specifičnih metod in pristopov glede na ciljno skupino kriznih situacij otrok in mladostnikov.
- Ustrezno dokumentiranje kriznih situacij.

LITERATURA

- Advice for friends, family & carers* (2008). National Self Harm Network. Pridobljeno 4. 3. 2020, <http://www.nshn.co.uk/downloads.html>.
- American Society of Addiction Medicine (2019). Definition of Addiction. Pridobljeno 1. 3. 2020, [https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2).
- Arovič, M. (2010). Romi, socialni kapital ter dileme glede nameščanja romskih otrok v vzgojne zavode. *Socialna pedagogika*, 14(2), 247 – 270.
- Bertonecel-Pustišek, S. (1988). Avtoagresivno vedenje pri otrocih. *Psihoterapija*, 17, 48–56.
- Boendermaker, L., Deković, M. in Asscher, J. J. (2016). Interventions. V R. Loeber, M. Hoeve, N. W. Slot in P. H. van der Laan (ur.), *Persisters and Desisters in Crime from Adolescence into Adulthood: Explanation, Prevention and Punishment* (str. 263–289). New York: Routledge.
- Brandhorst, K. (2004). Heimerziehung in Europa. V: *Heimerziehung in Europa – Lernen aus der Differenz*. Europäische Fachtagung. Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Str. 10-17. V: <https://www.edoweb-rlp.de/resource/edoweb:3262567/data>. Pridobljeno: 2.2.2021.
- Brecelj-Kobe, M. in Drobnič Radobuljac, M. (2012). V Dolinšek, J. (ur.), *Srečanje pediatrov. Turbekuloza otrok – čas za nove smernice? Samopoškodovalno vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih. Novosti v pediatrični gastroenterologiji* (str. 71–75). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Bröcher, J. in Meyer, L. (2018). Gewaltprävention durch Karate: Chancen und Risiken für die Arbeit mit männlichen Jugendlichen im Feld der emotionalen und sozialen Entwicklungsförderung. V: https://www.researchgate.net/publication/325678354_Gewaltpraevention_durch_Karate_Chancen_und_Risiken_fur_die_Arbeit_mit_mannlichen_Jugendlichen_im_Feld_der_emotionalen_und_sozialen_Entwicklungsforderung?channel=doi&linkId=5b1d83390f7e9b68b42c0022&showFulltext=true. Pridobljeno dne, 22.2.2021.

- Bunderla, T. in Gregorič Kumperščak, H. (2015). Opis značilnosti in funkcij samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena in njegova povezava s hlepenjem, impulzivnostjo in anksioznostjo v vzorcu strokovno obravnavanih slovenskih mladostnikov. *Zdrav Vestn*, 84, 717–726.
- Bürger, U. (1998). Ursachen der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Heimerziehung. Stuttgart: Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern.
- Burina, M. in Cerar, K.M., (2019). Implementacija programa za soočanje z mejno osebno motnjo v Vzgojnem zavodu Planina. V: Krajncan, M. (ur.), Celostna obravnava otrok in mladostnikov z vedenjskimi in čustvenimi težavami oziroma motnjami v Vzgojnem zavodu Planina. Planina: Vzgojni zavod Planina, str. 181 .195.
- Büttner, P. (1991). Stand der Diskussion in der Heimerziehung. V Petermann, F. (Hrsg.), Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang GmbH.
- Childildren and Violence*. Innocenti Digest. UNICEF. International Child Development Centre. Firenze. Pridobljeno 4. 3. 2020, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest2e.pdf>.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M. in Steingard,, R. J. (2004). Characteristics of Children and Adolescents Admitted to a Residential Treatment Center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497–510. Pridobljeno 20. 3. 2020, http://www.academia.edu/download/48972412/Characteristics_of_Children_and_Adolesce20160919-4460-jk8igs.pdf.
- David-Ferdon C. in Simon T. R. (2014). *Preventing Youth Violence: Opportunities for Action*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Pridobljeno 4. 3. 2020, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED556347.pdf>.
- Dežman, A. (2008). Med vsakdanjim življenjem in konstruiranjem deviantne vloge. *Socialno delo*, 47(1/2), 53-64. Pridobljeno, 7. 3. 2020, <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-HPORWK93/0344e426-a89e-482c-a2c2-1c48bccc7f81/PDF>.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. — 5th ed. (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Association. Pridobljeno 22. 2. 2020, <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>.

