

UPORABA MULTIAKSIALNE KLASIFIKACIJE PSIHOSOCIALNIH MOTENJ PRI RAZVRŠČANJU OTROK IN MLADOSTNIKOV Z MOTNjami V TELESNEM IN DUŠEVNEM RAZVOJU

Vera Slodnjak

POVZETEK

V prispevku je opisana večsna klasifikacija psihosocialnih motenj v otroštvu in adolescenci, ki jo je razvila skupina strokovnjakov Svetovne zdravstvene organizacije (WHO). Klasifikacija izhaja iz ICD 9 oziroma ICD 10, to je Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB), po kateri se šifrirajo diagnoze tudi v našem zdravstvenem sistemu. S primeri in analizo skupine razvrščenih otrok je prikazana uporabnost te klasifikacijske sheme pri timski diagnostični in terapevtski obravnavi otrok s psihosocialnimi motnjami, predvsem tistih, ki potrebujejo posebno družbeno pomoč. Pojasnjuje, zakaj nivo intelektualnega funkcioniranja, določen s testi inteligentnosti, ni edini odločujoči dejavnik pri usmerjanju otrok v šolo s prilagojenim programom oziroma pri določanju stopnje socialne prizadetosti.

UVOD

Leta 1958 je izšel Pravilnik o kategorizaciji in evidenci otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, 1965 pa je Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo izdal Priročnik za kategorizacijo in evidenco otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju (1). Avtorji so bili priznani specialisti raznih strok: nevrologije, pediatrije, psihiatrije, otologije, foniatrije, okulistike, ortopedije, socialne medicine, psihologije, specialne pedagogike, socialnega dela, prava in drugi. Priročnik vsebuje natančen prikaz postopka in problematike ter naloge posameznih članov tima, ki se obvezno sestoji iz socialnega delavca, psihologa, specialnega pedagoga, pediatra ter ustreznih specialistov medicinske stroke. Glede na prizadetost otroka se avtorji zavzemajo za obvezen timski pristop, za daljše spremljanje otrokovega razvoja in za stalne komisije (time) v ustanovah za varovanje zdravja. Zaradi slabše razvitosti služb sicer dopuščajo tako imenovane "leteče" komisije, vendar upajo, da je to le začasna rešitev.

Z razvojem strok, odpiranjem družbe, spoštovanjem in varovanjem človekovih pravic je tudi pri nas v zadnjem desetletju prišlo do usmeritve pozornosti na posameznika in njegove pravice. Sprememba družbenega sistema je tudi na tem, politično sicer manj pomembnem, za stanje družbene naravnosti pa zelo reprezentativnem področju skrbi za prizadete povzročila, da smo začeli preverjati stare koncepte in iskati nove rešitve, zlasti v smeri večje pluralnosti. Žal pa na področju zakonske ureditve problematike prizadetih otrok in mladostnikov zakonodajaja, predpisi in pravilniki ne sledijo novim spoznanjem v svetu in doma.

Poseben problem je spoštovanje Zakona o varstvu osebnih podatkov. Predpisi in postopki s področja razvrščanja otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ga grobo kršijo. O tem bi bilo potrebno odpreti posebno razpravo, v kateri bi poleg strokovnjakov s področja varovanja zdravja morali sodelovati tudi izkušeni pravniki.

Še en razlog za nezadovoljstvo s preteklim pa tudi sedanjim stanjem družbene skrbi za prizadete pa leži v pretirani želji po čim natančnejšem klasificiranju izoliranih področij otrokovega funkcioniranja. V zvezi s tem so se razvijale službe in institucije, ki so se ukvarjale samo z določenim deficitom (na primer mentalno retardacijo, okvaro vida, sluha, motorike ali motenim vedenjem) in ki niso predvidevale kombinacije različnih problemov, predvsem pa ne močnih pozitivnih področij funkcioniranja posameznega otroka, kljub nesposobnosti na enem področju. Tako naj bi razvrščali vse gluhe otroke v posebne šole za gluhe, vse otroke z deficitom v intelektualnih sposobnostih spet v programe, določene programe vse otroke z okvaro motorike spet v posebne programe oziroma institucije itd.

Zakonodajalec je skušal vso to množico različnih disfunkcij spraviti v manjše število - z vidika družbene pomoči in organizacije služb smiselne kategorije, katerih opredelitve so se spreminjale. Za motnje v intelektualnem funkcioniranju se še vedno zahteva opredelitev lažja, zmerna, težja in težka duševna prizadetost. Upočasnjenost v intelektualnem razvoju sicer lahko prizadene vse aspekte kognitivnega funkcioniranja, zelo redko pa se zgodi, da

