

Pomoč ali premoč: odnosi med terapevtskimi in vzgojno- izobraževalnimi institucijami

Help or domination: on the relationship between therapeutic and educational institutions

Andrej Gregorač in Staša Sitar

Povzetek

Andrej Gregorač, univ. dipl. psih.; Staša Sitar, prof. defekt. MVO; oba Vzgojni zavod Kranj, Šempeterska ulica 3, 4000 Kranj.

Neizogibno sodelovanje med strokovnjaki v stanovanjskih skupinah in terapevtskih institucijah vseh vrst proizvaja zelo specifično in delikatno polje medsebojnih odnosov, ki so stalno na preizkušnji in v katerih se vprašanje avtoritete pogosto postavlja kot osrednje področje delovanja obeh institucij. Kot primer navaja situacijo v Vzgojnem zavodu Kranj, organiziranem v obliki petih stanovanjskih skupin, ki nama služi kot reprezentativen primer oblikovanja teh dvoumnih situacij, iz katerih težko sledi izpeljava kakršnihkoli konstruktivnih izhodišč, če celotne situacije ne preopredelimo z drugih zornih kotov. V tem primeru se izkaže, da lahko obe vrsti institucij medsebojno sodelujeta na več možnih načinov, vsi pa morajo temeljiti na jasno izraženih izhodiščih, jasnih pričakovanjih in razpoznavno razdeljenih vlogah delovanja.

Ključne besede: vzgojni zavod, stanovanjske skupine, terapevtske institucije.

Abstract

The inevitable cooperation between expert workers in community home and therapeutic institutions including psychiatry is producing a delicate field of contested relationships where the question of authority is often put forward as a primary domain of interests on both sides. The situation in Vzgojni zavod Kranj, a residential treatment institution, organized in five community homes serves here as a representative case of formation of such double bind situation with no evident constructive outcome for both sides unless some matters of a case are brought to light from a different perspective. It proves that both institutions can work together in many different terms, though all should be based on a relatively clear starting positions, apparent expectations and evidently divided roles of engagements.

Key words: residential treatment institution, community home, therapeutic institutions.

Uvod¹

Institucionalno obravnavo otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami zakonsko opredeljuje Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2000) ter vsi pravilniki, ki se vežejo na posamezna določila tega zakona. To seveda ne pomeni, da zakon predpisuje celotno področje institucionalnega delovanja v totalnem smislu, kar je sicer tudi praktično nemogoče. Pri skrbi za čim bolj celostno obravnavo otroka se tako znotraj področja institucionalne obravnave otrok s posebnimi potrebami poraja vrsta praks, ki jih zakonska določila ne opredeljujejo prav natančno, vendar hkrati nujno potrebnih pri iskanju določenih rešitev pri obravnavi otroka.

¹ Naslov prispevka je sposojen iz slovenskega prevoda dela Guggenbühl-Craiga (1997).

Vzgojni zavod Kranj (VZ Kranj) kot institucija, namenjena programski obravnavi otrok z motnjami vedenja in osebnosti kot ene izmed podpopulacij otrok s posebnimi potrebami, deluje izključno v obliki petih stanovanjskih skupin, ki so razpršene v Kranju in njegovi okolici. V posamezni stanovanjski skupini so sicer zaposleni strokovnjaki z različnimi izobrazbami, hkrati pa vsi delujejo na enakem delovnem mestu: delovnem mestu vzgojitelja.² V okviru Vzgojnega zavoda Kranj ni zaposlenega nobenega drugega strokovnjaka specialista, ki bi bil odgovoren zgolj za pokrivanje določenega področja znotraj celotnega polja obravnave otrok z motnjami vedenja in osebnosti, zaradi česar so vzgojitelji v stanovanjskih skupinah primorani sodelovati s strokovnjaki, zaposlenimi v zunanjih institucijah.³ Eno področje takega sodelovanja se odpira na relaciji med vzgojitelji in terapevtskimi službami,⁴ ki pa, kot je že zgoraj omenjeno, zakonsko ni določeno, ampak zgolj opredeljeno kot eno izmed možnih področij sodelovanja z zunanjimi strokovnjaki. Tudi zaradi tega so odnosi med obema stranema vedno na preizkušnji, saj je vloga med obema pozicijama pri začetkih sodelovanja pogostokrat nejasna in nedoločena, obe pa imata izredno pomembno in občutljivo skupno točko sodelovanja: otroka oziroma mladostnika.

² V VZ Kranj je sicer zaposlenih več vzgojiteljic kot vzgojiteljev, zaradi pragmatičnosti in poenostavitve pa bova uporabljala zgolj izraz vzgojitelj.

³ Kljub »primoranosti« v sodelovanje z zunanjimi institucijami pa taka pozicija vzgojiteljev omogoča dvojno pluralnost: na eni strani različnost v izobrazbi in izenačenost v poklicu omogoča različnost, a hkrati enakovrednost v strokovnosti pristopov in pogledov na delo vzgojiteljev. Tako lahko v istem timu delujejo na primer socialni pedagog, psiholog, socialni delavec in še kdo, kar vsakemu omogoča, da svoje znanje vnaša v enakovreden diskurz znotraj timskega dela posamezne stanovanjske skupine. Temu bi lahko rekli interna pluralnost mnenj, ki pa teži k homogenosti zavoljo učinkovitega delovanja vsake stanovanjske skupine. Ta homogenost navzven »trči« ob pristope in poglede na določene vzgojne vsebine drugih strokovnjakov, zaposlenih v zunanjih institucijah, kar omogoča eksterno pluralnost. S tem se še dodatna mnogoterost pristopov in pogledov na vzgojne vsebine, ki se tako ali tako proizvajata znotraj stanovanjskih skupin zaradi prej omenjene različnosti izobrazb ob enakosti poklica, razširi v diskurz, obogaten z drugimi vidiki istih vsebin, vse to pa proizvajata odnose med vsemi udeleženci tako znotraj kot zunaj stanovanjske skupine.

⁴ Pod izrazom terapevtske službe razumeva vse službe, namenjene psihiatrični, klinično-psihološki ali psihoterapevtski obravnavi posameznika, ne pa tudi institucije, ki se ukvarjajo s somatsko terapevtsko obravnavo. Izraz terapevtske bova uporabljala skozi celoten prispevek zgolj zaradi poenostavitvenega razloga, čeprav bova vedno, ko ga bova omenila, govorila o vseh prej omenjenih institucijah.

