

Prvo srečanje in ocena stopnje disocialne motenosti pri otrocih in mladostnikih

The first contact and the diagnosis of the behavioural disturbances of children and young people

Tomaž Vec

Povzetek

Tomaž Vec, dipl. psih., Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva pl. 16, 1000 Ljubljana. Članek opisuje naravo disocialne motenosti ter strokovnega dela z otroci in mladostniki, ki kažejo moteče vedenje. Pri tem izhaja iz teze o socialni umeščenosti motečega vedenja v socialnem sistemu ter iz teze, da strokovnjak predstavlja eno od referenčnih točk za opredelitev stanja. Glede na naravo problematike disocialnosti mora biti prvi in najpomembnejši cilj strokovnega dela vzpostavitev prvega sti-

ka in njegovo vzdrževanje. V skladu s tem ciljem morajo strokovnjaki tudi načrtovati svoje delo ter usmerjati odnos s svojimi strankami.

Ključne besede: disocialna motenost, otroci, mladostniki, prvi stik, diagnostika, cilji strokovnega dela

Abstract

This article describes the nature of behavioural disturbances and of professional work with children who display disturbing behaviour. The author's starting point are the suppositions that the disturbing behaviour is always embedded in the social system of individual, and that the professional worker represents one of the points of reference in the process of the definition of the disturbed behaviour. The first and foremost goal of the professional work must be establishing the first contact with young person and then maintaining it. Professional workers must both plan their work and align the relationship with their clients in accordance with that goal.

Key words: behavioural disturbances, children, adolescents, diagnosis, goals of professional work

1. Uvod

Večina "problematičnih" otrok in mladostnikov ne prihaja v "obravnavo" prostovoljno in praviloma tudi ne izraža želje po kakršnikoli spremembi. Enake značilnosti opazamo pri njihovih družinah. Po drugi strani pa so le-te kot celota (glede na skupinskodinamične zakonitosti) tisti agens, ki najodločilneje vpliva na spremembe ali na ohranjanje stanja. Tako si ocene in psihosocialne pomoči otroku ali mladostniku brez vključevanja družine (in ostalih pomembnih socialnih sistemov, s katerimi je v interakciji) ne moremo niti predstavljati.

Čeprav si v obravnavi kot strokovnjaki nujno zastavljamo določene cilje (predstavljamo nekakšno referenčno točko za opredelitev stanja), pa bi lahko bilo pravo vodilo pri prvi psihosocialni pomoči le "usmerjenost ne k idealnim, temveč k optimalnim ciljem" (k tistim, ki so v resnici še dosegljivi).

Že ob prvem srečanju bi morali staršem in otroku zagotoviti, da smo se resnično pripravljene pogovarjati z njimi in poslušati vse vpletene strani. To pomeni, da bomo prav ob disocialnih še posebej pozorno zasledovali načelo nevtralnosti (tudi ob upoštevanju lastnih kontratransfernih značilnosti).

Cilj začetne faze dela z otroki ali s celo družino je vzpostaviti ter ohraniti odprt komunikacijski prostor. Zavedamo se namreč, da je sama vsebina pogovorov v tej fazi šele drugotnega pomena, veliko pomembnejše je, da z vpletenimi vzpostavimo obliko (način) reševanja težav; šele ko se vzpostavi potrebna varnost in zaupanje, je mogoče odpirati tudi t.i. "neprijetne vsebine". V začetni fazi torej skrbimo predvsem za to, da otrok (in družina) pride v obravnavo tudi naslednjič.

Vzpostavljanje stika bo lažje, kadar se v svojem pristopu (npr. komunikaciji) približamo družini in kadar ji že v zgodnejših fazah lahko nudimo neke konkretne oporne točke delovanja z vidnimi, hitrimi učinki (zlasti z delovanjem na t.i. zaščitnih dejavnikih). Včasih lahko delujemo celo nekoliko širše in pomagamo družini kot celoti delovati na njenih varovalnih mehanizmih (disocialni družinski sindrom). Tako pri oceni kot pomoči pri spreminjanju nam pomaga tudi analiza delovanja simptomatike.

Te ocene in predvidevanja prispevajo pri opredelitvi začetnega dogovora glede ciljev obravnave (oz. v ožjem smislu pomoči), pri čemer naj bi sledili tistemu, ki pomoč potrebuje.