Distractions that can help... (2007). National Self Harm Network. Pridobljeno 4. 3. 2020, <http://www.nshn.co.uk/downloads.html>.

DODATEK H KURIKULU ZA VRTCE ZA DELO Z OTROKI ROMOV Sprejeto na 54. seji Stokovnega sveta RS za splošno izobraževanje, 19. 12. 2002. V:

https://www.gov.si/assets/ministrstva/MIZS/Dokumenti/Sektor-za-predsolsko-vzgojo/Dokumenti-smernice/vrtci_Dodatek_-_ROMI.pdf. Pridobljeno dne 2.1.2021.

DosReis, S., Barnett, S., Love, R. C. in Riddle, M. A. (2003). A Guide for Managing Acute Aggressive Behavior of Youths in Residential and Inpatient Treatment Facilities. *Psychiatric Services*, 54(10), 1357–1363. Pridobljeno 4. 3. 2020, <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.54.10.1357>.

Drobnič Radobuljac, M. (2018). Samomorilno in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena v otroštvu in mladostništvu. V Drobnič Radobuljac, M. in Pregelj, P. (ur.), *Zbrana poglavja iz otroške in mladostniške psihiatrije. Del 3, Nevrorazvojne motnje, motnje hranjenja, čustvene in vedenjske motnje, tiki* (str. 95–103). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo.

Dutschmann, A. (1999). *Aggressivität und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – Steuerung fremdgefährdenden Verhaltens*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Dutschmann, A. (2000a). *Verhaltenssteuerung bei aggressiven Kindern und Jugendlichen – Der Umgang mit gezielten instrumentellen Aggressionen*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Dutschmann, A. (2000b). *Aggressionen und Konflikte unter emotionaler Erregung – Deeskalation und Problemlösung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Dutschmann, Andreas/ Lukat, Justina (2011): *Möglichkeiten und Grenzen der Jugendhilfe bei dissozialen aggressiven Kindern und Jugendlichen*. S. 127 – 144. In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hrsg) (2011): *Gewalt und Aggression im Kindes- und Jugendalter. Ursachen, Formen, Intervention*. Weinheim Basel: Beltz Verlag.

- Eger, F. in Hensen, G. (2013). Erziehungshilfen nach 1990 – Ein Wandel zwischen Modernisierungsansprüchen und alten Realitäten. V: Benisch, M., Eger, F. in Hensen, G. (2013). *Reformgeschichte(n). Beiträge zur Geschichte der Erziehungshilfe*. Frankfurt am Main: IGfH – Eigenverlag, str. 63 – 79.
- Eifler, R., Hipke, F. in Kurtz, V. (2020). Lange Verweildauern – Ein Problemaufriss zur aktuellen Situation in Inobhutnahme – Einrichtungen. V: Fachgruppe Inobhutnahme, (ur.). *Handbuch Inobhutnahme. Grundlagen – Praxis und Methoden – Spannungsfelder*. Frankfurt am Main: Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen (IGfH), str. 396 – 408.
- Fischer T. (1993). Kann "erleben" erziehen? Zeitschrift für Erlebnispädagogik, Lüneburg, 1/93, 33-47.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006a). *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006b). *Fereiburger Anti-Gewalt-Training*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gordon, T. (1977). Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Gregorčič Kumperščak, H. (2019). Ali se duševne motnje otrok in mladostnikov spreminjajo? Predavanja Društvu specialnih pedagogov, Strunjan 18.10.2019.
- Gregorič Kumperščak, H. (2012). Med depresijo, adolescenčno krizo, samopoškodovalnim in samomorilnim vedenjem. V Dolinšek, J. (ur.), *Srečanje pediatrov. Turbekuloza otrok – čas za nove smernice? Samopoškodovalno vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih. Novosti v pediatrični gastroenterologiji* (str. 91–96). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Gruber, A., Leitner-Sautter, A., Seifert, T. in Wiegert, J. (2021). Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe Problembeschreibungen, Handlungsmöglichkeiten und praxisbezogene. V: Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Münster: Rasch Druckerei und Verlag GmbH & Co. KG, Bramsche, str. 12 – 41.

