



УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ – СКОПЈЕ

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ИНСТИТУТ ЗА СПЕЦИЈАЛНА ЕДУКАЦИЈА И  
РЕХАБИЛИТАЦИЈА

-ПОСТДИПЛОМСКИ СТУДИИ ПО СПЕЦИФИЧНИ ТЕШКОТИИ ВО  
УЧЕЊЕТО-



- МАГИСТЕРСКИ ТРУД -

**Тема:**

**АНКСИОЗНОСТ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ СО ТЕШКОТИИ ВО УЧЕЊЕТО**

Ментор: проф. д-р Горан Ајдински

Кандидат: Александра Јаковчевска

Посветено на непоколебливиот дух на  
мојот сакан татко **Живко Калемциевски**,  
чија безгранична љубов,  
мудрост и непопустлива поддршка продолжуваат  
да го осветлуваат мојот пат, дури и во негово отсуство.

## Содржина:

Вовед.....	4
I Теоретски пристап кон истражување на проблемот .....	7
1. Дефинирање на проблемот.....	7
1.1. Видови на анксиозност .....	9
2. Поврзаност на менталното здравје и попреченоста .....	14
2.1. Ментално здравје кај ученици со оштетен вид .....	15
2.2. Ментално здравје кај ученици со оштетен слух .....	20
2.3. Ментално здравје кај ученици со моторни нарушувања .....	25
2.4. Ментално здравје кај ученици со специфични тешкотии во учењето .....	28
II Методологија на истражувањето .....	33
1. Предмет на истражување .....	33
2. Цели на истражувањето.....	33
3. Задачи на истражувањето: .....	34
4. Хипотези .....	34
5. Променливи: .....	35
6. Методи, техники и инструменти: .....	35
7. Примерок и популација: .....	37
8. Статистичка обработка на податоците: .....	37
III Резултати од истражувањето .....	38
IV Верификација на хипотези и дискусија на резултати .....	61
V Заклучок .....	71
Користена литература: .....	79
Прилог.....	84

## Вовед

Ако животот во пандемијата не научи на нешто, тоа е колку скапоцено и крвко е нашето здравје. Но, за лицата кои живеат со некој вид попреченост, не им беше потребна пандемијата КОВИД-19 за да ја научат оваа лекција.

Менталното и физичкото здравје се неразделно поврзани. Според СЗО (Светска здравствена организаиција) нема здравје без ментално здравје – менталното здравје не треба да биде игнорирано или одречено. Во ситуација кога животите на луѓето се нарушени, изолирани и буквално превртени, треба да превенираме оваа пандемија негативно да се одрази на менталното здравје.

Без разлика за кој вид на состојба станува збор, живеењето со попреченост ги менува животните искуства. Но сепак возможно е да се акомодираат животните искуства во едно здраво искуство за себе. Овој пат започнува преку разбирање на врската меѓу попреченоста и менталното здравје.

Всушност, проблемите во ментално здравје кај лицата и учениците со попреченост често потекнуваат од социјалните ограничувања со кои тие се соочуваат, а кои се наметнати од општеството. Истражувањата покажуваат дека лицата со попреченост се сретнуваат со огромни пречки во нивното социјално функционирање што немаат никаква или имаат многу мала поврзаност со нивната состојба. Ова вклучува бариери кои се и структурни и идеолошки, од ограничен пристап во јавниот превоз па се до флексибилни работни опции за лицата на кои тоа им е потребно. Лицата со видливи пречки, укажуваат дека често искусуваат различни форми на дискриминацијата кога се во јавност. На работното место пак, заблудата дека на едно лице со попреченост му се потребни скапи акомодации при работењето, или пак размислувањето дека едно лице со попреченост не може да биде онолку продуктивно или сигурно како вработено лице без попреченост, придонесува кон појавата на диспропорционално повисоки стапки на невработеност меѓу лицата со попреченост. Покрај тоа, лицата со попреченост може да се соочат со предизвици во пристапот до соодветна грижа за менталното здравје. Ова може да се должи на физички бариери, тешкотии во комуникацијата или ограничена достапност на специјализирани

услуги. Во некои случаи, давателите на здравствени услуги можеби не се соодветно обучени за да се справат со специфичните потреби за ментално здравје на лицата со попреченост.

Сето ова се сведува на една социјална структура која ја оневозможува целосната партиципација на лицата со попреченост во сите сегменти на општественото живеење. Физичките бариери и сеприсутното стереотипизирање често ги одделуваат лицата со попреченост од останатиот дел од општеството, ги ограничуваат нивните избори, можности и вклучување и на крајот водат кон зголемен ризик од проблеми со менталното здравје.

Постои значајна поврзаност меѓу попреченоста и менталното здравје но оваа врска е многу покомплексна од она што се гледа на прв поглед. Секоја личност е различна, но лицата со попреченост или со потешкотии во учењето може да се посебно ранливи на некои негативни животни настани и можеби немаат механизми да се справат со нив. Акумулирањето на негативни животни настани во текот на животот резултира со повисоки нивоа на стрес и зголемен ризик за развивање на проблеми со менталното здравје. Ова може да резултира со промени во однесувањето како вознемиреност и иритабилност.

Постојат различни фактори кои можат да придонесат кон проблеми во менталното здравје:

- Биолошки фактори – болката, проблеми со физичкото здравје и земањето на различни видови медикаменти може да придонесат кон проблеми и кај менталното здравје.
- Негативни животни настани – за лицата со тешкотии во учењето или попреченост има поголема веројатност да искушат депривација, сиромаштија, злоупотреба или други негативни животни настани рано во животот.
- Помалку ресурси – недостиг од социјална поддршка и редуцирани вештини за справување се асоцирани со депресија и анксиозност кај лицата со попреченост во учењето.
- Ставовите на другите луѓе – Лицата со попреченост може да ги интернализираат стигмата и дискриминацијата што може да резултира со психолошка вознемиреност.

Позитивната страна на денешницата е тоа дека постои се поголемо признавање на важноста на холистичката грижа за лицата со попреченост, која вклучува решавање на нивните потреби за ментално здравје заедно со нивните физички или когнитивни оштетувања. Ова вклучува развој на инклузивни и достапни услуги за ментално здравје.

Најважно и од клучно значење е да се признае дека менталното здравје и попреченоста се меѓусебно поврзани аспекти на целокупната благосостојба на поединецот. Напорите за унапредување на менталното здравје кај оваа популација треба да се приспособат за да се решат нивните уникатни потреби, осигурувајќи дека тие ја добиваат сеопфатната грижа и поддршка што им е потребна.

## I Теоретски пристап кон истражување на проблемот

### 1. Дефинирање на проблемот

Анксиозноста е дефинирана како „состојба на интензивно стравување, несигурност и страв кои произлегуваат од исчекување на заканувачки настан или ситуација, често до степен до кој нормалното физичко и психолошко функционирање е нарушено“ (American Heritage Medical, 2007, стр. 38). Американската психијатриска асоцијација (АПА) тврди дека секое од анксиозните нарушувања има карактеристики на страв.

„Стравот е емоционален одговор на реална или перципирана закана, додека анксиозноста е исчекување на идна закана“ (АПА, 2013, стр.189). Физиолошките симптоми вклучуваат: мускулна напнатост, палпитации на срцето, потење, вртоглавица или отежнато дишење. Емоционалните симптоми вклучуваат: немир, чувство на претстојна пропаст, страв од умирање, страв од срам или понижување или страв од нешто страшно да се случи.

Секоја година, анксиозните нарушувања влијаат на приближно 18%, или 40 милиони, возрасни во Соединетите Држави (NIMH, 2013). Нарушување на анксиозноста има преваленца од приближно 30% (Kessler et al., 2005). Скоро 50% од лицата на кои им е дијагностицирано анксиозно растројство, исто така, ги исполнуваат критериумите за депресивно растројство (Batelaan, De Graaaf, Van Balkom, Vollebergh, & Beekman, 2012).

Анксиозноста е неконтролирана, дифузна, непријатна и постојана состојба на негативен афект, која се карактеризира со страшно исчекување за непредвидлива и неизбежна идна опасност и придружена со физиолошки симптоми на напнатост и постојана состојба на зголемена будност (Barlow, 2002).

Анксиозноста е рангирана меѓу најчестите категории на ментално растројство пријавени во големи епидемиолошки студии во рамките на општата популација (Robins & Regier, 1991). Во примарната здравствена заштита, анксиозноста и депресијата сочинуваат 80% од консултациите за проблеми со менталното здравје (Cooper, 1972). Коморбидитетот е исто така значаен проблем: околу 75% од лицата со анксиозно растројство ги исполнуваат

критериумите за барем едно коморбидно психијатриско нарушување (Kessler, McGonagle & Zhao Kessler et al, 1994). Анксиозните растројства се меѓу најчестите психолошки грижи на детството и адолесценцијата (Cartwright-Hatton et al., 2004). Додека когнитивно-бихејвиоралната терапија е воспоставена како ефикасен третман, само мал дел од децата со анксиозни нарушувања добиваат помош од менталното здравје професионалци (Essau et al., 2000). Во последните години се зголемува интересот за користење на интернетот како механизам за давање психолошки услуги.

Лицата со тешкотии во учењето сочинуваат 5-9% од општата популација. Во оваа магистерска теза, терминологијата под адолесценти со тешкотии во учењето опфатени се лицата со оштетен вид, оштетен слух како и лицата со специфични тешкотии во учењето (односно адолесценти со дислексија). Лицата со тешкотии во учењето се хетерогена, психосоцијално обесправена и ранлива група со релативно повисока преваленца на ментални нарушувања (Borthwick-Duffy, 1994). И покрај тешкотиите во дијагнозата и класификацијата на психијатриските болести кај оваа популација (Fryers, 1997) постојат многу докази дека анксиозните нарушувања навистина се појавуваат (McNally, Ascher, Michelson, 1987) и се пријавени дека се најмалку исто толку вообичаени како и кај општата популација, ако не и повеќе (King, DeAntonio and McCracken King et al, 1994; Deb, Thomas and Bright Deb et al, 2001).

Анксиозноста е универзално човечко искуство. Тоа е вознемирувачка емоција, која се состои од психолошки и соматски манифестации и хипервозбуда. Тоа е често придружено со различни реакции на однесување (Hoen-Saric, Borkovec, Nemiah and Gabbard Hoen-Saric et al, 1995). На оптимални нивоа, тоа е нормално, мотивирачко и заштитно, помага во справувањето со неволјите (the Yerkes–Dodson law; Reference Yerkes and Dodson Yerkes & Dodson, 1906). Анксиозноста се разликува од стравот, бидејќи стравот е фокусиран и директен одговор на одреден настан или предмет за кој личноста е свесно свесна. DSM-IV-TR ја дефинира анксиозноста како:

„заstraшувачко исчекување на идна опасност или несреќа придружено со чувство на дисфорија или соматски симптоми на напнатост. Фокусот на очекуваната опасност може да биде надворешен или внатрешен“ (Американско психијатриско здружение, 2000).



## 1.1. Видови на анксиозност

### Сепарациона анксиозност

Сепарационата анксиозност беше преместена од нарушувањата кои обично за првпат се дијагностицираат во раното детство, детството или адолесценцијата (DSM-IV-TR) во поглавјето за анксиозни нарушувања. Условот за возраст на почеток („пред 18-годишна возраст“) беше отфрлен, со што се овозможува дијагноза на растројство на анксиозно одвојување кај возрасни (Mohr & Schneider, 2013). За да се дефинира нешто како сепарациона анксиозност потребно е времетраење од најмалку шест месеци кај возрасни; најмалку еден месец кај децата. Стапките на преваленца се следните: деца (4%); адолесценти, (1,6%); и возрасни, (0,9% до 1,9%). Анксиозното растројство на одвојување е најзастапеното анксиозно растројство кај децата, при што девојчињата се поподложни од момчињата. Функционалноста во училиштето, работата или социјалните услови често е нарушена (АПА, 2013).

### Селективен мутизам

Селективен мутизам е доброволно одбивање да се зборува и обично се случува надвор од домот или потесното семејство. Ова е нова дијагноза во поглавјето за анксиозни нарушувања на DSM-5, поради реструктурирањето на поглавјата и отстранувањето на нарушувањата што вообичаено први се дијагностицираат во раното детство, детството или адолесценцијата (АПА, 2013).

Селективниот мутизам е одбивање вербална комуникација надвор од домот или со други луѓе освен потесното семејство/негувателите. Децата со селективен мутизам понекогаш ќе комуницираат со невербални зборови, како што се кимнувањето со главата или грофтањето, и овие деца обично немаат јазичен дефицит. Селективниот мутизам обично наликува на возраст на почеток под 5 години и често за прв пат се забележува во училишните средини (АПА, 2013).

### Специфични фобии

Специфични фобии се состојби кои предизвикуваат страв или анксиозност во однос на некоја ситуацијата. Ова се нарекува „фобичен стимул“ (АРА, 2013). Овој страв или вознемиреност се засилува кога има вистинска закана од предметот или ситуацијата (т.е. веројатноста да се заглави лицето во лифт).

Специфичните фобии првпат се регистрирани во DSM- III-R и имаат преваленца во текот на животот од 9,4% до 12,5% (Marques et al., 2011). Специфичните фобии може да се развијат по трауматски настани. Поединците со специфична фобија ќе имаат ситуација на фобија секојпат кога ќе бидат изложени на стимулот. Стравот или вознемиреноста се случуваат секогаш кога се појавува стимулот и може да вклучуваат симптоми на напад на паника. Просечната возраст на отпочнување на специфична фобија е 13 години (АРА, 2013).

Приближно 75% од поединците на кои им е дијагностицирана специфична фобија се плашат од повеќе од еден предмет. Кога тоа ќе се случи, има повеќе од една можност:

- 300.29 (F40,228) Животно
- 300.29 (F40.228) Природна средина
- 300.29 (F40,23x) Повреда со инјектирање на крв
- F40.230 Страв од крв
- F40.231 Страв од инјекции и трансфузии
- F40.232 Страв од друга медицинска нега
- F40.233 Страв од повреда
- 300.29 (F40. 248) Ситуациски (на пр. авиони, лифтови, затворени простори)

- 300.29 (F40.298) Друго (ситуации кои можат да доведат до гушење или повраќање; кај деца, на пр., гласни звуци или костимирани ликови).

### Нарушување со социјална анксиозност (социјална фобија/социјално анксиозно растројство)

Социјалната фобија првично беше класифицирана како ментално растројство во DSM-III и беше преименувана во Социјално анксиозно растројство во DSM-5. Тоа е едно од најчестите ментални нарушувања со стапка на доживотна преваленца малку поголема од 10%. Често се гледа поврзана со големи депресивни нарушувања, други анксиозни нарушувања и нарушувања на употребата на различни супстанции (АПА, 2013).

Поединците со ова нарушување често се плашат од негативна евалуација (на пр., да бидат понижени, засрамени или отфрлени) од други (или непознати или познати) во ситуации на изведба, интеракција или набљудување. Додаден е спецификатор „само за јавен настап“ за ова нарушување во DSM-5 и вклучува минимално времетраење од 6 месеци. Децата, адолесцентите и возрасните сега подлежат на истите критериуми за времетраење, а критериумот за увид кај возрасните е отфрлен (Mohr & Schneider, 2013). Спецификаторот за јавен настап е даден ако анксиозноста се јавува при зборување или изведување во јавност.

Поединците на кои им е дијагностициран спецификаторот за јавен настап се главно оштетени во однос на нивните професионални средини. Тие, исто така, може да покажат тешкотии во училишни ситуации каде што јавното говорење е услов.

## Панично нарушување

Паничното растројство е дефинирано како повторливи, неочекувани напади на паника и првично беше класифицирано во DSM-III. Постои средна возраст на почеток која се движи од 20 до 24 години со мал процент на лица кои првпат биле дијагностицирани во детството. Паничното растројство обично не се забележува за прв пат кај лица постари од 45 години.

Постои годишна стапка на преваленца во САД од 2,1% до 2,8%; ова е една од највисоките стапки на преваленца во светот (Marques et al., 2011). Суштинските карактеристики на паничното растројство се: постојан страв или загриженост од несоодветни одговори на страв со повторливи и неочекувани напади на паника вклучувајќи физиолошки промени како што се забрзан пулс, потење, вртоглавица, треперење и болка во градите.

Паничното растројство има физички и когнитивни симптоми и вклучува бројни, неочекувани напади на паника (иако е важно да се забележи дека индивидуите со панично растројство може да очекуваат и напади на паника).

Вообичаени диференцијални дијагнози за панично растројство се:

- друго одредено или неодредено анксиозно растројство;
- анксиозно растројство поради друга медицинска состојба;
- анксиозно растројство индуцирано од супстанција/лекови; и
- други ментални нарушувања со напади на паника како поврзана карактеристика.

Болеста анксиозно растројство, порано позната како хипохондријаза, често споделува карактеристики со и/или е коморбидно со панично растројство (Starcević, 2013).

### Агорафобија

Агорафобијата е ново шифрирано нарушување во DSM-5 и претставува интензивен страв што произлегува од реална или замислена изложеност на широк опсег на ситуации. Постои 1,7% преваленца за дијагноза на агорафобија кај адолесценти до средовечни возрасни. Агорафобијата предизвикува умерено до тешко оштетување во функционирањето кај над 33% од поединците на кои им е дијагностицирана агорафобија ограничена во домашни средини (АПА, 2013).

Агорафобијата претставува страв од ситуации каде што е тешко да се избега од лошите работи. Овој одговор се случува речиси секој пат кога поединецот е изложен на ситуацијата или настанот (не е агорафобија ако одговорот се јавува само дел од времето). Избегнувањето на настанот или ситуацијата, исто така, мора да биде присутно и може да вклучува когнитивни или бихејвиорални аспекти (АПА, 2013).

Акутното стресно растројство и посттрауматското стресно растројство може да се разликуваат од агорафобијата со тоа што избегнувањето се случува само од ситуации кои предизвикуваат сеќавање на трауматскиот настан – како што е возење или возење во автомобил по сообраќајна несреќа (АПА, 2013).

### Генерализирано анксиозно нарушување

Генерализирано анксиозно нарушување (ГАН), кое постои од DSM-III е едно од најчестите од сите ментални нарушувања со годишна стапка на преваленца од 2,9% кај возрасните во САД. Прекумерната грижа или вознемиреност за голем број настани е клучната карактеристика на ГАН со искусување на анксиозноста или грижата во несогласување со вистинскиот или очекуваниот настан. Иако DSM-5 Task Force предложи промени во ГАН кои би резултирале со намален дијагностички праг, ова нарушување останува главно непроменето од DSM-IV-TR.

Суштинските карактеристики вклучуваат вознемиреност или загриженост што се случува низ голем број поставки и повеќе денови од најмалку шест месеци.

Поединецот доживува најмалку три карактеристични симптоми, вклучувајќи:

- немир или чувство на затегнатост;
- лесно се заморува;
- тешкотии со концентрирање или празнење на умот;
- раздразливост;
- мускулна напнатост; и
- нарушување на спиењето (APA, 2013).

Многу од анксиозните нарушувања наведени во ова поглавје заедно со опсесивно-компулсивно растројство, посттравматско стресно нарушување, нарушувања на приспособување, депресивни нарушувања и психотични нарушувања поседуваат слични карактеристики на ГАН.

## 2. Поврзаност на менталното здравје и попреченоста

Конвенција за Обединетите Нации за правата на детето, во член 24 вели: Здравјето е основа за добра квалитет на живот, а менталното здравје има најголема важност во ова. Во општата популација, приближно 20% од сите деца, секоја година имаат тешкотија во менталното здравје. Едно од 10 деца од сите деца и млади луѓе на меѓу возраст меѓу 5 и 16 години имаат вакви тешкотии кои може да вклучуваат анксиозност, депресија, нарушување во однесувањето или емоционално нарушување.

Една студија во Велика Британија покажува дека 54% од лицата со попреченост во учењето имаат проблем со менталното здравје. Децата со тешкотии во учењето имаат четири пати поголема веројатност да имаат проблем во ментално здравје во однос на децата без тешкотии во учењето.