Seveda ob tem pogosto lovimo tisto "pravo" ravnotežje, ko skrbimo za ohranjanje zaupanja in stika, ter tem, ko člane družine že (terapevtsko) soočamo z nekaterimi njihovimi nefunkcionalnimi vedenji ali nerealnimi pričakovanji. Šele ocene vseh teh področij nas postopno vodijo h globalnemu cilju – odkrivanju etioloških značilnosti motnje, in kasneje, skladno s procesom, tudi v funkcionalne spremembe tako pri otroku (oz. mladostniku) kot pri družini.

2. Čigav problem je moteče vedenje in kdo naj ga spreminja?

Pri svetovalnem delu (tako v svetovalnem centru kot v šolah, centrih za socialno delo in v drugih svetovalnicah) se pogosto srečujemo s "problematičnimi" otroki in mladostniki. Najpogosteje jih pošljejo "v obravnavo" (vsaj v Svetovalni center) učitelji oz. svetovalne

službe v šoli, redkeje se za to odločijo znotraj družine. Pritožbe so usmerjene zlasti na vedenje, ki je moteče za socialno okolje. Tako jih označijo kot: agresivne (bodisi da to izražajo verbalno ali pa s pretepanjem, izsiljevanjem, poškodovanjem stvari ...), nemirne, nezbrane, moteče pri pouku, ne držijo se nobenih dogovorov, pravil, ne upoštevajo niti vrstnikov niti odraslih, pogosto nasprotujejo, izživajo, jezikajo, izostajajo od pouka, ne izpolnjujejo obveznosti, kadijo, se opijajo ali drugače omamljajo, kradejo, pohajkujejo, so brez pravih interesov itd.

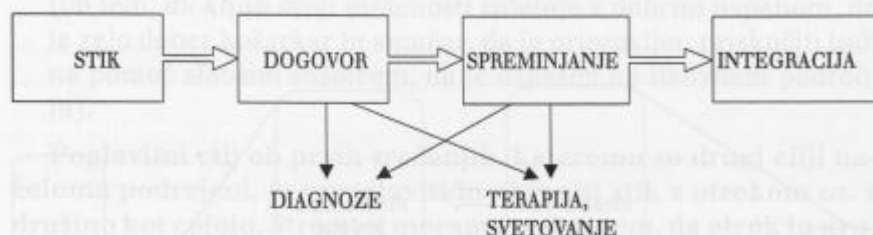
Ti otroci običajno ne prihajajo prostovoljno in praviloma tudi ne izražajo želja po kakršnikoli spremembi – če že, si želijo spremembe v lastno korist, saj imajo vtis, da je okolje do njih prezahtevno, preganjajoče in krivično.

Ko se prvič srečamo s takim otrokom ali mladostnikom, nas navajanje najrazličnejših problemov, ki jih otrok povzroča svojemu okolju in pretekla znanja (izhajajoča zlasti iz individualne psihologije) pogosto zapeljejo, da pričnemo iskati vzroke takšnega vedenja. Lete pa iščemo tam, kjer je videti simptome, to je v otroku. Pogosto pa je motnja pri otroku zgolj najvidneje izražena. Vzrok motnje pa ni le v posameznikovi psihodinamiki, ampak (kot pravi Bečaj, 1986, str. 29) obstaja in se vzdržuje v značilnih interakcijah otroka s skupino, v kateri je vzrok nastal (najpogosteje družina), in celo v dinamiki vseh socialnih podsistemov, v katerih se otrok nahaja.

Že samo odkrivanje izvorov motenj torej ne bi smelo potekati zgolj s posameznikom, pri katerem je motnja izražena, temveč na vseh tistih nivojih, ki so nam dostopni in ki nam omogočajo vpogled v razvoj in v značilnosti interakcije. **Posebno pomembna je ravno diagnostika v vseh tistih socialnih sistemih, ki so za otroka referenčne točke za njegovo ravnanje, ki sooblikujejo normativno zgradbo njegovega življenja: v družini, šoli, med vrstniki, pri interesnih aktivnostih, itd.** Glede na skupinsko dinamične zakonitosti je prav družina tisti agens, ki bo najodločilneje vplival na same spremembe ali pa na ohranjanje takega stanja, kakršno je.