O naraciji vzgojiteljev do terapevtskih služb

Sodelovanje med vzgojitelji oziroma tudi drugimi strokovnimi službami ter terapevtskimi službami v okviru VZ Kranj sega še v čas pred reorganizacijo v sedanje oblike organizacije v okviru stanovanjskih skupin, to je v čas obstoja in delovanja takratnega Vzgojnega zavoda Preddvor, organiziranega v obliki vzgojnega zavoda kot enotnega prostora, kjer je potekala obravnava otrok in mladostnikov z motnjami vedenja in osebnosti, ki pa so se sicer šolali na zunanji šoli v Preddvoru. V letih po reorganizaciji se je spremenilo predvsem to, da je bila vsaka stanovanjska skupina enota zase, ki je zgolj glede na svoje potrebe sodelovala ali pa ne z določeno terapevtsko službo. Na osnovi izkušenj iz tega sodelovanja so se znotraj zaposlenih vzgojiteljev izoblikovali določeni odnosi do terapevtskih služb, ki jih bova v nadaljevanju skušala opisati. Kot nekakšen drugi vir informaciji o odnosih med vzgojitelji in terapevtskimi službami pa nama je koristila vključitev VZ Kranj v projekt z naslovom *Vključevanje otrok s težjimi socialno-integracijskimi motnjami v zunanje vzgojno-izobraževalne institucije*. Projekt je bil prijavljen v okviru širšega projekta *Skriti zaklad*, ki ga vsako leto razpiše Ministrstvo za šolstvo in šport, potekal pa je v šolskih letih 2002/2003 in 2003/2004. Skriti zaklad je takrat nastajal kot pobuda pri iskanju inovativnih pristopov pri delu z otroki in mladostniki in v teh okvirih smo kot osrednjo temo našega projekta postavili iskanje učinkovitih pristopov, zajemajoč razna področja pri delu z otroki z motnjami vedenja in osebnosti. Znotraj projekta je delo potekalo v štirih delovnih skupinah, od katerih je vsaka delovala na določenem področju.⁵ Eno izmed področij je bilo tudi sodelovanje med VZ Kranj in terapevtskimi institucijami, delovna skupina pa je v tem primeru skušala podrobneje raziskati in obravnati področje odnosov med vzgojitelji in terapevtskimi službami. V ta namen je bil sestavljen tudi kratek vprašalnik, ki naj bi beležil določene aspekte tega odnosa, namenjen pa je bil vzgojiteljem v stanovanjskih skupinah VZ Kranj. Vprašalnik je bil polodprtega tipa, izpolnilo pa ga je 17 vzgojiteljev. Že v začetku je bil bolj kot kakšni resni statistični analizi namenjen zgolj informativnemu pregledu določenega stanja odnosov vzgojiteljev do terapevtskih služb, zaradi česar bova tudi

⁵ Ta področja so bila delo s samimi otroki, delo s starši, delo s šolami in delo s terapevtskimi institucijami.

dobljene rezultate prikazala zgolj opisno in skozi kontekst celotnega delovanja VZ Kranj.

Vključenost otrok in mladostnikov, ki bivajo v stanovanjskih skupinah VZ Kranj, v obravnavo pri kateri izmed terapevtskih služb je odvisna izključno od značilnosti in potreb posameznega otroka in mladostnika. Nekateri otroci ali mladostniki so v obravnavo v določeni terapevtski službi vključeni že pred vključitvijo v stanovanjsko skupino, za nekatere otroke pa se vzgojitelji ob soglasju in po posvetovanju s starši odločijo za vključitev v obravnavno po začetku bivanja v stanovanjski skupini glede na izstopajočo problematiko posameznega otroka ali mladostnika. Pri obravnavah otrok in mladostnikov, ki bivajo v stanovanjskih skupinah VZ Kranj, je v terapevtski službi največkrat vključena pedopsihiatrinja oziroma pedopsihiater, ki deluje znotraj Dispanzerja za mentalno zdravje v okviru Zdravstvenega doma v Kranju, občasno pa tudi klinična psihologinja, zaposlena v okvirih iste institucije. Poleg služb znotraj te institucije so v manjšem številu otroci ali mladostniki vključeni tudi v obravnave v terapevtskih službah v okvirih Pedopsihiatrične klinike v Ljubljani, Psihiatrične klinike v Ljubljani ter v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani. Pri obravnavah pri pedopsihiatrinji oziroma pedopsihiatru največkrat sodelujeta dva ali več vzgojiteljev, nasprotno pa pri obravnavah pri klinični psihologinji ponavadi sodeluje le en vzgojitelj in so torej bolj individualne narave. Ponavadi je na obravnavah vedno prisoten tako imenovani matični vzgojitelj za določenega otroka, kar je sicer zelo dvoumna pozicija znotraj timskega dela v stanovanjskih skupinah, a o tem malo kasneje. Individualne obravnave otrok v terapevtskih službah pa so najpogosteje kombinirane tudi s timskimi obravnavami določenega otroka ali mladostnika, na katerih običajno sodelujejo vsi vzgojitelji skupaj s strokovnjaki iz terapevtskih služb, po potrebi pa še strokovni delavci iz šole, ki jo obiskuje otrok ali mladostnik, ter strokovni delavci iz pristojnega centra za socialno delo. V te obravnave se vključujejo tudi starši oziroma skrbniki otrok in mladostnikov ter otrok ali mladostnik sam, kar je odvisno od situacije in narave obravnave, pri čemer se upošteva vnaprejšnji dogovor med vsemi strokovnimi udeleženci. Kljub kar precejšnji pogostosti obravnav v terapevtskih službah znotraj VZ Kranj pa nihče izmed otrok ali mladostnikov ni vključen v specifične terapevtske tretmaje, kot so na primer družinska terapija ali druge

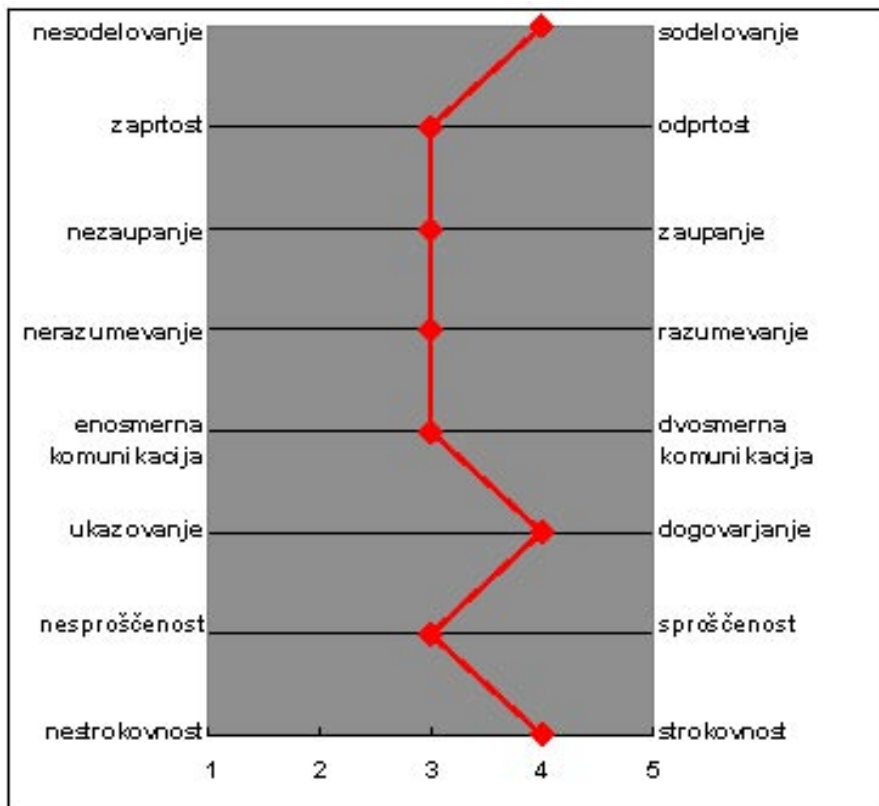
vrste usmerjenih konceptualnih terapij.

Individualne obravnave otrok in mladostnikov v terapevtskih službah v največ primerih potekajo enkrat na dva meseca ali še redkeje. Zelo malo obravnav poteka enkrat mesečno, medtem ko timske obravnave običajno potekajo tri- ali štirikrat na leto, zopet odvisno od situacije posameznega otroka ali mladostnika ter od dogovora med vzgojitelji v stanovanjskih skupinah in strokovnimi delavci terapevtskih služb.⁶ Glavno iniciativo za obravnavo v terapevtskih službah so dali v večini primerov vzgojitelji stanovanjskih skupin, v manjši meri pa strokovni delavci v terapevtskih službah. V nekaterih sicer bolj redkih primerih so pobudo za individualno ali timsko obravnavo otroka ali mladostnika v terapevtski službi izrazili strokovni delavci na šoli in strokovni delavci na pristojnem centru za socialno delo, samo v enem primeru pa starši otroka ali mladostnika.