Да се запрашаме... Како се чувствува еден ученик со АСД кој доаѓа во дворот на своето училиште, со желба да се приклучи кон игрите на своите врсници, но не ги разбира правилата на играта. Какво влијание има тоа врз неговата самодоверба? Или еден ученик со

повеќекратна попреченост кој има потреба од друго лица за извршување на секојдневните обврски... како тоа влијае врз неговата слика за себе? Или како се чувствува еден умен ученик со церебрална парализа во средно училиште на кој наставникот ќе му каже, ајде сега земете ги пенкалата и пишувајте на таа и таа тема...како тоа влијае врз самопочитта на еден ученик?

Јасно е дека менталното здравје и емоционалната благосостојба кај младите луѓе е под ризик. Ако го свртиме вниманието кон учениците и младите лица со попреченост (како лицата со аутизам, АДХД, младите со комплексни тешкотии во учењето или со повеќекратна попреченост), наодите се уште позагрижувачки. Секое училиште и секој наставник игра витална улога во промоцијата на емоционалната благосостојба на младите ученици.

Подоброто разбирање на перцепцијата и управувањето со емоциите на оние со високо емоционална интелигенција може да спречат појава на неадаптивни емоционални состојби поврзани со нарушувањата како промена во расположението и анксиозност (Шурбановска, Киткањ, Митроска, 2017).

## 2.1. Менталното здравје кај ученици со оштетен вид

Слепилото се дефинира како „отсуство или губење на визуелната способност или перцепција на визуелниот стимул“ (Andrews & Shirley, 2005; Светска здравствена организација, 2004). Денес, постојат значителни податоци за причините, распространетоста и дистрибуцијата на слепилото и оштетувањето на видот (Gilbert et al.,1998). Утврдено е дека преваленцата на оштетување на видот кај децата под 16 години е 10-22/10000 во развиените земји додека стапката е 30-40/10000 во земјите во развој (Gilbert et al., 1998; Nyong'o & Del Monte, 2008).

Односите со врсниците добиваат важност во адолесценцијата. Групните пријателства стануваат важни, нивото на контакт со спротивниот пол се зголемува и развојот на сексуалниот идентитет е завршен. Се развива когнитивниот капацитет, конкретното размислување се заменува со апстрактно размислување и се воспоставува сповствениот

вредносниот систем. Понатаму, во овој период се случуваат телесни промени. Зголемување на висината, зголемување на телесната тежина и развој на секундарни сексуални карактеристики, заедно со формирањето на возрасни сексуални карактеристики, се случуваат во овој период (Archibald et al., 2006). Адолесцентите се во ситуација да научат да користат новостекнати когнитивни способности и врски со цел да се направи премин од зависност на детството кон автономија на зрелоста.

Тешкотиите искусени во овој критичен период имаат значително влијание врз психологијата на адолесцентот. Преваленцијата на депресивно растројство значително се зголемува во споредба со онаа што се јавува во претходните развојни фази. Точка на преваленца на депресивно растројство е пријавена дека е 1-2% кај децата; 3-8% кај адолесцентите и 20% во последователните студии спроведени во текот на адолесценцијата. Преваленцата на депресивно растројство е пријавена дека е три пати поголема кај адолесцентните девојчиња отколку кај адолесцентните момчиња (Costello et al., 2003; Lewinsohn et al., 1998; Reinherz et al., 1993).

Адолесцентот со оштетен вид треба да се справи со тешкотиите на неговото/нејзиното физичко оштетување, како и со специфичните тешкотии во адолесценцијата. Многу студии известуваат дека индивидуите со оштетен вид доживуваат сериозни психолошки проблеми и проблеми во однесувањето конкретно за време на адолесценцијата. Вонг и сор. (2009) го истражувале влијанието на оштетувањето на видот врз квалитетот на животот во студија на 1249 адолесценти на возраст меѓу 11 и 18 години и покажале дека нивоата на психосоцијална и училишна функционалност се значително пониски кај адолесцентите со оштетен вид отколку кај оние без оштетен вид, додека нивото на општиот квалитет на живот е сличен кај двете групи. Во една студија спроведена на 86 деца и адолесценти со целосно или делумно оштетување на видот, Јан и сор. (1977) објавија дека 57% од децата и адолесцентите со оштетен вид имаат психијатриски нарушувања, вклучувајќи дијагнози на нарушување на приспособувањето, нарушување на однесувањето и растројство на личноста. Студијата покажа дека една третина од учесниците со оштетен вид, исто така, страдале од интелектуална попреченост и развојни нарушувања.



Во овој развоен период било објавено дека децата со оштетен вид имаат ограничен израз на лицето и пониски нивоа на одговор на стимули во споредба со нивните врстници (Dorn, 1993). Дорн објавил дека социјалната насмевка е одложена кај децата со оштетен вид. Истражувачите нагласија дека социјалната насмевка и контактот со очите се многу важни за психосоцијалниот развој на поединецот (Ahrens, 1954; Rheingold, 1961; Spitz, 1946; Wolf 1963).

Huurte и Aro (1998) споредиле 54 адолесценти со оштетен вид со лица со зачуван вид и објавиле дека нема значајна разлика помеѓу двете групи во однос на зачестеноста на депресијата. Истражувачите објавија дека лицата со оштетен вид имале помалку пријатели, посетувале помалку социјални активности и тие сугерирале дека ограничената социјална активност на лицата со оштетен вид може да биде поврзана со негативните ставови на другите луѓе кон физичките попречености или дека лицата со попреченост може да доживеат изолација како резултат на чувството поинаку поради нивното оштетување.

Покрај тоа, тие сугерирале дека функционалните тешкотии како што се ориентацијата и проблемите со мобилноста, исто така, може да придонесат за ограничувања во општествениот живот.

Во литературата, постои недостиг на студии за психолошките карактеристики на децата и адолесцентите со оштетен вид. Според нашите сознанија, имало и многу ограничени студии на оваа тема во Турција. Постојат студии кои известуваат дека преваленцата на психопатологија кај луѓето со оштетен вид е повисока отколку кај општата популација, како и студии кои не известуваат за разлика помеѓу оние со оштетен вид и општата популација.

Постојат студии кои известуваат за нивоа на депресија (Huurte & Aro, 1998) и квалитет на живот (Wong et al., 2009) кај децата и адолесцентите со оштетен вид слични на нивните врстници со вид, како и студии кои известуваат за зголемување на психопатологијата кај децата со оштетен вид и адолесценти (Jan et al., 1977).

Адолесценцијата е тежок период и за здрави индивидуи. Во овој период, поединецот треба да се соочи со значителни физички, психолошки и социјални промени. Овие промени имаат значително влијание врз психолошката состојба на адолесцентот. Може да се каже дека

тешкотиите што ги доживува адолесцентот во овој период се неопходни за формирање на независност и развој на способности за решавање проблеми потребни за справување со идните проблеми. Последователните студии спроведени за време на адолесценцијата покажаа дека преваленцата на депресивно растројство кај адолесцентите е 20% (Costello et al. 2003, Lewinsohn et al. 1998, Reinherz et al. 1993). Депресивните карактеристики се забележани за време на нормалниот развој на многу адолесценти. Адолесцентниот период на лицата со оштетен вид содржи значителни разлики од оној на поединците со зачуван вид. Беше објавено дека адолесцентите со оштетен вид имаат помалку пријатели и имаат помала веројатност да учествуваат во социјални активности отколку нивните врсници кои гледаат (Hurre & Aro 1998). Адолесцентите може да поминат низ депресивен период како резултат на проблеми во социјалниот живот со пријателите и во емотивните и сексуалните односи со спротивниот пол.

Дополнително, адолесценцијата може да доведе до проблеми помеѓу здравиот адолесцент и неговото/нејзиното семејство. Адолесцентите обично се расправаат со своите семејства во врска со нивната автономија и тоа може да влијае на нивната емоционална состојба или да доведе до проблеми со екстернализација. МекАнарни (1985) изјави дека адолесцентите со оштетен вид генерално имаат тешкотии да бидат далеку од нивните семејства. Авторот сугерира дека ова може да биде резултат на физичката несоодветност и зависноста на лицето со оштетен вид од неговото/нејзиното семејство, заедно со неодобрувањето на семејството за одвојувањето на поединецот со посебни потреби. Накратко, поради нивните социјални ограничувања и зависност од нивните семејства, адолесцентите со оштетен вид можеби нема да ги искушат психолошките нестабилности во адолесценцијата што може да се сметаат за нормални. Овие разлики може да создадат ситуација во која психосоцијалните недостатоци создадени од оштетувањето на видот можеби нема да имаат негативно влијание врз нивните нивоа на депресија.

Кога адолесцентите со оштетен вид и со нормален вид беа споредени на скалата за самоконцептуализација на децата на Пирс-Харис, немаше значителна разлика во однос на вкупните резултати. Иако немаше значајна разлика помеѓу две групи за потскалата на среќа, анксиозност, однесување и приспособување, популарност и физички изглед, интелектуална и образовна ситуација, потскалата на адолесцентите со оштетен вид беше значително

повисока од онаа на адолесценти кои немаат тешкотии со гледањето. Имаше две студии спроведени во Турција за карактеристиките на самоконцептуализацијата на адолесцентите со оштетен вид. Бацакоглу (Basakoglu, 1996) спроведе студија со 30 адолесценти со оштетен вид и 30 адолесценти со вид на возраст од 14-18 години и не најде значајна разлика помеѓу групите во однос на карактеристиките на самоконцептуализацијата. Бијикли (Bişikly, 1989) процени 38 лица со оштетен вид, 33 со оштетен слух, 34 лица со моторни нарушувања и 37 здрави адолесценти кои ја користеле скалата за самоконцептуализација за деца на Пирс Харис и пријавил дека адолесцентите со оштетен вид имаат слични карактеристики на самоконцептуализација како и другите групи, освен оние со оштетен слух. Резултатите за самоконцептуализација на адолесцентите со оштетен слух биле значително пониски. Резултатите од овие две студии спроведени на адолесценти со оштетен вид се конзистентни со резултатите од оваа студија спроведена на адолесценти со вродено оштетување на видот.

Учесниците со вродено оштетување на видот може да се прилагодат на нивната попреченост без значајни влијанија врз нивната самоконцептуализација. Дополнително, адолесценцијата е период во кој физичкиот изглед добива на важност, а адолесцентот се фокусира на неговото/нејзиното тело (Parman, 2000) и физичките карактеристики на поединецот може да имаат ефект врз вредноста што му/ѝ се дава во општествениот живот. Беше објавено дека телесните промени што се случуваат за време на адолесценцијата доведуваат до чувства како непријатност, тага и вознемиреност кај адолесцентите со нормален вид, додека адолесцентите со оштетен вид немаат такви чувства (Sakmak, 2006). Може да има разлики во самооценувањето помеѓу адолесцентите кои се загрижени за својот физички изглед и поминуваат долго време пред огледалото и оние со оштетен вид, кои не се свесни за својот физички изглед од раѓање па наваму, и кои не можат да ги видат промените што ги предизвикува адолесценцијата.

Покрај тоа, адолесцентите со вродени целосни оштетувања на видот посетуваат училишта специјализирани за едукација на ученици со оштетен вид. Наставниците и советниците специјализирани за работа со лица со оштетен вид можат да ги откријат потенцијалните проблеми на лицата со оштетен вид и рано да интервенираат. Ова може да придонесе за подобрување на нивоата на депресија и карактеристиките на самоконцептуализацијата кај адолесцентите со оштетен вид.

Понатаму, претходните студии за лица со оштетен вид вклучија учесници и со вродени и стекнати оштетувања на видот. Различно од претходните студии, оваа студија опфати само адолесценти со вродени оштетувања на видот. Важен факт е дека адолесцентите со вродено целосно оштетување на видот кои беа опфатени во оваа студија немаа искуство со губење на видот, за разлика од лицата со стекнато оштетување на видот. Нашите учесници со оштетен вид немаа искуство со губење на видот што може да има сериозни трауматски ефекти. Ова може да го објасни наодот дека нема значајна разлика помеѓу адолесцентите со оштетен вид и адолесцентите без оштетување на видот во однос на депресијата и само-концептуализацијата.

Во оваа студија, се покажало дека нивоата на анксиозност кај адолесцентите со оштетен вид се значително повисоки отколку кај адолесцентите без оштетување на видот. Било објавено дека децата со оштетен вид имаат задоцнети моторни и социјални вештини како резултат на несоодветни рани искуства и тоа може да придонесе за несоодветна независност и социјализација (Kirk et al., 2000).

## 2.2. Ментално здравје кај ученици со оштетен слух

Децата се единствени. Ако опсервираме едно игралиште, ќе видиме спектакл од уникатности. Некои деца се движат побрзо и со подобра координација од другите. Некои деца се опкружени со пријатели кои се восхитуваат, додека други седат сами на одредено растојание. Разликите што ги забележуваме на игралиштето се поочигледни од оние што може да ги видиме во училницата. Областа на специјалната едукација и рехабилитација се занимава со деца кои отстапуваат од типичните деца до таа мера што е многу важна за учење во училиштата и успешно на други места. Постојат седум критични димензии поврзани со успешното учење во училиште и успешното прилагодување на друго место. Овие седум димензии се вид, слух, движење, комуникација, перцептивно-моторна, социјално-емоционална и интелигенција. Исклучително дете отстапува од нормалните деца во која било димензија или повеќе, било во позитивна или во негативна насока. Hewett и Forness (1984) дадоа сеопфатна дефиниција за исклучителен ученик: „Исклучителен ученик е

личност која поради уникатноста во сетилниот, физичкиот, невролошкиот, темпераментниот или интелектуалниот капацитет и или во природата и опсегот на претходното искуство бара адаптација на редовната училишна програма со цел да се максимизира неговото или нејзиното функционално ниво“. Сите деца традиционално означени како исклучителни, спаѓаат под оваа дефиниција.

Индија неодамна ја идентификуваше исклучителната популација. Досега се спроведени различни статистички истражувања. Во Индија, околу 1,8% од населението страда или од говорни, слушни, визуелни пречки или пречки во движењето.

Оштетувањето на слухот е една од сериозните аномалии блиска до оштетувањето на видот. Според Dash (2000), оштетувањето на слухот се однесува на пречка или оштетување на механизмот на слушањето. Оштетувањето на слухот доведува до попреченост на слухот или губење на слухот. Попреченост на слухот или губење на слухот може да се движи по сериозност од блага до умерена и умерена до длабока. Едно лице може да стане глуво или со оштетен слух во зависност од природата на оштетувањето и степенот на губење на слухот. Во зависност од степенот на губење на слухот, субјектите со оштетен слух се класифицираат во две групи како глуви и наглуви. Целосната неможност за слушање се нарекува глувост. Глувите се оние кои, дури и со најдобра аудитивна обука, не можат да научат да го разбираат говорот главно преку слухот. Субјектите со тешко оштетување на слухот имаат одреден преостанат степен на слух и може да имаат корист од амплификација со слушни апарати.

Оштетување на слухот може да се појави уште од раѓање или може да се стекне на која било возраст во животот. Така, во зависност од возраста на почетокот на губењето на слухот, оштетувањето на слухот може да се класифицира како вродена глувост и стекната (аквирирана) глувост. Вродено глуво дете е родено со оштетен слух. Таквото дете не слушало никаков звук или говор. Детето со стекната глувост е родено со нормален слух. Има стекнато говор, но подоцна ја изгубило способноста за слушање поради инфекција, болест или некое оштетување на слушниот механизам. Ефектите од губење на слухот не се секогаш јасни или лесни да се идентификуваат. Оштетувањето на слухот доведува до генерализирани тешкотии во учењето и тешкотии во одредени области. Оштетувањето на

слухот влијае не само на јазичниот развој на детето, туку и на многу аспекти на социјалниот, емоционалниот и образовниот развој на детето. Во случај на тешка сензонеурална загуба, раните социјални интеракции помеѓу родителот и детето се нарушени. Овие рани фази се клучни за подоцнежниот јазичен развој (Reddy et al., 2005).

Мајклбаст (1996) забележал дека сериозно глувите луѓе размислуваат и се однесуваат поинаку од оние што слушаат. Апстрактното размислување е потешко за населението со оштетен слух отколку конкретното размислување. Тој понатаму тврди дека проблемот е во ригидниот, буквалниот и егоцентричен стил на учење кај глувите лица кој не може да се справи со хипотезите или заклучоците. Лицата со сериозно оштетен слух на различни начини се опишани како импулсивни и социјално незрели; помалку способни да се грижат за сопствените потреби; недостаток на самонасочување; и повеќе зависни од возрасните, отколку врниците кои слушаат. Според Panda (1997), субјектите со оштетен слух се чувствуваат инфериорно, беспомошно, имаат лоша само-концепција, темпераментен бес, покорни, имаат слаба груба моторна координација, одложено преферирање на рацете, хиперактивност, краток распон на внимание, емоционална неспособност, понизок коефициент на интелигенција од типичната популација, слаби јазични и комуникациски вештини. Тие имаат тешкотии во разбирањето на апстрактните концепти и имаат тешкотии во стручното прилагодување.

Оштетувањето на слухот не е само комуникациски проблем, туку и проблем на заедницата. Комуникациската пречка ја намалува работната способност и перформансите на поединецот, со што го намалува учеството во растот и развојот на заедницата. Адамс (1987) забележал дека ефектите од аудитивната депривација кои доведуваат до слаба комуникација се најважни. Ова може да влијае на социјалните, психолошките и многу други аспекти од животот. Според него, адолесцентите со оштетен слух и вид имаат социјални и психички проблеми поради тешкотиите во комуникацијата. И покрај нивните оштетувања и тешкотиите во комуникацијата, тие се погодени од проблемите со приспособувањето во личниот и социјалниот живот. Прилагодувањето во однос на критериумите за ментално здравје во голема мера зависи од тоа како поединецот комуницира со неговата околина, особено со неговата социјална средина, во задоволувањето на неговите потреби и во исполнувањето на барањата што му се поставуваат. Промените во однесувањето како

одговор на барањата на организмот се нарекуваат прилагодување (Miller, 1959). Од психолошка гледна точка, приспособувањето е процес со кој поединецот се обидува да одржи ниво на психолошка и физиолошка рамнотежа.

Монзани и соработниците (Monzani et al., 2008) додека ја истражуваше димензијата на психолошкиот стрес кај субјектите со оштетен слух, се покажа дека тие се повеќе склони кон депресија, анксиозност, интерперсонална чувствителност и непријателство отколку субјектите без проблеми со слухот ( $p < 0,05$ ). Се тврди дека сензорното оштетување, со неговата поврзана попреченост, може да ги обесхрабри лицата со оштетен слух да се изложуваат на социјално предизвикувачки ситуации, предизвикувајќи изолација што води до депресија, раздразливост и чувство на инфериорност. Keilmann et al., (2007) ја проценуваа психолошката и физичката благосостојба кај субјектите со оштетен слух од 6 до 11 години. Лицата со оштетен слух во специјалните училишта се гледаат себеси во понеповолно светло од учениците со оштетен слух во редовните училишта. Тие се помалку самоуверени и помалку наметливи. Постигнуваат пониски оценки, имаат тешкотии во стекнување пријателства и се поанксиозни и тажни. Физичката благосостојба, сепак, не е засегната кај учениците со оштетен слух. Tidball (1990) откри дека глувоста води до многу психолошки проблеми и социолошко неприлагодување. Според Dharitri и Murthy (1990), се покажа дека учениците со оштетен слух се понемирни, расеани, раздразливи, пречувствителни, агресивни, постои недостаток на упорност, самосвесни, плачат поради мали нервози, срамежливи, сугестивни, немаат самодоверба, покажуваат испади на темперамент, барајќи и грицкање нокти. Понатаму, тие објавиле дека нивото на анксиозност било значително повисоко кај лицата со оштетен слух.

Генерално се смета дека размислувањето и однесувањето на учениците адолесценти со оштетен слух ќе биде исто како и во случајот со учениците со типични нивоа на слушање. Се претпоставува дека нема проблеми со менталното здравје и приспособувањето кај адолесцентните ученици со оштетен слух.

Постои значајна врска помеѓу приспособувањето (социјално и лично) и анксиозноста, фрустрацијата и агресијата кај испитаниците со оштетен слух. Нивото на приспособување е пропорционално со нивото на анксиозност, фрустрација и агресија. Ниската фрустрација,

анксиозност или агресија кај испитаниците резултираа со ниски резултати на приспособување (т.е. високо ниво на приспособување). Генерално, вкупните податоци открија застапеност на средно ниво на социјално и лично приспособување, анксиозност, фрустрација и агресија кај испитаниците. Кнутсон и Лансинг (1990) во нивната студија објавија дека постои значајна врска помеѓу приспособувањето и анксиозноста кај испитаниците со посебни потреби. Потврдено е дека кога има зголемување на анксиозноста, постои зголемување на неприлагодувањето или постои лошо прилагодување. Може да се заклучи дека повеќето од адолесцентите со оштетен слух прават соодветни социјални и лични прилагодувања врз основа на нивното ниво на фрустрација. Knutson и Lansing (1990) во нивната студија објавија дека постои значајна врска помеѓу приспособувањето и депресијата кај субјектите со оштетен слух. Општо земено, кога има зголемено ниво на фрустрација (депресија), постои зголемување на неприлагодувањето или лошото прилагодување. Стапката на приспособување (лично и социјално) варира во согласност со стапката на агресија.

Возраста нема големо влијание врз психолошките проблеми кои преовладуваат меѓу испитаниците. Ова е потврдено од анализата која укажува дека нема значајна врска помеѓу возраста на испитаниците со нивоата на приспособување, анксиозност и агресија. Но, имаше значајна негативна врска помеѓу возраста и нивото на фрустрација кај адолесцентите со оштетен слух. Овој податок јасно открива дека со зголемувањето на возраста на адолесцентите со оштетен слух постои тенденција да се намали ниво на фрустрација и тие лесно може да се прилагодат со другите луѓе. Горенаведените наоди беа во согласност со наодите на Anand et al., (1992), бидејќи постоеше значајна разлика помеѓу фрустрацијата и нивоата на возраст кај обесправените адолесценти. Горенаведените резултати се во согласност со наодите на Huurre и Aro (2000), Abolfotouh и Telmesani (1993), Ammerman et al., (1987) и Pandey (1985).

Постои врска помеѓу фрустрацијата и нивото на агресија кај адолесцентите со оштетен слух. Кај адолесцентите со оштетен слух, кога имаат зголемена фрустрација, тие имаат тенденција да бидат агресивни по природа. Ова може да се должи на нивната неспособност да ја надминат фрустрацијата и да развијат одбранбен став. Наодите од Вернон и Гринберг (1999) покажаа дека постои преваленца на попреченост во учењето, комуникациски



нарушувања и образовна ограниченост поради губење на слухот. Ова може да доведе до фрустрација која има тенденција да се манифестира во непропорционална агресија.

Променливата пол кај учениците со оштетен слух има значајна врска со анксиозноста, агресијата и нивоата на приспособување, но нема значајно влијание врз фрустрацијата. Студијата спроведена од Singh и Broota (1992) за социо-лични варијабли и анксиозност при испитување кај нормалните ученици, која открива дека девојчињата се повеќе вознемирени од тестот и се загрижени од момчињата, но оваа студија за учениците со оштетен слух покажа дека момчињата се поанксиозни, вознемирени, агресивни и дефанзивни по природа. Повеќето од машките ученици со оштетен слух имаат високо ниво на агресивност. Тенденцијата на агресија кај машките студенти може да се должи на ефектот на машкото доминантно општество. Тие биле условени свесно или несвесно да се однесуваат така доколку нивните желби или интереси или потреби не се исполнат. Ова тврдење може да се спореди со студијата на Pастey и Aminbhavi (2006) за влијанието на емоционалната зрелост врз стресот и самодовербата на адолесцентите, која проектира дека момчињата адолесценти имаат тенденција да имаат значително поголем стрес од девојчињата а девојчињата имаат тенденција да имаат значително повисоко ниво на самодоверба.

### 2.3. Ментално здравје кај ученици со моторни нарушувања

Адолесценцијата е фаза во животот кога поголемиот дел од развојните промени и животните предизвици се поврзани (Zarrett & Eccles, 2006). Тоа е фаза во која тие се борат да го пронајдат својот сопствен идентитет со нивните сопствени социјални интеракции и морални прашања. Главната задача на тинејџерот е да го открие својот идентитет одвоено од семејството. Тоа е еден вид преодна фаза во која се случува сиот психолошки и телесен развој. Во периодот од тинејџерските години до зрелоста, тие бараат внимание и заштита бидејќи мозокот претрпува одредени развојни промени во раната зрелост, што може да влијае на емоционалните вештини, како и на физичките и психолошките способности. Дури и половите играат важна улога. Како девојче или момче, тие преземаат дополнителни обврски, а во исто време го искусуваат и експериментираат новиот начин на изведување на

работите и уживаат во таа слобода. Адолесценцијата е време кога се развиваат моралните вештини и може да насочи кон благосостојба. Кога младите девојки и момчиња се поддржани и охрабрани од возрасните, за нивните потреби и способности, шансите да се прекинат долгите циклуси на репутација на недостиг, предрасуди и агресија се поголеми. Разбирањето на адолесцентната возраст ќе зависи од различни аспекти вклучувајќи ги психолошките, биологијата, историјата и образованието од сите овие перспективи, адолесцентите се гледаат во средниот период помеѓу детството и зрелоста, чиј имагинативен принцип е истражување на децата за улогата (Larson & Wilson, 2004). Тоа е период на многубројни транзиции кои ги поврзуваат учењето, обуката, губењето на работа, како и транзицијата почнувајќи од една состојба за живеење во друга (Coleman, John, & Roker, 1998). Во исто време, тие се борат со промените на телото, промените во расположението и стануваат посвесни за изгледот на своето тело, се обидуваат да користат секакви производи за шминка и на крајот не се задоволни од себе. Поврзаноста на телесната активност, чувството за себе и отежнато однесување кај адолесцентите насочени кон проценка на анксиозност и депресија, навиките за пушење и пиење, родителските примања и поучните достигнувања покажаа дека редовното вежбањето на издржливост е поврзано со поконструктивен карактер. Младите луѓе кои често се занимаваат со телесни движења се карактеризираат со пониски резултати на анксиозност и депресија и покажуваат многу помалку вообичаена срамежливост во однесувањето отколку нивната помалку активни врстници. Од ова можеме да заклучиме дека дискусијата за вклучување на слободното време или вежбање може да обезбеди олеснување на дијалогот меѓу адолесцентите за загриженоста поврзана со сликата за телото и чувството за вредност (Kirkkaldi, Shephard & Siefen 2002).

Телесната попреченост е ограничување на една личност да функционира во одредена активност во секојдневниот живот. Попреченоста пред раѓањето може да биде предизвикана од болести, генетски нарушувања или недостаток на кислород. Исто така, може да има постнатални попречености стекнати по раѓањето, како што се несреќи, инфекција или болест итн. Многу причини и состојби можат да ја нарушат подвижноста и движењето. Неможноста ефективно да се користат рацете, нозете или трупот на телото поради парализа, вкочанетост, болка или други оштетувања е честа појава. Тоа може да се должи на вродени дефекти, болест, возраст или несреќи. Ова може да придонесе и за други

попречености, како што се нарушено зборување, губење на сеќавањето, закржлавеност и неможност за слушање. На поединците со оштетена подвижност и движење може да им биде тешко да учествуваат кога се соочуваат со социјални и физички бариери. Често тие се поединци со целосна храброст и независност кои имаат желба да го остварат максималното ниво на нивниот капацитет. Некои се целосно саморегулирани, но на други можеби ќе им треба помош со скратено работно време. Gullett S. (1998) истражувал за квалитетот на животот кај децата со телесна попреченост, тука и родителите учествувале во истражувањето и го пополниле прашалникот. Резултатот вели дека имало значителни разлики помеѓу одговорите за дете и извештајот на родителите. Ова било најдено во сите 14 измерени потскали. Не беа пронајдени значајни врски помеѓу вредноста на животот и здравствената состојба, што укажува дека вредноста на животот е нешто што не е здравствено. Студијата покажува дека децата се сигурни извори за нивниот квалитет на живот и здравствена состојба и треба да бидат вклучени во планирањето на нивната здравствена заштита.

Депресијата може да ги блокира нивните активности што тие се способни да ги извршуваат, но има и многу значајни студии кои известуваат за недостаток на разлика помеѓу самодовербата на луѓето со и без попреченост. Тоа е дека децата природно се оценуваат себеси слични со нивните пријатели без попреченост во сите аспекти. За ова, родителите можат навистина да им помогнат на своите деца во различни аспекти: охрабрете ги да преземаат ризици во животот (социјални, образовани и атлетски), да им помогнат да се соочат со тешки или предизвикувачки задачи со тоа што претпоставуваат неуспех, избегнуваат вознемирување и ги штитат од другите. Детето мора да се чувствува добро и одговорно од одење на состанок избегнувајќи предизвикувачки задачи (Mulholland, 2008). Bonvillain & Нопога (2004) истражувале академски перформанси (кумулятивен просек), расен став и самопочит кај 175 адолесценти. Студијата требала да открие до кој степен ставовите за расниот идентитет и самодовербата може да ги предвидат академските перформанси. Наодите велат дека самодовербата и расниот став биле значајни предиктори за академските перформанси, но се сметало дека самодовербата е помалку предвидувачки фактор во вториот дел од хипотезата на студијата.

Arnold & Chapman (1992) истражувале адолесценти со телесни попречености и тие ги споредиле со инвалидизирани лица. Тие проучувале самодоверба, аспирации и очекувања кај петнаесет млади луѓе и резултатот покажува дека не била пронајдена значајна разлика за самодовербата меѓу двете групи, но крајниот резултат бил контрадикторен со претходните наоди за пониска самодоверба. Тие не нашле значајна корелација со врсниците без попреченост помеѓу самопочитта на младите со телесна попреченост и аспирациите и очекувањата. Од ова, оваа конкретна студија земала само петнаесет адолесценти и во споредба со бројот на врсници без попреченост ова може да биде причината за ваков резултат.

Blake & Rust (2002) истражувале физички и пречки во учењето и односот помеѓу самопочитта и самоефикасноста кај студентите на додипломски студии. Наодите се дека резултатите биле многу слични на примероците со нормативни резултати. Така, би можеле да кажеме дека постои добра поврзаност помеѓу самопочитта и само-ефикасноста меѓу себе, тие главно се разликуваа од станицата за попреченост. Со ова можевме да разбереме дека лицето со попреченост се соочува со повеќе предизвици од просечниот човек.

#### 2.4. Ментално здравје кај ученици со специфични тешкотии во учењето

Развојната дислексија е нарушување на учењето кое се карактеризира со сериозни тешкотии со точноста и/или флуентноста на читањето на зборовите и/или псевдозборот. Дијагнозата е забележана во DSM-5 како специфично нарушување на учењето со нарушено читање (Американска психијатриска асоцијација, 2013). Дефиницијата обично вклучува неточно или бавно и напорно читање. DSM вклучува набљудувања на однесувањето, како што се тешкотии при озвучувањето на зборовите, читањето на глас погрешно или колебливо, лошо декодирање и слаб правопис (Американска психијатриска асоцијација, 2013). Развојната дислексија е поврзана со генетиката, структурата и функцијата на мозокот, неврокогнитивни и еколошки фактори (Peterson & Pennington, 2015). Дијагнозата може да биде придружена со секундарни тешкотии во други аспекти на учењето, како што

се читање со разбирање или математичко расудување (De Clercq-Quaegebeur, Casalis, Vilette, Lemaitre, & Vallée, 2018).

Развојната дислексија може да има големо влијание врз поединецот. Развојната дислексија е поврзана со депресија, анксиозност, пониска самоверба, дефицит на внимание и често, проблеми во однесувањето (Arnold & al., 2005; Boyes, Leitao, Claessen, Badcock, & Nayton, 2016; Carroll & Iles, 2006; Daderman, Nilvang и Levander, 2014; Kempe, Gustafson Samuelson, 2011; Huc-Chabrolle, Barthez, Tripi, Barthelemy, & Bonnet-Brihault, 2010; Knivsberg & Andreassen, 2008; Mammarella et al., 2014; Mugnaini, Lassi, La Malfa & Albertini, 2009; Parhiala et al., 2014; Riddick, Sterlioni, Farmer & Morgan, 1999). Практичарите треба да бидат свесни за далекусежните емоционални, бихејвиорални и социјални аспекти на дислексијата кај поединецот, семејствата и општеството. Влијанието на тешкотиите во учењето постојано се опишува во литературата како негативно (Arnold et al., 2005; Doikou-Avliidou, 2015; Hellendoorn & Ruijsenaars, 2000; Humphrey & Mullins, 2004; Mammarella et al., 2014; 30,20; Riddick et al., 1999; Siegel, 2013, 2016); сепак, некои поединци се способни да покажат издржливост (Shessel & Reiff, 1999) или емпатија и разбирање (Riddick, 2003), што сугерира дека со поддршка, пречки во учењето не мора да се толкуваат негативно или да имаат негативни емоционални последици.

Развојната дислексија е поврзана со негативни емоционални и социјални последици. Сепак, малку е познато за влијанието на овие последици на индивидуално, семејно и општествено ниво. Иако литературата за дислексијата е обемна, улогата на емоциите во исходите на развојната дислексија не е разјаснета. Разбирањето на улогата на емоциите во односот помеѓу дислексијата и негативните животни исходи ќе обезбеди еден начин за спречување на таквите исходи. Како таков, овој преглед има за цел да ја идентификува улогата на емоциите во исходите за лицата со развојна дислексија според сегашната литература и да ги процени трошоците поврзани со овие резултати. Беше спроведено широко пребарување за да се оцени статусот на тековната литература за развојна дислексија, да се идентификуваат областите каде што можеби е потребна повеќе работа за да се разјасни овој однос и да се проценат и да се дадат предлози за начини за минимизирање на трошоците за дислексија за поединци, нивните семејства и општеството. Ремедијацијата и интервенцијата се користат наизменично во текот на ракописот, а се однесуваат генерално на методите за минимизирање на тешкотиите поврзани со развојната дислексија. Овој преглед се фокусира

на развојната дислексија бидејќи е добро проучена и нема емоционални симптоми како основна карактеристика. Го намаливме нашиот фокус на оваа конкретна попреченост во учењето, иако принципите можеби не се специфични за развојната дислексија.

Бихејвиоралниот и емоционалниот профил поврзан со развојната дислексија е хетероген. На пример, дислексијата се манифестира различно меѓу децата поради варијабилноста во сериозноста на оштетувањето и начинот на кој поединецот реагира на нивната попреченост во учењето (Riddick, 2010). И надворешно или нарушувачко однесување (Boyes et al., 2016; Huc-Chabrolle, Barthez, Tripi, Barthelemy, & Bonnet-Brihault, 2010; Knivsberg & Andreassen, 2008; Terras, Thompson, & Minnis, 2009; Kaspicky, Teylor, & Mogan, 2006; Vilcut & Penington, 2000) и интернализирање или депресивно и анксиозно однесување (Ackerman, Izrad, Cobak, Braun & Smit, 2007; Dalhe, Knifsberg, и Andreassen; Huc-Chabrolle et al., 2010; Knivsberg & Andreassen, 2008; Mammarella et al., 2014; Mugnaini et al., 2009; Terras et al., 2009) се поврзани со дислексија. Поединците со тешкотии во учењето пријавиле гнев, стрес, срам, агресија, вина, изолација, несигурност, анксиозност и емоционални и социјални проблеми (Lockiewicz, Bogdanowicz, & Bogdanowicz, 2014; Shessel & Reiff, 1999). Поединците со развојна дислексија се изложени на зголемен ризик од негативни исходи во емоционалните, социјалните, образовните и професионалните домени. Идентификувањето на она што ја одредува врската помеѓу дислексијата и животните резултати на индивидуално ниво е од клучно значење за промовирање на успехот. Литературата ни дава некои можни објаснувања, почнувајќи од емоционалните последици од развојната дислексија.

Самопочитта е од витално значење за психосоцијалното функционирање во зрелоста (Nalavany & Carawan, 2011) и психолошкото здравје (Daderman et al., 2014). Проблемите со самодовербата можат да започнат рано. На пример, проблемите со самодовербата може постојано да се појават до училишна возраст кај индивидуи со дислексија (McNulty, 2003). Овој недостаток на самодоверба може да резултира од хронични тешкотии во читањето кои се мешаат во воспоставувањето на личноста и чувството за себе (McNulty, 2003). Бидејќи индивидуите со развојна дислексија доживуваат неуспеси во училиштето и во другите области од животот, тие може да се чувствуваат како нешто да не е во ред со нив и подоцна да се чувствуваат инфериорно (McNulty, 2003; Sigel, 2013, 2016). За некои, овие неуспеси се трауматични (McNulty, 2003). Ова често вклучува тешкотии што погрешно се припишуваат на личните карактеристики, вклучувајќи ја работната етика, емоционалната

состојба или интелигенцијата (McNulty, 2003). Децата со дислексија, исто така, воочуваат посилна врска помеѓу интелигенцијата и способноста за читање од децата без дислексија и затоа се со поголема веројатност да се чувствуваат неинтелигентни (Humphrey & Mullins, 2002). Ова откритие сугерира дека децата со развојна дислексија може да ги интернализираат нивните тешкотии како одраз на нивното ниво на интелигенција. Ниската самодоверба кај таквите лица е исто така поврзана со стапките на социјални, емоционални и тешкотии во однесувањето кои се многу повисоки отколку кај општата популација (Terras et al., 2009). Лошиот само-концепт кај децата со развојна дислексија, исто така, е поврзан со лошите односи со врсниците (Humphrey & Mullins, 2004), што сугерира дека самопочитта е важна цел за минимизирање на негативните последици во повеќе домени. Групната работа за самопочит, на пример, е поврзана со зголемување на самопочитта кај средношколците (Burton, 2007).

Многу индивидуи со развојна дислексија често ја доведуваат во прашање нивната работна етика и интелект од страна на родителите и наставниците, што резултира со научена беспомошност (Butkowsky & Willows, 1980; Undheim, 2003). На пример, поединците со развојна дислексија имаат пониска академска самодоверба (Ingenson, 2007; Polihrony, Coucoura & Anagnostu, 2007) и повисока академска анксиозност (Carol & Iles, 2006) од нивните врсници, што може да се влоши додека минуваат низ училишен систем (Barden, 2008). Оваа анксиозност не е нужно специфична за читањето, бидејќи нивоата на математичка анксиозност се исто така зголемени кај таквите популации (Jordan, McGladdery, & Dyer, 2014). Со текот на времето, слабата академска самодоверба се чини дека води до емоционална несигурност и сомнеж во себе (McNulty, 2003), што веројатно резултира со намалена мотивација и успех. Академската самодоверба, која недостасува кај индивидуите со развојна дислексија, е исто така поврзана со тешкотии во интернализирањето (Barden, 2008; Elbaum & Vaughn, 2001; Polychroni et al., 2007; Terras et al., 2009). Лошиот академски самоконцепт веројатно ја ограничува самодовербата на поединецот да успее, дополнително ограничувајќи ја нивната способност и мотивација за учење (Barden, 2008). Сепак, негативниот ефект на развојната дислексија врз самодовербата зависи од нивото на поддршка дома и училиште (Daderman & al., 2014).

Откриено е дека дефицитарните социјални вештини и отфрлањето од врниците ги придружуваат пречките во учењето кај возрасните групи (Laysle & Vejd, 2014; Parhiala et al., 2014; Wiener & Schneider, 2002). Развојната дислексија може да биде причина или да корелира со социјални проблеми, вклучувајќи саморегулација и социјална интеракција (De Beer et al., 2014; Kempe et al., 2011) и социјална анксиозност кај возрасните (Carroll & Iles, 2006) и децата (Mammarella et al., 2014; Terras et al., 2009). Кај некои деца со развојна дислексија, може да има тешкотии во обработката на социјалните информации поради тешкотии во препознавањето на влијанието на лицето (Whiting & Robinson, 2009). Иако некои лица со тешкотии во учењето може да имаат вродени социјални проблеми кои водат до интернализирачки однесувања, тие заедно со однесувањето на екстернализирање може да се појават кај индивидуи со други видови на тешкотии во учењето и други фактори на ризик, како што се образованието или родителската неусогласеност и коморбидитети (Winner, 2004). Забележано е малтретирање, во истражувањето кај деца со развојна дислексија (Humphrey & Mullins, 2002; Mishna, 2003), како и дискриминација и потсмев кај учениците со развојна дислексија (Morris & Turnbull, 2006). Утврдено е дека учениците кои учествуваат во специјални образовни програми имаат повисоки стапки на виктимизација, иако овие ученици може да бидат вклучени и во малтретирањето и во виктимизацијата. И двете групи биле поврзани со слаба само-ефикасност за социјални вештини со врниците и осаменост (Andreu, Disascaly & Wlahou, 2013). Поединците со развојна дислексија може да доживеат проблеми со наоѓање пријатели или создавање врски, што делумно може да се должи на негативните ставови кон нив.

Во нашата земја дислексијата не е доволно истражувана, но, одредени истражувања водат кон голем број лица кои се соочуваат со дислексија. Дислексијата не е вклучена ниту во законските одредби на образовниот систем како што е во понапредните земји во светот. Ова укажува на потребата од професионално интервенирање во полето на дислексијата, како и на потребата од повеќе научни истражувања во оваа област. (Шурбановска, 2016).



## II. Методологија на истражувањето

### 1. Предмет на истражување

Реализирањето на ова истражување е иницирано од евидентното присуство на голем број адолесценти со различен степен на анксиозни нарушувања во образовниот систем. Ваквите појави исклучително негативно се одразуваат врз секојдневниот живот и училишните постигнувања на адолесцентите, со тенденции за долгорочни последици по нивното здравје и способноста за учење и совладување на предвидената наставна програма.

Предмет на ова истражување за магистерскиот труд е процена на нивото на анксиозност на адолесцентите со различни видови попреченост кои имаат тешкотии во учењето како резултат на нивата попреченост во развојот односно ученици кои имаат некоја од следните состојби: оштетен вид, оштетен слух и специфични тешкотии во учењето (дислексија). Нивоата и специфичните подвидови на анксиозност кај овие адолесценти ќе биде споредена со нивоата на анксиозност кај ученици без тешкотии во развојот и/или попреченост.

### 2. Цели на истражувањето

Основна цел на истражувањето е добивање на релевантни податоци кои ќе ни го покажат процентот на видовите на анксиозност како и односот на степенот на анксиозност кај адолесценти со и без специфични тешкотии во учењето.

Ова истражување има исклучиво квантитативен карактер, бидејќи се заснова врз користењето на стандардизирани мерни скали за квантификација на вредностите на претходно утврдените променливи, што е основен предуслов за спроведување на каква било натамошна статистичка анализа: дескриптивна, корелациска или инференцијална. Квантитативниот карактер на истражувањето се потврдува и низ фактот што тоа, за крајна цел, ја има проверката на теоријата и поставените хипотези, како и воочување на

причинско-последичните врски и взаемните интеракции меѓу одделните променливи со примена на егзактни нумерички методи.

### 3. Задачи на истражувањето

- Процена на бројот на адолесценти со попреченост кои имаат анксиозност.
- Споредување на степенот на анксиозност кај адолесцентите со и без тешкотии во учењето и/или попреченост.
- Споредување на нивото на анксиозност кај адолесцентите според пол и средина на живеење.
- Дефинирање кое анксиозно пореметување е најчесто застапено кај адолесцентите со и без попреченост.

### 3. Хипотези

- **X1:** Нивото на анксиозност е поголемо кај адолесцентите со тешкотии во учењето во однос на адолесцентите со типичен развој.
- **X2:** Нивото на анксиозност е поголемо кај адолесцентите од машки пол отколку кај адолесцентите од женски пол.
- **X3:** Нивото на анксиозност е поголемо кај адолесцентите од урбана отколку кај адолесцентите од рурална средина.
- **X4:** Анксиозноста е најмногу застапена кај адолесцентите со специфични тешкотии во учењето (дислексија) во однос на другите адолесценти со попреченост (оштетен вид или оштетен слух).
- **X5:** Најзачестен тип на анксиозност кај адолесцентите со и без попреченост е генерализираното анксиозно пореметување.

#### 4. Варијабли

Податоците добиени во истражувањето се добиени со тестирање на следните варијабли:

- Степен на анксиозност
- Видови на анксиозност (генерализирано анксиозно нарушување, сепарациска анксиозност и социјална анксиозност)
- Деца со тешкотии во учењето - вид на попреченост
- Пол
- Средина на живеење

#### 6. Статистички постапки и инструменти

Во фазата на собирање на податоците беше користена техниката на анкетање и употребата на батерија психолошки тестови. При статистичката обработка на податоците од истражувањето се направи: дескриптивна анализа, хи квадрат тест .

Во истражувањето се користеа две скали за проценка на анксиозноста кај деца со тешкотии во учењето и тоа:

1. Скала за проценка на анксиозност - Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders - SCARED (Birmaher et al., 1997)
2. Скала за проценка на видови на анксиозност - Emotional Distress Anxiety Measure: Level 2 Anxiety - PROMIS (Broderic et al., 2013).

*Скалата за проценка на детската анксиозност- SCARED* е составена од 41 прашање, со коишто се испитуваат детските анксиозни нарушувања, вклучувајќи ги генерализираното анксиозно нарушување, сепарациската анксиозност, паничните нарушувања и социјалната анксиозност (Прилог 1) . Се испитуваат деца на возраст од 8 до

18 години. Секое прашање се бодира на скала од 0 до 2: 0 (никогаш или тешко), 1 (понекогаш), 2 (често или многу често). Вкупниот збир на бодови се интерпретира на следниов начин:

- Ако е збирот поголем или еднаков на 25, индицира присутност на анксиозно нарушување;
- Ако е збирот поголем или еднаков на 30, индицира присутност на посебно анксиозно нарушување;

*Скалата за проценка на детската анксиозност – PROMIS*, за возраст од 11 до 17 години, составена е од 13 прашања, а ги проценува социјалните стравови во училиште или дома (Прилог 2). Секое се оценува со пет степени: 1 (никогаш), 2 (скоро никогаш), 3 (понекогаш), 4 (често), 5 (скоро секогаш), при што вкупниот резултат се движи во интервалот од 13 до 65. Резултатите од сите 13 прашања треба да се соберат за да се добие вкупниот резултат. Потоа треба да се искористи табелата на T-резултати за да се идентификува T-резултатот што кореспондира на вкупниот резултат на детето. Повисокиот T-резултат укажува на поголем интензитет на анксиозност, и тоа:

Помалку од 55,0	= Никаква до блага анксиозност;
55,0 – 59,9	= Слаба анксиозност;
60,0 – 69,9	= Умерена анксиозност;
70,0 или повеќе	= Сериозна анксиозност.

## 7. Примерок во истражувањето

Процените беа спроведени на адолесценти (од 13 до 18 годишна возраст) кои посетуваат редовни и посебни средни училишта. Учениците беа од женски и машки пол. Примерокот беше пригоден односно беа тестирани адолесценти кои се достапни и кои имаат тешкотии во учењето (оштетен вид, оштетен слух и специфични тешкотии во учењето - дислексија). Потоа се направи споредба и со адолесцентисо типичен развој. Вкупниот број на адолесценти (со и без тешкотии и/или попреченост) е 114 адолесценти. Демографската анализа покажа дека 37 (32%) од испитаниците се од машки пол, додека 77 испитаници (68%) се од женски пол. Од примерокот, 76 испитаници (67%) беа со типичен развој, додека 38 испитаници (33%) имаат тешкотии во учењето (оштетен вид, оштетен слух или специфични тешкотии во учењето).

## 8. Статистичка обработка на податоците

Резултатите од истражувањето, се прикажани табеларно, а заради подобра прегледност се поместени и соодветни графички прикази, во апсолутни броеви и процентуални износи. Статистичката обработка на податоците, главно, се состои во спроведување дескриптивна и компаративна статистичка анализа на анксиозноста на адолесцентите со и без попреченост и/или тешкотии. Освен тоа, дел од статистичката обработка се однесува и на тестирањето на предложените статистички хипотези при што беа употребени соодветни статистички тестови  $\chi^2$  тест. Притоа, за статистички значајни се земаат разликите  $p < 0,05$  (5% праг на ризик, 95% интервал на доверба).

Пополнетите тестови беа собрани, организирани и статистички обработени со помош на наменскиот софтвер за статистичка обработка IBM® SPSS Statistics додека графичките прикази се генерираат со помош на софтверот Microsoft® Excel® 2010.

### III. Резултати од истражувањето

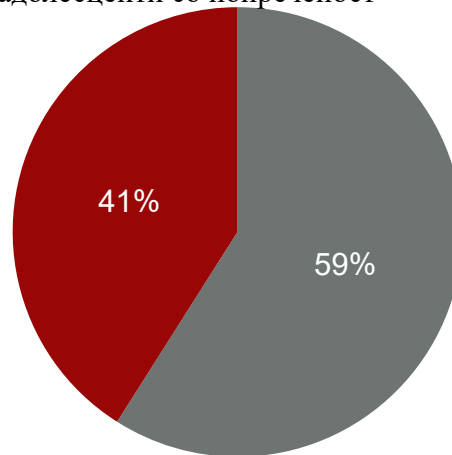
#### 1. Застапеност на анксиозноста кај испитаници со и без тешкотии во учењето

Статистичката обработка на податоците има за цел да ги тестира поставените хипотези, во согласност со целите на истражувањето, а врз основа на евидентираните вредности на секоја од променливите кај репрезентативниот статистички извадок. Статистичката анализа покажа дека 44 испитаници без попреченост (од вкупно 76 испитаници) односно 59% имаат високо ниво на анксиозно нарушување. Од испитаниците со попреченост 17 испитаници (од 38) односно 41% имаат анксиозно нарушување. Статистички анализи покажаа дека  $\chi^2 = 0,55$   $df=1$   $p=0.4581$ . Тоа покажува дека испитаниците со и без тешкотии во учењето не се разликуваат значајно во нивото на анксиозните нарушувања.



**Графикон бр. 1** Застапеност на анксиозното нарушување кај лицата без попреченост

Анксиозно нарушување кај  
адолесценти со попреченост



■ Испитаници со попреченост со анксиозно...

**Графикон бр. 2** Застапеност на анксиозното нарушување кај лицата со попреченост

## 2. Застапеност според варијаблата пол

Во однос на варијаблата **пол** направивме истражување на застапеноста на паничното нарушување, генерализираната анксиозност, сепарационата анксиозност, социјалната анксиозност, избегнување на училиштето.

- Анксиозно нарушување

Во однос на застапеноста на **анксиозното нарушување** кај адолесценти од машки и женски пол - кај машките беше застапено 34.88% додека кај женските адолесценти беше застапено 65.12%.

Застапеност на анксиозното нарушување според пол



Графикон бр. 3 Застапеност на анксиозното нарушување според полот на испитаниците

Потемелните статистички испитувања ни покажаа дека  $\chi^2 = 11.958$   $df=3$   $p=.008$  односно дека постои **статистички значајна разлика** во полза на женскиот пол. Понатамошното разложување во однос на варијаблата пол и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.





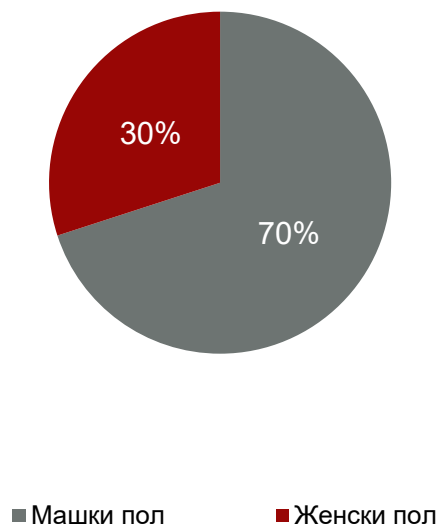
**Графикон бр. 4** Застапеност на анксиозното нарушување кај адолесцентите од машки и женски пол

Кај адолесцентите од женски пол, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2 = 4.214$   $df=3$   $p = .239$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од машки пол ги добивме следните податоци  $\chi^2 = 14.628$   $df=3$   $p = .002$ . Ова покажа дека постои статистички значајна разлика, односно дека анксиозното нарушување е најзастапено кај машките адолесценти кои имаат тешкотии во учењето.

### - Генерализирана анксиозност

Во однос на застапеноста на генерализирана анксиозност кај адолесценти од машки и женски пол - кај машките беше застапена 69.62% додека кај женските адолесценти беше застапена 30.38%.

Застапеност на генерализираната анксиозност според пол



**Графикон бр. 5** Застапеност на генерализираната анксиозност според полот на испитаниците

Потемелните статистички испитувања покажаа дека  $\chi^2=10.002$   $df=3$   $p=.019$  односно дека **постои статистички значајна разлика** меѓу двете групи испитаници во полза на испитаниците од машки пол. Понатамошното разложување во однос на варијаблата пол и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



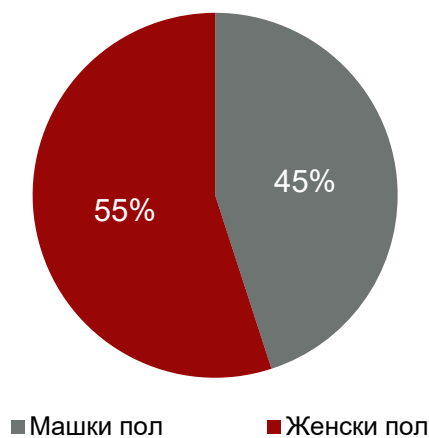
**Графикон бр. 6 Застапеност на генерализираната анксиозност кај адолесцентите од машки и женски пол**

Кај адолесцентите од женски пол, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2=5.765$   $df=2$   $p=124$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од машки пол ги добивме следните податоци  $\chi^2=12.095$   $df=3$   $p= .007$ . Ова покажа дека постои статистички значајна разлика, односно дека генерализираната анксиозност е најзастапено кај машките адолесценти кои имаат тешкотии во учењето.

### - Сепарациона анксиозност

Во однос на застапеноста на **сепарационата анксиозност** кај адолесценти од машки и женски пол - кај машките беше застапена 44.78% додека кај женските адолесценти беше застапена 55.22%.

Застапеност на сепарационата анксиозност според пол



Графикон бр. 7 Застапеност на сепарационата анксиозност според полот на испитаниците

Потемелните статистички испитувања покажаа дека  $\chi^2=15.504$   $df=3$   $p=.001$  односно дека постои статистички значајна разлика меѓу двете групи испитаници во полза на испитаниците од женски пол. Понатамошното разложување во однос на варијаблата пол и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



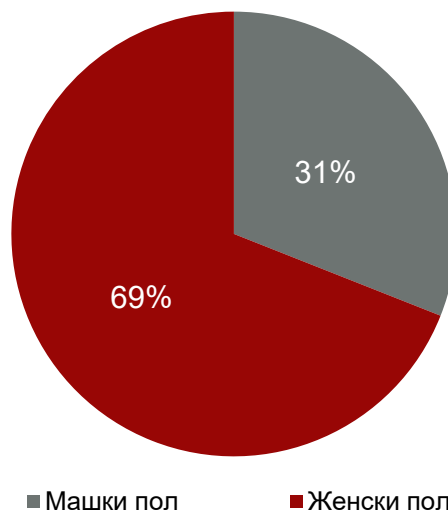
**Графикон бр. 8 Застапеност на сепарационата анксиозност кај адолесцентите од машки и женски пол**

Кај адолесцентите од женски пол, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2=3.779$   $df=3$   $p=286$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од машки пол ги добивме следните податоци  $\chi^2=15.203$   $df=3$   $p=.002$ . Ова покажа дека постои статистички значајна разлика, односно дека генерализираната анксиозност е најзастапено кај машките адолесценти кои имаат тешкотии во учењето.

### - Социјална анксиозност

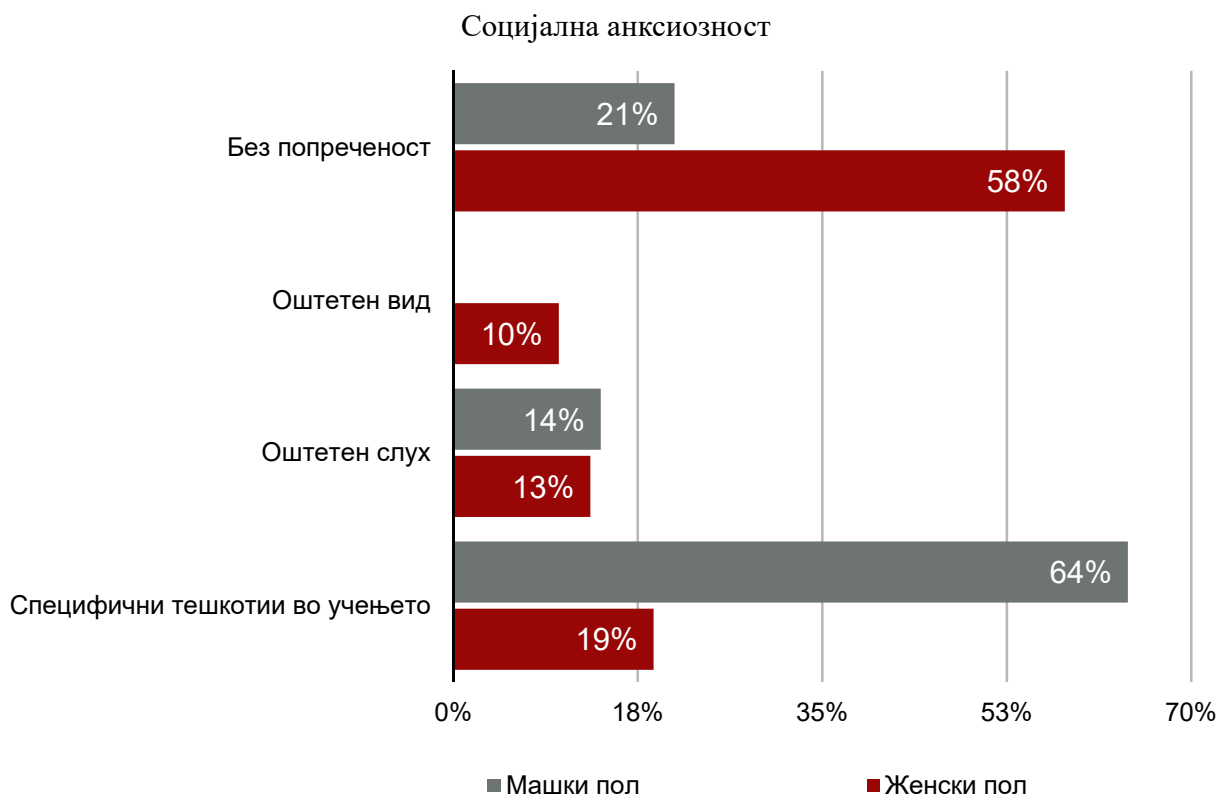
Во однос на застапеноста на **социјалната анксиозност** кај адолесценти од машки и женски пол - кај машките беше застапена 31% додека кај женските адолесценти беше застапена 69%.

Застапеност на социјалната анксиозност според пол



Графикон бр. 9 Застапеност на социјалната анксиозност според полот на испитаниците

Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test=12.824 df=3 p=.004 односно дека **постои статистички значајна разлика** меѓу двете групи испитаници во полза на испитаниците од женски пол. Понатамошното разложување во однос на варијаблата пол и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.

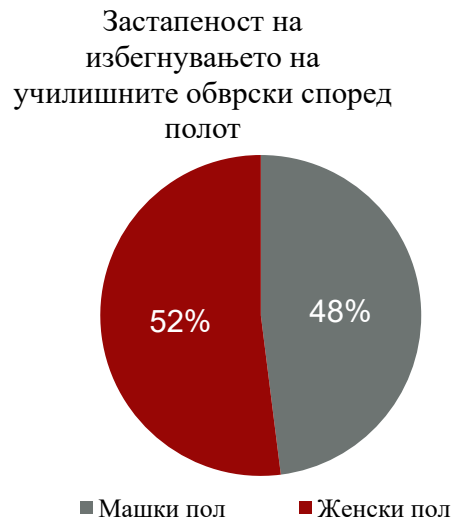


**Графикон бр. 10** Застапеност на социјалната анксиозност кај адолесцентите од машки и ЖЕНСКИ ПОЛ

Кај адолесцентите од женски пол, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2=2.036$   $df=3$   $p=0.565$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од машки пол ги добивме следните податоци со Fisher's Exact Test= $18.737$   $df=3$   $p=0.000$ . Ова покажа дека постои статистички значајна разлика, односно дека генерализираната анксиозност е најзастапено кај машките адолесценти кои имаат тешкотии во учењето.

**- Избегнување на училишните активности**

Во однос на застапеноста на избегнувањето на училишните активности кај адолесценти од машки и женски пол - кај машките беше застапена 48,15% додека кај женските адолесценти беше застапена 51.85%.



**Графикон бр. 11 Застапеност на избегнувањето на училишните обврски според полот на испитаниците**



Потемелните статистички испитувања покажаа дека  $\chi^2=2.642$   $df=3$   $p=.450$  односно дека НЕ постои статистички значајна разлика меѓу двете групи испитаници. Понатамошното разложување во однос на варијаблата пол и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



**Графикон бр. 12** Застапеност на избегнувањето на училиштето кај адолесцентите машки и женски пол

Кај адолесцентите од женски пол, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2=.372$   $df=3$   $p=.967$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од машки пол ги добивме следните податоци со Fisher's Exact Test= 2.184  $df=3$   $p=.534$ . Ова покажа дека НЕ постои статистички значајна разлика, односно дека генерализираната анксиозност е најзастапено кај машките адолесценти кои имаат тешкотии во учењето.

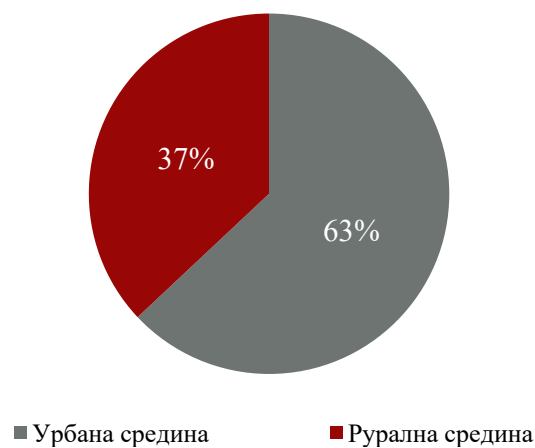
## 2. Застапеност според варијаблата средина

И во однос на варијаблата **средина** направивме истражување на застапеноста на паничното нарушување, генерализираната анксиозност, сепарационата анксиозност, социјалната анксиозност, избегнување на училиштето. Притоа беа добиени следните резултати:

### - Анксиозно нарушување

Во однос на застапеноста на **анксиозното нарушување** кај адолесценти од рурална и урбана средина - кај испитаниците од урбана средина беше застапено 62.78% додека кај адолесцентите од рурална средина беше застапено 37.21%.

Застапеност на анксиозноста според средината во која живеат адолесцентите



**Графикон бр. 13** Застапеност на појавата на анксиозност според средината во која живеат испитаниците



**Графикон бр. 14** Застапеност на анксиозното нарушување кај адолесцентите од урбана и рурална средина

Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test:  $11.978$   $df=3$   $p=.007$  ни покажаа дека  $\chi^2= 11.958$   $df=3$   $p=.008$  односно дека постои **статистички значајна разлика** во однос на корелацијата меѓу анксиозното нарушување и урбаните средини. Понатамошното разложување во однос на варијаблата средина на живеење и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.

Кај адолесцентите од урбана средина, статистичките испитувањаа покажаа дека  $\chi^2=4.671$   $df=3$   $p= .198$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од рурална ги добивме следните податоци  $\chi^2= 10.509$   $df=3$   $p=.015$ . Ова покажа дека постои статистички значајна разлика, односно дека анксиозното нарушување е најзастапено кај испитаниците со тешкотии во учењето кои живеат во рурална средина.

### - Генерализирана анксиозност

Во однос на застапеноста на **генерализираната анксиозност** кај адолесценти од рурална и урбана средина - кај испитаниците од урбана средина беше застапена 67.09% додека кај адолесцентите од рурална средина беше застапена 32.91%.

Застапеност на генерализираната анксиозност според средината на живеење



**Графикон бр. 15** Застапеност на генерализираната анксиозност според средината во која живеат испитаниците

Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test: .972 df=3 p=.018 покажаа дека постои **статистички значајна разлика** односно дека генерализираната анксиозност е многу повеќе застапена кај испитаниците од урбаните средини. Понатамошното разложување во однос на варијаблата средина на живеење и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



**Графикон бр. 16** Застапеност на генерализираната анксиозност кај адолесцентите од урбана и рурална средина

Кај адолесцентите од урбана средина, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2=5.134$   $df=3$   $p=.161$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од рурална средина ги добивме следните податоци  $\chi^2=11.031$   $df=3$   $p=.012$ . Ова покажа дека генерализираната анксиозност е најзастапена кај испитаниците со тешкотии во учењето од рурална средина.

### - Сепарациона анксиозност

Во однос на застапеноста на **сепарационата анксиозност** кај адолесценти од рурална и урбана средина - кај испитаниците од урбана средина беше застапена 52.22% додека кај адолесцентите од рурална средина беше застапена 47.78%.



**Графикон бр. 17** Застапеност на сепарационата анксиозност според средината во која живеат испитаниците

Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test: 15.207 df=3 p=.002 покажаа дека постои **статистички значајна разлика** односно дека сепарационата анксиозност е повеќе застапена кај испитаниците од урбаните средини. Понатамошното разложување во однос на варијаблата средина на живеење и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



**Графикон бр. 18** Застапеност на сепарационата анксиозност кај адолесцентите од урбана и рурална средина

Кај адолесцентите од урбана средина, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2=2.814$   $df=3$   $p=.421$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од рурална средина ги добивме следните податоци  $\chi^2=9.113$   $df=3$   $p=.028$ . Ова покажа дека сепарационата анксиозност е најзастапена кај испитаниците со тешкотии во учењето од рурална средина.



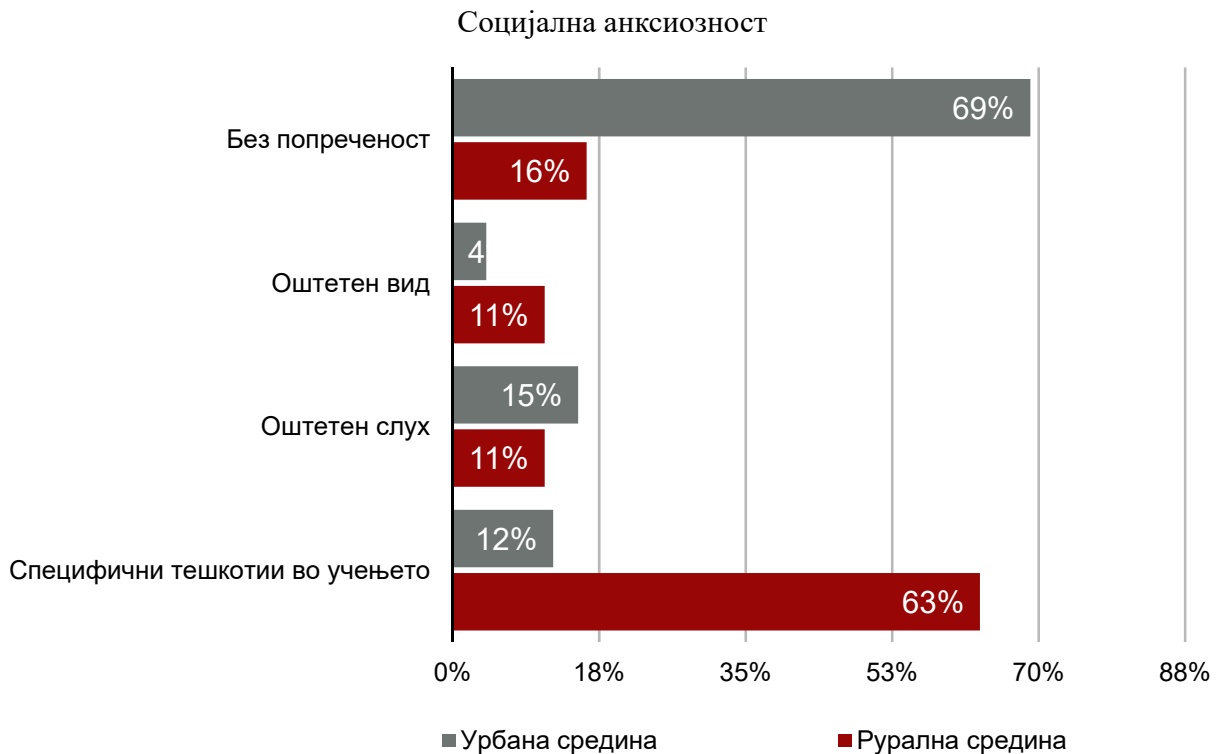
### - Социјална анксиозност

Во однос на застапеноста на **социјалната анксиозност** кај адолесценти од рурална и урбана средина - кај испитаниците од урбана средина беше застапена 57.78% додека кај адолесцентите од рурална средина беше застапена 42.22%.



**Графикон бр. 19** Застапеност на социјалната анксиозност според средината во која живеат испитаниците

Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test: 12.825 df=3 p=.005 покажаа дека постои **статистички значајна разлика** односно дека социјалната анксиозност е повеќе застапена кај испитаниците од урбаните средини. Понатамошното разложување во однос на варијаблата средина на живеење и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



**Графикон бр. 20** Застапеност на социјалната анксиозност кај адолесцентите од урбана и рурална средина

Кај адолесцентите од урбана средина, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2 = 157$   $df=3$   $p=0.025$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од рурална средина ги добивме следните податоци со Fisher's Exact Test: 9.141  $df=3$   $p=0.025$ . Ова покажа дека социјалната анксиозност е најзастапена кај испитаниците со тешкотии во учењето од рурална средина. Исто така, податоците покажаа дека социјалната анксиозност е многу поголема кај испитаниците со типичен развој кои живеат во урбаните средини во однос на испитаниците со типичен развој кои живеат во руралните средини.

- Избегнување на училиштето

Во однос на застапеноста на **избегнување на училиштето** кај адолесценти од рурална и урбана средина - кај испитаниците од урбана средина беше застапена 55.56% додека кај адолесцентите од рурална средина беше застапена 44.44%.

Застапеност на избегнувањето на училиштето според средината на живеење



Графикон бр. 21 Застапеност на избегнувањето на училиштето според средината во која живеат испитаниците

Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test: 2.676 df=3 p=.448. покажаа дека **НЕ** постои **статистички значајна разлика**. Понатамошното разложување во однос на варијаблата средина на живеење и видот на попреченост може да се забележи на следниот графикон.



**Графикон бр. 22** Застапеност на избегнувањето на училиштето кај адолесцентите од урбана и рурална средина

Кај адолесцентите од урбана средина, статистичките испитувања покажаа дека  $\chi^2= .602$   $df=3$   $p= .880$  односно дека нема статистички значајна разлика, додека кај адолесцентите од рурална средина ги добивме следните податоци со Fisher's Exact Test:  $2.737$   $df=3$   $p=.463$  каде што повторно се потврди дека нема разлика во значителното избегнување на училиштето кај испитаниците од урбана и рурална средина. Сепак доколку се набљудуваат процентуалните разлики, најголем процент на избегнување на училишните активности пројавуваат адолесцентите со специфични тешкотии во учењето од рурални средини.

#### IV Верификација на хипотези и дискусија на резултати

Верификацијата на хипотезите ќе ја разложиме на секоја од поставените хипотези.

**Првата хипотеза** која гласеше - Нивото на анксиозност е поголемо кај адолесцентите со тешкотии во учењето во однос на адолесцентите со типичен развој **се отфрла**. Истражувањето покажа дека 44 испитаници без попреченост (од вкупно 76 испитаници) односно 59% имаат анксиозно нарушување. Од испитаниците со попреченост 17 испитаници (од 38) односно 41% имаат анксиозно нарушување. Потемелните статистички анализи покажаа дека  $\chi^2 = 0,55$   $df=1$   $p=0.4581$ . Односно, овие податоци и статистички анализи покажуваат дека анксиозноста како состојба, генерално е застапена во општата популација на адолесценти без разлика дали се со типичен развој или со тешкотии. Видот и степенот на попреченост како тешкотија во учењето (иако генерално станува збор за една хетерогена група која психо-социјално е обесправена и многу вулнерабилна) не е поврзано со менталното здравје, односно со анксиозните нарушувања.

Подеталните анализи во однос на полот покажаа дека нивото на анксиозност е поголемо само кај машките испитаници со попреченост. Истражувањето покажа дека:

Најголем процент од машките испитаници со попреченост (74.33%) имаат анксиозно нарушување во однос на 26.67% на испитаници од редовната популација.

Најголем процент од машките испитаници со попреченост (75%) имаат генерализирана анксиозност.

Најголем процент од машките испитаници со попреченост (86.66%) имаат сепарациона анксиозност.

Најголем процент од машките испитаници со попреченост (78.58%) имаат социјална анксиозност.

Иако процентот на испитаници од женски пол кои имаат различни видови анксиозност е поголем, сепак внатре во групите, кога се прави споредба според видот на попреченост, процентот на машки испитаници со попреченост е поголем.

**Втората хипотеза** која гласеше: Нивото на анксиозност е поголемо кај адолесцентите од машки пол отколку кај адолесцентите од женски пол **се отрфла**. Истражувањето јасно покажа дека постои статистички значајна разлика, во полза на женскиот пол кај следните видови тешкотии во менталното здравје: анксиозно однесување (машки пол 34.88% - женски пол 65.12%); генерализирана анксиозност (машки пол 69.62% - женски пол 30.38); сепарациона анксиозност (машки пол 44.78% - женски пол 55.22%); социјална анксиозност (машки пол 31.11% - женски пол 68.89%). Потемелните статистички испитувања ни покажаа дека  $\chi^2 = 11.958$   $df=3$   $p=.008$  односно дека постои статистички значајна разлика во полза на женскиот пол.

**Третата хипотеза** која гласеше: Нивото на анксиозност е поголемо кај адолесцентите од урбана отколку кај адолесцентите од рурална средина **се потврдува**. Потемелните статистички испитувања со Fisher's Exact Test:  $11.978$   $df=3$   $p=.007$  ни покажаа дека  $\chi^2 = 11.958$   $df=3$   $p=.008$  односно дека постои статистички значајна разлика во однос на корелацијата меѓу анксиозното нарушување и урбаните средини. Истражувањето покажа јасно присуство на поголем процент на тешкотии во менталното здравје кај лицата од рурална средина: анксиозно однесување (урбана средина 62.78% - рурална средина 37.21%); генерализирана анксиозност (урбана средина 67.09% - рурална средина 32.91); сепарациона анксиозност (урбана средина 55.22% - рурална средина 44.78%); социјална анксиозност (урбана средина 57.78% - рурална средина 42.22%). Статистички значајна разлика се појави кај четири од вкупно 6 испитаници со тешкотии во менталното здравје. Во однос на корелацијата меѓу видот на тешкотии и средината на живеење повторно се забележува патернот на најголема зачестеност кај адолесцентите со специфични тешкотии во учењето кои живеат во рурални средини.

**Четвртата хипотеза** која гласеше: Анксиозноста е најмногу застапена кај адолесцентите со специфични тешкотии во учењето во однос на другите адолесценти со попреченост **делумно се потврдува**. Најголем процент на различни видови анксиозност се јавува кај испитаниците со тешкотии во учењето. Ова е забележано кај испитаниците со следните видови тешкотии во менталното здравје: машки испитаниците со анксиозно нарушување [(44.33%);  $\chi^2 = 14.628$   $df=3$   $p=.002$ ; машки испитаници со генерализирана анксиозност

[(45.83%);  $\chi^2=12.095$   $df=3$   $p=.007$ ; машки испитаници со сепарациона анксиозност [(43.33%);  $\chi^2=15.203$   $df=3$   $p=.002$ ]; машки испитаници со социјална анксиозност [(64.29%); Fisher's Exact Test=18.737  $df=3$   $p=.000$ ].

Иако генерално анксиозноста е позачестена кај испитаничките од женски пол, како што е дефинирано погоре, сепак кога станува збор за видовите попреченост, статистички значајни разлики, внатре во групите се јавуваат само кај испитаниците со специфични тешкотии во учењето од машки пол.

Во однос на **петтата хипотеза** која гласеше: Најзачестен тип на анксиозност кај адолесцентите со и без попреченост е генерализираното анксиозно пореметување, може да се дефинира дека оваа хипотеза **се потврдува делумно**. Најзачестен тип на анксиозност кај испитаниците од редовната популација од женски пол е генерализираната анксиозност [(61.82%);  $\chi^2=5.765$   $df=2$   $p=.124$ ], што не е статистички значајно додека најчест тип на анксиозност и кај испитаниците од редовната популација од машки пол, иако во помал процент (25%) е исто така генерализирана анксиозност ( $\chi^2=12.095$   $df=3$   $p=.007$ ) што од друга страна покажува дека има статистички значајна разлика. Поради разликата меѓу испитаниците од женски и машки пол, оваа хипотеза делумно се потврдува.

Менталните нарушувања и психолошките стресови се чести. Во истражувања поврзани со здравјето спроведени на територијата на Нов Зеланд во 2022/23 година, на секој шести возрасен од Нов Зеланд (16%, или околу 582.000 возрасни) му било дијагностицирано често ментално нарушување во одреден период од нивниот живот (вклучувајќи депресија, биполарно растројство и/или нарушување со анксиозност). Жените имаат околу 1,6 пати поголема веројатност да бидат дијагностицирани со ментално растројство (20%) од мажите (13%), а стапките се повисоки во сите возрасни групи. Највисоки стапки кај жените се од 35 – 44 години (23,8%) и кај мажите од 45 – 55 години (15,5%).

Шест проценти од возрасните лица во Нов Зеланд, или повеќе од 200.000 возрасни лица, доживуваат психолошки стрес во текот на еден месец. Луѓето кои доживуваат психолошки стрес имаат голема веројатност да имаат анксиозно или депресивно растројство. Жените имале поголема веројатност да доживеат психолошки стрес од мажите (7% наспроти 5%), и додека постарите луѓе имале поголема веројатност да им било

дијагностицирано ментално растројство, помладите луѓе имале поголема веројатност да доживеат психолошки стрес.

Стапките биле значително повисоки кај жените отколку кај мажите. 17,9% од жените биле дијагностицирани со депресија во одреден период од нивниот живот и 7,7% со анксиозно растројство, споредено со 10,4% и 4,4% од мажите, соодветно. Највисоки стапки биле кај жените на возраст од 35 – 44 години (21%) за депресија и 25 – 54 години (9%) за анксиозни нарушувања.

Менталните нарушувања, како група, се трета водечка причина за губење на здравјето за Новозеланѓаните (11,1% од сите загуби на здравје), зад ракот (17,5%) и васкуларните и крвните нарушувања (17,5%). Во рамките на оваа група, главни состојби се: анксиозност и депресивни растројства (кои сочинуваат 5,3% од загубата на здравјето), нарушувања на употребата на алкохол (2,1%) и шизофренија (1,3%). (Овие бројки за „товарот на болеста“, од студијата за губење на здравјето во Нов Зеланд, се комбинација од информации за болест, инвалидитет и рана смрт, за да овозможат споредба на тоа колку здрав живот губат луѓето со различни состојби).

Иако менталните нарушувања се вообичаени, некои луѓе сметаат дека тие предизвикуваат инвалидитет. Се проценува дека 242.000 луѓе, или 5% од Новозеланѓаните, живеат со попреченост предизвикана од психолошки и/или психијатриски состојби (т.е. ограничувања во нивните секојдневни активности поради долготрајни емоционални, психолошки или психијатриски состојби), според истражувањето за попреченост од 2013 година.

За околу 122.000 луѓе (13% од популацијата со посебни потреби), психолошката/психијатриската попреченост е или единственото оштетување или најограничувачкото од нивните оштетувања. Вообичаено е на луѓето да им се дијагностицира повеќе од едно здравствено нарушување (коморбидитет). Луѓето со дијагностицирани ментални нарушувања имаат поголема преваленца на неколку хронични физички состојби, а вообичаено е на луѓето да им се дијагностицирани две ментални нарушувања.



Студијата на Универзитетот во Отаго покажа дека мажите и жените кои користат услуги за ментално здравје во Нов Зеланд имаат повеќе од двојно поголем ризик од смрт во споредба со општата популација, а луѓето со психотично растројство имаат три пати поголема стапка на смртност. Додека самоубиствата и несреќите се важни придонесувачи за ова, ризикот од смрт поради природни причини, како што се кардиоваскуларни болести и рак, е исто така многу поголем (1,8 пати поголем од ризикот). Ова е во согласност со голем број меѓународни истражувања кои идентификуваа повеќе причини за предвремена смртност кај луѓето со ментална болест, како што се влијанието на повисоките стапки на пушење и несаканите ефекти од лековите врз кардиоваскуларното здравје, недостаток на соодветен третман на медицински состојби, дискриминација и социјална депривација.

Дијагнозата, класификацијата и управувањето со менталните нарушувања кај лицата со тешкотии во учењето често се преполни со предизвици кои не се среќаваат кај луѓето со просечен коефициент на интелигенција. Во контекст на филозофиите на нормализација, правичност и социјално вклучување, здравствените работници се повеќе се повикуваат да ги проценат и третираат лицата со попреченост во учењето, често во криза. Често, тие покажуваат предизвикувачко однесување како средство за справување со фрустрација, анксиозност и стрес (Menalescino, 1977).

Кај лицата со тешкотии во учењето, анксиозните растројства се добро препознатливи (Bailey and AndrewsBailey & Andrews, 2003), но може да бидат недоволно пријавени (Reiss, Levitan and SzyszkoReiss et al., 1982) и недоволно дијагностицирани (Reference Veerhoven and TuinierVeerhoven & Tuinier, 1997). Во примерок од лица со попреченост во учењето, Cooper (1997) се откриени повисоки стапки на анксиозни нарушувања кај постарите лица отколку кај помладите возрасни групи. Студиска група која ги споредува луѓето со тешкотии во учењето со општата популација откри значително повисоки стапки на фобично растројство кај првата (Deb, Thomas and BrightDeb et al, 2001a). Еден преглед на литература (Raghavan, 1997) откри слична, ако не и повисока преваленца на генерализирано анксиозно растројство кај луѓето со тешкотии во учењето. Значаен коморбидитет, исто така, беше пријавен во студијата на Masi, Favilla и MucciMasi et al (2000) кај адолесценти со попреченост во учењето. Анксиозните растројства беа идентификувани како позастапени

кај лицата со самоповредувачко однесување отколку кај оние без такво однесување (Moss, Emerson and Kiernan Moss et al, 2000).

Општо земено, сите критериуми за анксиозни нарушувања во ICD-10 или DSM-IV-TR може да се применат валидно и веродостојно кај луѓе со блага до умерена попреченост во учењето (Masi, Brovedani and Mucci Masi et al, 2002; Reference Stavrakaki, Griffiths, 2002). Кај оние со тешка до длабока попреченост, психијатриските проценки мора да се модифицираат во контекст на ограничувањата во когнитивната функција, користејќи едноставен говорен јазик, слики и знаковен јазик. Информациите од примарен старател запознаен со поединецот се од суштинско значење. Интервјуте мора да биде неизбрзано, давајќи доволно време да се даде отчет за настаните. Можеби ќе треба да се повторат и да се проверат прашањата и одговорите. Лицата со тешкотии во учењето се сугестивни и кога ќе им се даде избор на алтернативи може да се согласат или да ги повторат последните зборови од реченицата на прашувачот.

Описот на клучните дијагностички концепти на анксиозноста бараат одредено ниво на коефициент на интелигенција и лингвистички вештини, особено во однос на посложени субјективни когнитивни феномени. Matson и соработниците, 1997 година заклучија дека кога анксиозноста не може да се изрази, особено кај луѓето со потешки степени на попреченост во учењето, таа може да се манифестира како нарушување во однесувањето. Сепак, ова може да биде неспецифично и може да биде одраз на други предизвикувачи како што е околината. Важно е да се направи разлика помеѓу нарушувања во однесувањето и абнормални однесувања кои се резултат на основната ментална болест. При дијагностицирање на анксиозноста, Khreim & Mikkelsen (1997) ја истакнаа потребата да се стави релативно поголем акцент на феномени како што се агитација, врескање, плачење, повлекување, регресивно/прилепено однесување или смрзнување, а сето тоа може да се толкува како страв од манифестации.

Луѓето со тешкотии во учењето често се соочуваат со неволји во текот на животот, несоодветна социјална поддршка и слаби вештини за справување. Овие фактори придонесуваат за зголемена ранливост на стресни животни настани, што може да предизвика анксиозни нарушувања. Kessler, McGonagle and Zhao Kessler et al (1994) објавија дека сите видови на ментално растројство, вклучително и анксиозноста, опаѓаат со

зголемувањето на нивото на образование. Тековните психолошки модели на анксиозност имаат тенденција да ја инкорпорираат улогата на ранливоста на поединецот, која вклучува и генетски (Smoller & Tsuang, 1998; Kendler et al, 2001) и стекнати предиспозиции (Coplan, Pine & PappCoplan et al.). Некои генетски причини за попреченост во учењето имаат асоцијации со анксиозност, на пример: синдромот на фрагилен X хромозом е поврзан со социјално анксиозно растројство; Рубинштајн-Тажби и Прадер-Вили синдроми со опсесивно-компулсивно нарушување (Levitas и ReidLevitas & Reid, 1998); и Вилијамс синдром со анксиозност (Einfeld, Tonge, ReesEinfeld, 2001) и фобии (DykensDykens, 2003). Human, Oliver и HallHuman et al (2002) забележале значително високо компулсивно однесување кај синдромот Корнелија де Ланге.

Студиите за типови на страв пријавени кај оваа популација покажуваат сличности помеѓу децата и возрастите на еквивалентна ментална возраст, нагласувајќи ја развојната перспектива (Sternlicht, 1979; Duff, La Rocca and LizzetDuff, 1981; Pickersgill, Valentine and MayPickersgil 1994 ). На пример, индивидуите со умерена попреченост во учењето доживуваат страв од: животни, громови и духови (предоперативно размислување) и физички повреди (конкретно оперативно), што ја отсликува нормалната пијагетска транзиција кај децата со хендикеп што не учат. Меѓутоа, во детството, анксиозноста и фобиите исто така може да се појават како минливи феномени, составен дел на нормалниот ран развој.

Психолошката основа што ја поткрепува анксиозноста вклучува психодинамични (анксиозност перципирана како израз на нерешен конфликт), когнитивна (улога на перцепциите на поединецот за стресните настани во етиологијата на анксиозноста) и бихејвиорални (улога на учење, на пр. преку класично условување и заменик или набљудувачко учење) теории. Ingram, Miranda и SegalIngram et al (1998) објавија дека луѓето со анксиозност често имаат негативни когниции.

Високи проценти на проблеми со анксиозност и депресија кај деца со дислексија се покажани во многу студии (Francis et al., 2019; Gabriely et al., 2020; Hendren et al., 2018). Истражувањето спроведено од Ванг во Тајван, Кина (2021 година), покажа дека децата со дислексија имаат повисоки нивоа на симптоми на анксиозност и депресија. За студентите, пониските академски достигнувања предвидуваат зголемена анксиозност и депресивни

симптоми (Kessler et al., 1995). Студиите идентификуваа дека стресот и анксиозноста поврзани со училиштето се позастапени кај средношколците со дислексија (Geisthardt и Munsch, 1996; Wenz-Gross и Siperstein, 1998). Ниската самодоверба ги прави лицата со дислексија да се чувствуваат нервозни (Alexander-Passe, 2008). Дополнително, ниската самодоверба може да биде причина за депресија кај децата со дислексија (Hendren et al., 2018). Поголемата инциденца на врничка виктимизација кај овие деца може делумно да ја објасни и коморбидитетот на дислексијата и депресијата (Baumeister et al., 2008; Mishna, 2003). Сепак, резултатите во литературата се неконзистентни. Милер и сор. сугерираат дека дислексијата не е поврзана со покачени нивоа на интернализирачки симптоми (Miller et al., 2005).

Истражувањата за емоционалната благосостојба на лицата со потешкотии во учењето или дислексија сугерираат дека лошите состојби на менталното здравје може да продолжат, но може малку да се разликуваат во различни времиња (Klassen et al., 2013). Други истражувачи, сепак, открија дека емоционалните симптоми на луѓето со потешкотии во учењето се зголемуваат со возраста (Wilson et al., 2009). Некои студии, исто така, покажаа дека проблемите со менталното здравје на децата со дислексија се намалуваат со текот на времето (Carroll and Iles, 2006).

Скинер и Пиек (2001) објавија од анализата на скалите за субјективен рејтинг дека децата (8-10 години) и адолесцентите (12-14 години) со DCD имаат пониска самодоверба во различни домени како што се физички, социјални и академски домени. Скинер и Пиек (2001) исто така објавија дека децата и адолесцентите со DCD имале повисок степен на анксиозност од нивните врници.

Извештаите за некои студии опишаа дека овие проблеми со менталното здравје се секундарни на проблемите поврзани со моториката кои се појавуваат откако детето ќе започне основно училиште, кога тие се предизвикани од социјалните и барањата од врниците (хипотеза за стресот во животната средина, Cairney et al., 2010; Mancini et al., 2019; Piek et al., 2008). Овие наоди покажуваат дека следењето на менталното здравје на децата со понизок степен на моторна способност е од клучно значење. Скоро сите такви студии, сепак, ги истражуваа односите помеѓу моторните вештини и менталното здравје кај децата од основно училиште и адолесцентите (Emck et al., 2009; Rodriguez et al., 2019).

Моторните вештини имаат важна врска со психосоцијалните благосостојба. Истражувањата покажаа дека децата кои имаат клинички моторни оштетувања, како што е развојната координација нарушување (DCD), се изложени на поголем ризик да доживеат сиромашни психосоцијални резултати, во споредба со нивните врстници кои не се DCD. Ова вклучува помалку уживање во секојдневните задачи (Bart et al., 2011), ниско самодоверба (Miyahara and Piek, 2006), помалку развиена социјална поддршка и пријателства (Smyth and Anderson, 2000; Skinner and Piek 2001), слаби социјални вештини (Каниоглу и сор., 2005), социјална изолација и социјални проблеми (Smyth and Anderson, 2000; Chen et al. 2009), академски недостигнувања (Alloway, 2007), виктимизација/малтретирање од врстници (Campbell et al., 2012), намален квалитет на живот (Hill et al., 2011), повлекување (Chen et al., 2009), физичка неактивност и дебелина (Cairney et al., 2005). Покрај тоа, слабите моторни вештини се исто така поврзани со симптоми на интернализирачки нарушувања како депресија и анксиозност (Skinner and Piek, 2001; Francis and Piek, 2003; Lingam et al., 2012; Cairney et al., 2013). Оваа поврзаност помеѓу сиромашните може да се припишат моторни вештини и интернализирање на симптомите до заедничката невро-развојна етиологија помеѓу моторните вештини и емоционална регулација (Nicolson et al., 2001; Ekornas et al., 2010).

Во споредба со децата врстници, кај деца и ученици со попреченост се забележуваат повисоки стапки проблеми со ментално здравје; повеќе анксиозност, депресија, повисоки стапки на самоубиствени идеи и обиди за самоубиство и несамоубиствено самоповредување; и поголем процент на виктимизација (Coduti et al., 2016; Fleming et al., 2016 година; Salle et al., 2018).

КОВИД-19 имаше големо влијание деца и ученици со попреченост (Pier et al., 2021). Затворањето на училиштата ги спречи децата со попреченост во повеќето држави од пристап до целиот опсег на наставни услуги и поддршка одобрени во нивното индивидуално образование, специфично за нивните индивидуални потреби (Cummings & Turner, 2020).

Има различни причини за нарушувања на расположението меѓу деца со оштетен вид, како што е намалената мобилност (Kef, Нох, & Habekoth, 2000), осаменост (Hadidi & Al Khateeb, 2013), помалку можности за учење социјални вештини (Hatlen, 2004) и поголема зависност од помош (Sacks, Kekelis и Gaylord-Ross, 1992). Покрај тоа, помалото учество во

активностите во слободно време може да придонесе за децата кои имаат зголемен ризик од нарушувања на расположението (Augestad & Jiang, 2015 година; Bruner, Flanders, & Augestad, 2015). Дополнително, на децата со оштетен вид може да им биде тешко да го предвидат однесувањето и реакциите на другите луѓе од нивните изрази на лицето на нивните емоции (Pinquart & Pfeiffer, 2013). Превенција на нарушувања на расположението и промовирањето на добро ментално здравје се важни за сите деца (Grønmo & Augestad, 2007).

Поголемиот дел од студиите сугерираат дека децата и младите со оштетен вид имале повеќе емоционални проблеми отколку нивните врстници со вид. Резултатите покажаа дека девојките со оштетен вид може да доживеат сериозни симптоми на депресија почесто отколку момчињата со оштетувања на видот, што е во линија со резултати за општата популација на адолесценти пријавени од Bradley (2001).

Млади луѓе со оштетен вид може да имаат помалку можности за создавање пријатели и може да се соочат со проблеми на социјална изолација и следствено на тоа тие можат развиваат емоционални и комуникативни проблеми (Hurre et al., 2001). Сепак, различни општества имаат различни образовни системи за деца и млади со оштетувања на видот, а овој систем може да доведе до појава на различни видови ментални здравствени проблеми.

Начин на живот, поддршка од семејството и пријатели, ниво на интеграции и социјални интеракции може да се разликуваат (Kef, 1997; Sacks & Wolffe, 2006). Sacks, Wolffe, and Tierney (1998) тврдеа дека за многу студенти успехот во независен живот, многу зависи од природата и опфат на услугите што ги добивале во текот на нивното средно образование.

## V Заклучок

Зошто проблемите во менталното здравје не секогаш се препознаени?

- јаз помеѓу институциите кои даваат услуги за подобрување на ментално здравје и институциите кои даваат образовни услуги. Учениците со попреченост имаат зголемен ризик за искусување на тешкотии со менталното здравје, но тие може да не бидат препознаени како популација под ризик од страна на училиштата. Врската меѓу попреченоста и менталното здравје треба да биде разбрана од страна на училишните психолози, наставниците, специјалните едукатори, кои се во можност да понудат можности за социјално и емоционално учење и да ги ублажат потенцијалните маргинализација и изолација.
- Процените за детекција на проблеми во менталното здравје кај лицата со тешкотии во учењето не се секогаш добро развиени. Кога симптомите се претставени од страна на лицето со тешкотија во учењето, тие се припишуваат на нивната попреченост наместо на вистинскиот проблем. Проблемите во менталното здравје кај учениците и младите лица со попреченост се голем предизвик за наставниците, семејствата и клиничарите. Една од најголемите грижи е дека овие тешкотии често се непрепознаени во текот на подолги временски периоди и раната детекција е проблематична. Таму каде што има рана детекција, исходите се многу попозитивни за ученици, и тоа има значителен импакт врз квалитетот на живот и на поединецот и на семејството. Клучниот фактор во развивање на стратегии базирани на докази кои се скроени според индивидуалните потреби на ученикот е во точната и детална процена.

Со цел да се пресретнат потребите на оваа популација, стратегиите за и за детекција и за работа на проблемите во ментално здравје треба да се продуцираат на пристапен начин за лицата со попреченост и во формат кој одговара на попреченост, тука вклучувајќи и грижа на далечина, ако е потребно преку телефон или онлајн. Стратегиите и механизмите за справување се витални за развивањето на добро ментално здравје.

При водење на дискусиите за менталното здравје во училиштата потребно е да се вклучат таргетираны пристапы за ученици кои се под ризик, во контекст на универзални, сеопфатни училишни пристапы притоа вклучувајќи ги и потребите за ментално здравје на учениците со попреченост. Справувањето со потребите за ментално здравје на лицата со попреченост бара заеднички напор од општеството. Во општеството мора да постои колективна свесност за дестигматизирање на проблемите со менталното здравје кај лицата со одредени потешкотии. Ова вклучува подигање на свеста, промовирање отворени разговори и нудење едукација за менталното здравје и попреченоста. Дополнително, општеството треба да даде приоритет за развојот на достапни и инклузивни услуги за ментално здравје, обезбедувајќи лицата со попреченост да имаат еднаков пристап до квалитетна нега. Соработката помеѓу наставниците, родителите и професионалците за ментално здравје е од суштинско значење. Овој мултидисциплинарен пристап овозможува сеопфатно разбирање на потребите на ученикот и овозможува координирани напори за да се обезбеди најдобра можна поддршка. Работејќи заедно наставниците, родителите и професионалците за ментално здравје можат да создадат план и стратегија за грижа која ја промовира благосостојбата на учениците со попреченост.

На крајот на краиштата, потребен е колективен напор од општеството, воспитувачите и здравствените работници за да се одговори на потребите за ментално здравје на лицата со попреченост. Со давањето приоритет на образованието, обуката и соработката, можеме да создадеме поинклузивна и поподдржлива средина за сите ученици, без оглед на нивните способности или предизвици за менталното здравје.



Како да помогнеме во справувањето со овие тешкотии во менталното здравје?

- Наставниците играат витална улога во детектирањето на комплексните однесувања во една училишница.
- Соработка и вклучување на други професионалци како психолози, психијатри и другите членови на тимовите за ментално здравје кои можат да применат опсежни алатки за проценка кои ќе го водат процесот.
- Мултидисциплинарниот и трансдисциплинарниот пристап како и моделот на партнерство е клучен во насока на добивање на позитивни исходи за детето.
- Развивањето на индивидуален профил за потребите на едно дете кој ќе се заснова на опсервација, академски способности и достигнувања, комбинирано со психолошки тестирања онаму каде што е потребно, е предусловот за добра практика базирана на докази, која ќе доведе до формулирање на специфични цели за интервенција.

Сепак, сето ова не може да биде третирано само од училиштата. Вакви комплексни потреби бараат придонес од трансдисциплинарен тим кој ќе биде спремен да спроведе мулти-димензионална проценка која ќе ги дефинира бихејвиоралните проблеми, развојните пречки и менталните проблеми, и преку една интервенција базирана на докази ќе го промовира развојот и позитивното ментално здравје кај младите лица кои имаат комплексни посебни потреби и пречки. Наставниците и другите професионалци ќе треба да ги детектираат овие тешкотии многу порано, со цел да иницираат проактивни стратегии за справување наместо реактивни стратегии кои би дошле многу подоцна.

И секако не треба да ја потцениме клучната улога која ја имаат врските со други луѓе. Квалитетот на врските и односите во контекст на проблемите со менталното здравје има поголем ефект и од медицинскиот третман. Треба да се потсетиме дека подучување е професија базирана на релации. Етосот во училиштето, емоционалната клима во

училницата и динамиката на групата можат да му помогнат на едно ранливо дете со комплексни потреби позитивно да се идентификува во рамките на таа група.

## **Прилог 1**

**Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)** Страна 1 од 2

Изработено од Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David Brent, M.D., и Sandra McKenzie, Ph.D.,

Западен психијатриски институт и клиника (Western Psychiatric Institute and Clinic),  
Универзитет во Питсбург (*Октомври, 1995*). *E-mail*: birmaherb@upmc.edu

### **Инструкции:**

Подолу има листа со искази што опишуваат како луѓето се чувствуваат. Прочитај ја секоја фраза и одлучи дали тврдењето „не е точно или скоро никогаш не е точно“, или „прилично точно или понекогаш точно“, или „точно или скоро секогаш точно“. Потоа, за секој исказ, исполни едно крукче што кореспондира на одговорот, што ги опишува твоите чувства во последните 3 месеци.

	0	1	2	
	Не е точно или скоро никогаш не е точно	Прилично точно или понекогаш точно	Точно или скоро секогаш точно	
1. Кога се чувствувам исплашено, тешко ми е да дишам.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
2. Чувствувам главоболка кога сум на училиште.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
3. Не сакам да бидам со луѓе кои не ги познавам добро.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
4. Чувствувам страв кога спијам далеку од дома.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
5. Се грижам за луѓето кои ме сакаат.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
6. Кога ќе се исплашам, се чувствувам мошне отсутно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
7. Нервозен/на сум.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
8. Ги следам мајка ми или татко ми каде н да одат.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
9. Луѓето ми кажуваат дека изгледам нервозно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
10. Се чувствувам нервозно кога сум со луѓе кои не ги познавам добро.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
11. Имам стомачни болки кога сум на училиште.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
12. Кога ќе се исплашам, се чувствувам како да полудувам.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
13. Загрижен сум да спијам сам.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
14. Загрижен сум да бидам добар како и другите деца.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
15. Кога ќе се исплашам, чувствувам дека работите не се реални.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
16. Имам кошмари дека нешто лошо ќе им се случи на моите родители.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
17. Загрижен сум да одам на училиште.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
18. Кога ќе се исплашам, срцето брзо ми чука.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
19. Се чувствувам несигурно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
20. Имам кошмари дека нешто лошо ќе ми се случи.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP

**Screen for Child Anxiety Related Disorders  
(SCARED) Страна 2 од 2**

	0 Не е точно или скоро никогаш не е точно	1 Прилично точно или понекогаш точно	2 Точно или скоро секогаш точно	
1. Кога се чувствувам исплашено, тешко ми е да дишам.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
2. Чувствувам главоболка кога сум на училиште.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
3. Не сакам да бидам со луѓе кои не ги познавам добро.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
4. Чувствувам страв кога спијам далеку од дома.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
5. Се грижам за луѓето кои ме сакаат.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
6. Кога ќе се исплашам, се чувствувам мошне отсутно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
7. Нервозен/на сум.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
8. Ги следам мајка ми или татко ми каде и да одат.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
9. Луѓето ми кажуваат дека изгледам нервозно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
10. Се чувствувам нервозно кога сум со луѓе кои не ги познавам добро.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
11. Имам стомачни болки кога сум на училиште.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
12. Кога ќе се исплашам, се чувствувам како да полудувам.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
13. Загрижен сум да спијам сам.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
14. Загрижен сум да бидам добар како и другите деца.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
15. Кога ќе се исплашам, чувствувам дека работите не се реални.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
16. Имам кошмари дека нешто лошо ќе им се случи на моите родители.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
17. Загрижен сум да одам на училиште.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
18. Кога ќе се исплашам, срцето брзо ми чука.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
19. Се чувствувам несигурно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
20. Имам кошмари дека нешто лошо ќе ми се случи.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP

Вкупен резултат  $\geq 25$  може да индицира присуство на **анксиозно нарушување**. Резултатите повисоки од 30 се поспецифични. **TOTAL =**  
 Резултат од 7 за исказите 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 може да индицира **панично нарушување** или **значајни соматски симптоми**. **PN =**  
 Резултат од 9 за исказите 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 може да индицира **генерализирано анксиозно нарушување**. **GD =**  
 Резултат од 5 за исказите 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 може да индицира **сепарациона анксиозност**. **SP =**  
 Резултат од 8 for items 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 може да индицира **социјално анксиозно нарушување**. **SC =**  
 Резултат од 3 for items 2, 11, 17, 36 може да индицира **значајно избегнување на училиштето**. **SH =**

SCARED тестот е на располагање бесплатно на [www.wpic.pitt.edu/research](http://www.wpic.pitt.edu/research) во делот *tools and assessments*, или на [www.pediatricbipolar.pitt.edu](http://www.pediatricbipolar.pitt.edu) во делот *instruments*

## **Прилог 2**

**PROMIS скалата за проценка на детската анксиозност** за возраст од 11 до 17 години составена е од 13 прашања, а ги проценува социјалните стравови во училиште или дома. Секое се оценува со пет степени: 1 (никогаш), 2 (скоро никогаш), 3 (понекогаш), 4 (често), 5 (скоро секогаш), при што вкупниот резултат се движи во интервалот од 13 до 65. Резултатите од сите 13 прашања треба да се соберат за да се добие вкупниот резултат. Потоа треба да се искористи табелата на T-резултати за да се идентификува T-резултатот што кореспондира на вкупниот резултат на детето. Повисокиот T-резултат укажува на поголем интензитет на анксиозност, и тоа:

Помалку од 55,0	= Никаква до блага анксиозност;
55,0 – 59,9	= Слаба анксиозност;
60,0 – 69,9	= Умерена анксиозност;
70,0 или повеќе	= Сериозна анксиозност.

							Пополнува клиничарот
Во изминативе СЕДУМ (7) ДЕНОВИ...							Резултат
		Никогаш	Скоро никогаш	Понекогаш	Често	Скоро секогаш	
1.	Чувствував дека нешто лошо може да се случи.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
2.	Се чувствував нервозно.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
3.	Се чувствував исплашено.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
4.	Се чувствував загрижено.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
5.	Бев загрижен за тоа што би можело да ми се случи.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
6.	Бев загрижен кога си легнував навечер.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
7.	Се плашев многу лесно.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
8.	Страв ми беше да одам на училиште.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
9.	Загрижен бев да не умрам.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
10.	Се разбудував навечер исплашен.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
11.	Загрижен бев кога престојував дома.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
12.	Загрижен бев кога престојував надвор од дома.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
13.	Тешко ми беше да се опуштам.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<b>Вкупен/делумен резултат:</b>							
<b>Пропорционален вкупен резултат:</b>							
<b>T-резултат:</b>							

## 1.

### Инструкции за клиничари

DSM-5 „Ниво 2 – Анксиозност – Возраст на деца 11–17“ мерката претставува краток формулар за анксиозноста, развиен од PROMIS, што го проценува чисто доменот на анксиозноста кај децата и адолесцентите. Скалата на анксиозност на PROMIS беше развиена и може да се употребува кај деца на возраст 8-17; меѓутоа, таа беше тестирана само кај деца на возраст 11-17 при примената на DSM-5 во пракса. Мерката ја пополнува детето пред да го посети клиничарот. Секоја ставка го прашува детето што прима нега да го оцени степенот на неговата или нејзината анксиозност **за време на изминатите 7 дена.**



Резултат	Т-резултат	SE	Резултат	Т-резултат	SE
13	32,3	5,7	40	64,5	3,1
14	36,6	4,8	41	65,3	3,1
15	38,9	4,6	42	66,0	3,1
16	41,1	4,3	43	66,8	3,1
17	42,8	4,1	44	67,5	3,1
18	44,3	3,9	45	68,2	3,1
19	45,7	3,8	46	69,0	3,1
20	47,0	3,7	47	69,7	3,1
21	48,2	3,6	48	70,5	3,1
22	49,4	3,5	49	71,3	3,1
23	50,4	3,4	50	72,0	3,1
24	51,4	3,4	51	72,8	3,2
25	52,4	3,3	52	73,6	3,2
26	53,3	3,3	53	74,4	3,2
27	54,2	3,3	54	75,3	3,2
28	55,1	3,3	55	76,1	3,3
29	56,0	3,2	56	77,0	3,3
30	56,8	3,2	57	77,9	3,4
31	57,6	3,2	58	78,9	3,4
32	58,4	3,2	59	79,9	3,5
33	59,2	3,2	60	81,0	3,6
34	60,0	3,2	61	82,1	3,7
35	60,8	3,2	62	83,3	3,7
36	61,6	3,1	63	84,7	3,8
37	62,3	3,1	64	86,1	3,8
38	63,1	3,1	65	88,0	3,8
39	63,8	3,1			

© 2008-2012 PROMIS Health Organization (PHO)  
u PROMIS Cooperative Group.

Бодирање и интерпретација:

Секое прашање се оценува на скала со 5 степени (1 = никогаш; 2 = скоро никогаш; 3 = понекогаш; 4 = често; 5 = скоро секогаш), при што резултатот се движи во интервалот од 13 до 65. Повисокиот резултат укажува на поголем интензитет на анксиозност. Клиничарот треба да го прегледа одговорот на секое прашање од мерката за време на клиничкото интервју и да го запише резултатот од секоја ставка во секцијата означена со „Пополнува клиничарот“. Резултатите од 13. ставки треба да се соберат за да се добие вкупниот резултат. Потоа треба да се искористи табелата на Т-резултати за да се идентификува Т-резултатот што кореспондира на вкупниот резултат на детето. Оваа информација треба да се запише во редот означен со „Т-резултат“ на мерката.

**Забелешка:** Оваа табела важи само ако **сите ставки** во формуларот се одговорени. Ако се одговорени 75% или повеќе прашања, треба прво да се пресмета пропорционален резултат, а потоа да се искористи табелата за конвертирање на резултатот во Т-резултат. Формулата за пресметување пропорционален вкупен резултат е дадена со изразот:

$$\frac{\text{Збир} \times \text{Број на ставки во формуларот}}{\text{Број на одговорени прашања}}$$

Ако добиениот резултат е децимален број, заокружете го на најблискиот цел број. На пример, ако биле одговорени 12 од вкупно 13 ставки, и делумниот резултат (сумата резултатите од одговорите на овие 12 прашања) изнесувал 40, пропорционалниот вкупен резултат ќе изнесува  $40 \times 13 / 12 = 43$ , после заокружувањето. Т-резултатот во овој случај би бил 66,8.

T-резултатите се интерпретираат на следниов начин:

Помалку од 55,0 = Никаква до блага анксиозност;

55,0 – 59,9 = Слаба анксиозност;

60,0 – 69,9 = Умерена анксиозност;

70,0 или повеќе = Сериозна анксиозност;

Ако на повеќе од 25% од вкупниот број прашања (во овој случај, на повеќе од 3) не бил даден одговор, резултатите не треба да се употребуваат. Во овој случај, детето што е под неџа треба да се охрабри да ги комплетира одговорите на сите прашања.

#### Фреквенција на употреба

За да се следат промените во степенот на анксиозноста кај детето со текот на времето, треба да се вршат мерења во правилни интервали што ќе бидат клинички пропишани, во зависност од стабилноста на симптомите кај детето и статусот на третманот. Конзистентно високи резултати можат да индицираат на значителни и проблематични подрачја за детето, коишто би требало понатаму да се проценуваат, третираат, и следат. Вашата клиничка проценка треба да Ве води при носењето на Вашата одлука.

## BIBLIOGRAPHY:

- Abolfotouh, M.A., Telmesani, A. (1993). A study of some psychosocial characteristics of blind and deaf male students in Abha City, Asir Region, Saudi Arabia . *Public health*, 107, 261-269
- Adams, D. A. (1987). The causes of deafness. Chapter 4. In: Scott-Brown's Otolaryngology, 5th Ed. *Pediatric Otolaryngology*. Butterworths and Co., London.
- Ahrens, R. (1954). Beitrag zur Entwicklung des Physiognomie und Mimikerkennes. *The American Journal of Psychology*, 2, 412-454.
- Alexander-Passe, N. (2008). The sources and manifestations of stress amongst school-aged dyslexics, compared with sibling controls, *Dyslexia*, 14(4), 291-313. doi: 10.1002/dys.351.
- Alloway, T. P. (2007). Working memory, reading, and mathematical skills in children with developmental coordination disorder. *Journal of Experimental Child Psychology*, 96, 20–36. 10.1016/j.jecp.2006.07.002
- American Heritage Medical Dictionary Editors (2007). *The American Heritage Medical Dictionary*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt (HWH).
- American Psychiatric Association (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of MDisorders*, the 5 Edition. Washington, DC: Author.
- Ammerman, R. T., Vincent, B., Hasselt, V., Hersen, M. (1987). Psychological adjustment of visually handicapped children and youth. *Clinical Psychology Review*, 6(1), 67-85.
- Anand, G., Nijhawan, H.K., Verma, P. (1992). A picture frustration study of the disadvantaged child. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 19, 1-3.
- Andrews, R., Shirley, W. (2005). Autistic tendencies: Are there different pathways for blindness and autism spectrum disorder. *British Journal of Visual Impairment*, 9 (23), 2, 52-57.
- Anxiety and Depression Association of America (2013). *Facts and statistics*. Silver Springs, MD: Author. Retrieved from <http://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>
- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th edition, *American Psychiatric Publishing*, Arlington, VA, USA, ISBN-13: 978-0890425558
- Archibald, A., Graber, J., Brooks-Gunn, J. (2006). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. Adams & Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* Malden, MA: Blackwell Publishing, 24-48.
- Arnold, P., & Chapman, M. (1992). Self-esteem, aspirations and expectations of adolescents with physical disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 34(2), 97-102, <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1992.tb14975.x>
- Augestad, L. B., & Jiang, L. (2015). Physical activity, physical fitness, and body composition among children and young adults with visual impairment. *The British Journal of Visual Impairment*, 33(3), 167–182. doi:10.1177/0264619615599813
- Bacakoglu, H (2002). Görmeyen Çocuklarda Benlik Kavramı ve Rasyonel Düşüncenin Gelişiminde Rasyonel Duygusal Eğitimin Etkisi. *Unpublished Dissertation Thessis*. Istanbul

- Bailey, N. M. & Andrews, T. M. (2003). Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC–LD) and the diagnosis of anxiety disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (1), 50–61
- Bala, M. (1985). A comparative study of the mental make up and educational facilities for physically handicapped and normal children, *Dissertation submitted to Kurukshetra University*, Thanesar, Haryana state, India.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Bart, O., Hajami, D., and Bar-Haim, Y. (2011). Predicting school adjustment from Motor Abilities in Kindergarten. *Infant and Child Development*, 16 (6), 597–615. doi:10.1002/icd.514
- Batelaan, N., Spiker, J, de Graaf, R., & Cuijpers, P. (2012). Mixed anxiety depression should not be included in *DSM-5*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200 (6), 495-498.
- Baumeister, A.L., Storch, E.A. & Geffken, G.R. (2008). Peer Victimization in Children with Learning Disabilities. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25, 11–23. <https://doi.org/10.1007/s10560-007-0109-6>
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child, Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10),
- Biyikli, L. (1989). Özürlü Çocuk, Toplum ve Aile. *A.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 22, 633-642.
- Blake T. R., Rust J. O. (2002). Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities. *College Student Journal*, 36(2), 214–221.
- Bonvillain, J.F. & Honora, D. (2004) Racial identity attitudes, self-esteem, and academic achievement among African American adolescents. *Reports/Research*.
- Booth, T., Ainscow, M. (2011). *Index for Inclusion: developing learning and participation in schools*, Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE), Bristol, UK, URL: <http://www.csie.org.uk/resources/inclusion-index-explained.shtml>
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17–27. [CrossRefGoogle ScholarPubMed](#)
- Bradley, J. B. (2001). Anxiety and mood disorders in children and adolescents: A practice update. *Paediatrics & Child Health*, 6(7), 459–463.
- Broderick, J.E., DeWitt, E.M., Rothrock, N., Crane, P.K., Forrest, C.B. (2013). Advances in Patient-Reported Outcomes: The NIH PROMIS (®) Measures. 1(1):1015. doi: 10.13063/2327-9214.1015. PMID: 25848562; PMCID: PMC4371419.
- Brunes, A., Flanders, W. D., & Augestad, L. B. (2015). The effect of physical activity on mental health among adolescents with and without self-reported visual impairment: The Young-HUNT study. *British Journal of Visual Impairment*, 33(3), 189– 199. doi:10.1177/0264619615602298
- Bukelić, J. (2001). *Socijalna psihijatrija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, Srbija

- Cairney, J. & Veldhuizen, S., Szatmari, P. (2010). Motor coordination and emotional-behavioral problems in children. *Current Opinian in Psychiatry*, 23, 324–329
- Cairney, J.& Rigoli, D., Piek, J. (2013). Developmental coordination disorder and internalizing problems in children: the environmental stress hypothesis elaborated. *Developmental Review*, 33, 224–238. Doi.10.1016/j.dr.2013.07.002
- Cakmak, S. (2006). Gören ve Görmeyen Ergenlerin Cinsel Gelişimi. *Unpublished Masters Thesis*. Ankara
- Campbell, W. N., Missiuna, C., Vaillancourt, T. (2012). Peer victimization and depression in children with and without motor coordination difficulties. *Psychology in the Schools*, 49, 328–341. Doi.10.1002/pits.21600
- Carroll, J. M., & Iles, J. E. (2006). *An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education*. Wiley. <https://doi.org/10.1348/000709905x66233>
- Carroll, J., Iles, J. (2006). An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology*, 76, 651–662.
- Cartwright-Hatton, S, McNicol, K, Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26: 817–33.
- Chauhan, N. S. & Tiwari, G. P. (1972). *A guide for using nairshya maapa (Frustration test)*. Agra Psychological research cell, Tiwari kothi, Belanganj, Agra.
- Chen, Y.W., Tseng M.H., Hu F.C. & Cermak, S. A. (2009). Psychosocial adjustment and attention in children with developmental coordination disorder using different motor tests. *Research of Developmental Disabilities*, 30, 1367–1377. Doi.10.1016/j.ridd.2009.06.004
- Claparede, E. (1950). *L'éducation fonctionnelle*, Paris: Neuchâtel, France
- Cooper, S. A. (1997). Psychiatry of elderly compared to younger adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 10, 303–311
- Cooper, B. (1972). Clinical and social aspects of chronic neurosis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 65, 509–512. [Google ScholarPubMed](#)
- Coplan, J. D., Pine, D. S. & Papp, L. A. (1997). A view on noradrenergic, hypothalamic–pituitary–adrenal axis and extrahypothalamic corticotrophin-releasing factor function in anxiety and affective disorders: the reduced growth hormone response to clonidine. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 193–204
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-44.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Preveoneau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085.
- Cummings, A., & Turner, M. (2020). COVID-19 and third-grade reading policies. *Education Policy Innovation Collaborative*. <https://epicedpolicy.org/wp-content/uploads/2020/10/RBG3-ReadingPolicies-FINAL-10-29-20.pdf>
- Dash, M. (2000). *Education of exceptional children*. Atlantic publishers and distributors, New Delhi.