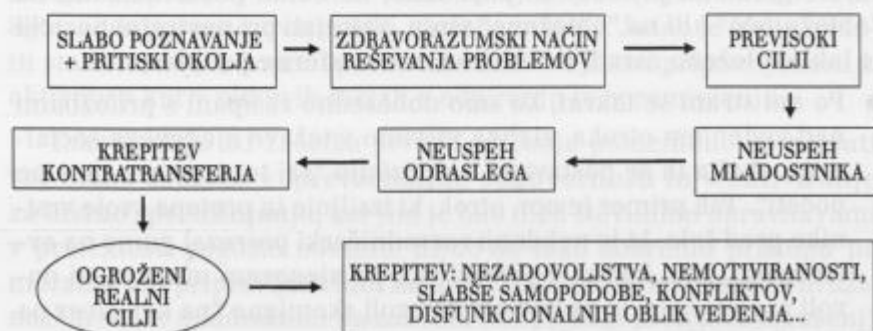
S tem uvodom sem želel le opozoriti, da si psihosocialne pomoči otroku ali mladostniku brez vključevanja vseh pomembnih socialnih sistemov, s katerimi je v interakciji, ne znam niti predstavljati. Sama psihosocialna pomoč naj bi imela podobno zaporedje kot načeloma velja za terapevtski pristop:

V okviru tega sestavka se bomo osredotočili predvsem na prvi dve fazi, čeprav bi rad že sedaj poudaril, da je takšno ločevanje umetno, saj elementi vseh faz nastopajo na vseh nivojih dela.



3. Pomen ciljev

Strokovnjak je tisti, ki je v stikih z iskalci pomoči odgovoren za opredelitev stanja oz. predstavlja vsaj referenčno točko ob njegovi opredelitvi (strokovno znanje, možnost odklonitve, preusmeritve, ...). To odgovornost včasih, zlasti pri otrocih in mladostnikih, uporabimo tako, da pričnemo nekaj delati "na njihovih problemih" ali celo "na njih samih", namesto da bi delali skupaj z njimi. Temeljni problem neuspešnih pomoči je slabo poznavanje značilnosti motnje (citirano v Bregantu, 1987, str. 60), ki povezano s pritiski okolja in težnjo po zdravorazumskem reševanju problemov navadno vodi v postavljanje previsokih ciljev:



Kadar cilje postavljamo idealizirano (pre)visoko in kadar niso v skladu s tistimi, ki pomoč iščejo, radi delujejo tako, da v končni fazi otrok ne doseže niti tistih ciljev, ki bi jih realno lahko (če ne bi bil obremenjen z našo idealizirano predstavo o "rezultatih"). Shematsko bi to lahko ponazorili tako:



Vodilo pri prvi psihosocialni pomoči bi torej moralo biti "usmerjenost ne k idealnim, temveč k optimalnim ciljem" (k tistim, ki so realno še dosegljivi)!

4. Srečanje oz. stik

Že ob prvem srečanju bi morali staršem in otroku zagotoviti, da smo se resnično pripravljene pogovarjati z njimi in poslušati vse vpletene strani. To pomeni, da bomo zasledovali **načelo nevtralnosti** in se, ne glede na pritožbe in povedano, ne bomo postavljali niti na "obtožujočo" niti na "obtoženo" stran. Vztrajati pri nevtralni poziciji je lahko oteženo zaradi lastne **kontratransferne problematike**:

- Po eni strani se takrat, ko smo dobesedno zasipani s pritožbami nad vedenjem otroka, zlahka vživimo v težave njegovega socialnega okolja in se postavimo na pozicijo "saj to se pa res ne sme početi". Tak primer je npr. otrok, ki izsiljuje in pretepa svoje vrstnike pred šolo, ki je nekdanji razredničarki prerezal gume na avtomobilu, zato ker ga v preteklosti, po njegovem mnenju, ni dovolj zagovarjala, in na vse očitke zgolj skomigne "pa kaj, sicer pa mi nihče nič ne more".
- Po drugi strani pa iz vživljanje v položaj otroka zlahka občutimo

njegove stiske, ko okolje z neprestanimi pritiski, zahtevami, kaznovanjem ipd., ne opazi več prav nobene njegove pozitivne lastnosti. Taka je npr. šola, ki ob otroku, ki je res nemiren in se neprimerno vede, deklarirano izjavi, da pri njem, kljub dolgotrajnemu razgovoru v zbornici, niso uspeli najti niti ene same pozitivne stvari (ob tem, da kljub svoji motenosti izdeluje z dobrim uspehom, da je zelo dober košarkar in smučar, da je pripravljen priskočiti tudi na pomoč slabšim sošolcem, da je uspešen na likovnem področju).

