

UPORABNOST PETE OSI ICD-10 - ABNORMNE PSIHOSOCIALNE SITUACIJE V KLINIČNI PRAKSI: PRELIMINARNA RAZISKAVA

Melita Zagorc, Vera Slodnjak, Maja
Vodopivec, Majda Gorišek, Anica Mikuš Kos

KLJUČNE BESEDE: mednarodna klasifikacija bolezni - MKB-10, abnormne psihosocialne situacije, psihosocialne motnje pri otrocih in adolescentih, klasifikacijska shema

KEYWORDS: international classification of diseases - ICD-10, abnormal psychosocial situations, psychosocial disorders of children and adolescents, classification scheme

POVZETEK

V prispevku je predstavljen del preliminarne raziskave uporabnosti pete osi ICD-10, ki je namenjena identifikaciji abnormnih psihosocialnih situacij pri otrokih in mladostnikih. Raziskava, ki je bila opravljena leta 1995 v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše - Kolaborativnem centru SZO za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Ljubljani. V vzorec je bilo vključenih 100 otrok oz. mladostnikov. Ugotavljali smo, kakšne

abnormnosti se pojavljajo v njihovem psihosocialnem okolju. Najpogosteje so se pojavljale abnormnosti v njihovih družinah: abnormna kakovost vzgoje, motene komunikacije ter abnormni odnosi med družinskimi člani. Podobne rezultate v zvezi s tem so dobili tudi v podobnih študijah v tujini. Glavni namen študije je bil preizkus uporabnosti V.osi ICD - 10 v klinični praksi. Ker zajema podrobne opise vseh pomembnih področjih otrokovega psihosocialnega okolja, zahteva od strokovnjaka natančno in objektivno eksploracijo. Opazili smo, da so bili strokovnjaki včasih premalo pozorni na določene pomembne situacije (npr. spori med odraslimi) oziroma, da v opisih niso vedno znali identificirati pacientove konkretne situacije. V. os ICD -10 zahteva zelo dobro poznavanje vseh pacientovih življenjskih okoliščin ter omogoča preverjanje osebnih teoretskih konstruktov o etiologiji psihosocialnih motenj in korekcijo osebnih kognitivnih shem. Sistematično beleženje vseh potencialno ogrožajočih situacij, omogoča identificiranje otrok, ki so bolj ogroženi glede nezaželenega poteka nadaljnega psihosocialnega razvoja. Zato je v veliko pomoč pri načrtovanju terapije, timskega dela in drugih oblik pomoči za posameznega pacienta. Sistematična raba tega instrumenta v službah za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov pa bi pripomogla boljšemu načrtovanju družbene skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

ABSTRACT

A part of a research that was done in May, 1995 in the Counselling Centre for children, adolescents and parents - WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Mental Health in Ljubljana was presented. This is a preliminary research of the use of Axis 5 ICD-10 which is used to identify abnormal psychosocial situations of children and adolescents.

There were 100 children and adolescents included in a sample. We got the information about them through structural interviews with experts who work with them. We were establishing which abnormal psychosocial situations were prevailing and we found out that most abnormal situations were in their families (the quality of upbringing, communication, relations). The results are similar to those in similar studies abroad.

First of all we were interested in the use of classification scheme and according to that we found out that it should be necessary to get used to the

new classification scheme. Experts were not always enough attentive on certain situations or they missed some other. Axis V. ICD-10 requires good knowledge of patient's life circumstances and relationships and checking of personal theories on etiology of psychosocial disorders. It enables identification of more vulnerable children and can help in planning of therapy, team work and other help for individual patient. Systematic use of this instrument in mental health services may support better planning of organization and development.

UVOD

Že pred dvajsetimi leti se je pojavila potreba po ločevanju možnih etioloških faktorjev vedenjsko definiranih psihiatričnih diagnoz. Pomen miljejskih spremenljivk pa je postajal vse večji tudi za prognozo in planiranje terapevtske intervencije.