bo otrokovo funkcioniranje povsem enako zaostajalo na vseh področjih in v razvoju vseh spretnosti. Le v tem primeru bi bil upravičen izraz splošna mentalna retardacija ali duševna zaostalost. Za vse ostale pa Graham (2) ugotavlja, da se iščejo ustrežnejši izrazi kot na primer mentalni hendikep ali splošne učne težave ali pri predšolskih otrocih splošni razvojni zaostanek. V Angliji so že leta 1981 ukinili tovrstno administrativno poimenovanje, šole za "lažje duševno" prizadete, se imenujejo šole za otroke z zmernimi učnimi težavami, šole za "težje prizadete" pa šole za otroke z hujšimi učnimi težavami. Pri nas se skušajo uveljaviti izrazi, kot so otroci z motnjami v razvoju ali otroci s posebnimi potrebami - Galeša (3), pri katerih pa je graduacija z vidika motenosti v psihosocialnem funkcioniranju ter vrste, obsega, zlasti pa trajanja posebne pomoči nekoliko nejasna.

Nova strokovna spoznanja, vedno večja specializacija posameznih strokovnih področij ob hkratnem zavedanju njihove medsebojne povezanosti in součinkovanja so privedla do potrebe po skupnem sodelovanju vrste različnih strok oziroma strokovnjakov. Interdisciplinaren, multidisciplinaren ali transdisciplinaren pristop se je na področju skrbi za človekovo telesno in duševno zdravje uveljavil najprej v mentalno higienskih ustanovah za otroke. Nospitz (4) navaja, da so se že v 20. letih tega stoletja oblikovali posebni timi (psihater, psiholog, specialni pedagog in socialni delavec) za obravnavo otrok s psihosocialnimi motnjami. Z razvojem posameznih strok pa se je število članov tima še širilo.

Da pa bi člani tima in širše strokovne skupnosti lahko med seboj komunicirali, primerjali svoje podatke z drugimi, jih uporabljali za ugotavljanje zvez v skupnih in primerjalnih raziskavah, je potrebno informacije in fenomene na določen način razvrstiti in grupirati oziroma klasificirati. Klasifikacija je sredstvo razvrščanja informacij in združevanja pojavov, torej osnova za znanstveno raziskovanje, obenem pa predstavlja kode za komuniciranje med strokovnjaki neke stroke (5). Takšna klasifikacija ne sme izhajati iz posamičnega teoretskega modela, ki sloni na podmenah o vzročni zvezi. Graditi mora na fenomenskem pristopu, to je opisu pojavnih oblik posamičnih kategorij. Rutter in Gould (5) razlikujeta javne in privatne klasifikacije. Javne služijo komunikaciji, izmenjavi, razmenjavi podatkov in misli med strokovnjaki, ki so lahko pripadniki različnih teoretskih šol. Zato morajo javne klasifikacije temeljiti na splošno sprejetih osnovnih konceptih in logiki razvrščanja pojavov. Privatne klasifikacije pa izhajajo iz hipotetične teoretske konstrukcije in so v dokajšnji meri spekulativne.

Kos (12) pa še dodaja, da uvrščanje psihosocialne motnje v obče sprejete kategorije predstavlja tudi korist za pacienta. Diagnoza v okviru uradno sprejete klasifikacijske sheme zagotavlja otroku pravico do pomoči, do uslug sistema zdravstva varstva, do posebne obravnave v šolskem sistemu, do posebne obravnave v družinskem sistemu ali v drugih sistemih, pomembnih za otroka. Diagnoza je tudi kognitivna pridobitev za pacienta - otrok ali mladostnik, njegovi starši ali druge zanj pomembne osebe zvedo, kakšne motnje ima pacient, te motnje dobijo nekakšno ime, možno je zvedeti, koliko drugih otrok ima enako motnjo, kakšna je njena prognoza.

V psihiatriji in otroški psihiatriji se danes največ uporabljata ameriška klasifikacija DSM IV-R in za nas obvezna klasifikacija Svetovne zdravstvene organizacije ICD 9 (7) oziroma ICD 10 (8). Obe imata posebej razdelani večosni klasifikaciji psihosocialnih motenj v otroštvu. Uporaba ICD 9 je v zdravstveni statistiki v Sloveniji obvezna. Nekatere pedopsihiatrične ustanove pa že dalj časa uporabljajo Multiaksialno klasifikacijo psihiatričnih motenj v otroštvu ICD 9 (9).

V Svetovalnem centru za otroke mladostnike in starše smo se že v začetku osemdesetih let odločili, da bomo preizkusili posebno Multiaksialno klasifikacijsko shemo psihosocialnih motenj v otroštvu in adolescenci (10), ki jo razvija posebna skupina v okviru Svetovne zdravstvene organizacije. Pripravili smo prevod (9) in ga popularizirali v strokovni skupnosti. Slodnjak in Gorišek (11) sta predstavili to shemo kot uporabno, koristno in enostavno za medsebojno komuniciranje, prikaz in razvrstitev pojavov pa tudi za načrtovanje in organizacijo dela ustanove. Timsko delo je po tej shemi lepo pregledno in omogoča dober vpogled v otrokovo funkcioniranje na vseh pomebnejših področjih. Pokazalo se je, da je multidisciplinaren in timski pristop, ki ga shema implicira, nadvse uporaben za komisije za razvrščanje. Hkrati smo v Svetovalnem centru pričeli razvijati model za sistematično evidenco podatkov o obravnavanih otrocih, katerega bistven del je petosna klasifikacija ICD 9 ter program za računalniško obdelavo podatkov (avtorja K. Makarovič in A. Žižmond).