Poglavitni cilj ob prvih srečanjih, kateremu so drugi cilji načeloma podrejeni, je vzpostaviti in ohraniti stik z otrokom oz. z družino kot celoto. Stremeti moramo pač za tem, da otrok in družina prideta v obravnavo tudi naslednjič (in šele sekundarnega pomena je, da (p)ostaneta tudi v prihodnje aktivna v reševanju svojih težav). Seveda ob tem pogosto lovimo tisto "pravo" ravnotežje, ko skrbimo za ohranjanje zaupanja in stika, ter ko člane družine že (terapevtsko) soočamo z nekaterimi njihovimi nefunkcionalnimi vedenji ali nerealnimi pričakovanji.

Za eno najpomembnejših stvari se je **izkazalo predstaviti naše videnje sodelovanja na njim razumljiv način**. Že uporaba izrazov, ki jih obravnavani člani ne razumejo, je namreč del izgrajevanja hierarhično oblikovanih vlog. Izvedenci smo namreč tisti, ki moramo in zmoremo prilagoditi sporočanje, da bo zanje jasno, enoznačno, razumljivo in natančno, skratka tako, da bodo razumeli, kaj imajo lahko od svoje soudeležbe v teh procesih. V tej prvi fazi navezovanja stika jim moramo predvsem zagotoviti, da jih ne bomo silili v nobene spremembe, ki niso tudi zanje sprejemljive (izjema so seveda tiste, ki so povezane z varnostjo, zlorabami ipd.). Jasno je treba izraziti stališče, da jih bomo upoštevali - tako v njihovi pripravljenosti k aktivnosti kot v njihovih mejah v odpiranju in spreminjanju.

Tako postaja od začetka prvega srečanja pomembno **usmerjati vse člane družine v prevzemanje odgovornosti in v aktiviranje za lastno spreminjanje**, kar jim je bilo med številnimi obravnavami v preteklosti pogosto odvzeto. Kljub še tako dobremu pristopu pa moramo biti pripravljeni tudi na določen odpor pred posegi v družino. Otroci in mladostniki na začetku (na podlagi preteklih izkušenj) pogosto doživljajo obravnavo kot dokaz lastne neuspešnosti, kot nekaj, kar jim vsiljuje rešitve, ki so jih sami pogosto že preizkusili.

Cilj začetne faze dela z otroki ali s celo družino je vzpostaviti ter ohraniti komunikacijski prostor. Zavedamo se namreč, da je sama vsebina srečanj v tej fazi šele drugotnega pomena, veliko pomembnejše je, da z vpletenimi vzpostavimo obliko (način) reševanja težav; šele ko se vzpostavi potrebna varnost in zaupanje, je mogoče odpirati tudi t.i. "neprijetne vsebine".

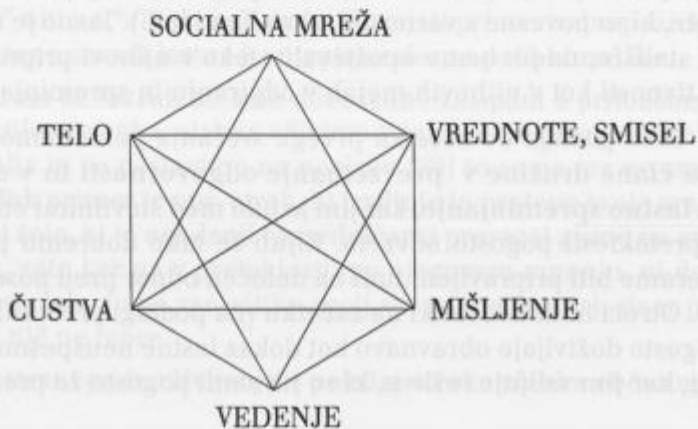
Pri obravnavi disocialnih niti ni redko, da v številnih srečanjih, ki jih imamo, sploh ne uspemo vzpostaviti "pravega kontakta" – družina sicer prihaja na obravnavo, vendar ne zaradi zaupanja, občutij varnosti, prepričanja v spreminjanje ipd., ampak zaradi nekkih drugih, sekundarnih koristi (npr. manj negativistično ozračje v šoli ali pa vzdrževanje obiskov kot oblike kazni za otroka ipd.).