Izkazalo se je, da bi bilo potrebno v multiaksialno klasifikacijo vključiti tudi os, ki bi bila namenjena značilnostim pacientove aktualne psihosocialne situacije. Psihosocialni faktorji igrajo namreč pomembno vlogo v etiologiji mnogih otroških psihiatričnih motenj, pokazala pa se je tudi njihova povezanost z razlikami v poteku oz razvoju motnje in v odgovoru na obravnavo. Mnoge preventivne in terapevtske intervencije so bile oblikovane prav zato, da bi modificirale vzorce družinske interakcije in ostalih vidikov otrokovega neposrednega okolja, z namenom zmanjšanja emocionalno-vedenjske motenosti pri otroku. Ker je psihosocialna situacija pomemben del diagnostične in prognostične ocene v otroški psihiatriji, jo je bilo treba klasificirati na zanesljiv, veljaven in diferencialen način. (van Goor-Lambo, Orley, Poustka, Rutter, 1990)

Zelo preprosta klasifikacija je bila vključena v prvo pilotsko revizijo multiaksialnega sistema (MAS) za otroške psihiatrične motnje. Nekoliko bolj obsežna, bolj diferencialna shema je bila vključena v Vodič po multiaksialni shemi za psihiatrične motnje v otroštvu in adolescenci, ki je temeljil na ICD-9.

Van Goor-Lambo, Orley, Proustka in Rutter (1990) navajajo naslednje zahteve za klasifikacije psihosocialnih značilnosti:

- zahteva po bolj eksplicitni konceptualizaciji namena različnih kod in načinov, v katerih se razlikujejo od ostalih kod;
- če so kode zanesljive in veljavne, potem mora biti tudi jasno določena stopnja, ki jo mora neka značilnost doseči, da jo lahko kodiramo kot abnormno. Večina teh situacij je namreč abnormna v stopnji in ne v obliki;
- potreba po določitvi, kateri podatki so potrebni za kodiranje;
- določiti je potrebno tudi časovni okvir;

V zgodnejših verzijah so se težave v zvezi z osjo psihosocialnih situacij občasno pojavljale, ker situacije, ki so se zdele klinično pomembne, niso bile vključene v klasifikacijo.

Radikalno revizijo psihosocialne osi pa je razvila delovna skupina znotraj WHO. Ta temelji na splošnih konceptih prejšnjih klasifikacij, omogoča pa, da se cela vrsta različnih psihosocialnih stresorjev in neugodnosti kodira ločeno. Od prejšnjih verzij se loči v naslednjih točkah (van Goor-Lambo, Orley, Poustka, Rutter, prav tam):

Ker upošteva principe ICD-10, vsebuje veliko bolj natančno določene kriterije za kodiranje posameznih psihosocialnih značilnosti.

Večina zahtev za kodiranje je zelo natančna.

Z novejšo verzijo klasifikacije so bile izvedene tudi že nekatere raziskave v tujini in pri nas. Tako sta H. -C. Steinhäuser in A. Erdin (1992) z Oddelka za otroško in adolescento psihiatrijo na Univerzi v Zurichu v Švici ugotavljala abnormne psihosocialne situacije s pomočjo V. osi ICD-10 pri otrocih in adolescentih, ki so bili vključeni v psihiatrično obravnavo. Ugotovljene abnormnosti sta primerjala s starostjo, spolom, SES-om ter IQ. Ugotavljala pa sta tudi zveze med psihosocialnimi značilnostmi in kliničnimi diagnozami oz. prevladujočimi simptomi.

V letu 1994 pa je bila objavljena raziskava WHO in DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), katere namen je bil ugotoviti uporabnost V. osi ICD-10 in v kateri je sodeloval tudi Svetovalni center - WHO kolaborativni center za duševno zdravje otrok. Poleg tega so poskušali ugotoviti tudi

klinično zanesljivost klasifikacije in zanesljivost ter veljavnost v raziskovalnih pogojih.

Pri nas se je z večosno klasifikacijo ICD-9 in ICD-10 največ ukvarjala Slodnjakova (1982, 1995, 1996).

NAMEN

Raziskava je bila izvedena na željo Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, kjer že več kot 15 let sledijo razvoju večosne sheme ICD-10. Pred leti so vpeljali multiaksialno klasifikacijo psihosocialnih motenj v otroštvu in adolescenci ICD-9 v splošno rabo v otroški psihiatriji. Sodelujejo pa tudi pri reviziji V. osi - Abnormne psihosocialne situacije v ICD-10, ki poteka v oviru WHO. Del tega sodelovanja predstavlja tudi pričujoče raziskovalno delo.