- Günder, R. (2011). *Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe*. 4., völlig neu überarbeitete und ergänzte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Günder, R. in Nowacki, K. (2020). Praxis und Methoden der Heimerziehung. Freiburg: Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. Lambertus Verlag.
- Hammond, J.C. in Sharma, P. (2017). Treatment Strategies for Substance Use Disorders in Adolescents: A Clinical Review. *Psychiatric Times*, 34(6). Pridobljeno, 15. 3. 2020, <https://www.psychiatrictimes.com/special-reports/treatment-strategies-substance-use-disorders-adolescents-clinical-review/page/0/1>
- Hayden, C. in Pike, S. (2006). Including positive handling strategies within training in behaviour management: The Team-Teach approach. *Emotional and Behavioural Difficulties* 10(3):173-187
- Hiller, P. (2010). Kinder in der stationären Hilfen zur Erziehung. *Forum Erziehungshilfen*, 2010/2, str. 81–85.
- Hrženjak, M. (2002). Zgodovinski, kulturni in družbeni vidik vključevanja romskih otrok v slovenske vrtce. *Socialna pedagogika*, 6(1), 81–93.
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2011). *Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja – analiza stanja*. Pridobljeno 12. 6. 2020, <https://www.irssv.si/upload2/Otroci%20s%20hudimi%20motnjami%20vedenja.pdf>.
- Inštitut za zasvojenost in travme. (___). Novejša opredelitev zasvojenosti. Pridobljeno 1. 3. 2020, <https://www.petertopic.si/images/ASAM%20Definition%20of%20addiction%202011.pdf>
- Kastelic, A. (1991). Pogovor z mladostnikom, ki razmišlja o samomoru. *Pedopsihiatrija*, 9, 81–87.
- Keggenhof, F. (2006). *Prva pomoč – pomagam prvi*. Ljubljana: Prešernova družba.
- Keggenhof, F. (2007). *Prva pomoč – pomagam prvi*. Ljubljana: Prešernova družba.

- Kilburn, E. in Whitlock, J. L. (2009). *Distraction techniques and alternative coping strategies. The Practical Matters Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery*. Ithaca, New York: Cornell University.
- Klemenčič, A. in Dragar, J. (2004). Različne oblike pomoči - kam lahko napotimo klicalce. V Tekavčič Grad, O. (ur.), *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah: priročnik za svetovanje* (str. 243–257). Ljubljana: Psihiatrična klinika: Slovensko združenje za preprečevanje samomora.
- Klonsky, D. E. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- Koch, J. (2004). Heimerziehung in Europa – Gedanken zu Berührungspunkten, Differenzen und den Schwierigkeiten des Vergleichens. V: *Heimerziehung in Europa – Lernen aus der Differenz*. Europäische Fachtagung. Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Str. 66-75. V: <https://www.edoweb-rlp.de/resource/edoweb:3262567/data>. Pridobljeno: 2.2.2021.
- Kociper, J. (2000). Recidiv alkoholizma in suicidalnost - reševanje kriznih stanj. V Bilban, M (ur.), *Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji* (str. 85–98). Rogaška Slatina: Združenje za medicino dela, prometa in športa.
- Kodelja, I. (1991). Indirektno samodestruktivno vedenje. *Pedopsihiatrija*, 9, 39–45.
- Kogovšek, B. (2000). Pristop medicinske sestre in zdravstvenega tehnika k obravnavi suicidalnega bolnika. V Bručan, A. in Gričar, M. (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja 6* (str. 559–563). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Körner, J. in Friedmann, R. (2005). *DENKZEIT für delinquente Jugendliche. Theorie und Methode dargestellt an einer Fallgeschichte*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Krahé, B. (2013). *The Social Psychology of Aggression*. Hove: Psychology Press. Pridobljeno 15. 3. 2020, https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=-6f1Uc3jzJUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=krahe+the+social+psychology+of+aggression&ots=9oSNOe6EDb&sig=ebAdNHyePygRYRo5zvH8YqIIIIE&redir_esc=y#v=onepage&q=krahe%20the%20social%20psychology%20of%20aggression&f=false.

