



УНИВЕРЗИТЕТ „СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ
ИНСТИТУТ ЗА ДЕФЕКТОЛОГИЈА



**МАНИФЕСТАЦИИ
НА ПРАКТОГНОСТИЧКИ НАРУШУВАЊА
КАЈ ДЕЦА ОД РАНА УЧИЛИШНА ВОЗРАСТ**

-магистерски труд-

Ментор:

Проф. д-р Ристо Петров

Кандидат:

Зденка Стаменова

Јуни 2012

СКОПЈЕ

На моите деца Иван и Давид

ПРЕДГОВОР

Мотивот да се изработи овој труд беше сознанието дека во секојдневната клиничка работа ни се обраќаат сè поголем број родители чии деца имаат тешкотии во усвојувањето на училишните вештини, односно поради слабиот успех, проблемите со поведението и однесувањето. Истражувањето го спроведовме во Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ Скопје, што е единствен по своите надлежности во Република Македонија. Заводот е здравствена институција за заштита и унапредување на менталното здравје на децата и младинците која има 50-годишна историја во сферата на заштитата на менталното здравје на децата и младинците. Во Заводот се третираат проблемите на менталното здравје во развојниот период при што се опфаќаат примарната превенција во поголем обем, а потоа секундарната и терцијарната превенција на здравјето. Истражувањето се одвиваше во периодот од 23.08.2010 до 15.04.2011 година.

Ја изразувам мојата голема благодарност кон проф. д-р Ристо Петров кој е мој ментор и професор со кој е задоволство да се соработува и со чии инструкции и тешките задачи полесно се извршуваат. Му изразувам голема благодарност и на проф. д-р Владимир Трајковски кој несебично се вклучи во процесот на изработката на трудот, а неговите сугестии ни беа повеќе од потребни.

Им изразувам голема благодарност за подриката и за соработката во процесот на истражувањето на моите колешки-дефектолози од Заводот, Весна Цековска и маг.Ванеса Андова-Стојанова, кои несебично работат во насока на детекцијата и третманот на децата со развојни нарушувања. Особено сум му благодарна и на мојот брат Костадин Ристоманов кој финансиски ме подржуваше во текот на целото мое студирање, на мојот сопруг и на целото семејство за моралната подрика и на мојот син Иван за неговата помош при техничкото уредување на магистерскиот труд.

јуни, 2012 година, Скопје

Зденка Стаменова

СОДРЖИНА

ПРЕДГОВОР.....	3
РЕЗИМЕ	6
ABSTRACT	7
ВОВЕД	8
I. Теоретски пристап кон проблемот на истражување	11
1. Дефинирање на проблемот	11
1.1. Моторика и организираност на психомоториката.....	11
1.2. Практичка организираност	12
1.3. Гностичка организираност	12
1.4. Практичногностичка организираност	16
1.4.1. Значењето на доживеаноста на телесната целовитост при практичногностичките активности	18
2. Манифестации на практичногностички нарушувања	19
2.1. Општа развојна диспраксија	19
2.2. Развојна конструктивна диспраксија	21
2.3. Нарушување на писменото изразување (Развојна дисграфија)	22
2.4. Општа развојна дисгнозија	27
2.5. Развојна дислексија	28
2.6. Развојна дискалкулија	31
3. Деца со практичногностички нарушувања	33
3.1. Емоционални здружени проблеми	36
4. Развојната невропсихологија како основа во дијагностичките и терапевтски постапки	39
4.1. Невропсихолошки пристап во дефектолошката проценка	39
4.2. Преваленција	41
4.3. Класификација	44
4.4. Етиологија	46
5. Релевантни емпириски истражувања	50
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	57
1. ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	57
2. ЦЕЛ И КАРАКТЕР НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	57
3. ЗАДАЧИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	57
4. ХИПОТЕЗИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	59
5. ВАРИЈАБЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	61
6. МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	61
7. ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК	62
8. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ	62
9. ОРГАНИЗАЦИЈА И ТЕК НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	62
III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО	64
IV. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ	102
V. ЗАКЛУЧОЦИ	112
VI. ПРЕДЛОЗИ	114
VII. ЛИТЕРАТУРА	118
VIII. ПРИЛОЗИ	123

РЕЗИМЕ

Стаменова З., Манифестација на практогностичките нарушувања кај деца од рана училишна возраст, магистерски труд, Филозофски факултет: Скопје, 2012; 1-160.