Vzgojitelji, ki so izpolnili vprašalnik, odnos med stanovanjskimi skupinami in DMZ na lestvici med slabim in odličnim v povprečju ocenjujejo s srednjo oceno. Za odnos, ki se je vzpostavil med vzgojitelji stanovanjskih skupin in strokovnimi delavci v terapevtskih službah, je značilno, da poteka bolj v znamenju sodelovanja, dogovarjanja in strokovnosti, sicer pa nekje med odprtostjo in zaprtostjo, zaupanjem in nezaupanjem, razumevanjem in nerazumevanjem, dvosmerno in enosmerno komunikacijo ter med sproščenostjo in nesproščenostjo (glej sliko 1). Odnos bi lahko glede na rezultate semantičnega diferenciala opisali bolj kot neopredeljen, ne pa toliko v smislu pozitivno ali negativno izstopajočih posameznih dimenzij odnosa.

⁶ Po zadnjih informacijah o delu v stanovanjskih skupinah potekajo nekatere terapevtske obravnave otrok tudi enkrat mesečno, tako da frekventnost obiska terapevtskih institucij ni stalnica, ampak variira glede na potrebe otroka ali mladostnika in možnosti terapevtskih institucij.

Slika 1: Prikaz rezultatov semantičnega diferenciala o odnosu med vzgojitelji stanovanjskih skupin in strokovnimi delavci v terapevtskih službah (prikazane so mediane ocen).



Pozitivne značilnosti med vzgojitelji v stanovanjskih skupinah in strokovnimi delavci v terapevtskih službah, ki jih vidijo vzgojitelji v odnosu med obema službama, so v glavnem v timskem pristopu k obravnavi otroka ali mladostnika, izmenjavi mnenj in pogledov, doprinosu k večji strokovnosti obravnave, zaupanju, odprtosti in dvosmernosti komunikacije, dogovarjanju in vplivu na druge strokovne delavce (na primer na strokovne delavce na šoli). Na drugi strani so kot negativne značilnosti odnosa navajali nestrokovnost in nepoznavanje populacije s strani terapevtskih služb,⁷ nezaupanje, premajhno možnost izmenjave mnenj, premajhno pogostost

⁷ Pri tem je bilo to mnenje usmerjeno zgolj na sodelovanje z eno določeno terapevtsko službo.

sodelovanja, nedostopnost strokovnih delavcev v terapevtskih službah, nepovratnost in na splošno premalo informacij o otroku ali mladostniku s strani strokovnih delavcev v terapevtskih službah, prevelik poudarek na vlogi matičnega vzgojitelja, nejasnost ciljev strokovnih delavcev v terapevtskih službah ter preveč "na otroka usmerjen odnos" s strani terapevtskih služb.

V celostni sliki odnosa med vzgojitelji v stanovanjskih skupinah in strokovnimi delavci v terapevtskih službah je tako opaziti precejšnjo razdvojenost v mnenjih glede posameznih značilnosti, kar je posledica zelo različnih izkušenj sodelovanja s strokovnimi delavci iz različnih terapevtskih služb. To trditev potrjujejo izjave o tem, ali imajo vzgojitelji občutek, da se lahko v ključnih trenutkih obrnejo na strokovne delavce iz terapevtskih služb, saj je bilo število tistih, ki ta občutek imajo, in tistih, ki tega občutka nimajo, identično. Nasprotno pa je večina vzgojiteljev mnenja, da strokovni delavci iz terapevtskih služb ne poznajo dovolj dobro našega dela, kar na nek način dopolnjuje izjave o tem, da so strokovni delavci v terapevtskih službah preveč usmerjeni na svoj odnos z otrokom, in ne na celotno skupino odnosov med otrokom, vzgojitelji, starši, strokovnimi delavci iz terapevtskih služb ter drugimi strokovnimi delavci, kar so nekateri vzgojitelji označili kar s pedocentrizmom s strani strokovnih delavcev iz terapevtskih služb. Kljub tem prepričanjem pa je velika večina vzgojiteljev v stanovanjskih skupinah izrazila željo, da bi bilo sodelovanje med njimi in strokovnimi delavci iz terapevtskih služb v prihodnje bolj intenzivno. Pri tem pa bi želeli, da se odnos med obema stranema spremeni v naslednjih stvareh:

- da bi bili strokovni delavci v terapevtskih službah bolj dosegljivi, predvsem da bi se lahko vzgojitelji vedno obrnili na njih v ključnih situacijah;
- da bi bilo delo strokovnih delavcev v terapevtskih službah bolj transparentno, z bolj jasnimi cilji pri obravnavah otrok in mladostnikov;
- da bi bil odnos s strani strokovnih delavcev v terapevtskih službah bolj odprt v smislu dajanja povratnih informacij v zvezi z individualnimi obravnavami otroka ali mladostnika;
- da bi prihajalo do večje medsebojne izmenjave strokovnih mnenj;
- da bi prišlo do skupnega načrtovanja dela z otrokom ali

mladostnikom;

- da bi bila v določenih primerih možnost vključitve v družinsko obravnavo;
- da bi bile pogostejše tako individualne obravnave otrok in mladostnikov kot medsebojno sodelovanje med vzgojitelji in strokovnjaki iz terapevtskih služb;
- da bi bili organizirani sestanki v obliki predavanj o specifikah nekaterih motenj in težav;
- da bi bolj poznali delo vzgojiteljev in imeli v njih večje zaupanje;
- da bi bilo več sodelovanja na strokovni ravni in
- da s strani strokovnih delavcev iz terapevtskih služb ne bi prihajalo do pretiranega poudarjanja vloge matičnega vzgojitelja, ki naj bi bila v okvirih, ki ga strokovnjaki iz terapevtskih služb vzpostavljajo, neizvedljiva.

Terapevtske institucije: paradoks hkratne prisotnosti težnje po pomoči in nezadoščenja pričakovanj

Kljub temu da je odnos med terapevtskimi institucijami in VZ Kranj že dolgo časa stalnica med obema institucijama, je iz ankete razvidno, da je zanj bolj značilno veliko nejasnosti in praznega prostora pri njegovih opredelitvah, kot pa da bi obstoj jasnih doktrin, postavljenih na transparentnih temeljih z obojestransko razumljivimi, sprejetimi in dosegljivimi cilji. Analiza rezultatov bo skušala prikazati, kje tičijo neopredeljena polja obeh pristopov, kaj so njihovi vzroki, na koncu pa zelo nepretenciozno predstaviti nekatere možne rešitve za izhode iz obstoječega položaja.

Iz ankete je na prvi pogled mogoče dobiti občutek, da je sodelovanje med VZ Kranj in terapevtskimi institucijami⁸ precej intenzivno in mogoče poteka tudi na neki dokaj kakovostni ravni. Natančnejši pregled predvsem odgovorov na vprašanja odprtega

⁸ Izraz terapevtske institucije uporabljam navkljub dejstvu, da – kot je razvidno tudi iz ankete – SS VZ Kranj večinoma sodelujejo z Dispanzerjem za mentalno zdravje v Kranju, ki deluje v okviru Zdravstvenega doma Kranj.

tipa pa predstavi zadevo v precej drugačni luči.