Multiaksialna klasifikacija psihosocialnih motenj v otroštvu in adolescenci vsebuje naslednje osi:

1. Klinični psihiatrični sindromi
2. Specifični razvojni zaostanki
3. Intelektualni nivo
4. Somatska bolezenska stanja
5. Abnormne psihosocialne situacije

Prve štiri osi Multiaksialne klasifikacije so v celoti vključene v Mednarodno klasifikacijo bolezni ICD 9, v nekoliko spremenjeni obliki pa v ICD 10, katere prevod se že pripravlja. Peto os - Abnormne psihosocialne situacije je predstavila A. Kos (12), prevod pa je konec decembra 1994 izšel kot posebna številka Zdravstvenega varstva (13). Skupina strokovnjakov pri SZO pa pripravlja še Šesto os - Ocena psihosocialnega funkcioniranja (14). Ker menimo, da lahko Multiaksialna shema zelo koristi zlasti kliničnim psihologom pri vsakdanjem delu, trenutno pa razen pete osi na tržišču ni več dostopna, navajamo v prilogi povzetek osnovnih poglavij vseh šestih osi, narejen na osnovi ICD 10 ter zadnjih verzij pete in šeste osi.

Princip kodiranja je tak, da zahteva za vsako izmed osi posebej, da se oceni, ali niso prisotni simptomi, če pa so prisotni, se specificira, kateri so, ter na peti in šesti osi še v kakšni meri. Glede na precejšjo specifičnost ter obsežnost klasifikacijske sheme, je potrebno sodelovanje različnih strokovnjakov in upoštevanje še drugih objektivnih

podatkov. Klasifikacijska shema je le na prvi pogled videti obsežna in komplicirana. Dejansko pa le omogoča, da podatke, ki jih zberemo v običajni diagnostični ali terapevtski obravnavi, sistematično uredimo. Hkrati pa lahko takoj ugotovimo, na katerih področjih bo otrok potreboval pomoč in kakšna naj bo ta pomoč.

Na Sliki 1 vidimo, kako se oblikuje tako oceno.

Slika 1 Multiaksialna klasifikacija psihosocialnih motenj v otroštvu in adolescenci

I. os Psihiatrični sindrom	II. os Specifični razvojni zaostanki	III. os Intelektualni nivo
psihater, psiholog	defektolog, logoped, psiholog, zdravnik	psiholog
IV. os Somatske bolezni	V. os Abnormne psihosocialne situacije	VI. os Ocena psihosocialnega funkcioniranja
zdravniki, specialisti	socialni delavec, drugi strokovnjaki	timaska ocena

Diagnoze

I.	II.	III.
IV.	V.	VI.

Za ilustracijo navajam nekaj primerov otrok, ki imajo kljub enaki stopnji inteligentnosti zelo različne težave:

1. Deček, star 8 let

- I. 0
- II. 0
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. 0
- V. 0
- VI. Zadovoljivo socialno funkcioniranje, težje pa sledi učnim zahtevam. Pomoč: spremljanje šolskega napredovanja, svetovanje staršem in učitelju

2. Deklica, stara 9 let

- I. Prilagoditvena čustvena motnja s plašnostjo in socialnim umikom
- II. 0
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. 0
- V. Konfliktni odnosi z vrstniki
- VI. Zadovoljivo socialno funkcioniranje, le težko navezuje kontakte z vrstniki, pri učnem delu počasneje sledi. Pomoč: Svetovanje staršem in učitelju, trening asertivnosti

3. Deček, star 10 let

- I. Hiperkinetični sindrom (motnje pozornosti in koncentracije)
- II. Specifičen razvojni zaostanek v sposobnosti računanja
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. 0
- V. Abnormna kakovost vzgoje: neustrezni pritiski staršev na otroka zaradi pritožb učitelja
- VI. V šoli je zelo nemiren, ne sledi zahtevam pri matematiki. Pomoč: Svetovanje staršem in učitelju, medikamentozna terapija (Ritalin), specialna pedagoška obravnava.

4. Deček, star 10 let

- I. 0
- II. 0
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. 0
- V. Prikrajšanost za izkušnje, neustrezen nadzor s strani staršev, alkoholizem pri očetu
- VI. Blaga socialna nezmožnost: zelo pomanjkljivo obvladovanje učnih zahtev, manj učinkovito socialno obvladovanje. Pomoč: Prešolanje na posebno šolo, morda vključitev v internat.