Osnovni problem, ki je obdelan, se nanaša na identifikacijo abnormnih psihosocialnih situacij v izbranem vzorcu.

Naslednji problem, ki je prav tako obdelan v raziskavi, se nanaša na samo uporabnost klasifikacijske sheme, glede na to, kakšne izkušnje so ob njeni uporabi pridobili strokovnjaki, s katerimi je bil opravljen intervju. Vprašanja, na katera smo poskušali v zvezi s tem odgovoriti, se nanašajo na izčrpnost posameznih kategorij in podkategorij ter specifičnih meril, s katerimi naj bi si pomagali pri diagnosticiranju. Zanimalo nas je tudi, v kolikšni meri je uporabljen inštrument prilagojen našemu kulturnemu okolju, kaj bi bilo v zvezi s tem še smiselno dodati in kaj je odveč.

METODOLOGIJA

VZOREC

V vzorec je bilo vključenih 100 otrok, starih od 8 do 19 let, ki so bili na zadnjem obisku v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike - SC od 1.1. 1995 do 31. 5. 1995 in jim je bil to vsaj četrti obisk pri psihologu ali psihiatru.

Da so prišli otroci in mladostniki četrtič v Svetovalni center, pomeni, da je njihov problem dokaj kompleksen in zahteva širše in bolj poglobljeno obravnavo od enkratnega posredovanja.

Kompleksnejša problematika zahteva navadno tudi timsko obravnavo, tako je v raziskavo vključene otroke pregledal tim vsaj treh strokovnjakov. V vseh vključenih primerih je bil to psiholog in pedopsihiater, poleg teh dveh pa še vsaj eden od naslednjih strokovnjakov: socialni delavec, pedagog, defektolog ali logoped.

Strokovnjaki so izbrali tiste subjekte, ki so bili bolj rizični glede abnormnih psihosocialnih situacij, tako da težko govorimo o njegovi reprezentativnosti glede na celotno populacijo, ki prihaja v Svetovalni center. Zato se je potrebno zavedati tudi omejitve, ki jih takšen vzorec prinaša. V opisu in interpretaciji rezultatov se zaradi tega omejujemo le na izbrani vzorec.

PRIPOMOČKI

Osnovna metoda zbiranja podatkov je bil strukturiran intervju s strokovnjaki na osnovi vodil v priročniku za uporabo V. osi Abnormne psihosocialne situacije ICD-10 (Zdrav Var 1994:12).

Klasifikacijska shema V.osi ICD-10, v katero so vključene vse glavne kategorije s podkategorijami in njihovimi specifičnimi merili (ta inštrument je podrobneje opisan v Zdravstvenem varstvu (1994), Abnormne psihosocialne situacije, letnik 33, str. 353-448, št.12);

Odgovori so se beležili v originalno klasifikacijsko shemo, ki je vsebuje 9 glavnih kategorij razdeljenih na 38 podkategorij, odgovoriti je bilo treba še na 200 podrobnih vprašanj, ki so predstavljala specifična merila za posamezne podkategorije.

Psihologinje in psihiatrinji so podatke za odgovore črpale iz popisov obravnave. Za vsakega klienta se odpre popis, ki je strogo zaupen in dostopen le strokovnjaku, ki vodi obravnavo. V njem so povzetki vsakega obiska pri posameznem strokovnjaku, opisana je diagnostika in terapevtske intervence.

POSTOPEK

Podatke o otrocih smo zbirali tako, da smo za vsakega v raziskavo vključenega otroka opravili strukturirani intervju s strokovnjaki, ki vodijo posamezne primere. Intervju je bil opravljen s petimi psihologinjami, enim psihologom ter z dvema pedopsihiatrinjama. Posamezen intervju je trajal v povprečju 30 do 60 minut.

Vsi strokovnjaki so se na intervjuje že prej pripravili tako, da so se seznanili z načinom kodiranja abnormnih psihosocialnih situacij na V.osi. Spoznati pa so se morali tudi z novim načinom kodiranja abnormnih psihosocialnih situacij v ICD-10, ki se razlikuje od ICD-9, ki so ga uporabljali do tedaj. Vrsto psihosocialnih situacij, v katerih se nahajajo v raziskavo vključeni otroci, so ugotavljali na podlagi podatkov v dosjejih.