Najprej je vredno izpostaviti, da kakršnokoli mnenje že imajo vzgojitelji SS VZ Kranj o odnosu do terapevtskih institucij, so nedvomno izrazili težnjo po bolj intenzivnem sodelovanju s terapevtskimi institucijami, kakršnekoli že so oziroma bodo. To izhaja preprosto iz spoznanja, da vzgojitelji nekaterih znanj, ki bi jih potrebovali pri obravnavi specifičnih težav določenih otrok, ki bivajo v SS VZ Kranj, nimajo. Poleg tega (praviloma) niso usposobljeni za opravljanje kakršnegakoli doktrinarnega diagnostičnega postopka, kaj šele za izvajanje terapevtske dejavnosti katerekoli smeri.⁹ Tu obstaja nek manko znanj in praks pri vzgojiteljih, ki se ga praktično zaveda vsak vzgojitelj. Ključno vprašanje pa se tu šele postavi: zakaj so vzgojitelji tako skeptični pri vstopu v odnos s terapevtsko institucijo, če se zavedajo svoje lastne pomanjkljivosti ravno na tistih področjih, ki jih lahko znanja in prakse (izbrane?) terapevtske institucije uspešno zapolnijo?

Del odgovora na to vprašanje lahko razberemo iz opisa pozitivnih in negativnih značilnosti odnosa do terapevtskih institucij, in sicer so to bolj kot ne negativne pretekle izkušnje s terapevtskimi institucijami pri poskusu vključevanja otroka v terapevtsko obravnavo. Izkušnje, ki jih imajo vzgojitelji pri tem, so zelo raznovrstne: od občutka, da strokovni delavci v terapevtskih institucijah ne zaupajo vzgojiteljem, zaznanega zaščitniškega odnosa terapevta do obravnavanega otroka, zaznane nestrokovnosti oziroma nepoznavanja problematike otrok v obravnavi, slabega usmerjanja vzgojiteljev oziroma pomanjkljivega dajanja napotkov in povratnih informacij vzgojiteljem do časovne nedostopnosti strokovnih delavcev v terapevtskih institucijah. Z izjemo časovne nedostopnosti so ostale negativne izkušnje rezultat specifičnega pogleda na strokovne delavce terapevtskih institucij in izhajajo iz določene predstavne pozicije, ki ni le plod vzgojiteljev, ampak mogoče splošen družbeni konstrukt. Opisane in s pomočjo ankete zabeležene značilnosti tudi niso edine, ki so povezane z odnosom med strokovnimi delavci terapevtskih institucij in strokovnimi delavci vzgojno-izobraževalnih institucij. Vsakdanji pogovori s sodelavci in mnoge skupinske debate so bile večkrat namenjene predvsem izmenjavi negativnih izkušenj, ki jih je imel neki vzgojitelj pri vključevanju v terapevtsko obravnavo ali pri

⁹ Le-to bi poleg ustreznih znanj zahtevalo tudi izpolnitev določenih materialnih in organizacijskih zahtev, ki jih določena psihoterapevtska praksa predpisuje.

sodelovanju v njej.¹⁰ Pa vendar je tudi iz teh pogovorov in debat iz ozadja vedno prihajalo sporočilo o napačni zaznavi in predstavi vlog terapevtskih institucij pri obravnavi otroka in hkratnem napačnem pozicioniranju vzgojitelja kot strokovnjaka v triadi otrok-vzgojitelj-terapevt oziroma boljše rečeno kvartadi otrok-starši-vzgojitelj-terapevt.

Terapevt: “vsemogočni odrešitelj” ali grešni kozel?

Funkcija terapevta je postala ujetnica zaprte krožne verige, po kateri je potovala skozi navidez nevzdržno nenehno nasprotovanje med funkcijama vsemogočnega odrešitelja in nikoli izpolnjenega uresničevalca želje vzgojiteljev oziroma grešnega kozla. Ni samo krivda vzgojiteljev, da si vlogo (otroške) psihiatrije¹¹ (pa tudi drugi terapevtskih institucij) predstavljajo kot nekako poslednjo instanco, katere legitimna pravica in dolžnost je izdajanje sodbe o zdravorazumski normalnosti slehernika.¹² Na ta piedestal se hote ali nehote, zavedajoč se ali ne postavlja večkrat tudi sama.¹³ Vsekakor je kot taka sprejeta vsaj v očeh večine vzgojiteljev, ki to izražajo ravno skozi pričakovanja in želje, ki jih imajo pri vključevanju v terapevtsko obravnavo.

Ta pričakovanja in želje imajo izrazito dvojno naravo. Na eni strani si vzgojitelji predstavljajo terapevte kot osebe, ki poznajo vsako skrivnost človeškega psihičnega življenja in hkrati poznajo odgovore na vsa vprašanja, ki se porajajo ob nastanku problema.

¹⁰ Iz nekaterih zgodb je zaznati tudi določene travmatične trenutke, ko so imeli vzgojitelji občutek, da so obravnavani sami, in ne otrok, ki so ga skušali vključiti v obravnavo.

¹¹ Govorim o psihiatriji kot doktrini na splošno, in ne o posameznikih, psihiatrih, pri katerih ni nujno, da se indoktrinacija odvija do popolnosti pri vsakem posamezniku.

¹² Mikuš - Kosova npr. priznava, da »/otročka psihiatrija/ kroji uradno ideologijo, ki je v dokajšnji meri osnova za razvoj programov varovanja duševnega zdravja otrok ter razvoja mentalnohigienskih služb in vlaganja državnih sredstev v razvoj služb in v programe prevencije in krepitve duševnega zdravja« (Mikuš - Kos, 1999: 106).

¹³ Zelo pristno, doživeto in konkretno problematiko psihiatrije in njenih institucij kot totalnih in ideoloških institucij dobro obravnava Basaglia (1981).

Terapevti so torej alfa in omega razreševalci vseh psihičnih težav posameznika.¹⁴ Po drugi strani vzgojitelji – kljub temu da se zavedajo spoznanja, da v otroku ni izvor vseh težav, s katerimi se le-ta na koncu sooča – praviloma težijo k temu, da se terapevtsko obravnava le otroka, in ne njih oziroma njihovega dela. Naloga terapevta je torej, da se ukvarja popolnoma in samo z otrokom, vključenim v obravnavo. Ker pa so na koncu zopet vzgojitelji odgovorni za razvoj otroka, ki biva v kateri izmed SS VZ Kranj in je vključen v obravnavo pri terapevtu, pa bi hkrati ob vsem prej povedanem želeli še popolno informiranje s strani terapevtske službe in po možnosti še ščepec ali dva nasvetov za delo z otrokom, vendar ne v terapevtskem, ampak svetovalnem smislu, se pravi z enakovredne pozicije. Ključno pri razlagi te zmešnjave vlog, želja in pričakovanj je izhodišče, da se odnos med terapevtskimi institucijami in vzgojno-izobraževalnimi institucijami ne vzpostavlja sam po vnaprej predpisanih pravilih, ampak ga vzpostavljajo vsi subjekti, zainteresirani za začetek in potek takega odnosa. Preden pa začnemo z razkritjem odnosa in vloge terapevta v obravnavi, si pogledjmo še (ne)problematičnost pojma in prakse *matičnega vzgojitelja*.