5. Deklica stara 12 let

- I. 0
- II. 0
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. Epilepsija
- V. Kronični stres v šoli: okrivljanje otroka s strani učitelja
- VI. Zadovoljivo socialno funkcioniranje: zaradi napadov (absenc) včasih zastane sredi dela ali ne ve, kaj je vprašana. Pomoč: Informiranje učitelja o naravi bolezni.

6. Deček, star 9 let

- I. 0
- II. Pervazivna razvojna motnja: avtizem
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. 0
- V. Kronični interpersonalni stres v šoli, konfliktni odnosi z vrstniki
- VI. Zmerna socialna nesposobnost: nezmožnost obvladovanja novih socialnih situacij, težave z obiskovanjem šole. Pomoč: individualni pouk, svetovanje staršem in učitelju.

7. Deček, star 9 let

- I. 0
- II. Pervazivna razvojna motnja: avtizem; zaostanek v govornem razvoju
- III. Podpovprečna inteligentnost
- IV. 0
- V. Duševna motnja pri starših; prikrajšanost za izkušnje; neustrezen nadzor, izolirana družina; preganjanje in diskriminacija
- VI. Težka socialna nesposobnost. Pomoč: vključitev v internatsko šolo za avtistične otroke.

PRIKAZ UPORABE MULTIAKSIALNE KLASIFIKACIJSKE SCHEME PRI ANALIZI POPULACIJE RAZVRŠČENIH OTROK V LETIH 1990/91

1. Osnovni podatki

Tabela 1: število razvrščenih otrok v obdobju od 1983 do 1993

1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
75	54	103	84	86	79	67	50	80	54	85

V tabeli 1 vidimo, da smo v zadnjih 10 letih razvrstili 742 otrok, običajno med 60 in 90 vsako leto. Zanimivo je, da letu, v katerem je bilo število razvrščenih otrok manjše, sledi leto z nadpovprečnim številom razvrščenih. To pomeni, da je šlo pri večini otrok le za odložitev ukrepa prešolanja za nekaj časa.



Tabela 2: Izobrazba in narodnost staršev

IZOBRAZBA STARŠEV	Razvrščeni N=158		Vzorec SC N=2760	
	OČE (%)	MATI (%)	OČE (%)	MATI (%)
Nedokončana OŠ	18.4	26.6	4.6	5.9
Posebna šola	1.9	1.9	0.2	0.4
Končana OŠ	22.8	29.7	9.7	16.0
Poklicna šola	21.5	12.0	29.9	20.4
Srednja šola	10.8	12.0	20.9	32.2
Višja šola	2.5	3.8	5.0	7.2
Visoka šola	5.7	3.2	14.7	9.7
NARODNOST	OČE (%)	MATI (%)	OČE (%)	MATI (%)
Slovenska	57.0	61.4	73.8	80.9
Druga	36.7	36.1	15.4	12.4

Lahko vidimo, da imajo starši razvrščenih otrok precej nižjo šolsko izobrazbo kot starši ostalih otrok obravnavanih v Svetovalnem centru v istem razdobju in da je med njimi mnogo več drugih narodnosti.

Slika 1: Razvrščeni otroci po starosti in spolu

RAZVRŠČENI OTROCI PO STAROSTI IN SPOLU

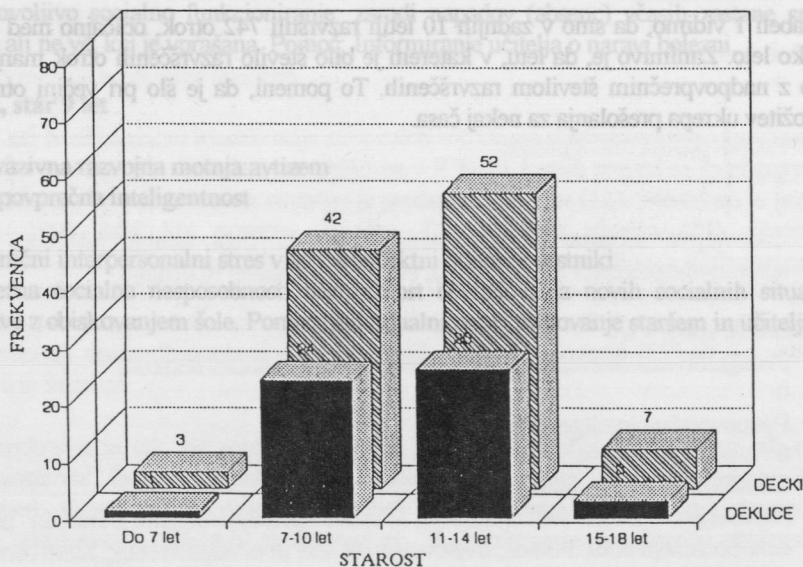


Tabela 3: Razvrščeni otroci glede na šolo in razred

	mt.	(%)
VVO	2	1.3
1. razred OŠ	41	25.9
2. razred OŠ	21	13.3
3. razred OŠ	20	12.7
4. razred OŠ	18	11.4
5. razred OŠ	18	11.4
6. razred OŠ	5	3.2
7. razred OŠ	2	1.3
OŠPP	16	10.1
Ni vključen	7	5.0