Glede časovnega intervala, v katerem se zajemajo podatki, avtorji V.osi dopuščajo različne možnosti:

- obdobje v zadnjih 6 mesecev
- celotno otrokovo življenje
- samo določeno razvojno obdobje

V naši študiji smo se odločili za celotno otrokovo življenje, torej da bomo skušali opisati vse abnormnosti v psihosocialnem okolju, ki jim je bil otrok izpostavljen od rojstva do obravnave.

Pri posameznih podkategorijah so se strokovnjaki lahko odločali za kode:

- “0” abnormnost ni prisotna,
- “1” abnormnost je verjetno ali delno prisotna,
- “2” abnormnost je nedvomno prisotna,
- “9” ni znano, ni dovolj informacij,
- “8” se nanaša na neko abnormnost, ki ni opisana v shemi.

KLASIFIKACIJSKA SHEMA PETE OSI ICD-10 Z GLAVNIMI KATEGORIJAMI IN PODKATEGORIJAMI:

1. ABNORMNI ODNOSI V DRUŽINI

1.0 Pomanjkanje topline v odnosih med starši in otrokom

1.1 Spori med odraslimi v družini

1.2 Sovražnost do otroka ali zvrčanje krivde na otroka

1.3 Telesno trpinčenje otroka

1.4 Spolna zloraba (v družini)

1.8 Drugo

2. DUŠEVNE MOTNJE, ODKLONSKOST (DEVIANTNOST) ALI INVALIDNOST V OTROKOVI DRUŽINI

2.0 Duševne motnje oz. odklonskost staršev

2.1 Invalidnost oz. prizadetost staršev

2.2 Prizadetost sorojenca

2.8

3. NEUSTREZNE ALI IZKRIVLJENE KOMUNIKACIJE V DRUŽINI

4. ABNORMNA KAKOVOST VZGOJE

4.0 Pretirana zaščita staršev (hiperprotektivnost)

4.1 Neustrezen nadzor staršev nad otrokom

4.2 Prikrajšanost za izkušnje

4.3 Neustrezni pritiski staršev na otroka

4.8 Drugo

5. ABNORMNO NEPOSREDNO OKOLJE

5.0 Zavodska (institucionalna) vzgoja

5.1 Abnormna starševska situacija

5.2 Družina v osamitvi (izolirana družina)

5.3 Življenjske okoliščine, ki lahko predstavljajo nevarno psihosocialno situacijo

5.8 Drugo

6. AKUTNI ŽIVLJENJSKI DOGODKI

- 6.0 Izguba čustveno pomembnega odnosa
- 6.1 Presaditev otroka v okolje, ki ga lahko ogroža
- 6.2 Neugodno spremenjeni vzorci družinskih odnosov
- 6.3 Dogajanja, katerih posledica je izguba samospoštovanja
- 6.4 Spolna zloraba (zunaj družine)
- 6.5 Osebne zastrašujoče izkušnje
- 6.8 Drugo

7. DRUŽBENI STRESORJI

- 7.0 Pregarjanje ali škodljiva diskriminacija
- 7.1 Migracija ali socialna presaditev
- 7.8 Drugo

8. KRONIČNI MEDOSEBNI STRESI, POVEZANI S ŠOLO OZ. Z DELOM

- 8.0 Konfliktni odnosi z vrstniki
- 8.1 Zvrčanje krivde na otroka s strani učiteljev oz. predpostavljenih pri delu
- 8.2 Nemiri v šoli oz. na delovnem mestu
- 8.8 Drugo

9. STRESOGENI DOGODKI OZ. OKOLIŠČINE ZARADI OTROKOVE MOTENOSTI OZ. PRIZADETOSTI

- 9.0 Zavodska (institucionalna) vzgoja zaradi otrokove motenosti
- 9.1 Ogroženost kot posledica presaditve zaradi otrokove motenosti
- 9.2 Dogajanja, katerih posledica je izguba samospoštovanja zaradi otrokove motenosti
- 9.8 Drugo