- De Clercq-Quaegebeur, M., Casalis, S., Vilette, B., Lemaitre, M.P., & Vallée, L. (2018). Arithmetic abilities in children with developmental dyslexia: Performance on French ZAREKI-R test. *Journal of Learning Disabilities, 51*(3), 236–249. <https://doi.org/10.1177/0022219417690355>
- Deb, S., Thomas, M. & Bright, C. (2001) Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 495–505
- Dharitri, R. , & Murthy, V. N. (1990). Hearing impaired children: Their behaviour problems and parental attitudes. *Journal of Clinical Psychology, 17*, 12–16.
- Dollard, J., Mckler, L., Wress, D. L., Mowrer, O.H. & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press, London.
- Dorn, L. (1993). *The mother/blind infant relationship: A research program*. BJVI, 11; 1: 13-16.
- Dykens, E. M. (2003). Anxiety, fears, and phobias in persons with Williams syndrome. *Developmental Neuropsychology, 23*, 291–316
- Einfeld, S. L., Tonge, B. J. & Rees, V. W. (2001). Longitudinal course of behavioural and emotional problems in Williams syndrome. *American Journal of Mental Retardation, 106*, 73–81
- Ekornas, B., Lundervold, A. J., Tjus, T., Heimann, M. (2010). Anxiety disorders in 8–11-year-old children: motor skill performance and self-perception of competence. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 271–277. Doi: 10.1111/j.1467-9450.
- Emck, C., Bosscher, R., Beek, P., & Doreleijers, T. (2009). Gross Motor Performance and Self-Perceived Motor Competence in Children with Emotional, Behavioural, and Pervasive Developmental Disorders, *A Review of Developmental Medicine Child Neurology. 51* (7), 501–517. doi:10.1111/j.1469-8749.2009.03337.x
- Essau, C.A., Conradt, J., Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research.;*15, 470–481.
- Fawcett, J. (2013). Suicide and anxiety in the DSM-5. *Depression and Anxiety, 30*(10), 898-901.
- Fisher, B. L., Allen, R., & Kose, G. (1996). The Relationship Between Anxiety and Problem-Solving Skills in Children with and Without Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 29*(4), 439–446.
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind: Comparative studies of blind and sighted children*. New York, Basic Books.
- Francis, D.A, Caruana, N., Hudson, J.L., McArthur, G.M. (2019). The association between poor reading and internalising problems: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review, 67*, 45-60. doi: 10.1016/j.cpr.2018.09.002.
- Fryers, T. (1997) Epidemiology in relation to community and residential services. *Current Opinion in Psychiatry, 10*, 340–353. CrossRefGoogle Scholar.
- Gabriely, R., Tarrasch, R., Velicki, M., Ovadia-Blechman, Z. (2020). The influence of mindfulness meditation on inattention and physiological markers of stress on students with learning disabilities and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103630*.

- Geisthardt, C. & Munsch, J. (1996). Coping with school stress: a comparison of adolescents with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29(3):287-96. doi: 10.1177/002221949602900307. PMID: 8732890.
- Gilbert, C.E., Anderton, L. & Dandona, L. (1998). Prevalence of visual impairment in children: a review of available data. *Ophthalmic Epidemiology*, 6,73–82.
- Grønmo, S. J., & Augestad, L. B. (2007). Physical activity, self-concept, and global self-worth of blind youths in Norway and France. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(8), 522–527
- Guillett, S. (1998). Quality of life among children with physical disabilities between the age and 15. *Quality of life research*, 7 (7), 603.
- Hadidi, M. S., & Al Khateeb, J. M. (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: A brief report. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(2), 167– 172. <http://dx.doi.org/10.1080/1034912X.2012.723949>
- Hatlen, P. H. (2004). Is social isolation a predictable outcome of inclusive education? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98(11), 676 –724.
- Hausmann, A., Hortnagl, C., Muller, M., Waack, J., Walpath, M., & Conca, A. (2007). Psychotherapeutic interventions in bipolar disorder: A review. *Neuropsychiatry*, 21 (2), 102-109.
- Hendren, R. L., Haft, S. L., Black, J. M., White, N. C., & Hoeft, F. (2018). Recognizing psychiatric comorbidity with reading disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 101.
- Hendren, R.L. (1990). Stress in adolescence. In: Eugene Arnold L (Ed) *Childhood Stress* New York: Wiley, 248-264.
- Hewett, F.M., & Forness, S.R. (1984). *Education of Exceptional Children*. Allyn and Bacon. London.
- Hill, E. L., Brown, D. & Sorgardt, K. (2011). A preliminary investigation of quality of life satisfaction reports in emerging adults with and without developmental coordination disorder. *Journal of Adult Development*, 18, 130–134. 10.1007/s10804-011-9122-2
- Hoehn-Saric, R., Borkovec, T. D., Nemiah, J. C., & Gabbard, G. O. (1995). Generalized anxiety disorder: advances in research and practice. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(4), 751-764.
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (2001). Relationship with parents and friends, self-esteem and depression among adolescents with visual impairments. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 3(1), 21–37. Retrieved from [http:// dx.doi.org/10.1080/15017410109510766](http://dx.doi.org/10.1080/15017410109510766)
- Huurre, T.M., Aro, H.M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 7: 73-78.
- Hyman, P., Oliver, C. & Hall, S. (2002). Self-injurious behavior, self-restraint, and compulsive behaviors in Cornelia de Lange syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 146–154
- Ingram, R. E., Miranda, J. & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York: Guilford Press.
- Jan, J.E., Freeman, R.D., Scott, E.P. (1977). *Visual impairment in children and adolescents*. New York: Grune & Stratton.



- Jimenez, J., Olea, J., Torres, J. (2009). Biography of Louis Braille and invention of the braille alphabet. *Survey of Ophthalmology*, 54(1), 142-149.
- Kirk S.A., Gallagher, J.J., Anastasiow, N.J. (2000). *Education exceptional children*. Boston-New York. Houghton Mifflin Company
- Kaličanin, P. (2002). *Psihijatrija II* (specijalni deo), ELIT MEDICA, Draslar, Beograd, Srbija
- Karakaya, I., Coskun, A., Agaoğlu, B.(2007). The Reliability and Validity of the Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire. *Turk Psikiyatri Derg*, 18:155-162.
- Kardaleska, L., & Karovska-Ristovska, A. (2017). Deciding to compensate or remediate with struggling readers. *Vizione*, 28.
- Kardaleska, L., & Karovska-Ristovska, A. (2018). Revisiting the view of phonological and phonemic awareness as early predictors in reading difficulties. *Vizione*, 29.
- Karovska Ristovska, A., & Filipovska, M. (2018). Fonts for improvement of the reading abilities in persons with dyslexia. *Annual of the Faculty of Philosophy*.
- Karovska Ristovska, A., & Filipovska, M. (2022). Universal design in learning and response to intervention: essential elements in inclusive education. *International Scientific Conference "75th Anniversary of the Institute of Pedagogy – Educational Challenges and Future Prospects"*,
- Karovska Ristovska, A., & Minov, N. (2022). Universal design and cultural heritage. *Studia universitatis hereditati*. *Studia universitatis hereditati*, 10 (2), 27-33.
- Karovska Ristovska, A., Minov, N., Jakimovski, A., & Jovanov, M. (2021). Accessible and digitalized cultural heritage for persons with disabilities. *International Antalya Scientific Research and Innovative Studies Congress*.
- Kef, S. (1997). The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91(3), 236–244.
- Kef, S., Hox, J. J., & Habekoth, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents: Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22, 73–91.
- Keilmann, A., Limberger, A. & Mann, W. J. (2007). Psychological and physical well-being in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 71 (11): 1747-1752.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demier, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the national comorbidity study replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM–III–R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19. [CrossRef](#)[Google Scholar](#)[PubMed](#)
- Khreim, I. & Mikkelsen, E. (1997). Anxiety disorders in adults with mental retardation. *Psychiatric Annals*, 27, 271–281
- King, B. H., DeAntonio, C., McCracken, J. T. (1994). Psychiatric consultation in severe and profound mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1802–1808. [Google Scholar](#)[PubMed](#)

- Klassen, R.M., Tze, V.M., Hannok, W. (2013). Internalizing problems of adults with learning disabilities: a meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 46(4):317-27. doi: 10.1177/0022219411422260.
- Knutson, J. F & Lansing, C. R. (1990). The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *Journal of speech and hearing disorders*, 37, 656 – 664.
- Larson, R., & Wilson, S. (2004). Adolescence across place and time: Globalization and the Changing pathways to adulthood. In R. Lerner and L. Steinberg *handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley
- Lerner, J. W. (1989). Educational interventions in learning disabilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 326-331.
- Levitas, A. S. & Reid, C. S. (1998). Rubinstein–Taybi syndrome and psychiatric disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 284–292.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lingam, R., Jongmans, M. J., Ellis, M., Hunt, L. P., Golding ,J., Emond, A. (2012). Mental health difficulties in children with developmental coordination disorder. *Pediatrics* 129 e882–e891. 10.1542/peds.2011-1556
- Livingston, E. M., Siegel, L. S., & Ribary, U. (2018). Developmental dyslexia: emotional impact and consequences. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 1–29. doi:10.1080/19404158.2018.147
- Lyon, G. R. (1997). Progress and promise in research in learning disabilities. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 8(1), 1-6.
- Marques, L., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J, & Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 313-322.
- Martin, A., Volkmar, F. R. (2007), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA, ISBN-13: 978-0781762144
- Masi, G., Brovedani, P., Mucci, M. (2002). Assessment of anxiety and depression in adolescents with mental retardation. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 227–237.
- Masi, G., Favilla, L. & Mucci, M. (2000). Generalised anxiety disorder in adolescents and young adults with mild mental retardation. *Psychiatry*, 63, 54–64
- Matson, J. L., Smiroldo, B. B., Hamilton, M. (1997). Do anxiety disorders exist in persons with severe and profound retardation? *Research in Developmental Disabilities*, 18, 39– 44.
- McAnarney, E.R. (1985). A challenge for handicapped and chronically ill adolescents. *Journal of Adolescence Health Care*, 6, 90-101.
- McNally, R. J. & Ascher, L. M. (1987). Anxiety disorders in mentally retarded people. In *Anxiety and Stress Disorders: Cognitive/Behavioural Assessment and Treatment* ( Michelson, L. & Ascher, M. L.) pp. 379–394. New York: Guildford Press.[Google Scholar](#)

- Menalescino, F. J. (1977). *Challenges in Mental Retardation. Progressive Ideology and Services*. New York: Human Services Press.
- Miller, L.C. (1959). Short-term Psychotherapy with adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29, 772-779.
- Miyahara, M., & Piek, J. (2006). Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities; quantitative evidence from meta-analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18, 219–234.
- Mohr, C. & Schneider, S. (2013). Anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (Suppl 1), S17-S22.
- Monzani, D., Galeazzi, G.M., Genovese, E., A. Marrara, A., Martini, A. (2008). Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Organo ufficiale della Società italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale. Acta otorhino laryngologica Italica*. 28 (2): 61-66.
- Morris, D., Turnbull, P. (2006). Clinical experiences of students with dyslexia. *Journal of advanced Nurin.*, 54(2):238-47. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03806.x. PMID: 16553710.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 17, 452–456.
- Mulholland, L. (2008). Nurturing Self-esteem in Your Child with Special Needs. *The Exceptional Parent*, 36-37.
- Myklebust, H.R. (1996). *The Psychology of deafness: Sensory deprivation, learning and adjustment*. Grune and Stratton. New York.
- National Institute of Mental Health (2013). *The number count: Mental disorders in America*. Bethesda, MD: Author. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers->
- National Institute of Mental Health (2013c). *Treatment of anxiety disorders*. Bethesda: MD: Author. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/treatment-of-anxiety-disorders.shtml>.
- Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., Dean, P. (2001). Developmental dyslexia: the cerebellar deficit hypothesis. *Trends in Neuroscience*, 24, 508–511. Doi:10.1016/S0166-2236(00)01896-8
- Nyong'o, O.L., Del Monte ,M.A. (2008). Childhood visual impairment: normal and abnormal visual function in the context of developmental disability. *Pediatric Clinic of North America*, 55(6),1403-1415.
- Oner, N. (1994). *Piers-Harris 'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği El Kitabı*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Oy, B. (1991). Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 2,132-136.
- Ozusta SH (1995) Çocuklar için durumluluk-süreklilik kaygı envanteri uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10, 32-34.
- Panda, K.C. (1997). *Education of exceptional children*. Vikas Publishing house Pvt. Ltd., New Delhi.

- Pandey, R.N. (1985). A study of affection deprivation, ego- strength and adjustment pattern among visually handicapped children and their rehabilitation, *Ph.D dissertation submittedd Bapu Degree College, Pepeganj, Gorakhpur, India (ICSSR financed)*.
- Parman, T. (2000). *Ergenlik ya da Merhaba Hüzün*. Bağlam Yayıncılık, Ankara.
- Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2015). Developmental dyslexia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 283–307.
- PHO (2012), “PROMIS Emotional Distress-Anxiety Measure: Level 2-Anxiety-Child Age 11-17”, *PROMIS Health Organization (PHO), PROMIS Cooperative Group*
- Pier, L., Christian, M., Tymeson, H. & Meyer, R. H. (2021).COVID-19 impacts on student learning: Evidence from interim assessments in California. *PACE Working Paper, Policy Analysis for California Education*.
- Piers, E.V. (1984). *The Piers-Harris Children ’s Self- Concept Scale (The Way I Feel About Myself) Revised Manual*. Los Angeles, Western Psychological Services.
- Pinquart, M., & Pfeiffer J. P. (2013). Identity development in German adolescents with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(5), 338–349. ISSN: 0145482X
- Raghavan, R. (1997). Anxiety disorders in people with learning disabilities: a review of the literature. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 2, 3–9
- Reddy, G, L., Ramar and Kusuma, A. (2005). *Hearing impairment: an educational consideration*. Discovery publishing house. New. Delhi.
- Reddy, N. Y. (1964). Development of an Adjustment Inventory for use with Adolescents. *Journal of Psychological Researches*, 8(1): 68 -76.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakiz, B. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 32,1155-63.
- Reiss, S., Levitan, G. W. & Szyszko, J. (1982) Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567– 574.
- Rheingold, H.L. (1961). The effect of environmental stimulation upon social behavior in human infant. *Determinants of infant behavior*, 1, 143-147.
- Robins, L.N., Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America*. The Epidemiologic Catchment Area Study. New York (NY): The Free Press.
- Sacks, S. Z., & Wolffe, K. E. (2006). *Teaching social skills to students with social impairments*. New York, NY: American Foundation for the Blind.
- Sacks, S. Z., Kekelis, L., & Gaylord-Ross, R. (1992). *The development of social skills by blind and visually impaired students*. New York, NY: American Foundation for the Blind.
- Sacks, S. Z., Wolffe, K. E., & Tierney, D. (1998). Lifestyle of students with visual impairment: Preliminary studies of social networks. *Exceptional Children*, 64(4), 463–478.
- Šerifović, Š. (2009). *Psihopatologija*, Zenica, Bosna i Hercegovina

- Shapiro, B. K., & Gallico, R. P. (1993). Learning disabilities. *Pediatric clinics of North America*, 40(3), 491–505. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)38546-7](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)38546-7)
- Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., Holahan, J. M., & Shaywitz, S. E. (1992). Discrepancy compared to low achievement definitions of reading disability: Results from the Connecticut Longitudinal Study. *Journal of Learning Disabilities*, 25(10), 639-648.
- Shaywitz, S. E., Escobar, M. D., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Makuch, R. (1992). Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *New England Journal of Medicine*, 326(3), 145-150.
- Shaywitz, S. E., Escobar, M. D., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Makuch, R. (1992). Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *New England Journal of Medicine*, 326(3), 145-150.
- Shaywitz, S. E., Fletcher, J. M., & Shaywitz, B. A. (1994). Issues in the definition and classification of attention deficit disorder. *Psychology, Topics in Language Disorders*. 14(4), 1-25. <https://doi.org/10.1097/00011363-199408000-00003>
- Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Escobar, M. D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut Longitudinal Study. *Jama*, 264(8), 998-1002.
- Shaywitz, S.E., Fletcher, J.M., Holahan, J.M., Shneider, A.E., Marchione, K.E., Stuebing, K.K., Francis, D.J., Pugh, K.R., Shaywitz, B.A. (1999). Persistence of dyslexia: the Connecticut Longitudinal Study at adolescence. *Pediatrics*. Doi: 104(6):1351-9. doi: 10.1542/peds.104.6.1351. PMID: 10585988.
- Shurbanovska, O., Kitkanj, Z., Mitrovska, N. (2017). Parental acceptance–rejection and emotional intelligence among adolescence with and without delinquent behavior. Родителското прифаќање/отфрлање и емоционалната интелигенција кај адолесценти со и без деликвентно однесување, *Journal of Special Education and Rehabilitation*, Skopje, 18(3-4), 55-71.
- Singh, A. & Broota, A. (1992). Socio-personal variables and examination anxiety. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 18, 73-78.
- Skinner, R. A., & Piek, J. P. (2001). Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. *Human Movement Science*, 20, 73–94.
- Smoller, J. W. & Tsuang, M. T. (1998) Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1152–1162.
- Sood, E. D., Mendez, J. L., & Kendall, P. C. (2012). Acculturation, religiosity, and ethnicity predict mother’s causal beliefs about separation anxiety disorder and preferences for help seeking. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(3), 393-409.
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M. E. Maruish (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ, USA: L. Erlbaum Associates. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470479216>.
- Spitz, R.A. (1946). Anaclitic depression: an enquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2,313- 342.

- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: Conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 7-8.
- Sternlicht, M. (1979). Fears of institutionalised mentally retarded adults. *Journal of Psychology*, 101, 57-71
- Suzić, N. (2005). *Pedagogija*, Banja Luka, Bosna i Hercegovina
- Taylor, J. (1953). A personality scale to manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 148, 285-290.
- Tidball K. (1990). Application of coping strategies developed by older deaf adults to the aging process. *American Annals of Deaf*, 135(1):33-40. doi: 10.1353/aad.2012.0475. PMID: 2346103.
- Torgesen, J. K., & Wagner, R. K. (1998). Alternative diagnostic approaches for specific developmental reading disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*.
- Veerhoven, W. M. A. & Tuinier, S. (1997) Neuropsychiatric consultation in mentally retarded patients. *European Psychiatry*, 12, 242-248
- Vernon, M. & Greenberg, S.F. (1999). Aggression and violent behaviour, *Clinical Psychological Review*, 4(3): 259-272.
- Vujačić, M. (2005) „Inkluzivno obrazovanje - teorijske osnove i praktična realizacija, *Nastava i vaspitanje*, 54, (4-5), 483-497.
- Vujačić, M. (2006). Problemi i perspektive dece sa posebnim potrebama, *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, 38(1), 190-204. doi:10.2298/ZIPI0601190V
- Warming, H. (2011). Inclusive discourses in early childhood education, *International Journal of Inclusive Education*, 15(2), 233-247. doi:10.1080/13603110902783365
- Warren, D.H. (1984). *Blindness and early childhood development* (2. ed). New York, American Foundation for the Blind.
- Wilson, A., Armstrong, C., Furrrie, A., Walcot, E. (2009). The mental health of Canadians with self-reported learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 42, 24-40.
- Wolf, P.H. (1963). Observations on the early development of smiling. *Determinants of infant behaviour* Vol. II (eds. BM Foss) Wiley, New York, 113-138.
- Wong, H.B., Machin, D., Tan, S.B. (2009). Visual impairment and its impact on health-related quality of life in adolescents. *American Journal of Ophthalmology*, 147, 505- 511.
- World Health Organization (WHO) (2004). The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: Blindness. <http://www.who.int/topics/blindness/en>.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459-482.
- Zarrett, N., Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: challenges of late adolescence. *New Direction of Youth Development*, 111(7), 13-28. doi: 10.1002/yd.179. PMID: 17225644.
- Ајдински, Г. (2007). *Олигофренологија*, Филозофски факултет - Скопје, Институт за дефектологија, Бомак-Графикс.

- Ајдински, Г. (2007). Улогата на дефектологот во процесот на инклузија во редовните основни училишта, *Дефектолошка теорија и практика*, 1-2,
- Каровска Ристовска, А., Чичевска-Јованова, Н., Рашиќ-Цаневска, О., Станојковска-Трајковска, Н. (2021). *Прирачник за наставници и училишни инклузивни тимови*. Скопје: Фондација за образовни и културни иницијативи „Чекор по чекор“- Македонија.
- Шурбановска, О. (2016). Специфични тешкотии во учењето кај учениците-дислексија, *Годишен зборник на Филозофскиот факултет*, 69, 201-214