Matični vzgojitelj: zahteva ali tiha želja

Ena izmed stalnic debat o odnosu terapevtskih služb in VZ Kranj je tudi vloga in pomen matičnega vzgojitelja, ki je postala znotraj VZ Kranj že docela pomensko razvrednotena in zadobiva zgolj vlogo organizacijske in povezovalne narave. S strani terapevtskih služb pa smo bili vzgojitelji deležni praktično nikoli nehajočih se pobud za okrepitev vloge matičnega vzgojitelja kot ključne osebe ne le pri organizacijskih in povezovalnih nalogah, vezanih na določenega otroka, ampak tudi pri vsebinsko čustvenih in vzgojnih nalogah, pri čemer bi moral v teh primerih matični vzgojitelj imeti prednost oziroma bolj izdelan odnos kot ostali vzgojitelji. V teh dialogih je praviloma med obema stranema vedno nastajal kratek stik: terapevtske službe so nekako pričakovale, če ne celo zahtevale

¹⁴ Čeprav vzgojitelji v zasebnem življenju verjetno v kaj takega absolutno niso prepričani, imajo tako pozicijo terapevta usidrano v lastnih predstavah kot strokovni delavci na svojem področju. Terapevt ima v lacanovskem diskurzu vlogo *subjekta, za katerega se predpostavlja, da ve* (Lacan, 1996).

oblikovanje vloge matičnega vzgojitelja. Vzgojitelji VZ Kranj na drugi strani pa smo jih zaradi narave dela (timsko, izmensko delo) pojmovali kot nekaj nemogočega, nepraktičnega, destruktivnega in neuresničljivega. Vseeno pa se niso nikoli docela razjasnila vprašanja okoli tega, zakaj ena stran pričakuje nekaj, kar druga radikalno odklanja.

Koncept matičnega vzgojitelja in težnja po konkretizaciji tega koncepta v vzgojnih praksah VZ Kranj s strani terapevtskih institucij izhaja iz spoznanj različnih terapevtskih praks, predvsem pa psihoanalitično usmerjenih in tistih, ki v svojih temeljih kronološko ali filozofsko izhajajo iz psihoanalize. Najbolje je vlogo terapevta v terapevtski situaciji opisal Jacques Lacan s pojmom *subjekta, za katerega se predpostavlja, da ve* (Lacan, 1996). Preprosto povedano je terapevt oseba, ki naj bi poznala vse rešitve za posameznikove težave, pacient, ki je v podrejenem odnosu, pa samo čaka, kdaj mu bo terapevt predal čudežne recepte, ki mu bodo odpravili težave.

V klasični Freudovski psihoanalizi je konstantnost terapevta absolutni pogoj za uspešno realizacijo psihoanalitične terapije (Praper, 1999). Brez konstantne osebe se ne more odvijati zapleten proces razvoja transferja (tudi kontratransferja) in na podlagi tega uspešno ponovno prebrodenje kritičnega momenta, nastalega nekje v zgodovini posameznikovega razvoja, kar je rezultiralo v (nevrotično) motnjo. Različne terapevtske prakse so to pomembno lastnost tako ali drugače upoštevale pri lastnem razvoju prakse kot doktrine. Tako je s strani terapevtskih institucij zahteva po matičnem vzgojitelju tudi docela teoretsko utemeljena. Tudi praktično si v vsakdanjem življenju težko predstavljamo, da lahko ključne dogodke našega življenja delimo s komerkoli ali v našem primeru z vsemi delujočimi vzgojitelji v neki stanovanjski skupini. Matični vzgojitelj bi tako v primeru svoje uspešne konkretizacije imel vlogo, zelo podobno vlogi klasičnega terapevta.

Na drugi strani so popolnoma razumljivi argumenti vzgojiteljev, ki govorijo proti konkretizaciji vloge matičnega vzgojitelja. Možnost manipulacije s strani otroka, neusklajeno timsko delo in nestalna prisotnost vzgojitelja zaradi izmenskega dela so najpogosteje navajani protiargumenti. Vsi ti argumenti so tehtni in izhajajo iz mnogih delovnih izkušenj vzgojiteljev, v katerih je vzgojitelj posameznik sam prišel do točke spoznanja, da je začel v iskanju čim boljšega za otroka gojiti zaščitniški

odnos do njega,¹⁵ kar je potem botrovalo manipulacijam s strani otroka. Kljub vsemu se nekaterim perečim stvarjem z vzpostavitvijo ustreznih temeljev timskega dela (o katerih malo kasneje) da izogniti. Dejansko problematična ostaja edinole organizacija dela v obliki izmenskega dela, vsaj z vidika čim popolnejšega približevanja idealni terapevtski poziciji.¹⁶ Realno se skozi delo tako ali tako oblikuje med določenim otrokom in določenim vzgojiteljem globlji odnos kot med taistim otrokom in ostalimi vzgojitelji, čeprav mogoče poteka v sferi nezavednega. Zavestno pa si vzgojitelji večkrat znamo povedati, da nam bolj leži določen otrok, da je z nekom lažje delati kot z drugim, kar posledično vodi ravno v sicer nezavedno kristalizacijo vloge matičnega vzgojitelja, predvsem z vidika spletnja čustvenih vezi in pretoka vzgojnega vpliva. Ta vloga pa ni nujno vedno prekrita z vlogo matičnega vzgojitelja v čisto organizacijskem smislu, ki pa na uradni ravni še vedno ostaja edino prepoznana in priznana vloga. Tudi sicer popolno prekrivanje vloge matičnega vzgojitelja z vlogo terapevta ne bi bilo smiselno, saj bi na eni strani razvrednotilo vlogo terapevtskih služb,¹⁷ po drugi strani pa na vzgojitelja posameznika naložilo gromozansko breme skoraj totalne odgovornosti za razvoj nekega otroka.

Definicije in dileme terapevtske oziroma pedopsihiatrične prakse

Doslej smo si ogledali predvsem terapevtske službe skozi prizmo vzgojiteljev ter grobo predstavili nekatere ključne dejavnike, ki delujejo znotraj okvira terapevtskih služb. Sedaj si pogledjmo, kakšne so sploh definicije terapevtskih oziroma v našem primeru

¹⁵ Zelo pogost primer pri vseh poklicih, katerih glavna okupacija je delo z ljudmi, je pojav, ko oseba, ki dela z ljudmi, začne prenašati lastne želje in potrebe ega v delovno polje, konkretno v odnos z obravnavano osebo (glej Guggenbuhl - Craig, 1997).

¹⁶ V razvojni analitični psihoterapiji je kot ena izmed najpomembnejših lastnosti izpostavljena konstantnost ne samo osebe terapevta, ampak tudi prostora obravnave in termina obravnave (glej Praper, 1999).

¹⁷ Kar je mogoče ravno njihova želja oziroma boljše klic v sili, saj glede na omejitve, ki jih imajo terapevtske službe javnega zdravstva, verjetno tudi sami težko zadostijo teoretskim zahtevam, ki jih pred njih postavlja opravljanje določene terapije.

pedopsihiatričnih služb s strani stroke same.

Potočnik - Dajčmanova (2004) piše, da je pedopsihiatrija relativno mlada medicinska veda tako v svetu kot pri nas. V Sloveniji začetki pedopsihiatričnega dela sovpadajo z nastajanjem dispanzerske službe, takrat imenovanimi mentalno-higienski dispanzerji. Okrog leta 1968 se je najprej začelo načrtno delo predvsem z duševno motenimi otroki, kateremu so kmalu sledile obravnave t. i. nevrotskih in stresnih motenj, med slednjimi tudi šolske učne težave.

Nastanek posebnih služb za delo z otroki in mladostniki avtorica (prav tam) omenja kot – s stališča stroke – zelo pomemben korak, saj je že dolgo znano, da se psihične motnje v otroštvu specifično razlikujejo od tistih v odrasli dobi, da imajo svoj začetek in potek, zato je torej nanje nemogoče gledati le kot na predmotnjo psihopatologije odraslega obdobja. Tako kot otrok ni pomanjšan odrasel, se tudi patologija otroškega obdobja loči od patologije v odrasli dobi.