- Krajncan, M. (2019a) Pomembni mejniki razvoja vzgojnih zavodov = Important milestones in the development of residential care. V: KRAJNČAN, Mitja (ur.), et al. *Celostna obravnava otrok in mladostnikov z vedenjskimi in čustvenimi težavami oziroma motnjami v Strokovnem centru Planina*. Planina: Vzgojni zavod, 2019. Str. 8-27, ilustr. ISBN 978-961-94879-0-7. [COBISS.SI-ID [1542007748](#)]
- Krajncan, M. (2019b). Strokovni center in proces deinstitucionalizacije. V: KRAJNČAN, Mitja (ur.). *Kam z otroki? : Strokovni center Maribor - celostna obravnava otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v vzgojnih zavodih*. Maribor: Strokovni center, 2019. Str. 11-26.
- KRAJNČAN, M. in ŠOLN VRBINC, P. (2015). Med preteklostjo in prihodnostjo zavodske vzgoje. V: KOBOLT, Alenka (ur.). *Moči, izzivi, vizije vzgojnih zavodov*. 1. izd. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 11-33.
- KRAJNČAN, M., BAJŽELJ, B.. (2008). Odnos - osnova za socialnopedagoško delo. V: KRAJNČAN, Mitja (ur.), ZORC-MAVER, Darja (ur.), BAJŽELJ, Boštjan (ur.). *Socialna pedagogika - med teorijo in prakso*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 55-70.
- Kramar, M. (1988). Anoreksija in bulimija in samouničevalno vedenj. *Psihoterapija*, 17, 97–100.
- Kvas Kučič, B., Krajnik, T. in Konec Juričič, N. (2012). Samopoškodbe – pregled primarnega zdravnika in javnozdravstveni pristop. V Dolinšek, J. (ur.), *Srečanje pediatrov. Turbekuloza otrok – čas za nove smernice? Samopoškodovalno vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih. Novosti v pediatrični gastroenterologiji* (str. 57–61). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Lešnik Mugnaioni, D. (2012). Kako celostno preprečevati nasilje v šoli. V M. Muršič (ur.), *(O)Krog nasilja v družini in šoli: soočanje šole/vrtca z nasiljem nad otroki* (str. 145–171). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti. Pridobljeno 15. 3. 2020, http://nenasilje.inst-krim.si/images/docs/inst-krim_okrog-nasilja-v-druzini-in-soli.pdf.
- Lešnik Mugnaioni, D., Klemenčič, I., Filipčič, K., Rustja, E. in Novaković, T. (2016). *Navodila s priročnikom za obravnavo medvrstniškega nasilja v vzgojno-*

- izobraževalnih zavodih*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo. Pridobljeno 15. 3. 2020, <https://www.zrss.si/digitalnknjiznica/navodila-medvrstnisko-nasilje-viz-2016/files/assets/basic-html/index.html#2>.
- Leye, H., Priesterbach, K. in Shorti, S. (2020). *Ich brauchte die Gewalt*. Ein ehemaliger Intensivstraftäter und eine Anti-Gewalt-Trainerin im Gespräch. Norderstedt: Books on Demand.
- Lisec, M. (2004). Vzgoja - alternativa nasilju. V A. Anžič, G. Meško in J. Plazar (ur.), *Mladoletniško nasilje: zbornik razprav* (str. 83–93). Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija.
- Lunder, D. (2016). Samomorilnost. V Konec Juričič, N., Roškar, S. in Jelenko, P. (ur.), *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni* (str. 61–77). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Marentič Požarnik, B. (2016). *Psihologija učenja in pouka: temeljna spoznanja in primeri iz prakse*. Ljubljana: DZS.
- McDougall, T., Armstrong, M. in Trainor, G. (2010). *Helping Children and Young People Who Self-harm. An introduction to self-harming and suicidal behaviours for health professionals*. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Možina, M. in Jamšek, M. (2009). Dekontaminacija in eliminacija strupov. *Med razgl*, 48, 19–27. Pridobljeno 6. 3. 2020, http://medrazgl.si/arhiv/mr09_1_02.pdf.
- Mrevlje, G. V. (1995). Avtoagresivno vedenje – oblike, značilnosti in psihodinamika. *Obzornik zdravstvene nege*, 29, 3–7.
- Mrevlje, G. V. (2010). Motnje hranjenja in avtoagresivnost. *Farmaceutski vestnik*, 51, 110–112.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2008). MKB-10: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: Avstralska modifikacija. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Pačnik, T. (1991). Namerno samopoškodovanje. *Pedopsihiatrija*, 9, 23–24.
- Papenberg, W. (2006). Die Rolle der Professionellen im Umgang mit potenziell gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. *Forum der Kinder und Jugendhilfepsychiatrie und Psychotherapie* 3, 13-37.
- Petermann, F. in Petermann, U. (2015). Aggressions-diagnostik. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Peters, U. & Jäger, J. A. (2013). Qualität in der Heimerziehung, Standards für die stationären Einrichtungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Luxembourg: Ministère de la Famille et de l'Intégration.
- Peters, U. & Lellinger, D. (2010). Qualität in der Heimerziehung. Standards für zentrale Prozesse. Luxembourg: Ministère de la Famille et de l'Intégration.
- Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B. in Ziherl, S. (2013). *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Prestor, J. (2000). Pristop k samomorilno ogroženi osebi na terenu in njen prevoz v bolnišnico. V Bručan, A. in Gričar, M. (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja 6* (str. 537–543). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- PRGIĆ, Jani. Šolska in vrstniška mediacija. Griže: Svetovalno-izobraževalni center MI, 2010.
- Pušnik, M. (2012). Nasilje v šoli v krogu nasilja. V M. Muršič (ur.), *(O)Krog nasilja v družini in šoli: soočanje šole/vrtca z nasiljem nad otroki* (str. 107–144). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti. Pridobljeno 15. 3. 2020, http://nenasilje.inst-krim.si/images/docs/inst-krim_okrog-nasilja-v-druzini-in-soli.pdf.
- Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6(3), 131–149.
- Ristić-Dimitrijević, R., Lazić, D., Nenadović, M., Djokić-Pješčić, K., Klidonas, N. in Stefanović, V. (2011). Aggression in Adolescents: Characteristics and Treatment. *Srpski*