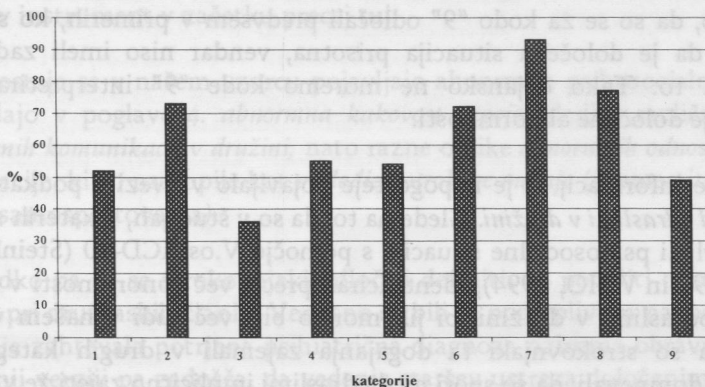
se najpogosteje pojavljajo iste podkategorije. V nekoliko manjši meri so v našem vzorcu strokovnjaki prepoznavali 1.1 spore med odraslimi v družini. Več pa ugotavljajo 6.2 stresov zaradi lastne motenosti, ki so v bistvu posledica otrokove osnovne motnje (npr. namestitve v zavod).

REZULTATI IN DISKUSIJA

TABELA 1: Zastopanost posameznih kod po podkategorijah pete osi ICD-10 (N=100)

	2	1	0	$\Sigma(1+2)$	8	9
1.0 Pomanjkanje topline v odnosih med starši in otrokom	22	23	52	45	0	3
1.1 Spori med odraslimi v družini	19	7	54	21	0	20
1.2 Sovražnost do otroka ali zvrčanje krivde na otroka	19	12	66	31	0	3
1.3 Telesno trpinčenje otroka	5	4	85	9	0	6
1.4 Spolna zloraba otroka (v družini)	2	2	87	4	3	6
2.0 Duševne motnje oz. odklonskost staršev	15	7	73	22	0	5
2.1 Invalidnost oz. prizadetost staršev	3	3	93	6	0	1
2.2 Prizadetost sorojenca	1	0	98	1	0	1
3 Neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini	15	25	36	37	3	11
4.0 Pretirana zaščita staršev	12	21	63	33	1	3
4.1 Neustrezen nadzor staršev nad otrokom	23	15	59	38	1	2
4.2 Prikrajšanost za izkušnje	21	17	55	38	1	6
4.3 Neustrezni pritiski staršev na otroka	14	20	63	34	0	3
5.0 Zavodska (institucionalna) vzgoja	4	1	95	5	0	0
5.1 Abnormna starševska situacija	41	2	54	43	3	0
5.2 Izolirana družina	3	0	75	3	3	19
5.3 Življenjske okoliščine, ki lahko predstavljajo nevarno psihosocialno situacijo	9	3	85	12	0	3
6.0 Izguba čustveno pomembnega odnosa	22	6	72	28	0	0
6.1 Presaditev otroka v okolje, ki ga lahko ogroža	6	0	93	6	1	0
6.2 Neugodno spremenjeni vzorci družinskih odnosov	7	8	82	15	2	1
6.3 Dogajanja, katerih posledica je izguba samospoštovanja	3	3	91	6	0	2
6.4 Spolna zloraba (zunaj družine)	1	0	97	1	0	2
6.5 Osebnost zastrašujoče izkušnje	9	2	84	11	1	4
7.0 Pregarjanje ali škodljiva diskriminacija	2	1	97	3	0	0
7.1 Migracija ali socialna presaditev	7	0	93	7	0	0
8.0 Konfliktni odnosi z učitelji	11	10	79	21	0	0
8.1 Zvrčanje krivde na otroka s strani učiteljev	4	18	77	22	1	0
8.2 Nemiri v šoli	2	2	92	2	0	4
9.0 Zavodska vzgoja zaradi otrokove motenosti	1	0	98	1	0	1
9.1 Ogroženost kot posledica presaditve zaradi otrokove motenosti	5	1	94	6	0	0
9.2 Dogajanja, katerih posledica je izguba otrokovega samospoštovanja zaradi otrokove motenosti	24	24	49	48	1	2

Deleži subjektov, pri katerih se abnormnost vezana na določeno kategorijo ne pojavlja (N=100)



Pregled abnormnosti, ki so vključene v posamezne kategorije, v našem vzorcu pokaže (glej sliko 1), da se le-te v največji meri in najštevilčneje pojavljajo v zvezi s kategorijo 4. *abnormna kakovost vzgoje*, tej sledijo 3. *neustrezne in izkrivljene komunikacije*, 1. *abnormni odnosi v družini ter 9. stresogeni dogodki in okoliščine zaradi lastne motenosti*. Sledijo 5. *abnormno neposredno okolje*, 6. *akutni življenjski dogodki in 8. kronični medosebne strese, povezani s šolo oz. delom*.