Potočnik - Dajčmanova (2004) delo pedopsihiatra v grobem razdeli na individualno in skupinsko. Individualno delo predstavlja celotno delo v sklopu stika z otrokom in njegovo družino, pregled otroka, pregled obstoječe dokumentacije in izdelavo strokovnega mnenja. Skupinsko delo pa je delo pedopsihiatra v komisiji, na razširjenem timskem sestanku, kjer se ugotovitve in mnenja posameznih strokovnjakov med seboj primerjajo in povežejo v skupno strokovno mnenje.

Medtem ko si individualna terapija postavlja za terapevtski cilj osebno (re)integracijo posameznika, skupinska pa zrelejšo socialno funkcioniranje vsakega člana terapevtske skupine in skupine v celoti, so terapevtski cilji družinske terapije usmerjeni v gradnjo zdravih, spodbudnih in zadovoljujočih odnosov med družinskimi člani. Taki odnosi, lahko jih imenujmo tudi funkcionalni, so pogoj za odpravo bolezenskih simptomov in motenj pri posameznemu članu družine, omogočajo pa tudi optimalen osebni razvoj vseh članov družine, večajo njihovo sposobnost za navezovanje pomembnih čustvenih odnosov v družini in izven nje, so spodbuda za njihovo ustvarjalnost in zdravo samospoštovanje.

Tomorijeva (1984b) piše, da je družinska terapija strukturirana psihoterapevtska metoda, katere žarišče pozornosti in terapevtskih

prizadevanj je psihodinamično dogajanje v družini. Zapletenost družinske psihodinamike, sorazmerno zahtevna tehnika dela in neprestana nevarnost, da že navidez majhen napačen poseg terapevta prinese članom družine več škode kot koristi, so razlogi, da lahko družinsko terapijo opravljajo le izkušeni psihoterapevti, ki so se učili družinske terapije potem, ko sta jim bili že dobro znana tako individualna kot skupinska psihoterapija.

Pri sami psihoterapiji je najpomembnejši odnos med pacientom in terapevtom. Tomorijeva (1984a) omenja posebnosti na področju transfernih in kontratransfernih odnosov med terapevtom in svojci. Vendar na tem mestu ugotovitve lahko navežemo tudi na strokovnjake drugih strok, ki prav tako kot tretji član lahko sodelujejo v obravnavah otroka. V sodelovanju slednji vidijo sicer možnost pomoči, morda tudi zagotovilo doslednega strokovnega postopka, od njega pričakujejo razumevanje, pomoč in učinek. Z vsem tem pa so povezane še mnoge bojazni. Jim bo očital, bo iskal in našel krivdo v njihovih zmotah, ravnanju in medsebojnih odnosih? Bo izkoristil zaupanje? Bo obrnil mladostnika proti njim? Bo znal razumeti njihove stiske in šibkosti, bo verjel njihovim dobrim namenom? Ali se bo dovolj posvetil reševanju njihovega problema?

Mnogi, ki so negotovi vase, doživljajo strokovnjaka kot ogrožajoč lik, ob katerem so njihove slabosti še bolj izražene. Z njim pričnejo vstopati v rivaliteten odnos. Občutljivi so za vse, kar jim mladostnik pove o njem, pričnejo ga kritizirati, poskušajo ga razvrednotiti in tekmujejo z njim za otrokovo naklonjenost. Ne da bi se zavedali, kdaj, pričnejo minirati terapijo, za neuspeh pa krivijo terapevta. Podzavestno doživijo njegovo poznavanje obstoječih razmer kot nekakšno premoč nad njimi. To budi v njih občutke tesnobe in negotovosti, kar zavira njihovo sodelovanje v obravnavi.

Tudi preveliko zaupanje v strokovnjakovo sposobnost pomoči ter vera v neke vrste omnipotentnost, ki naj bi mu jo dajalo znanje, ni niti dobra niti realna. Sodelujoči v terapiji, ki zasedejo tako stališče po mnenju avtorice (prav tam), se radi umaknejo v pasivnost in le kot naročniki, »kupci« ali tihi opazovalci čakajo na izid njihovega dela.

Terapevti so deležni stotin različnih odtenkov in intonacij odnosa. Nekateri so predvidljivi, servilni, drugi dominantni in zahtevni, poskušajo manipulirati z nami ali pa so neposredni in prijateljski,

seduktivni so ali odklonilni, pretirano ali niti malo vljudni, zaupljivi ali sumničavi, prestrašeni, agresivni, angažirani ali brezbrizni. Iskren, pristen in pošten odnos, ki spodbuja medsebojno zaupanje in spoštovanje, zagotavlja dobro in največkrat tudi učinkovito sodelovanje.

Kontratransferni odnosi so po mnenju Tomorijeve (1984a) pomemben dejavnik z daljnosežnim vplivom na delo strokovnjaka, ki dela z mladimi. O tem, kakšno doživetje in čustven odziv zbudijo v njem odrasli iz najbližjega okolja mladostnika, odloča cela vrsta vplivov: od njegovega odnosa do svojih staršev, do sebe, svojega dela in mladostnikov nasploh ter do konkretnega mladostnika posebej. Izrazito pozitiven odnos do otroka/mladostnika ne priključuje nujno tudi pozitivnega kontratransferja do njegovih bližnjih. Pomembno je vedeti, da vloga terapevta ni v tem, da postane otrokov zaveznik v njegovi bitki proti odraslim in da se bori skupaj ali celo namesto otroka, temveč v tem, da mu pomaga do lastne moči in notranje trdnosti, da mu tak boj ne bo potreben.

Druga past, ki utegne premamiti terapevta, je privlačnost vloge boljšega starša. Od daleč je lahko biti strpen, razumevajoč in brezpogojno sprejemajoč – lahko rečejo starši. In še prav imajo. Tudi pretirana identifikacija s starši ni nujno v korist obravnave. To pa seveda ne pomeni, da se za učinkovito pomoč otroku terapevtu ni treba vživljati v čustva in tisko staršev.

Tudi če terapevt pri svojem delu vedno znova naleti na napake, zmote in pomanjkljivosti staršev, naj v njih ne vidi nasprotnikov in ne sovražnikov niti mladostniku niti sebi.

Rungapadiachy (2003) poda nekaj definicij nudenja pomoči. Pomagati po njegovem mnenju pomeni preskrbeti nekoga s sredstvi na poti k zaželenemu, iskanemu ali potrebnemu. Definicijo bi lahko razširili še na nudenje sredstev in opore tistim, ki so pri sebi zaznali potrebo po pomoči. Avtor (prav tam) navaja Brammerja, ki pravi, da je nudenje pomoči v bistvu proces, s katerim omogočamo ljudem, ki so zaznali potrebo po pomoči, da osebno rastejo v smer, ki si jo sami izberejo, ter da pri tem rešijo svoje probleme in se spoprimejo s krizami.

Načini nudenja pomoči se lahko gibljejo od tega, da tisti, ki nudi pomoč, popolnoma prevzame nadzor nad pacientovo situacijo, do tega, da je zgolj navzoč, ko se pacient sooča s krizo. Druge načine

pomoči pa lahko razvrstimo v naslednje kategorije:

- dajanje informacij in nasvetov; gre za kakršnokoli informacijo, ki jo pacient potrebuje, da bi lahko spodbudil rast in razvoj;
- učenje in izobraževanje vključuje omogočanje pacientu ali klientu, da si z novimi znanji in veščinami pridobi moč, ki mu bo pomagala na poti k samostojnemu življenju;
- tehnična pomoč, kar pomeni, da delamo nekaj ali izvajamo neke aktivnosti, katerih rezultat je lajšanje pacientovih težav;
- spreminjanje določenih struktur;
- svetovanje vključuje raziskovanje pacientovega ali klientovega problema z namenom nuditi oporo;
- zagovorništvo pacienta ali klienta pomeni varovanje njegovih interesov in blaginje.