- arhiv za celokupno lekarstvo*, 139(1), 61–64. Pridobljeno 4. 3. 2020, <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0370-8179/2011/0370-817911061R.pdf>.
- Robbins, J. (2000). *A Symphony in the Brains*. New York: Grove Press.
- Schüler, W. W. (1996): *Lauftherapie bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Begründungen – Bausteine – Konzeptentwurf*. München: Verlag Oberhaching.
- Schwabe, M. (2008). *Zwang in der Heimerziehung? Chancen und Risiken*. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Schwabe, Mathias (2010): *Eskalation und De-Eskalation in Einrichtungen der Jugendhilfe. Konstruktiver Umgang mit Aggression und Gewalt in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe*. Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag.
- Self-harm in over 8s: long-term management*. (2011). National Institute for Health and Care Excellence. Pridobljeno 5. 3. 2020, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133>.
- Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence*. (2004). National Institute for Health and Care Excellence. Pridobljeno 3. 3. 2020, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16>.
- Self-harm*. (2013). National Institute for Health and Care Excellence. Pridobljeno 1. 3. 2020, <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>.
- Shaw, C. (2012). *Harm-minimisation for self-harm*. Pridobljeno 4. 3. 2020, https://www.careknowledge.com/media/35150/mht-septoct12_pg19-21.pdf.
- Simmen R. (1988). *Heimerziehung im Aufbruch*. Bern und Stuttgart: Verlag Paul Haupt.
- Stangl, W. (2021). *Konstruktive Konfliktlösung*. [werner stangl]s arbeitsblätter. WWW: <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Konfliktloesung.shtml> (2021-03-05)
- Škodlar, B. in Zajc, P. (2003). *Krizna intervencija*. V Tekavčič Grad, O. (ur.), *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah: priručnik za svetovanje* (str. 33–40). Ljubljana: Psihiatrična klinika: Slovensko združenje za preprečevanje samomora.
- Šraj, T. (2010). *Spolne zlorabe*. *Psihološka obzorja*. 19(2), 49-62.