Dečkov je 66%, deklic pa 34%. Večina je starih od 7 do 14 let. Predšolskih otrok je razmeroma malo, saj te razvrščajo komisije v drugih ustanovah. Vidimo, da je delo komisije v Svetovalnem centru zelo specifično saj večinoma obravnava otroke, ki se šolajo v redni osnovni šoli. Največ otrok razvrstimo v 1. razredu osnovne šole, nato pa približno enako število v 2., 3., 4. in 5. razredu. Morda preseneča veliko število otrok, ki so prišli na komisijo za razvrščanje iz osnovne šole s prilagojenim programom. Polovica med njimi se je vključila v OŠPP, še preden je bil izdan sklep o razvrstitvi. Pri drugi polovici pa gre za postopek rekategorizacije, običajno v zavod za delovno usposabljanje.

Tabela 4: Pobudnik obravnave

	Razvrščeni N = 158	Populacija SC N = 2760
vrtec, šola	76.0 %	37.7 %
starši	8.8 %	43.8 %
zdravnik	4.4 %	10.5 %
drugo (CDS, sodišče)	10.8 %	8.0 %

Razumljivo je, da večino razvrščenih otrok napotijo v Svetovalni center iz drugih ustanov, skoraj ena desetina staršev razvrščenih otrok pa sama uvidi, da otrok potrebuje strokovno pomoč.

Diagnoze po multiakksialni klasifikaciji

I. OS PSIHIATRIČNI SINDROMI	f	(%)
Hiperkinetični sindrom	18	11.4
Hiperkinetičnost z razvojnim zaostankom	26	16.4
Hiperkinetičnost z motnjami socialnega vedenja	4	2.5
Čustvene motnje	7	4.4
Vedenjske motnje	3	2.0
Spec. motnje po organski cerebralni oškodovanosti	5	3.2
Prilagoditvena reakcija	1	0.6
Otroške psihoze: infantilni avtizem	2	1.3
Osebnostne motnje - shizoidnost	1	0.6
Posebni simptomi	2	1.3
Nevrotične motnje	0	56.3
Brez diagnoze	89	56.3
SKUPAJ	158	100.0

II. OS SPECIFIČNI RAZVOJNI ZAOSTANKI	f	(%)
Brez specifičnega razvojnega zaostanka	65	41.0
Specifičen zaostanek branja in pisanja	20	12.7
Specifični zaostanek v računanju	13	8.2
Druge specifične učne težave	9	5.7
Razvojne motnje govora in jezika	27	17.1
Specifična motorična retardacija	3	1.9
Mešana razvojna motnja	21	13.4
SKUPAJ	158	100.0

III. OS INTELEKTUALNI NIVO	f	(%)
povprečna inteligentnost	6	3.7
podpovprečna inteligentnost	44	27.9
mejna inteligentnost	44	27.9
lažja mentalna retardacija	53	33.5
zmerna mentalna retardacija	11	7.0
SKUPAJ	158	100.0

IV. OS SOMATSKE BOLEZNI	f	(%)
Brez	73	46.2
Živčni sistem	17	10.8
Drugo	22	13.9
Ni podatka	44	29.1
SKUPAJ	158	100.0

V. OS ABNORMNE PSIHOSOCIALNE SITUACIJE	(%)	(%)
Brez pom. odklonov v psihosoc. okolju	43.7	51.4
Duševna motnja pri drugih družinskih članih	6.3	5.4
Abnormni odnosi v družini	5.7	16.8
Pretirano poseganje družine v otrokovo življenje	2.5	6.4
Neustrezna ali nedosledna kontrola staršev	5.7	5.0
Pomanjkljive vzgojne vzpodbude	12.7	2.8
Neustrezni življenjski pogoji	11.4	1.7
Družina z enim od staršev	13.9	12.2
Živi v zavodu, reji	3.8	3.2
Stresi in motnje v šolskem in delovnem okolju	2.5	3.2
Drugi stresi	3.6	3.8
Migracija ali socialna presaditev	7.0	1.4
Trpinčen otrok	1.3	1.5

V tabelo 9 smo namerno vključili primerjavo s populacijo otrok, obravnavanih v Svetovalnem centru zaradi drugih težav, predvsem zaradi očitnih razlik med obema skupinama (upoštevane so prve tri abnormne situacije). Razvrščeni otroci izhajajo iz neprimerno slabših življenjskih pogojev, več je revščine in več je pomanjkanja ustreznih vzgojnih pobud, več imajo težav zaradi presaditve v drugo kulturno okolje, nekoliko pogostejše pa so tudi motnje pri drugih družinskih članih.