Avtor (prav tam) povzema še Rogersa, ki našteje nekatere ključne značilnosti, za katere je menil, da so predpogoj za udeleževanje v aktivnostih nudenja pomoči drugim ljudem. Te lastnosti so: spoštovanje, pristnost, pozornost, sprejemanje, pozitivnost, moč, znanje, občutljivost, empatičnost, neobsojanje, doslednost, nedvoumnost, ustvarjalnost, varnost.

Triada otrok-vzgojitelj-terapevt: kam s starši?

Prišli smo do ključnega vprašanja, ki se vleče praktično skozi celo diskusijo: kakšna je (ali kakšna naj bo) dinamika v kvartetu otrok-starš-vzgojitelj-terapevt in kakšna naj bo vloga vzgojitelja kot člana tega orkestra?

Zelo transparentna in neobhodna postaja potreba, da pri delu z otroki in mladostniki sodelujejo strokovnjaki različnih profilov, njihova prizadevanja pa morajo biti čim bolj usklajena, da bodo otroku v korist. Dejstvo je, da se naloge in cilje različnih služb pri delu z otroki nemalokrat pokrivajo, kar pa ni znak za izključevanje določenega profila, ampak ravno nasprotno. Vprašanje sodelovanja med vzgojitelji VZ Kranj in terapevtskimi službami zadobiva med celotno diskusijo popolnoma nedvoumno pritrdilen odgovor. Večji problem predstavljata način in kakovost sodelovanja. Nekaj dilem v zvezi z nejasnostjo početja terapevtskih služb, ki je bila močno

izražena v anketnih odgovorih, smo na kratko skušali odpraviti s poskusom definicije terapevtskih služb in nudenja pomoči na splošno. Pri premagovanju nadaljnjih ovir, ki zavirajo uspešno sodelovanje, pa je potreben razmislek na dveh področjih.

Prvo se tiče področja dela vzgojitelja. Kljub stalno prisotni težnji po enakovrednem statusu glede strokovne pozicije med terapevtskimi in vzgojno-izobraževalnimi službami ta enakovrednost statusa še vedno nastopa bolj kot želja, ne pa kot dejanska praksa. Zdi se, da se družba na splošno nekako ne more odcepiti od misli o grandioznosti terapevtskih služb in jim zaradi tega tihoma priznava prav vlogo nadrejenosti. Temu očitno ne uidejo niti vzgojitelji in drugi strokovni delavci, prihajajoči iz poklicev, ki se pretežno ukvarjajo z delom z ljudmi. Na tem mestu se ne moreva izogniti primerjavi s psihoanalitično pozicionalnostjo v odnosu psihoanalitik-pacient: podobno kot v psihoanalitični terapevtski situaciji je tudi za uspešno konstrukcijo odnosa vzgojitelj-terapevt nujno potrebno spoznanje, da je vloga terapevta¹⁸ točno takšna, kakršno mu jo predpiše tisti, ki stopi z vlogo terapevta v odnos. Pri tem pa prepogosto pozabljamo, da smo vsi pravzaprav v službi otroka, ki je tisto središče, na katerega so usmerjene vse aktivnosti. Vloga terapevtskih služb je sicer na videz opredeljena, vendar so opredelitve izvedene na tisto nujnost, ki vsakemu, ki stopi v obravnavo, zagotavlja nek minimum pravic in delen način dela, pogosto zapisan kot etični kodeks terapevtske prakse. Vsebinske lastnosti terapevtskega pristopa pa so odvisne od teoretičnih izhodišč določene terapije. Teh izhodišč ni malo, samo neupravičeno so premalo poznana. Poleg tega se moramo zavedati, da so določena teoretična izhodišča neizogibno povezana s prevladujočo ideologijo časa, v katerem so nastala (kar velja tudi za vzgojo in vzgojna načela). To pomeni, da ni nujno, da neka terapevtska izhodišča hodijo v stiku s časom, v katerem smo, in so lahko popolnoma neaktualna za razreševanje problematike določenega subjekta.

Ravno tu je potreben močan apel vzgojiteljem, da sami kot strokovnjaki presoјajo, kakšna oblika terapevtske pomoči najbolj ustreza problematiki otroka, ki ga želijo vključiti v obravnavo. Vzgojitelj je v sodelovanju s starši (in tudi drugimi službami, npr. centrom za socialno delo) odgovoren za to, da se otroku nudi

¹⁸ Nalašč bova govorila o vlogi terapevta, ki je razumljena lahko tudi kot pozicija terapevta, ker dejansko gre za strukturno pozicijo v lacanovskem smislu.

ustrezna pomoč. To na eni strani pomeni, da bi morali vzgojitelji kot strokovnjaki dobro poznati funkcioniranje terapevtskih služb, predvsem pa se dobro zavedati različnosti terapevtskih pristopov, po drugi strani pa to pomeni tudi aktivno sodelovanje med vzgojiteljem in izbrano terapevtsko službo, ki pa je lahko stvar delovnega dogovora med vzgojiteljsko skupino in izbrano terapevtsko službo. Ta dogovor bi morali vsaj v ključnih točkah oblikovati obe strani, in sicer v trenutku, ko se začne postopek za vključevanje v terapevtsko obravnavo otroka. Paradoks terapevtskih služb je v tem, da imajo ravno zaradi svoje že prej opisane pozicije učinek na obravnavano osebo, čeprav ga ne prepoznamo, tudi v primeru, ko stvari med različnimi strokovnimi službami, ki se ukvarjajo z določeno osebo, niso usklajene. Slabo pri tem je ravno to, da ta učinek ni tak, kot bi ga želeli vzgojitelji ali terapevti, ampak zaradi neusklajenosti zaide v popolnoma drugo smer: namesto sinergičnega učinkovanja različnih pristopov obeh služb se začne navidezni boj za prevlado določenega pristopa, s tem pa se učinki obeh ponavadi izničujeta ali pa postanejo predmet v rokah tistega, ki naj bi ga obe instituciji pravzaprav obravnavali, to je otroka oziroma mladostnika. Usklajevanje v obliki dogovora je tako nujno, pri tem pa se moramo zavedati, da vsako vključevanje otroka v terapevtsko obravnavo v večini primerov zahteva od okolja, v katerem otrok živi, aktivno sodelovanje pri poskusu odpravljanja otrokove problematike. Vzgojitelji smo tako na eni strani tisti, ki preživimo največ časa z otrokom (v dani situaciji bivanja v stanovanjskih skupinah) in imamo temu posledično zelo dober vpogled v vsakodnevno delovanje otroka, hkrati pa imamo s tem tudi največji potencial za vplivanje na otroka in na spremembe v njegovem ravnanju. Psihoterapija je na eni strani res individualen proces, namenjen rekonstrukciji psihičnih vsebin, na drugi strani pa pogoji bivanja (tako fizični kot socialni) bistveno pripomorejo k uspešni realizaciji terapevtskih ciljev, in na tem mestu je ključna vloga vzgojitelja, ki lahko s svojimi vzgojnimi praksami sooblikuje vsakdanje socialne situacije v stanovanjski skupini. Zato ugotavljanje s strani terapevta, kakšne so vzgojne metode, ali dajanje nasvetov, kakšne naj bodo v prihodnosti, ne smemo jemati kot grožnjo vzgojiteljskemu delu, ampak kot dobrodošlo pomoč in kot del diskurza o spreminjanju otrokove problematike. Ti nasveti niso ukazi ali zahteve, ampak izhodišča za nadaljnji pogovor, ki naj bi peljal do skupnih zaključkov, ki jih o načinu dela prispevajo tako

vzgojitelji kot terapevti.