Практогностичките нарушувања претставуваат комплексни состојби кои бараат рано откривање и преземање на рани интервенции како би се превенирале евентуалните проблеми кои постепено можат да ги зафатат сите сфери на детската личност. Практогностичките нарушувања се дијагностичка категорија која опфаќа широка лепеза на нарушувања во детството, а кои не се последица на ментална ретардација, мозочно оштетување, едукативна запоставеност или емоционални проблеми. Се јавуваат рано во детството, а може да бидат поврзани со говорот, читањето, пишувањето, сметањето или општата моторна невештост.

Целта на ова истражување е да се изврши презентација на манифестациите на практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст, нивното влијание врз однесувањето на децата, како и врз усвојувањето на училишните вештини. Истражувањето беше спроведено во Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ - Скопје.

Ги обработивме податоците од досиејата на 80 деца на возраст помеѓу 6 и 10 години од двата пола и тоа 61 дете од машки пол и 19 деца од женски пол кои манифестираа практогностички нарушувања, а биле дијагностицирани и третирани во Заводот за ментално здравје на деца и младинци во периодот од 2005-2010 год. Испитаниците беа поделени во групи според календарската возраст: од шест до десет годишна возраст. Од шест години опфативме 15 деца, од седум години – 8 деца, од осум - 23 деца, од девет - 17 деца и од десет години исто така 17 деца.

Практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст се манифестираат со тешкотии во усвојувањето на училишните вештини, доцнење во развојот на психомоториката, недоволно усвојување на ориентација во простор и време, недоволно познавање на топографијата, тешкотии во развојот на говорот итн.

Клучни зборови: практогностички нарушувања, психомоторика, топографија, рана интервенција

ABSTRACT

Stamenova W., Manifestation of practognostic disorders in children of early school age, Master thesis, Faculty of Philosophy, Skopje, 2012, 1-160.

Practognostic disorders are complex conditions that require early detection and taking early intervention in order to prevent any problems that may gradually affect all areas of child personality. Practognostic disorders are a diagnostic category that covers a wide range of disorders in childhood, which are not a consequence of mental retardation, brain damage, educational neglect, or emotional problems. They occur early in childhood and may be associated with speech, reading, writing, calculating or general motor neveshtost.

The purpose of this research is to make presentation of the manifestations of practognostic disorders in children of early school age, their influence on the behavior of children and the adoption of school skills. The survey was conducted at the Institute of Mental Health of Children and Youth "Youth" - Skopje.

We process data from the files of 80 children aged between 6 and 10 years of both sexes, 61 children of male and 19 female children who manifest practognostic disorders, and were diagnosed and treated at the Institute of Mental Health of Children and Youth during the 2005-2010 . Respondents were divided into groups according to their age: from six to ten years. From six years old children we examined 15, from seven years - 8 children, eight - 23 children, nine - 17 children and ten years also 17 - children.

Practognostic disorders in children of early school age are manifested with difficulties in acquiring school skills, delays in psychomotor development, lack of learning orientation in space and time, insufficient knowledge of the topography, difficulties in speech development etc.