Tabela 9: Diagnoze po multiaksialni klasifikaciji glede na stopnjo inteligentnosti N = 158 razvrščenih otrok

OCENA INTELIGENTNOSTI (frekvence)		I. os	II. os	V. os
povprečna	6	5	6	6
podpovprečna	44	21	40	29
mejna	44	23	31	29
lažja men. retardacija	53	17	15	22
zmerna men. retardacija	11	3	1	3
SKUPAJ	158	69	93	89

Iz tabele 9 je razvidna smiselnost uporabe večosne klasifikacije psihosocialnih motenj v postopku razvrščanja otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Pojasni, zakaj napotitev v OŠ s prilagojenim programom ni odvisna zgolj od intelektualnega nivoja. Če bi bil kriterij za napotitev v OŠPP oziroma razvrstitev zgolj intelektualni nivo, ki ga določimo s testi inteligentnosti, bi bilo vsaj 30% oziroma 58% - povprečno, podpovprečno in mejno inteligentnih otrok - strokovno neupravičeno razvrščenih in napotenih v OŠPP ali oddelke za delovno usposabljanje. V tabeli 9 pa vidimo, da imajo vsi ti otroci s še normalnim intelektualnim nivojem pomembne motnje na še najmanj dveh drugih področjih oziroma oseh. Specifični razvojni zaostanki, psihiatrični sindromi ali pa abnormnosti v psihosocialni situaciji lahko pri teh otrocih tako poslabšajo funkcioniranje, da niso več sposobni slediti šolskim zahtevam, ki ustrezajo njihovi starosti in je potrebno prešolanje na OŠPP. Do podobnih težav pride sčasoma tudi pri nekaterih lažje mentalno retardiranih otrocih, tako da ne zmorejo osvojiti kompletnega programa OŠPP in se usposobiti za kolikor toliko samostojno življenje.

ZAKLJUČEK

Multiaksialna shema je dovolj enostavna in pregledna. Ker ne implicira teoretičnih predpostavk o vzrokih motenj, je uporabna za strokovnjake različnih profilov in teoretskih usmeritev. Primerna je tako za raziskovalno delo (11, 15, 16, 17) kot za vsakdanjo klinično prakso. Omogoča enostaven prikaz večdimenzionalnega psihosocialnega funkcioniranja, z njeno pomočjo lahko razločimo, zakaj imajo nekateri otroci z deficitom na enem področju večje težave, drugi pa manjše ali drugačne. Uporaba večosne klasifikacijske sheme je zelo olajšala tudi timsko delo v komisiji za razvrščanje, naloge posameznih članov tima so povsem določene, komunikacija pa jasna. VI. os Ocena psihosocialnega funkcioniranja, ki je v tej analizi še nismo uporabili, pa predstavlja tisto globalno oceno psihosocialnega funkcioniranja, ki jo nujno potrebujemo pri določanju obsega otrokove prizadetosti. Še posebej koristna se nam zdi zato, ker zajema skupno mnenje vseh članov tima o otrokovi zmožnosti za normalno življenje oziroma vrsti in stopnji pomoči, ki jo eventualno potrebuje.

LITERATURA

1. Priročnik za kategorizacijo in evidenco otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo SR Slovenije, Ljubljana, 1966.
2. Graham, P. Child Psychiatry. A Developmental Approach. Oxford University Press, 1994.
3. Galeša, M. Drugače drugačen. Posebna vzgoja in izobraževanje v bližnji prihodnosti. Didakta 1993;12/13:46-49.
4. Noshpitz, J. Basic Handbook of Child Psychiatry. New York. Basic Books, 1976
5. Rutter, M., Gould M. Classifications. In: Rutter M, Hersov I eds. Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. 2nd ed. Oxford Scientific Publications, 1985, 304-321.
6. Mednarodna klasifikacija bolezni, povreda i uzroka smrti. Zavod za zaščito zdravlja, Niš, 1974.
7. World Health Organization: International Classification of Diseases (9th Rev.). Geneva: WHO, 1978.
8. World Health Organization International Classification of Diseases (19th Rev.). Geneva: WHO, 1991.
9. Multiaksialna klasifikacijska shema psihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci - 9. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni - ICD 9. Zdrav var 1987;26 supl.8:1 - 64.
10. Rutter, M., Shaffer, D., Shephard, M.A. Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders. Geneva: World Health Organization, 1975.
11. Slodnjak, V., Gorišek, M. Večosna klasifikacija psihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci. Med Raz, 1985; supl.2: 397 - 418.
12. Kos, A. Epidemiologija psihosocialnih motenj v otroštvu. Zdrav vestn 1990;59: 194-51.
13. Abnormne psihosocialne situacije. Peta os večosne mednarodne klasifikacijske sheme psihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci (ICD-10). Zdrav. var., 1994, l. 33, št. 12
14. Axis Six. Global Assessment of Psychosocial Disability. WHO, Geneva, 1992.
15. Slodnjak, V., Gorišek M, Prikaz in razvrstitev psihosocialnih motenj, Svetovalni Center, Ljubljana 1984.
16. Slodnjak, V. Multiaksialna klasifikacija psihiatričnih motenj in ocena psihosocialne motenosti pri otrocih z epilepsijo v raziskavi URP. Rizični dejavniki v reprodukciji človeka in neugodni vplivi na rast in razvoj mladine: Epilepsije pri otrocih, Ljubljana, 1985.
17. Makarovič, K., in sod. Epidemiologija na področju varstva duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Evalavacija modela sistematičnega registriranja podatkov o psihiatričnih in psihosocialnih motnjah pri otrocih in mladostnikih v ambulantni obravnavi. Raziskovalna naloga. Svetovalni center 1994.