- Tekavčič-Grad, O. (1994). Kriza in intervencija v krizi. V Tekavčič-Grad, O. (ur.), *Pomoč človeku v stiski* (str. 1–4). Ljubljana: Litterapicta.
- Tekavčič-Grad, O. (2007). *Priročnik za pomoč zdravstvenemu osebjemu po samomoru pacienta*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Tekavčič-Grad, O. in Topolovec, D. (2004). Suicidalni klicalec. V Tekavčič Grad, O. (ur.), *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah: priročnik za svetovanje* (str. 53–60). Ljubljana: Psihiatrična klinika: Slovensko združenje za preprečevanje samomora.
- Tekavčič-Grad, O. in Zavasnik, A. (1995). Sram v skupini bližnjih po samomoru. V Praper, P. (ur.), *Sram: zbornik prispevkov / 4. Bregantovi dnevi* (str. 137–141). Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD: Sekcija za klinično psihologijo in psihoterapijo DPS.
- The statistics at a glance: the mental health of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in australia* (2020). Pridobljeno 6. 3. 2020, <https://lgbtihealth.org.au/statistics/>.
- Tremblay, R. E. (2012). Developmental Origins of Aggression: From Social Learning to Epigenetics. V R. Loeber in B. C. Welsh (ur.), *The Future of Criminology* (str. 20–29). New York: Oxford University Press.
- Ucman, S. (2018). Obravnava samomorilno ogroženega pacienta na enoti za krizne intervencije ter psihološka pomoč svojcem in zdravstvenim delavcem ob dokončanem samomoru pacienta v bolnišnični obravnavi. V Lončnar, D. (ur.), *Prepoznavanje in obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem na vseh nivojih zdravstvenega varstva v različnih življenjskih obdobjih* (str. 33–35). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
- Van Weezel, L.G. in Waaldijk, K. (2007). *Kako raditi metodično u institucionalnim okruženjima*. Beograd: FICE Srbija.
- Varah, C. (1985). *The Samaritans – Befriending the Suicidal*. London: The Samaritans.
- Vidmar, J. (2012). Psihološko ozadje samopoškodovalnega vedenja. V Dolinšek, J. (ur.), *Srečanje pediatrov. Turbekuloza otrok – čas za nove smernice? Samopoškodovalno*

vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih. Novosti v pediatrični gastroenterologiji (str. 63–69). Maribor: Univerzitetni klinični center.

Vunderl, Š. in Krajncan, M. (2018). The Approaches in Working with Self-Harmed Students. V Štemberger, T., Čotar Konrad, S., Rutar, S. in Žakelj, A. (ur.), *Oblikovanje inovativnih učnih okolij = Constructing innovative learning environments* (str. 479–488). Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Wettstein, A. in Schild, N. (2012). Deviante Gespräche unter Jugendlichen im Erziehungsheim: Eine explorative Videostudie *Empirische Sonderpädagogik* 4 (2012) 1, str. 47-62.

Yao, S., Kuja-Halkola, R., Thornton, L. M., Runfola, C. D., D'Onofrio, B. M., Almqvist, C., Lichtenstein, P., Sjölander, A., Larsson, H. in Bulik, C. (2016). Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts Evidence From a Population Registry in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 284–291.

Zaključno poročilo Medresorske delovne skupine za spremljanje dela vzgojnih zavodov – predlog za obravnavo. V: [http://84.39.218.201/MANDAT18/VLADNAGRADIVA.NSF/277bdf36cd5b7373c1256efa00399a6b/9326994467ecbb4ac1258477003f57f8/\\$FILE/MDSVZporocilo_P.pdf](http://84.39.218.201/MANDAT18/VLADNAGRADIVA.NSF/277bdf36cd5b7373c1256efa00399a6b/9326994467ecbb4ac1258477003f57f8/$FILE/MDSVZporocilo_P.pdf). Pridobljeno dne 1.1.2021.

Zalokar, L. (2015). Problemi institucionalne obravnave otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami in neobvladljivim agresivnim vedenjem v Sloveniji na stičišču strokovnih služb : poziv k nujnim spremembam. *Pravosodni bilten (PB)*, 2/2015, str. 233

Zavasnik, A. (1994). Tehnika pogovora s človekom v stiski. V Tekavčič-Grad, O. (ur.), *Pomoč človeku v stiski* (str. 19–25). Ljubljana: Litterapicta.

Ziegenspeck J.:(1992). *Erlebnispädagogik, Rückblick Bestandsaufnahme Ausblick*. Lüneburg: Verlag "edition erlebnispädagogik".

Zrim Martinjak, N. (2017). Razlogi za današnje delovanje vzgojnih zavodov v Sloveniji. *Socialna pedagogika (Ljubljana)*, 21(1/2), 73-94.

Žmitek, A. (1999). Samomorilnost - klinični vidik. V Romih, J. in Žmitek, A. (ur.), *Urgentna stanja v psihiatriji* (str. 10–24). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

Žmuc-Tomori, M., Mrevlje G., Pačnik, T. in Ovsenik, N. (1984). *Avtoagresivno vedenje pri mladostnikih*. Poročilo o delu. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika.