

SINDROM PRIZADETOSTI: NEKATERE PSIHOLOŠKE OPOMBE IN MOŽNOSTI REHABILITACIJSKEGA VPLIVANJA

Tone Brejc*

KLJUČNE BESEDE: prizadetost delovna sposobnost, rehabilitacija

KEY WORDS: disability, work capacity, rehabilitaton

POVZETEK

“Sindrom prizadetosti”, ki spada med rehabilitacijsko najtežje dostopne somatoformne motnje vedenja in čustvovanja delavcev, prizadetih v delovni sposobnosti, je zaradi svojih zapletenih sestavin tudi poseben izziv psihološkemu ocenjevanju in svetovanju. Za to motnjo je značilen regresiven čustveni in mišljenski odgovor na subjektivno doživeto nerešljivost konflikta med delavčevo prizadetostjo in pričakanji, da naj bi se vrnil na delo. V tem konfliktu uporablja delavec zavedno in/ali nezavedno vedenjsko strategijo, s katero želi kompenzirati upad v funkcionalnih sposobnostih tako, da vztraja v svoji prizadetosti, obenem pa dokazuje upravičenost takšne naravnosti in neuspešnost rehabilitacijskih intervencij.

Izpostavljene so nekatere možne razlage nastanka tega sindroma, pa tudi vprašanja v zvezi z vplivi osebnostnih lastnosti, vloge aktualnega stresa, posebnega življenjskega obdobja, socialno-ekonomskega položaja in psihološkega pristopa k delavcu, ki trpi zaradi tega sindroma. Na ta vprašanja je podanih nekaj odgovorov in sugestij za obravnavo, pri čemer je izpostavljena potreba po kombiniranem kognitivno-vedenskem in akcijskem pristopu.

ABSTRACT

The disability syndrome, being in rehabilitation one of the most resistant behaviour and emotional disturbances of workers with functional limitations, represents a specific challenge for psychological assessment and counselling. It is characterized by

* Zavod za rehabilitacijo, Ljubljana

the regressive emotional and cognitive response to the conflict between inner perception of the impact of the worker's disability and outer expectations that his/her return to work is obvious, subjectively experienced as insoluble. The worker is in this conflict consciously and unconsciously led by the behaviour strategy including the attempt to compensate the decline of functional capacities, the justification of his/her attitude, and the rejection of further rehabilitation efforts.

Some of the possible explanations of this syndrome are given, and some questions raised related to the role of worker's personal characteristics, to the impact of actual stress, of the specific life stage, and of his/her social and economic status as well as to the psychological approach. This questions are given some answers, and the syndrome treatment suggestions are presented, emphasising the need for the use of a combined cognitive-behavioural and action approach.

“Sindrom prizadetosti” (SP) postaja v okoliščinah, ko gospodarska in vrednostna kriza družbe trajno ogrožata vse osebne in družbene strategije obvladovanja odnosa med posameznikom in družbo, ena izmed rehabilitacijsko najtežje dostopnih somatofornih motenj. Ta motnja, ki jo opažamo pri delavcih, ki izgubljajo ali pa so že izgubili delovno sposobnost, ima izrazite psihološke sestavine. Zato predstavlja tudi poseben izziv za psihološko delovanje, zlasti ker je običajno bolj malo uspešno, tako zaradi pomanjkljivega ali celo neustreznega razumevanja te motnje kot tudi zaradi neprimernih ali pomanjkljivih metod njene obravnave.

“Sindrom prizadetosti” (SP) lahko opredelimo kot takšno delavčevo psihično stanje in/ali mišljensko usmeritev, ki ga zavira in mu končno tudi prepreči, se ga po bolezni ali poškodbi vrne na delo, pa čeprav bi to s pomočjo rehabilitacije lahko zmožel. SP je torej mogoče razumeti kot zavestno ali podzavestno strategijo ohranjanja statusa prizadete, za delo nesposobne osebe, s katerim se delavec želi zavarovati pred pričakovanji in odločitvami, da bi še opravljal vlogo produktivnega delavca.

SP ima lahko različne oblike: v njem lahko prepoznamo “podaljšano vlogo bolnika” (Weltz, 1968), ki je celo razvil sovražno odvisnost od sicer neuspešne, v njegove telesne težave usmerjene terapije; lahko gre za “precenjevanje simptomov (težav)” (Matheson, 1986) z namenom, vplivati na socialno okolje tako, da bi dopustilo umik iz (subjektivno dojetega) nerazrešljivega konflikta oziroma življenjskega položaja, lahko pa ima celo značaj “premišljenega, preračunanega načrta, kako najbolje izkoristiti posledice bolezni ali nezgode” (Weltz, 1968), torej značaj vedenja, pri katerem ga je mogoče razložiti tudi s konceptom “kompenzacijske nevroze”. SP torej predstavlja tak “način obvladovanja življenjskih stresov”, pri katerem “omogočata razvoj bolezni/nezgode in posledični znaki težav (simptomi) rešitev siceršnjih življenjskih problemov” (Behan, Hirshfeld, 1963).

Pri delavcih, ki izkazujejo SP, najpogosteje opažamo naslednje značilne vedenjske znake:

- na prevladujoč način so usmerjeni v svojo telesno in/ali čustveno prizadetost, ne pa v vrnitev na delo;
- želijo predvsem dokazati, da je njihova usmeritev do težav (pri delu) pravilna, ne pa toliko v to, da dela ne zmorejo, ker so preveč prizadeti;
- odklanjajo rehabilitacijsko pomoč, ker ne verjamejo, da bi jim lahko (še) koristila ali pa jo celo doživljajo kot grožnjo njihovim potrebam, in pričakujejo, da bo takšno stališče dobilo tudi rehabilitacijsko opravičilo (utemeljitev);
- prevladuje depresivno čustvovanje z značilno preokupiranostjo z manifestnimi znaki prizadetosti (poškodbo, bolečino) in nesposobnostjo oblikovati v aktivno prihodnost postavljene cilje;

- odsotnost motivacije za ozdravitev nadomešča motivacija za zagotovitev denarnega, družbenega ali duševnega nadomestila za svoje trpljenje;

- izrazito zavračanje ukvarjanja s psihološkimi implikacijami njihovega položaja.

Anamnestični podatki in vedenjska slika SP omogočajo različne predpostavke o vzrokih za manifestacijo te motnje. SP je na primer mogoče razložiti kot posledico povezave različnih dejavnikov, kot so osebne navade, družinska struktura in poseben, na zaviranju delovanja in obrambi temelječ način obvladovanja problemov, s ciljem doseči najbolj ugodno rešitev problemov ali pa ohranitev statusa quo, ki posamezniku prinaša varnost in nadzor nad položajem (Hodge, 1971).

V SP lahko vidimo tudi posebno obliko odzivanja na stresno grožnjo, ki jo predstavlja obnova delovne aktivnosti: obolenje in/ali poškodba ter posledične funkcionalne težave posamezniku omogočajo, da jih instrumentalno uporabi za posebno vedenjsko strategijo, namenjeno ureditvi posameznikovih ekonomskih in psihosocialnih problemov, tako da se odnos med njim in pričakovanji okolja uredi po načelu opravičljivega umika (Behan, Hirshfeld, 1983).

SP bi bilo mogoče uvrstiti tudi med posebna regresna (obrambna) vedenja, ki so povezana s specifično osebnostno predispozicijo (Weltz, Knight, 1968). Ta se odraža v značilni (pre)občutljivosti in negotovosti posameznikovega "jaza", ki ga sili, da se že ob manjših telesnih poškodbah ali lažjih obolenjih (de)kompenzacijsko prizadeva, da bi se ubranil pred občutkom pomanjkanja ali celo izgube nadzora nad okoljem, v katerem uveljavlja svoje potrebe. Gre torej za psihični odgovor, ki ga "teorija priučene nemoči" (Seligman, 1975) pripisuje načinu posameznikove percepcije nadzora nad stresom, ki mu je izpostavljen. V tem, s pomanjkljivostmi posameznikovega "jaza" pogojenem načinu, se odraža neravnovesje med tremi "ortogonalnimi dimenzijami nemoči" (Abramson, Seligman, 1978). V izraziti prevladi so namreč tiste dimenzije doživljanja nemoči, ki odražajo občutek lastne (osebne) neučinkovitosti, ki je trajna in se pojavlja v vseh položajih. Zaradi tega se uveljavlja depresivno čustvovanje, ki ga spremljajo mišljenske (kognitivne) in motivacijske pomanjkljivosti: posameznik, ki ga je zajel SP, je praviloma usmerjen v pričakovane negativnih rezultatov pri vseh poskusih, da bi izboljšal svoje sposobnosti za obvladovanje okolja, zato tudi ne more biti pozitivno motiviran za rehabilitacijo. Kolikor pa se odloči za rehabilitacijo, bo, skladno z "napako v pripisovanju pomena" (Langer, 1983), vsak uspeh pripisal le sebi, neuspeh pa slučaju, torej okoliščinam, na katere ne more vplivati. Zato ni pomembno, kako uspešen je v rehabilitaciji, saj se ne more nikoli dovolj "pozdraviti", da bi lahko dosegel nadzor na okoliščinami.

V luči celostnega in posebno sociosistemskega pogleda na SP kaže posebej opozoriti na potrebo, da pri njegovem vrednotenju in obravnavi upoštevamo tudi naslednje prispevajoče dejavnike:

- dejanske in neodpravljive posledice telesne in/ali čustvene prizadetosti,
- dodatne ali spremljajoče zdravstvene težave, na primer primarne čustvene motnje, alkoholna ali drugačna odvisnost;
- (negativno) stališče delavca do delodajalca in obratno;
- negotovost glede ohranitve delovnega mesta;
- pričakovanje denarne odškodnine zaradi dokazanih trajnih posledic bolezni ali poškodbe;
- predvidevanje, da se bodo denarni prejemki po vrnitvi na delo znižali oziroma, da se bo znižala že dosežena raven (denarne) varnosti;
- neuspela ali nedokončana akulturacija, ki se odraža v očitnem konfliktu vrednot;
- (pre)dolgo trajanje bolniškega staleža, ki je pripeljalo do izgube ali vsaj resne slabitve zaposlitvenih potreb.

Pri kliničnem delu z delavci, ki trpijo zaradi SP, se zastavljajo vsaj naslednji trije sklopi psiholoških vprašanj:

1. Ali obstajajo značilne osebnostne spremenljivke, ki pogojujejo takšno reakcijo? Ali je torej mogoče v zvezi s SP govoriti o "premorbidni osebnosti"? Ali so ti delavci osebe, ki so mogoče bolj "depresivne", kot je na primer ugotovil Goldberg (1980) za splošno populacijo (med 57, do 18,8 odstotka)? Ali je njihova osebnost, podobno kot osebnost tistih, ki na telesni in/ali čustveni stres reagirajo s psihosomatskimi funkcionalnimi motnjami ali obolenji, "obsesivna ali perfekcionistična", "utesnjena v čustvenem izražanju", "odvisna", "agresivna", "pretirano uslužna, negotova in občutljiva", "nezaupljiva", "pretirano predana delu in požrtvovalna"?

Študij, ki bi ta vprašanja veljavno pojasnila, še ni, vendar pa je mogoče na osnovi izkušenj zavrniti poenostavljeno predpostavko, da je pri SP mogoče prepoznati posebno osebnostno zgradbo, ne samo dinamiko. Prav tako se ni mogoče brez pomislekov pridružiti mnenju Weltza in Knighta (1968), da se SP pojavlja pri osebah s specifično preobčutljivostjo na telesne poškodbe. Pri posameznih delavcih, ki trpijo za SP, se namreč pojavljajo različne osebnostne poteze, tako da je kvečjemu mogoče govoriti o potezah "osebnosti akutnega bolnika, ki teži h kronifikaciji". Pri SP torej za sedaj ne moremo govoriti o ključnem osebnostnem vzroku za značilen psihološki odziv na bolezen, poškodbo ali položaj (pri zaposlitvi).

2. Kakšna je vloga aktualnega stresa pri pojavu SP? Ali je pri osebah, ki manifestirajo SP, prišlo do nenadne izgube zdravja in hitrega napredovanja prizadetosti? Ali so to osebe, ki spadajo v "skupino velike konfliktnosti"? Ali so to osebe, ki so obremenjene s "psihodinamičnim konfliktom"? Ali je njihovo "zdravstveno vedenje" odklonilno, ker je prišlo do sprememb v njihovem kognitivnem delovanju in so zato manj sposobne razumeti in upoštevati nasvete, se podrediti mišljenju strokovnjaške avtoritete? Ali je SP povezan s posebnim življenjskim obdobjem? Ali je SP povezan z nižjim socialnoekonomskim statusom delavca? Ali socialna podpora in tesna čustvena povezanost, ki prinaša občutek varnosti, pripadnosti in osebne vrednosti vplivata na SP? Ali je stopnja telesne prizadetosti oziroma funkcionalnih težav v korelaciji z manifestiranjem SP?

Na večino teh vprašanj bi bilo potrebno šele odgovoriti s poglobljenimi študijami. Vendar pa zapažanja ob kliničnem delu že ponujajo nekatere odgovore. Tako, na primer, se zdi, da se SP praviloma ne pojavlja pred 35 leti, torej pred "utrjevalnim obdobjem" (Super, 1957) v delovni karieri, v katerem delavec značilno teži, da bi ohranil tisto, kar je že dosegel, in zato težje sprejema spremembe, posebno tiste, ki jih doživi kot vsiljene. Prav tako se zdi, da osebe z nižjim delovnim statusom, se pravi delavci, ki opravljajo težavna, enolična in slabo nagrajena dela, bolj nagibajo ko temu, da se na telesno prizadetost odzovejo s SP. To si je mogoče razložiti s "hipotezo socialne moči", po kateri so telesno in/ali duševno šibkejši posamezniki manj sposobni ohranjovati doseženi socialni položaj, ki jim sicer služi tudi kot varovalo pred šibkostjo in izgubami. Očitno je tudi, da stopnja telesne prizadetosti ni v linearni povezavi ne z manifestno stopnjo SP ne s samim pojavom. Telesna prizadetost sama po sebi pač ne sproža nekega značilnega in splošnega psihološkega odgovora; v ta odgovor, in to velja tudi za SP, so vedno vpleteni številni osebnostni in socialni dejavniki.

3. Ali in kako je mogoče SP psihološko obravnavati?

Razumljivo je, da predstavlja obravnava SP, spričo fenomenološke razčlenjenosti in prepletenosti psihičnih mehanizmov s socialnimi dejavniki posebej težavno nalogo. Najprej je težavna že identifikacija sindroma, ki je nujna za vse nadaljnje (rehabilitacijske) ukrepe, ki naj bi odpravili ali vsaj ublažili vplive sindroma na

posameznikovo vedenje in čustvovanje. Ker oseba, ki jo je prizadel SP, ne zmore stvarnega uvida v emocionalno plat svojih telesnih težav in v dejanske socialne posledice, zavrača praviloma vsakršno obravnavo psiholoških sestavin svojega položaja, to pa je neizbežna naloga pri vsakem nudenju pomoči. Zato lahko, zlasti na začetni stopnji obravnave, zavrne ponujeno pomoč kot potencialno grožnjo njenemu "namenu" dokazati, da ji z ničimer ni mogoče vzeti njene prizadetosti. Ker je ob tem običajno vpleteno tudi to, da se v okviru običajnih izvedeniških postopkov za ugotavljanje invalidnosti, ki mu je oseba, ki trpi zaradi SP, že bila ali pa mu bo izpostavljena, povsem zanika odgovornost za delavčevo psihološko dobrobit, je odpor tako usmerjene pomoči toliko bolj razumljiv.

Sprejemanje odgovornosti za psihološko in socialno dobrobit je pri obravnavi SP torej neizbežen pogoj za vzpostavitev osnovnega delovnega odnosa s prizadetim delavcem. Kot so ugotovili Hodge (1971) in Culpan ter Taylor (1973), je v tem mogoče videti pot za zmanjšanje negativnih vplivov na delavčevo pripravljenost za ozdravitev in vrnitev na delo.

Večjo uspešnost pri obravnavi SP zagotavlja tudi njegovo čim zgodnejše prepoznavanje. Pomembno je namreč, da pride, ob neskladju med dejanskimi zdravstvenimi (telesno- funkcionalnimi) težavami in resnostjo subjektivnih pritožb, čimprej do stvarnega, osmišljajočega odziva. Na ta način lahko vplivamo na oblikovanje delavčevega mišljenja in vedenja, usmerjenega sicer v sekundarne pridobitve, ki mu jih lahko prinese stanje trajne prizadetosti. Klinična praksa kaže, da gre zdravstvena obravnava oseb s SP pogostoma povsem v nasprotno smer: vsi zdravstveni in rehabilitacijski naporji služijo poskusu dokazati, da se delavec lahko in mora pozdraviti, saj se bo s tem tudi znebil drugih težav v življenju ali si jih bo vsaj olajšal, če bo le sledil terapevtskim navodilom. Razumljivo je, da pelje tako ravnanje samo v poglobljanje sindroma.

Zato je tudi toliko težavneje delovati na naslednji stopnji obravnave, ko je potrebno obravnavati delavčevo konfliktno preokupiranost s telesnimi težavami, ki jo spremlja neposobnost oblikovati v aktivno prihodnost usmerjene cilje. Ker je ključni pogoj za uspeh obravnave SP to, da delavec spremeni svojo naravnost, se pravi, da prične verjeti, da je zanj koristneje, če se pozdravi (odpravi prizadetost) in vrne na delo, je najprej potrebno poseči v negativna mišljenja in čustvovanja o sebi. Zato je za to, še vedno uvodno stopnjo obravnave nujno, da delavca usmerjamo - tudi s pomočjo situacijskega okrepljevanja (učenja) v simuliranih delovnih pogojih in ob telesnih obremenitvah, ki jih zmore in jih postopno povečujemo - k njegovim močem in sposobnostim. Potreba po takšni dekonstrukciji negativnega mišljenja o sebi, ki se pri SP v večini primerov odraža tudi v izgubi zavestnega stika s pozitivnimi, nagrajujočimi vidiki dela, narekuje nadalje tudi poskus obnove in/ali oblikovanja jasne zavesti o povezanosti, torej neprekinjenosti preteklih in sedanjih sposobnosti (za delo) s pomočjo svetovanja. Ta zavest, ki pomeni rekonceptualizacijo predstave o lastni prizadetosti s pomočjo izboljšanja percepcije samoučinkovitosti, je pogoj za obnovo doživetja o sprejemljivosti in dosegljivosti zaposlitvenega cilja; šele ko se je pri delavcu ta zavest zadovoljivo obnovila, ostane sposoben udeleževanja v vseh dnevnih aktivnostih, kar mu pomaga obnoviti občutek obvladovanja težav in ohranjanja lastne dobrobiti.

Razumljivo je seveda, da rekonceptualizacija mišljenja o lastni sposobnosti ni mogoča, če se pustimo povleči v razpravljanje in dokazovanje stopnje in upravičenosti zdravstvenih težav. Na vsiljevanje takšne, za sindrom značilne teme se kaže odzvati s svetovanjem, usmerjenim v delavčevo življenjsko prilagoditev. To svetovanje temelji na analizi in usmerjanju njegovih dnevnih aktivnosti s ciljem doseči

boljše splošno delavčevo počutje, posebej pa občutek obvladovanja položaj. V oporo takšnemu svetovanju je tudi vključitev delavca v programe relaksacije in/ali vaj za krepitev zdravja.

Posebne pomena je tudi postavljanje postopno dosegljivih ciljev na zaposlitvenem področju, ki jih podpremo z zaposlitvenimi vzpodbudami, to je koristmi, ki so delavcu dosegljive, če ponovno ozdravi, in presegajo tiste, ki mu jih prinaša prizadetost. Zato je nujno potrebno poznati in upoštevati delavčevo delovno zgodovino, posebno pa odnos med njim in delodajalcem. Ča ta odnos prinaša delavcu občutek varnosti, je pri premagovanju negativnih čustvenih in mišljskih odzivov na prizadetost mogoče lažje uporabiti (kognitivno) strategijo. S to strategijo poskušamo vplivati na delavčevo mišljenje in čustvovanje s pomočjo njegove identifikacije s cilji podjetja (delodajalca) in z njegovimi delovno-organizacijskimi in varstveno-varnostnimi ukrepi.

Po uvodni stopnji preide obravnava SP na stopnjo utrjevanja. Na tej stopnji si prizadevamo s pomočjo "domačih nalog", to je z usmerjanjem pozornosti in izvajanjem nalog izven obravnave, izboljšati obvladovalno vedenje in utrditi pozitivne izkušnje, ki jih delavcu prinaša njegovo prizadevanje za obnovo delovne aktivnosti. Nadaljevati kaže tudi z vajami iz relaksacije, posebno tistimi, ki so usmerjene v sproščanje mišic in uravnavanje dihanja.