PRILOGA

MULTIAKSIALNA KLASIFIKACIJA PSIHOSOCIALNIH MOTENJ V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI - povzetek

I. os PSIHIATRIČNI SINDROMI

- Organske, simptomatske duševne motnje
- Duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe psihoaktivnih snovi
- Shizofrenija, shizotipične motnje
- Afektivne motnje
- Nevrotične, od stresa odvisne in somatoformne motnje
- Vedenjski sindromi v zvezi s fiziološkimi motnjami
- Motnje odrasle osebnosti in vedenja
- Vedenjske in emocionalne motnje, značilne za otroštvo in adolescenco:

Hiperkinetične motnje:

- Motnja pozornosti in aktivnosti
- Hiperkinetična vedenjska motnja

Vedenjske motnje:

- Vedenjske motnje v družinskem kontekstu
- Nesocializirana vedenjska motnja
- Socializirana vedenjska motnja
- Opozicionalna vedenjska motnja

Mešane motnje vedenja in čustvovanja:

- Depresivne vedenjske motnje
- Druge mešane motnje vedenja in čustvovanja

Emocionalne motnje, specifične za otroštvo:

- Separacijska anksioznost
- Fobično anksiozne motnje
- Socialno anksiozne motnje
- Motnje rivalitete med sorojenci

Motnje socialnega funkcioniranja specifične za otroštvo in adolescenco:

- Elektivni mutizem
- Reaktivne motnje socialnega vedenja
- Desinhibirano socialno vedenje

Tiki:

- Tranzitorni tiki
- Kronični, motorični ali vokalni tiki
- Kombinirani vokalni in multipli motorični tiki (De la Tourette)

Druge vedenjske in emocionalne motnje, specifične za otroštvo:

- Neorganska enureza
- Neorganska enkopreza
- Motnje hranjenja
- Pika
- Stereotipni gibi
- Jecljanje
- Brbotanje

II. OS: MOTNJE PSIHOLOŠKEGA RAZVOJA

- Specifične motnje govora in jezika:
 - Specifične motnje artikulacije
 - Motnje govorne ekspresije
 - Motnje receptivnega govora
 - Pridobljena afazija z epilepsijo
 - Druge razvojne motnje govora
- Specifične motnje šolskih spretnosti:
 - Specifična motnja branja
 - Specifična motnja pisanja
 - Specifična motnja aritmetičnih spretnosti
 - Mešana motnja šolskih spretnosti
 - Druge razvojne motnje šolskih spretnosti
- Specifične razvojne motnje motorike
- Mešane specifične razvojne motnje
- Pervazivne razvojne motnje:
 - Otroški avtizem
 - Atipični avtizem
 - Druge desintergrativne motnje
 - Hiperaktivna motnja, povezana z mentalno retardacijo in stereotipnimi gibi
 - Aspergerjev sindrom

III. OS: MENTALNA RETARDACIJA

- Blaga mentalna retardacija
- Zmerna mentalna ratardacija
- Težka mentalna retardacija
- Globoka mentalna retardacija
- Druge mentalne retardacije

Dodatne značilnosti:

- brez ali z minimalno motnjo vedenja
- pomembna motnja vedenja, ki zahteva pozornost in obravnavo
- druge motnje vedenja

IV.OS: SOMATSKE DIAGNOZE

Glej Mednarodno klasifikacijo bolezni MKB

V.OS: ABNORMNA PSIHOSOCIALNA SITUACIJA

00 Ni pomembnih odklonov ali neustreznosti v psihosocialnem okolju

1 Abnormni odnosi znotraj družine:

1.0 Pomanjkanje topline v odnosih med starši in otrokom

1.1 Spori med odraslimi znotraj družine

1.2 Sovražnost do otroka ali zvrčanje krivde na otroka

1.3 Telesno trpinčenje otroka

1.4 Spolna zloraba otroka (znotraj družine)

1.8 Drugo

2 Duševna motnja, odklonskost ali invalidnost v otrokovi primarni suportivni skupini:

2.0 Duševna motnja /odklonskost staršev

2.1 Invalidnost /prizadetost staršev

2.2 Prizadetost sorojenca

2.8 Drugo

3 Neustrezne ali izkrivljene komunikacije znotraj družine:

4 Abnormna kakovost vzgoje:

4.0 Hiperprotektivnost staršev

4.1 Neustrezen nadzor/kontrola med otrokom in starši

4.2 Prikrajšanost za izkušnje

4.3 Neustrezni pritiski staršev na otroka

4.8 Drugo

5 Abnormno neposredno okolje:

5.0 Institucionalna vzgoja

5.1 Abnormna starševska situacija

5.2 Izolirana družina

5.3 Življenjske okoliščine, ki predstavljajo potencialno nevarne psihosocialne situacije