Key words: practognostic disorders, psychomotor, topography, early intervention

ВОВЕД

Многу значајни промени кај секој поединец настануваат под влијание на матурацијата или созревањето на организмот. После раѓањето детето не е во состојба да седи, да оди, да зборува, да управува со нозете или рацете, самостојно да ја држи главата исправена итн. За наведените активности потребен е процес на матурација. Потребен е одреден период на раст, развој и созревање на различни структури на организмот кои ќе ги овозможат таквите функции.¹

Понекогаш под дејство на надворешни или внатрешни фактори (биолошки, психолошки и социјални) доаѓа до промени на структурите и/или функциите на централниот нервен систем при што настануваат растројства на психата, моториката или на психомоториката во целина².

Во секојдневната клиничка работа ни се обраќаат сè поголем број родители чии деца имаат тешкотии во усвојувањето на училишните вештини, односно поради слабиот успех, проблемите со поведението и однесувањето. Од анамнезата можеме да констатираме дека овие однесувања ги карактеризираат промени кои се евидентни во психомоториката и тоа во состав на нејзината спретност или неспретност, по она што детето може или не може да го направи, како и во неговиот говор како функција.

Самиот когнитивен проблем без разлика дали е присутен како растројство на говорот, моториката, перцепцијата, сметањето или контрола на вниманието, го ограничува во голема или помала мера детскиот капацитет за понатамошниот когнитивен раст. Покрај ова, дисхармоничноста на способностите за детето претставува значаен извор на интрапсихички конфликти, како и трошење на сопствена психичка енергија.³

Непрепознавањето на развојните пречки доведува и до конфликти помеѓу ученикот и наставникот.⁴ Наставникот таквото дете најчесто го смета за мрзеливо

¹ Bee H. (1992): The Developing Child, 6th ed., Harper Collins College Publisher, USA

² Golub B., Jakovlević S. i saradnici, 2006: Poteškoće u učenju, Zagreb.

³ Galić-Jušić, I. 2004. Djeca s teškoćama u učenju. Lekenik, Ostvarenje.

⁴ Bižkov Georgi 1996, Dijagnostika na gotovnost na decata za učilište, Sofija, Fakultet za načalna i predučilišna pedagogika

или ментално заостанато, а детето наставникот како суров човек кој не ја препознава неговата љубов, неговиот труд и неговата немоќ да и покрај сето тоа, се труди нештата да ги направи добро, но наставникот тоа не може да го разбере. На пример, ученикот со дислексија бега од читање, што сериозно му недостасува во неговото образование. Ученикот со дискалкулија или дистнозија, околината го доживува како “глунав“, а честопати и како ментално недоволно развиен. Чувството на отфрленост и на помала вредност е најчесто кај таквите ученици.⁵

Различните форми на ваквите развојни нарушувања се јавуваат во различни периоди од процесот на матурација, на пример: нарушувањата во говорот најчесто се регистрират помеѓу втората и третата година од животот, хиперкинетскиот синдром помеѓу петтата и седмата година, додека некои облици на пречки во сложените сознајни процеси можат да се потврдат дури после осмата или десетата година. Исто така постои тенденција да го менуваат обликот на манифестирање во различни периоди од животот. Заедничко им е тоа што го намалуваат процесот на усвојување на нови знаења и делуваат на учењето воопшто, како и на адаптацијата на новите ситуации.⁶

Во поголема или помала мерка го ограничуваат детскиот капацитет за понатамошниот когнитивен развој. Се намалува размената на искуства и информациите со средината, со што се продлабочува нарушувањето во созревањето на личноста на детето и се појачуваат социјализациските и афективните тегоби.⁷

Овие проблеми најчесто остануваат непрепознаени, но раното откривање и третман истовремено претставуваат и превенција на несакана еволуција на тешкотии кои можат прогресивно да опфатат сè пошироки области на детската личност и однесување, што е најчесто резултат на здружено влијание на повеќе фактори⁸.

⁵ Mustać, V., Vicić, M., 1996. Rad s učenicima s teškoćama u razvoju u osnovnoj školi. Školska knjiga, Zagreb.

⁶ Povsše Ivčić V. 2006 Defektološka i psihološka procena u dijagnostici sposobnosti i u evaluacija tretmana, Psihijat.dan./2006/38/1/89-103/

⁷ Milena Košak Babuder, Marija Velikonja, 2011 Učenci z učnimi težavami – Pomoč in podpora. Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana.

⁸ Krstić N.: Specifični razvojni poremećaj: otkrivanje i intervencije. Psihijatrija danas, 2002/34/3-4/215-236

Овие деца се и биолошки вулнерабилни на психолошки и невропсихијатриски пречки.⁹ Конечно, неразбирањето од страна на средината, на пример, толкување на пречките како детски отпор, мрзеливост или непослушност, потсмев или отфрлање од страна на врсниците, отсуство на адекватно едукативно насочување итн., неретко води кон поразителен развоен и егзистенцијален биланс, така што со висока инциденција на овие специфични развојни нарушувања ваквата ситуација претставува и значајно оптеретување за општеството во целина.¹⁰

Во овој магистерски труд ќе бидат презентирани манифестациите на практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст, нивното влијание врз однесувањето како и врз усвојувањето на училишните вештини. Исто така ќе биде посветено посебно внимание на раната детекција и раниот дефектолошки третман, бидејќи што порано се детектира проблемот и се започне со третман, толку шансите за постигнување на саканите ефекти се поголеми.

Користејќи ги резултатите од специфичната дијагностика, на пример, психолошката, невролошката, дефектолошката или неврорадиолошка проценка, сакаме да укажеме на важноста од интегрирањето на наодите од ваквите испитувања до планот на можните интервенции во кои како значаен фактор се вклучуваат и родителите, наставниците, односно целокупното опкружување на детето, каде интеракцијата помеѓу детето и значајните личности во неговиот свет ќе биде ослободена од дополнителни недоразбирања.¹¹

⁹ Staković-Dorđević, M., 2002, Deca sa posebnim potrebima. VŠOV Pirot.

¹⁰ Tadić N. (1989): Psihijatrija detinjstva i mladosti. III izdanje, Naučna knjiga Beograd.

¹¹ Aleksandar Savić ed. 2002. Rano otkrivanje, dijagnostika i tretman poremećaja psihomotornog razvoja. Beograd.

I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1. Дефинирање на проблемот на истражување

1.1. Моторика и организираност на психомоториката

Појавата на активното движење кое ја менува позицијата на телото во просторот е предност на живите суштества на кои им помогнало да преживеат како вид на примерок. Со текот на еволуцијата движењето е тоа што го подобрило пристапот до храната, избегнувањето на опасности па сè до потрагата по соодветен сексуален партнер за продолжување на видот. Движењето не е важно само за развој на системот на движење, туку и за развој на сензорните системи и нивната интеграција на ниво на централниот нервен систем. Можноста за движење со помош на способноста за прилагодување на промените е важна еволутивна движечка сила за континуиран развој на комплексните живи суштества.

Движењето е многу важно за време на детскиот развој, личните моторни вештини се основа за себеосознавање. Познавањето на обликот на своето тело, чувството за време и простор, способноста за планирање, прилагодливост и меѓусебна соработка, самопочитување и почитување на различноста се предности на моторното учење.

Движењето односно моториката претставува елементарен вид на психомоторната активност. За да се изведе едно движење потребно е да се има **мотив** - зошто се изведува тоа движење, **цел** - личноста доживува задоволство што е изведено токму тоа движење како и постоење на **начин**, односно можност како да се изведе тоа движење за да се постигне целта.¹² Мотивираноста на движењето е поттикната од емоциите, целта се постигнува во зависност од нивото на интелигенцијата а начинот на движењето е во зависност од издиференцираноста на кортикалните и мускулните структури, односно во зависност од зрелоста и организираноста на психомоториката.

¹² Bojanin S., 1985, Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za Udbenike i nastavna sredstva, Beograd.

Психомоториката ги подразбира структурите кои го сочинуваат психомоторниот состав и функциите кои се вршат со тој состав. Активноста на психомоториката секогаш е волева, организирана и насочена. Се изведува со екстремитетите, телото, деловите на телото, говорот и мимичката мускулатура. Следејќи ги активностите на психомоториката, ние ги согледуваме намерите, чувствата, ставовите и способностите на детето кое ја врши активноста.¹³

Психомоторната организираност претставува начин на кој се искажуваат способностите на детето и неговото однесување во целина. Преку психомоторната активност ги воочуваме оние квалитети на детето кои укажуваат на неговата личност¹⁴.

Покрај движењата, кои се нејзин елементарен дел, психомоторната активност ја сочинува и праксичката активност како централен, свесен дел на збир на сложени и волеви движења, со јасна намера и цел¹⁵.

Психомоторниот развој на детето е сложен и долготраен процес. Велиме психомоторен бидејќи сите тие функции се тесно поврзани. Колку е детето моторно повешто, толку е поспособно да се вклучува во сите сегменти на животот и во интеракциите со околината која го опкружува.

1.2. Праксичка организираност

За да се изведе една психомоторна активност свесно, волево, пластично, целосно и со одредена цел, потребно е да биде сочувван интегритетот и да постои синхронизирана соработка помеѓу централниот и периферниот дел на структурите и функциите кои ја градат психомоторната целина. Ова психомоторна активност ја нарекуваме **праксија** и обично ја констатираме кај лицата кои имаат дограден

¹³ Čordić A., Bojanin S. 1992; Opšta defektološka dijagnostika. Beograd: ZUNS.

¹⁴ Povse-Ivkić V., Govedarica T., 2000 Praktikum opšte defektološke dijagnostike. Beograd, Institut za mentalno zdravlje.

¹⁵ Bojanin S., 1985, Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za Učbenike i nastavna sredstva, Beograd.

централен нервен систем. Праксичката активност го претставува централниот дел на психомоторниот состав.

Ишпановиќ - Радојковиќ В.¹⁶ праксијата ја дефинира како волево изведување на сложена моторна акција, со некоја цел или со некоја намера. **Ќордиќ А. и Бојанин С.**¹⁷ праксијата ја дефинираат како насочена активност во областа на движењето и говорот со која се извршуваат сите содржини на нашите чувства и мисли во намерата да ги соопштиме на другиот или да ги реализираме активностите на телото и екстремитетите.

Праксијата претставува единствена функционална целина која настанува како резултат на постепената интеграција на слоевите на *мелокинетичката, идеомоторната, идеаторната и конструктивната праксија* во текот на развојот на праксичките активности.

Праксичката активност има голема улога во организацијата на сознајните процеси, таа ги поттикнува на акција, додека општетената активност предизвикува инхибиција на когнитивните функции. Квалитетот на праксичната активност во голема мера зависи од развојот на емоциите кои ја поттикнуваат личноста на нови активности. Доживувањето на пријатно чувство при извршување на некоја психомоторна активност доведува до пријатно доживување на личноста во целост, искуствата стануваат побогати, а манипулативните активности се изведуваат поорганизирано и повешто.¹⁸

1.3. Гностичка организираност

Гностичката способност претставува способност на личноста да распознае облици, симболи. Гностичката способност е врзана за минорната хемисфера и ја претставува областа за влез на информациите во централниот нервен систем. Нејзиниот развој започнува со препознавање на деловите на телото, потоа со

¹⁶ Ispanović-Radojković V., 1986, Nespretno dete, Zavod za uĥbenike i nastavna sredstva, Beograd.

¹⁷ Ćordić A, Bojanin S., 1997, Opšta defektološka dijagnostika, Zavod za uĥbenike i nastavna sredstva, Beograd.