5. Faza dogovora in diagnostike

V tej fazi se soočamo s številnimi odprtimi problemi, kot so:

- otrokove oz. družinske predstave o naši pomoči,
- ločevanje težave ("motečnosti") od "dejanskega" problema
- splošne omejitve sprejemanja dogovora in postavljanje vrste dogovora (t.i. "mehki" ali "trdi" dogovor) itd.

Tako npr. načeloma z dogovorom opredelimo cilje obravnave (oz. v ožjem smislu pomoči), pri čemer naj bi sledili tistemu, ki pomoč išče (za razliko od t.i. "terapevtskega dogovora", ki ga lahko sklenemo šele, ko sta svetovalc in iskalec pomoči enotnega mnenja glede ciljev obravnave). Dogovor oz. cilji obravnave so lahko usmerjeni na temeljna, med seboj povezana področja – Gröderjev heksagonal (citirano v Milivojević Z., 1991):



Pomoč otrokom in mladostnikom naj bi bila bolj kot pri odraslih usmerjena v socialno mrežo. Tako njihove razvojne kot trenutne življenjske značilnosti so namreč take, da so v večji meri kot odrasli:

- pod vplivom vrstniških skupin (zlasti v obdobju pubertete), s katerimi soustvarjajo nove vrednostne orientacije in specifične socialne norme
- s procesom šolanja so vključeni v močno vplivno socialno mrežo (tako s strani vrstnikov kot odraslih),
- poleg tega pa so formalno (zakonsko, ekonomsko, ...) in neformalno (avtoriteta, vzpostavljeni odnosi, struktura, vloge ...) odvisni od družine kot sistema.

6. Ocena stopnje disocialne motenosti

V pomoč pri postavljanju prvih dogovorov in prvih orientacijskih točk glede stopnje oškodovanosti in globine motnje so nam lahko t.i. zaščitni dejavniki (citirano v Bečaj, neobj.):

- šolska uspešnost,
- aktivni interesi,
- delovne navade,
- stiki z "normalnimi" vrstniki,
- vsidranost v širše socialno okolje,
- dobri čustveni stiki z odraslimi.

Zakaj sploh ocenjevati stopnjo motenosti? Ocene disocialnosti prvenstveno ne bi smeli postavljati zgolj zato, da spoznamo, v kolikšni meri je disfunkcionalnost kot taka navzoča. Prednost bi kazalo dajati usmerjenosti v "pozitivne vidike" ocene, to je, ugotoviti tiste točke, ki so pri otroku ali družini kot celoti še "dobro delujoče" (oz. kateri od zaščitnih dejavnikov so še ohranjeni). Tako lahko zgoraj navedene zaščitne dejavnike uporabimo v smislu prvih spreminjanj (konkretnih vedenj! – kot opozarja Gallos, 1998, str.142), saj z njihovim razvijanjem in spodbujanjem delujemo tako terapevtsko kot tudi preventivno.

Delovanje na posameznih področjih zaščitnih dejavnikov pa nam lahko nudi tudi motivacijsko podlago za samo družino (oz. otroka). **Sistematično razvijanje ali pa korekcija določenega področja pogosto nudi dovolj hitre in vidne učinke – s čimer "pridobimo",**

vsaj za začetno sodelovanje, te (najpogosteje za spreminjanje manj motivirane) družine. Iz navedenega sledi, da nam usmerjenost na vzpostavljanje in vzdrževanje posameznih zaščitnih dejavnikov pomaga vzdrževati tudi tisto, kar je pri obravnavi disocialnih še pomembnejše, to je *stik*.