Najmanjkrat se pojavljajo abnormnosti, ki se vežejo na 2. *duševne motnje, odklonskost ali invalidnost v otrokovi družini in 7. družbeni stresorji*.

Največkrat so pojavljale naslednje podkategorije (glej tabelo 1): 1.0 *pomanjkanje topline v odnosih med starši in otrokom*, 5.1 *abnormna starševska situacija ter 9.2 dogajanja, katerih posledica je izguba samospoštovanja zaradi otrokove motenosti*.

Tudi v študiji Steinhausna in Erdina (1992) kakor tudi v študiji WHO (1994) se najpogosteje pojavljajo iste podkategorije. V nekoliko manjši meri so v našem vzorcu strokovnjaki *prepoznavali 1.1 spore med odraslimi v družini*. Več pa ugotavljajo 9.2 *stresov zaradi lastne motenosti*, ki so v bistvu posledica otrokove osnovne motnje (npr. namestitvev v zavod).

Koda "9" se nanaša na pomanjkanje zanesljivih informacij v zvezi z določeno situacijo in strokovnjaki so jo uporabili, če niso imeli dovolj podatkov o prisotnosti ali odsotnosti določene situacije.

Opazili smo, da so se za kodo "9" odločali predvsem v primerih, ko so sicer domnevali, da je določena situacija prisotna, vendar niso imeli zadostnih dokazov za to. Tako dejansko ne moremo kode "9" interpretirati kot nepojavljanje določene abnormnosti.

Pomanjkanje informacij se je napogosteje pojavljalo v zvezi s podkategorijo *1.1 spori med odraslimi v družini*. Glede na to, da so v študijah, v katerih so prav tako ugotavljali psihosocialne situacije s pomočjo V.osi ICD-10 (Steinhausen in Erdin, 1992 in WHO, 1994), identificirali precej več abnormnosti v zvezi s spori med odraslimi v družini, bi jih moralo biti več tudi v našem vzorcu. Verjetno pa so strokovnjaki ta dogajanja zajemali v drugih kategorijah. Verjetno so domnevali, da so spori med odraslimi implicitno zajeti že v drugih situacijah.

Zanimivo je, do se strokovnjaki pogosto niso mogli odločiti ali je *družina izolirana*. Morda v okviru eksploracije niso posvečali dovolj pozornosti temu, za funkcioniranje družine in otroka, zelo pomembnemu vprašanju. Možno pa je tudi, da so bili preveč tolerantni do morda precej tipične slovenske zaprtosti.

Naslednja, prav tako precej pogosto z "9" kodirana kategorija pa je bila *3. neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini*. V zvezi s to kategorijo tudi sam soavtor klasifikacijske sheme Rutter (1985) ugotavlja, da je dejansko težko priti do objektivnih informacijah v zvezi s komunikacijo v družini, če v njej ne moreš sodelovati kot družinski član, pri tem pa poudarja velik pomen komunikacij za otrokov psihosocialni razvoj in s tem utemeljuje tudi to kategorijo v klasifikaciji.

Priročnik za uporabo inštrumenta kodo "8" namenja označevanju situacij, ki prav tako kažejo določeno abnormnost, niso pa vključene v klasifikacijsko shemo.

Pri klasificiranju našega vzorca je bila ta koda uporabljena kar 21-krat, v glavnem pri kategorijah: *1. abnormni odnosi v družini*, *3. neustrezne komunikacije v družini*, *4. abnormna kakovost vzgoje*, *5. abnormno neposredno okolje* ter *6. akutni življenjski stresorji*.

Kaže, da strokovnjaki v predlaganih opisih niso vedno prepoznavali pojavov, ki so jih sicer zaznavali. Na osnovi utirjene rabe prejšnje klasifikacije in lastnih teorij o etiologiji psihosocialnih motenj, so bile pri posameznih strokovnjakih izoblikovane kognitivne sheme relativno stabilne, zato se jim je zdel nov instrument v začetku precej tuj.