¹⁸ Ispanović Radojković V., Govedarica Tatjana, 2006, Reedukacija psihomotorike i relaksacija kao terapijski model u decjoj psihijatriji. Psihijatrija danas 2006, vol.38, br.1, str.41-49

препознавање на латерализираноста на телото и просторот и со препознавање на квалитетот и односите во објективниот простор¹⁹.

Од организираноста на гностичките структури зависи успешноста на функциите за препознавање на дразбите и случувањата кои се одвиваат во рамките на објективниот и субјективниот простор. За препознавање на просторот и за изведување на гнозијата потребни се серија процеси кои се изведуваат како посебни функции, а меѓусебно се испреплетени и хармонично поставени:

- Способност за локализација;
- Способност за одредување на релативната локализација;
- Способност да се изведе споредување на димензиите на два предмета;
- Способност за одбегнување на предметите при одење;
- Способност за набројување на забележаните предмети;
- Способност за забележување на движењата во сагитален правец;
- Способност за стереогностичко гледање и други.

Секоја од овие способности се гради постепено следејќи го ритамот на миелинизацијата, односно функционалното будење на кортексот и ритамот на приливот на дразбите во тие кортикални области во онаа мера во која клеточниот систем со нивото на својата зрелост може тие дразби да ги прифати, да ги анализира и соодветно да ги интерпретира.

Во колку кортикалните предели на кортикалните функции се појасно издиференцирани и се оспособени да можат да перцепират што поситни детали од светот во кој живееме, во толку гностичките процеси ќе бидат поспособни да можат да препознаваат многу посложени појави во светот и ќе овозможат да ги разбереме во што повеќе детали функционалните целини кои претставуваат нивен интегрален дел, смета **Копачев Д.**²⁰.

¹⁹ Povše-Ivkić V, Govedarica T., 2000, Praktikum opšte defektološke dijagnostike, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

²⁰ Копачев Д. 1999: Невропсихологија, скрипта за студентите на Филозофски факултет, Скопје.

Во 1964 година од страна на *Ажириагера*²¹ за првпат е изведена подлабока невропсихолошка анализа на гностичките процеси. Тој смета дека во остварувањето на гностичките целини доминантно значење играат психомоторните активности. Кога го следи развитокот на гностичките способности, Ажириагера укажува на *Пијаже*-овите забелешки дека најнапред се препознаваат предметите од непосредната околина, потоа тополошките облици од отворен, па после оние од затворен тип.

Мотивот и емоционалните потреби кои се темелат на превземените моторни и праксични активности, стојат во зависност од степенот за можно диференцирање на перцепциите и самата интелигенција. Според тоа емоциите играат значајна улога во остварување на начинот на препознавање на реалноста во ниво на гностичките функции.²²

Врз основа на тоа што гностичката активност ја чинат цел сплет на структури на ЦНС, а особено оние на кората на мозокот, секогаш е возможна појава на дисхармоничност во созревањето на функциите на општата гностичка активност, па сè до појава на прави клинички манифестации.

Постојат три групи на развојни гностички растројства и тоа:

- Општа развојна дисгнозија
- Развојна дислексија
- Развојна дискалкулија

Основниот проблем кај развојните дисгнозии лежи во недограденоста на говорот, неговата семантичка функција и недограденоста на математичкото мислење поради необединети шеми на акција од сензомоторното и психомоторното ниво на развој, кои пак се основа за развој на симболизацијата.

Децата со општа развојна дисгнозија најчесто се препознаваат кога се вклучуваат во организираниот колективен живот и во игра која наметнува свои

²¹ Ajuriaguerra de J. 1977: Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris ed.

²² . Bojanin S., 1985, Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za Udbenike i nastavna sredstava, Beograd

барања и правила. Тогаш покажуваат неспособност соодветно да играат со другите деца, а сето тоа ги прави напнати и најчесто, за да ја избегнат групата врсници, се повлекуваат, седат дома каде пројавуваат намалена активност, крајна досада и нерасположеност. Детето има тешкотии во поврзаното прераскажување на приказна, во уредното пишување на бројки и во самото читање. Може уредно да препише текст од табла, линеацијата може да биде добра, но буквите се изобличени. Таквите деца во случај на влошување на состојбата одат кон облици на нарушено однесување и можат лесно да се приклонат кон асоцијалните групи.