Drugo področje pa se tiče delovanja terapevtskih služb. Na žalost v Sloveniji ni tako velike raznolikosti pri izbiri določene terapevtske obravnave, kot bi mogoče bilo treba, zato smo pogosto omejeni na razmišljanje o vključitvi zgolj v terapevtske prakse javnih zdravstvenih zavodov. Te ponavadi izhajajo iz psihiatrične doktrine, ki se močno razlikuje od drugih terapevtskih praks (denimo psihoanalize, vedenjske terapije, kognitivne terapije, realitetne terapije, transakcijske analize, gestalt terapije, logoterapije ...). Psihiatrična doktrina izhaja iz spoznanj medicine in je večkrat osredotočena predvsem na preskripcijo zdravil za zdravljenje psihičnih težav. Seveda tega ni posploševati, saj je lahko določen psihiater tudi šolan terapevt katerekoli terapevtske usmeritve. Zelo pogosto je izbira določene terapevtske usmeritve posledica preference do določenega načina dela. To pomeni, da kljub nazivu psihiater ali terapevt oseba razpolaga le z določenim načinom dela, ki prinaša omejeno določene cilje (glede na vrsto terapevtskega pristopa). Poleg teh omejitev smo na žalost zaradi sprememb v zdravstvu deležni premajhne frekventnosti obiskov otrok v institucijah javnega zdravstva, ki postaja preobremenjeno predvsem s številom v obravnavo sprejetih oseb. Konstantnost in pogostost obiskov terapevtske obravnave pa je, kot smo že prej videli, eden izmed ključnih momentov uspešne obravnave vsaj pri obravnavanju težje problematike.

Tudi zaradi tega je nujno, da na terapevtske službe gledamo kot na ponudnike storitev, ki lahko v določeni meri pripomorejo k našemu uspešnemu delu. Poznavanje usmeritev in delovanja terapevtskih služb nam tako omogoča, da lahko izmed ponudnikov izberemo tisto, za katero menimo, da lahko v določenem trenutku pri določenem otroku najbolj pripomore. Prepogosto smo namreč sami vzgojitelji omejeni z razmišljanjem, da moramo otroka vključiti samo v eno institucijo, kjer bo deležen obravnave samo pri točno določeni osebi, ki pa v preteklosti s svojim načinom dela ni zadovoljevala potreb po pomoči otroku, ki so jih opažali vzgojitelji.

Terapevtske službe lahko izbiramo in kot strokovnjaki bi jih morali, saj smo konec koncev odgovorni za pozitiven razvoj otroka v celoti, torej mu nudimo take vrste pomoči, ki vodijo k temu cilju. Pri tej navidez svobodni iniciativi pa se hitro lahko ujame tudi v past, ko odklanjamo sodelovanje pri določeni terapevtski službi

bodisi zaradi tega, ker osebno ne moremo sodelovati s to osebo, bodisi pa zaradi tega, ker ta oseba nima enakih ciljev pomoči kot vzgojitelj, čeprav so mogoče terapevtski cilji v tem primeru ustrežnejši. Lahko se zgodi, da v takem primeru vzgojitelj išče pomoč take osebe, ki bo samo potrjevala njegove vzgojne prakse in cilje, s tem pa zopet pridemo do zadovoljevanja želj in potreb lastnega ega namesto nujenja pomoči. Dejstvo je, kot je bilo že poudarjeno, da je to nemalokrat realnost vseh služb, ki se ukvarjajo z delom z ljudmi, zato je edina rešitev v teh primerih skupinsko delo in skupinske odločitve (glej tudi Tomori, 1998) ter supervizija. Ti načini dela naj bi omogočali in morajo omogočati posamezniku-vzgojitelju, da se dvigne iznad svojih potreb in zahtev ega ter s stališča strokovnosti presodi, kaj je za določenega otroka ustrezno in kaj ne – samorefleksija.

Na koncu smo končno prispeli do tistega, zaradi katerega se pričujoča diskusija sploh razvija, čeprav smo o njem najmanj govorili: to je otrok – in pa seveda njegovi starši. Otrok je subjekt, na katerem se bodo hote ali nehote v večini primerov odražale vse pravilnosti in nepravilnosti vzgojnih praks, najprej seveda staršev, potem tudi vzgojiteljev. Pri vzpostavljanju odnosa med terapevtskimi službami in vzgojno-izobraževalnimi institucijami moramo vedno v prvi vrsti pred očmi imeti otroka in njegov razvoj: kam ga hočemo pripeljati. To mora postati samoumevno in edino merilo za kritično presojanje tako vzgojnih praks vzgojiteljev kot dela terapevtskih služb. Poleg tega se moramo zavedati, da je kolikor se le da v ta odnos treba vključevati starše otroka. Še vedno so na koncu oni tisti, ki imajo pravico presoditi, ali je za njihovega otroka nekaj ustrezno ali ne. S tega vidika smo tako vzgojitelji kot terapevtske službe na prepihu ocen staršev in javnosti o ustreznosti našega dela. In prav je tako. Tako vzgojitelji kot (večina) terapevtske službe so del javnih služb, kar pomeni, da služijo javnemu dobremu in morajo biti stalno v čim večjem obsegu pod kritičnim pogledom javnosti. Zaradi tega potrebujemo in potrebujejo argumente, da je nekaj, kar počnemo, dobro. Razsodniki o tem pa so na koncu vedno uporabniki, torej tudi mi sami.

Literatura

Basaglia, F. (1981). *Negacija institucije: izbrani spisi Franka Bazalje od 1968–1980 izloženi hronološkim redom od psihijatrijskog iskustva u Gorici do zakona 180*. Beograd: Predsedništvo UK SSO.

Guggenbühl - Craig, A. (1997). *Pomoč ali premoč: psihologija in patologija medčloveških odnosov pri delu z ljudmi*. Ljubljana: Fors.

Jervis, G. (1978). *Kritički priručnik psihiatrije*. Zagreb: Stvarnost.

Lacan, J. (1996). *Štirje temeljni koncepti psihoanalize*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.

Mikuš - Kos, A. (1999). Otroška psihiatrija danes. V E. Kraševac Ravnik (ur.), *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše.

Potočnik - Dajčman, N. (2004). Vloga pedopsihiatra na Dispanzerju za pedopsihiatrijo. V F. Smole in N. Potočnik Dajčman (ur.), *35 let psihiatrične in pedopsihiatrične dejavnosti ZD Maribor: zbornik predavanj*. Maribor: ZD, Služba psihohigienske psihiatrične dejavnosti.

Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.

Rungapadiachy, D. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa*. Ljubljana: Educy.

Tomori, M. (1984a). Svojci – sodelavci pri obravnavi mladostnika. V M. Tomori (ur.), *Pedopsihiatrija 6*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete.

Tomori, M. (1984b). Družinska terapija. V M. Tomori (ur.), *Pedopsihiatrija 6*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete.

Tomori, M. (1998). Kriza otroka ali koga drugega? V C. Kržišnik in T. Battelino, *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Katedra za pediatrijo Medicinske fakultete.

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP)
(2000). *Uradni list RS 54: 7105–7110.*

Strokovni članek, prejet maja 2006.