Naša opažanja (v vzgojnem zavodu v Smledniku; Bogataj, Vec, 1995) potrjujejo Bečajevo tezo, da *bi lahko, ekvivalentno z "disocialnim vedenjskim sindromom" pri otroku, govorili tudi o disocialnem sindromu staršev in celotne družine (Vec, 1998, str. 152):*

- starši otrok, ki so v vzgojnem zavodu, so v veliki meri **poklicno neuspešni**, pogosto nezaposleni, menjavajo zaposlitev, delajo zgolj priložnostno ipd.,
- pri mnogih je **opazen alkoholizem, različne bolezni, velike medgeneracijske razlike**,
- pogosto je pri celotni družini **opaziti pomanjkanje aktivnih interesov, zatekanje v pasivnost in lagodnost** (običajna skupna aktivnost je npr. gledanje televizije),
- družine so **velikokrat ne vključene ali celo v konfliktu s socialnim okoljem**, v katerem živijo (najpogosteje zaradi jezikovnih in kulturnih razlik in barier, kar se močno odraža zlasti v vzgojnem smislu prevzemanja socialnih vlog; bolj izrazita hierarhična struktura, večja diferenciacija med moško in žensko vlogo ter vlogo otrok v družinah itd.)
- v veliki meri **zasledimo v preteklosti in sedanjosti staršev, da se ne razumejo, kar se odraža v ločitvah, nestalnih odnosih** itd.,
- pri nekaterih starših **opažamo, da vzgajajo otroke, zaradi lastnih nerazrešenih stisk in težav, na način, ki bi ga lahko označili kot kaotičen**. kaotičen v tem pomenu, da vzgoja ni niti predvidljivo avtoritarna niti predvidljivo razvajajoča, ampak se nepredvidljivo menja. zaradi tega otroci pogosto nimajo orientacije glede tega, kaj je v njihovem vedenju resnično sprejemljivega in kaj ne, kaj je zaželeno in kaj ne, s čim si lahko pridobijo pohvalo, naklonjenost, ljubezen in s čim lahko vse to ogrozijo.

Iz danih shem sledi logična povezava tudi z oceno stopnje motenosti: čim večje število "individualnih dejavnikov" je oškodovanih pri otroku in večje ko je število oškodovalnih dejavnikov pri družini

kot celoti, z večjo verjetnostjo lahko sklepamo na stopnjo (utrjenost, motenost, trajanje, ...) disocialnosti (tako otroka kot družine kot celote).

Pozabiti ne kaže tudi na "zgovornost" simptoma – tam, kjer že je. Diagnostiko si pogosto predstavljamo kot sklop standardiziranih preizkusov sposobnosti, osebnostne strukture, poklicnih interesov itd. Vendar nam pogosto daje pomembnejše informacije **vpogled v način vsakodnevnega funkcioniranja** otroka in družine kot celote. Tako individualni kot skupinski pristop bosta v določeni meri povezana z ugotavljanjem oz. osvetlitvijo določenih področij otrokove ali mladostnikove osebnosti in njegovega funkcioniranja, pri čemer je pomembno glede samega izražanja simptoma dobiti vpogled v:

- POGOSTOST pojavljanja
- ZAČETEK pojavljanja, oz. historični razvoj
- NAMEN (korist in vrsta koristi, boj, preživetje,...)
- NAČIN izražanja
- OSMISLITEV (zakaj ravno ta motnja in ne kakšna druga oblika disfunkcionalnega ali funkcionalnega vedenja in zakaj se je pojavilo ravno takrat, ko se je, zakaj ravno na tak način, z ravno določenimi akterji, v ravno določenih okoliščinah...)

Pri tem kaže omeniti, da pogosteje ko se nek disocialni simptom pojavlja, prej ko je opazen, bolj ko ima vlogo preživetja, bolj nesocialno ko se izraža in večja ko je osmislitev (oz. boljša ko je njegova "psihologika"), večja verjetnost je, da je disocialna oškodovanost pri otroku ali družini večja.

Šele ocene vseh teh področij nas postopno(!) vodijo h globalnemu cilju – odkrivanju (in kasneje, skladno s procesom, tudi delovanju – Dallos, 1998, str. 122 to imenuje "terapija kot raziskava") psihodinamičnih etioloških značilnosti motnje, pri čemer je najbolje razdelana in uporabna še vedno Bregantova klasifikacija (Bregant; 1987, str.19) na:

- Situacijske oziroma reaktivne motnje
- Sekundarno peristatične motnje kot posledica motenega čustvenega razvoja:
 1. nevrotična
 2. disocialna osebnostna struktura
- Primarno peristatične motnje kot posledica neposredne okvarje-

nosti okolja in zavajanja

- Primarno biološko pogojene motnje kot posledica okvar centralnega živčnega sistema in psihoz.