Končni cilj je pri obravnavi SP dosežen, ko postane delavec sposoben oceniti svoj stvarni položaj, v katerem se je znašel zaradi upada ali izgube sposobnosti, kot izziv, ki se ga je uspešno lotil s smiselno uporabo obeh obvladovalnih strategij. S spremembo mišljenja o sebi in svoji prizadetosti je pričel ravnati na način, s katerim želi obvladovati med svojimi sposobnosti in potrebami ter zahtevami delovnega, pa tudi splošnega okolja; z boljšim obvladovanjem tega odnosa pa je postal tudi bolj sposoben obvladovanja svojih intrapsihičnih procesov in čustev. Moč "priučene nemoči" (Seligman, 1975), ki deluje pri SP, se tako zmanjša ali celo izgine, saj je delavcu uspelo obnoviti nadzor nad stresom, ki mu ga je prinesla njegova prizadetost, in psihološkim odgovorom nanj.

Če povzamemo: obravnava SP zahteva kombiniran pristop, ki temelji na kognitivno-vedenjskih tehnikah, podprtih s suportivnim svetovanjem, vajami za izboljšanje obvladovanja telesa (za "telesno zdravje") in intervencijami v delavčevem delovnem položaju. Uspeh take obravnave je vsaj toliko, če ne bolj, odvisen od kronifikacije sindroma, to je od trajanja SP, in od tega, koliko dejanske razmere pri vračanju na delo ne vsiljujejo prevladujoča negativna pričakovanja o smiselnosti prizadevanj za obnovo delovne aktivnosti.

LITERATURA

Hauson-Mayer, T.P. (1984) The Worker's Disability Syndrome, *Journal of Rehabilitation*, 50,3, 50-54

Culpan R. & Taylor C. (1973) Disorders following road traffic and industrial injuries *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, z 32-39

Hodge R. (1971) The whiplash neurosis, *Psychomatics*, 12, 245-249

Weltz, W.K.R. (1968) Traumatic neurosis and Compensation neurosis, *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, 8, 3-15

Seligman, M.E.P. (1975) Helplessness: On Depression, Development and Death. San Francisco. W. H. Freeman

- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980) *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*, London, New York, Tavistock Publications
- Abramsom, L.Y., Seligman, M.E.P. (1978): Learned helplessness in humans: Critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Langer, E. J. (1983) *The Psychology of Control*. SageBehan, R.C. & Hirshfeld, A. M. (1963) The accident process. *Jornal of American Medical Assosiation*, 196, 193-199
- Matheson, L.N. (1986) *Work Capacity Evaluation*, ERIC
- Lazarus, R.S. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York,: McGraw-Hill
- Super, D. E. et al. (1957) *Vocational development: A framework for research*, New York: Teachers College, Columbia University, 40-44

POVZETEK

Pomemben, nenadomestljiv identifikacijski vir pri spoznavanju nadarjenih učencev predstavljajo ocene, sodbe, nominacije učencev (Peernomination). Šošolci so v skladu s sodobno RENZULLIJEVO koncepcijo nadarjenosti pogosteje v situaciji, da celoviteje spoznavajo nadarjene učence. Zlasti so to šolsko nestandardne okoliščine, ki so učitelju težje ali pa sploh nedostopne.

Naša deskriptivna raziskava o nominaciji učencev analizira namene tega opazovanja. Prilagamo ocenjevalno lestvico za učencevo identifikacijo nadarjenih učencev za aplikacijo v šolski praksi in principe ravnanja učiteljev pri tem. V okviru tega je središčna učiteljeva vloga seznanjanja in usposabljanja učencev za identificiranje nadarjenih učencev.

S to raziskavo zapolnujemo nenadomestljivo vrzel v celoviti, procesni in prirodni identifikaciji nadarjenih učencev, tako pri nas kot v svetu.

ABSTRACT

PUPILS IDENTIFY GIFTED PUPILS

The identification of gifted children could be in an important and unreplacable way represented by means of observations, estimations and opinions, nominations of the pupils (Peernominations).

Schoolfellows are according to the modern RENZULLI conception of gifted much often in the situation, in which they identify gifted children more totally and efficiently. These are especially non-standard school situations, that aren't accessible to teachers.

Our descriptive research about peernominations analyses the intentions and views of these observation. The observation scale for children (for application in school practice) and the principles of teachers treatment are enclosed. The teachers part of introduction and childrens qualification is also very emphasized by identification of