1.4. Практигностичка организираност

Практигностичката организираност подразбира реализација на праксички активности врз основа на реализирана гностичка анализа на примарно забележување на зададени движења. Правилното препознавање на движењата кои се задаваат треба да се репродуцира со моторна активност. Моторната одземеност или пареза ја оневозможуваат реализацијата на овие активности. Општетената моторика исто така може да ја наруши правилната реализација на зададените движења²³.

Со помош на сетилата ги примаме содржините на објективната стварност (звуци, бои, форми, мириси, светлосни сигнали, температура и сл.). Овие дразби преку нервните патишта се пренесуваат до соодветните центри во ЦНС, каде се формираат менталните слики за тие содржини, односно претстави за објективната стварност. Тој процес на ментално декодирање на дразбите и кинестетичките осети се вика *практигностички процес*²⁴.

При анализа на праксичките и гностичките активности доаѓаме до сознание дека праксичките активности се заситени со гностички елементи, додека гностичките активности се заситени со доста праксички елементи. Постојат активности кај кои и гностичките и праксичките активности се подеднакво застапени и тие активности ги нарекуваме *практигностички*²⁵.

²³ Povše-Ivkić V, Govedarica T., 2000, Praktikum opšte defektološke dijagnostike, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

²⁴ Eraković T. 1995: Korektivni pedagoški rad, Zavod za učenike i nastavna sredstva, Beograd.

²⁵ Čordić A, Bojanin S., 1997, Opšta defektološka dijagnostika, Zavod za učenike i nastavna sredstva, Beograd.

Според *Глумбиќ Н. (1999)*²⁶ практогностички се оние активности кои ги извршуваме со нашите свесни и волеви движења преку кои остваруваме некое значење или некој чин на имитација. Во тие практогностички движења, според *Ќордиќ А. и Бојанин С. (1997)* ангажиран е посебниот слој на идеомоторната, идеаторната, но понекогаш и мелокинетичката и конструктивната праксија, а од гностичките области секогаш е ангажирана автотопогнозијата, свесното доживеана латерализација, доживувањето и познавањето на просторот во полето на движење на екстремитетите²⁷.

Практогностичката организираност како специјализиран структурен систем со својот гностички допринос во голема мера го доградува когнитивниот систем остварувајќи притоа значајно влијание на квалитетот на когнитивното функционирање.²⁸

Организираноста на практогностичките функции и способности, (*Ajdinski G. 2000*) зависи од нивото и квалитетот на зрелоста на високоинтегрираните зони на кората на мозокот²⁹.

Многу истражувања покажале дека децата кои имаат добри вредности на коефициентот на интелигенцијата, а добиваат различни вредности на тестовите за психомоторната зрелост, истовремено покажуваат и различни квалитети во организацијата на сознaјните способности и поведението.

Според *Ишпановиќ-Радоевиќ В. (1988)*³⁰, основните пеми преку кои се остварува сознавањето претставува тонично-постуралната област како заедничко поле кое е претставено меѓу невробилошката основа и телото кое е ангажирано во односот спрема надворешниот свет. *Практогностичките структури го чинат системот на нервни структури и функции кои се од големо значење за остварување*

²⁶ Glumbić N. 1999, Dinamika razvoja praktognostičkih sposobnosti dece predškolskog uzrasta, Beogradska defektološka škola, broj 1/99, Beograd.

²⁷ Čordić A, Bojanin S., 1997, Opšta defektološka dijagnostika, Zavod za učenike i nastavna sredstva, Beograd.