Čeprav je res, da je prav stopnja motenosti najpogosteje tesno povezana z etiologijo, naj bo tukaj navedeno zgolj kot prikaz nekakšnega procesa stalnega hipotetičnega preverjanja oz. nekakšen cilj, h kateremu bomo ves čas obravnave usmerjeni. Vendar pa je diagnostika etiologije in delovanje (svetovanje, terapija, ...), ki sledi iz nje, pravzaprav že stvar kakšnega drugega članka, saj ne zadeva več neposredno prvega stika in ocene stopnje motenosti.

V zaključku naj poudarim zgolj tisto, kar je bil namen celotnega pisanja; uspešnost obravnave disocialnosti se pričinja že pred srečanjem z ljudmi – s postavitvijo naših lastnih ciljev. Skladno z njimi sooblikujemo tako prvi stik, svetovalno-terapevtske dogovore, kot tudi usmerjenost vseh nadaljnjih srečanj. Za razliko od obravnave drugih motenj pa je pri disocialnem vedenjskem sindromu prav od zastavljenih ciljev in prvega srečanja odvisna ne le t.i. uspešnost obravnave, ampak tudi, ali bo do kakršnihkoli nadaljnjih srečanj sploh prišlo!

7. Literatura:

Bečaj, J. (1987). Potrebe in možnosti posebne obravnave otrok v OŠ. V Drugačnost otrok v naši osnovni šoli (zbornik posvetovanja v Cankarjevem domu), 22-38. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike, in starše.

Bečaj, J. (1984). Sodelovanje s starši obravnavanih otrok v vzgojnih zavodih. Ptički brez gnezda, 9 (20), 123-131.

Bečaj, J. (brez datuma). Zaščitni faktorji v šolskem prostoru (neobjavljeno gradivo).

Bogataj, B. in Vec, T. (1995). Pregled pojavnosti in nekaterih značilnosti motenj vedenja in osebnosti. Obvestila zavodom za usposabljanje. ZRSŠŠ. Ljubljana.

Bregant, L. (1987). Disocialnost pri otrocih. Psihoterapija 15, 9-70.

Dallos, R. (1994). Family belief systems, therapy and change. Philadelphia: Open University Press.

Vec, T. (1992). Sistemsko - psihodinamični pogled na etiologijo disocialnosti. Psihološka obzorja 1 (1), 84-86.

Vec, T. (1998). Sodelovanje s starši otrok z motnjami vedenja in osebnosti. *Zbornik simpozija, "Družina - šola"*, 150-163. Družina in Pedagoški inštitut, Ljubljana.

Strokovni članek, prejet decembra 1998.

Vklop

V rubriki internet in elektronski mediji bomo v nekaj nadaljevanjih pisali o zanimivostih in novostih v tega področja, ki nam lahko na različne načine pomagajo iskati, pisati in pridobivati informacije v področju socialnopedagoškega dela. Na tem mestu ne bomo regulirali besed o zgodovini in likovni internetu na vsa področja človekovega delovanja in bivanja. Samo tujak in zdi, da svet je imuzen, da se počemo ali tučemo. Hujstvo je, da je življenjska proučilo tudi svetovljenje osebja, saj se vplodje virtualne vednosti vstopile (in se vstopajo) ogrožene volične informacij o posameznikih in njihovih konfliktnih, ki pa niso na vsi zanimivo in ne tvorijo smiselnega polja vednosti, so pa največje v umreženih vesoljih alihernika. Govorili bomo predvsem o PPP protokolu, urei grafičnem načinu dostope do podatkov in statovskih podatkovnih baz. Običajno bomo omenili nekaj besed tudi drugemu akademskemu načinu izražanja - internet konferencah.

Grafični dostop je to, kar vidimo v slikah grafični in zvokih. Tu bomo zares, saj je internet že dolgo časa predvsem grafičen, kako pa to zares deluje, povprečnemu uporabniku sploh ni treba vedeti. Vec bolj zapletene stvari, ki omogočajo, da internet čitajo, potekajo v - uporabniku - dobrih skriptah postajo.