5.8 Drugo

6 Aktualni življenjski dogodki:

- 6.0 Izguba čustveno pomembnega odnosa
- 6.1 Presaditev otroka iz družine, ki je povezana s splošno ogroženostjo
- 6.2 Negativno spremenjeni vzorci družinskih odnosov
- 6.3 Dogodki, ki imajo za posledico izgubo samospoštovanja
- 6.4 Spolna zloraba (zunaj družine)
- 6.5 Osebnosti zastrašujoče izkušnje
- 6.8 Drugo

7 Societalni stresorji:

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

8 Kronični interpersonalni stresi, povezani s šolo / delom:

- 8.0 Konfliktni odnosi z vrstniki
- 8.1 Okrivljanje otroka s strani učiteljev / delovnih nadzornikov
- 8.2 Nemir v šoli/delovnem okolju
- 8.8 Drugo

9 Stresogeni dogodki, situacije, ki so posledica otrokove motenosti/prizadetosti:

- 9.0 Institucionalna vzgoja
- 9.1 Presaditev otroka iz družine, ki je povezana s splošno ogroženostjo
- 9.2 Dogajanja, katerih posledica je izguba samospoštovanja
- 9.8 Drugo

VI.OS: OCENA PSIHOSOCIALNEGA FUNKCIONIRANJA

Ocenjuje se otrokovo funkcioniranje v zadnjih treh mesecih. Upošteva se njegovo funkcioniranje v aktualni socialni situaciji ne glede na prisotnost ali odsotnost psihiatričnih simptomov. Ocenjujemo kvaliteto otrokovega vzdrževanja relativno harmoničnih odnosov s starši, sorojenci, učiteljem, drugimi odraslimi; njegovo urejenost in čistočo glede na starost in socialne okoliščine; opravljanje običajnih domačih opravil; sposobnost odhajanja od doma; obvladovanje šolskega dela glede na starost in inteligentnost; vzpostavljanje recipročnih odnosov in aktivnosti z vrstniki; vključenost v prostčasne dejavnosti; uspešnost pri delu, če je že zaposlen.

0 Nadpovprečno dobro socialno funkcioniranje

Nadpovprečno/zelo dobro funkcioniranje na vseh socialnih področjih. Dobri medsebojni odnosi znotraj družine, z vrstniki in odraslimi zunaj družine; učinkovito obvladovanje vseh socialnih situacij; širok razpon prostčasnih dejavnosti in interesov.

- 1 **Zadovoljivo socialno funkcioniranje**
V glavnem zadovoljivo socialno funkcioniranje s prehodnimi ali manjšimi težavami na le enem ali dveh področjih (funkcioniranje je lahko ali pa tudi ni nadpovprečno na enem ali dveh področjih).
- 2 **Blaga socialna nesposobnost**
Ustrezno funkcioniranje na večini področij z blažjimi težavami na vsaj enem do dveh področij (na primer težave v odnosih s prijatelji, omejene socialne aktivnosti/interesi, težave v družinskih odnosih, manj učinkovito socialno obvladovanje ali težave v odnosih z odraslimi zunaj družine).
- 3 **Zmerna socialna nesposobnost**
Zmerna nesposobnost na vsaj enem do dveh področjih.
- 4 **Težja socialna nesposobnost**
Težja nesposobnost na najmanj enem do dveh področjih (na primer očitno pomanjkanje prijateljev, ali nezmožnost obvladovanja novih socialnih situacij, ali nezmožnost obiskovati šolo).
- 5 **Težka in pervazivna socialna nesposobnost**
Težka nesposobnost na večini področij.
- 6 **Nesposobnost funkcioniranja na večini področij**
Potrebuje nadzor in pomoč drugih pri vsakodnevnih običajnih aktivnostih; ni sposoben skrbeti sam zase.
- 7 **Obsežna in pervazivna socialna nesposobnost**
Občasno ni sposoben vzdrževati minimalne osebne higiene, ali občasno potrebuje natančen nadzor, da se prepreči, da bi poškodoval sebe ali druge, ali težka okvara vseh načinov komunikacije.
- 8 **Popolna in pervazivna socialna nesposobnost**
Persistentna nesposobnost vzdrževanja osebne higiene ali persistentna nevarnost, da resno poškoduje sebe ali druge, ali popolna odsotnost komunikacije.