Najpogosteje se v našem vzorcu pojavljajo abnormne psihosocialne situacije, ki spadajo v poglavje 4. *abnormna kakovost vzgoje*, sledijo različne variante *neustreznih komunikacij v družini*, nato razne oblike *abnormnih odnosov v družini* ter situacije, ki so nastopile kot *posledica otrokove motnje* (premestitev v zavod, izguba samospoštovanja).

Zelo redko pa so se strokovnjaki odločali definitivno potrditi obstoj duševne motnje pri družinskih članih. Verjetno so bili še pod vplivom navodil v ICD-9, kjer se je zahtevala potrjena psihiatrična diagnoza oziroma obravnava le teh. V sedanji verziji pa zadošča, da vedenje staršev ustreza določenim vprašanjem v intervjuju (npr. glede pitja alkohola) in da to direktno vpliva na odnose z otrokom. Opazili smo, da so bili strokovnjaki včasih premalo pozorni na določene pomembne situacije (npr. spore med odraslimi v družini), včasih pa v opisih v priročniku niso prepoznali pacientove konkretne situacije. Praktična uporaba zahteva zelo dobro eksploracijo življenjskih okoliščin in odnosov v družini. Pri tem pa si lahko učinkovito pomagamo z intervjujskimi shemami v priročniku.

Shema omogoča dokaj enostavno identifikacijo tistih otrok, ki so glede nadaljnjega razvoja bolj ogroženi oziroma tistih, pri katerih je prisotno več ogrožajočih oz. neugodnih psihosocialnih situacij. To pa je lahko v veliko pomoč pri načrtovanju timskega dela, terapije in drugih ukrepov. Instrument lahko služi posameznemu strokovnjaku za preverjanje njegovih lastnih teorij o nastanku in vzdrževanju psihosocialnih motenj. Sistematična raba te sheme v službah za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov pa bi pripomogla k boljši organizaciji in načrtovanju razvoja družbene skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

OPOMBA: Več v zvezi z opisano raziskavo lahko najdete v diplomski nalogi *Abnormne psihosocialne situacije* (Zagorc, 1995).

LITERATURA

1. Kos, A. (1994). Abnormne psihosocialne situacije - peta os večsne mednarodne klasifikacijske sheme psihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci (ICD-10). Zdravstveno varstvo, (33).12,353-448.
2. Rutter, M., Gould, M., (1985). Classification. V: M. Rutter, AH Tuma, IS Lann, Classification in Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches (304-321). Oxford, Blackwell Scientific Publications.
3. Slodnjak, V. (1995). Uporaba multiaksialne klasifikacije psihosocialnih motenj pri razvrščanju otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Psihološka obzorja, (4). 1,2, 175-187.
4. Steinhausen, H.-C., Erdin, A., (1992). Abnormal Psychosocial Situations and ICD-10 Diagnoses in Children Attending a Psychiatric Service. Journal of Child Psychology and Psychiatry, (33).4, 731-740.
5. Van Goor-Lambo, G., Orley, J., Poustka, F., Rutter, M., (1990). Classification of Abnormal Psychosocial Situations: Preliminary Report of a Revision of a WHO Scheme. Journal of Child Psychology and Psychiatry, (31).2, 229-241.
6. Van Goor-Lambo, G., Orley, J., Poustka, F., Rutter, M., (1994). Abnormal Psychosocial Situations. Preliminary Results of a WHO and German Multicenter Study. Journal of European Child and Adolescent Psychiatry, (3).4, 229-241.
7. Zagorc, M., (1995). Abnormne psihosocialne situacije. Diplomska naloga, Oddelek za psihologijo, Filozofska fakulteta, Ljubljana

Priročnik za uporabo instrumenta kodiranja psihosocialnih motenj pri otrocih in mladostnikih, ki so vključeni v klasifikacijsko shemo. Več v zvezi z opisano raziskavo lahko najdete v diplomski nalogi pri klasificiranju našega vzorca (Zagorc, 1995). Glavne kategorije so: 1. abnormni odnosi v družini, 2. neustrezne komunikacije v družini, 3. abnormna kakovost vzgoje, 4. abnormno neposredno okolje ter 5. akutni življenjski stresorji.