²⁸ Ozbić Martina. 2007, Glasbo gledam, vidim, tipam, božam, gibam, slišim in poslušam : glasba za osebe z motnjo sluha. Glasba v šoli in vrtcu, letn. 12, št. 2, str. 28-51, ilustr. [COBISS.SI-ID 7178313]

²⁹ Ајдински Г., 2000, Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардираните ученици, Македонска ризница Куманово.

³⁰ Ispanović-Radojković V., 1988, Pažnja i saznajni život, Psihijatrija danas, Beograd.

на *сознајните процеси*. Нервната основа за организирање на сознајните функции ја чинат постуралната организација, практогностичките функции и организираноста на говорот со помош на стимулирачката и организаторската улога што ја вршат фронталните предели на кората на мозокот (**Gibello B.**).

Практогностичката активност ја сочинуваат волни движења со кои се означува и имитира одредена активност. Ја сочинуваат идеомоторната и идеаторната праксија, препознавањето на деловите на телото, латерализираноста на себе и на други и доживувањето и препознавањето на просторот во кои се рализираат движењата. Постојат три процени, според **Повше-Ивкиќ В.** и **Говедарица Т.**³¹, кои се поделени според возраста на испитаниците: првите две проби се процена на имитацијата на едноставните и сложените движења за возраст од три до шест години, а третата проба е имитација на сложени движења за испитаници на возраст од шест до десет години.³² Пробите овозможуваат да ги процениме можностите за имитација на движењата. При процената се користат движењата на големите зглобови (раме, лакт), движењата на дланката и прстите. Одговорите кои ќе ги добиеме од испитаниците се проценуваат во однос на нивната возраст.

1.4.1. Значењето на доживеаноста на телесната целовитост при практогностичките активности

Според **Бинсвангер** (Бојанин, С. 1995), телесната шема претставува апсолутна точка на ориентација околу која се организира целокупното наше постоење. Телесната целовитост треба да ја сфатиме како динамичен поим чија организација се изведува постепено, по определен ритам во чие структурирање и дефинирање од 6 до 8 годишната возраст се проткајуваат биолошките, психолошките и социјалните фактори. Се гради паралелно со развојот на перцепциите, емоциите и когнитивните функции. Во тој контекст особено е важно да се изведе

³¹ Povše-Ivkić V, Govedarica T., 2000, Praktikum opšte defektološke dijagnostike, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

³² Berges J Lezne I. 1965 The imitations of gestures condon: the SSME&William Heinenann medical books LTD;

хармонично созревање на практогностичките структури, односно созревање на парието-темпорално-окципиталното тромеѓе на кората на мозокот.

Според *Пијаже (1990)*, доживувањето на телесната целовитост се одвива во слоеви. Примарното доживување на телесната целовитост се одвива во првите месеци од животот па сè до втората година на детето преку кинестезијата и имитацијата на другите лица. Вториот слој се изведува од втората до шестата година кога детето открива определена топографијата, при што именува делови на телото, прво видливи, а потоа невидливи. На крај се јавува третиот слој кој се јавува од 6-8 година кога детето е во состојба да ја открие латерализацијата на себе во просторот, а понатаму и латерализацијата на друг кој е и најсложен процес во дефинирањето на нашата сопственост како на нас самите така и на околината во која делуваме.³³ Да се открие оваа димензија потребно е да се развијат многу сложени мисловни способности. Овие три слоја на телесна целост меѓусебно се испреплетуваат. Кај децата со дисхармоничен развој се наметнува потребата од анализа на организираност на телесната целост во целата нејзина тродимензионалност. Само добро интегрирана целост кај лице кое се наоѓа при полна свест може да се изврши интегрирање на дразбите што доаѓаат од внатрешниот дел на телото и од надворешниот свет, во целосно доживување на сопственото постоење.³⁴ Целокупното психосоцијално функционирање на личноста на детето, односно емоционалниот, моторниот, когнитивниот и социјалниот развој, е во зависност од нивото на изграденост на телесната целост.

2. Манифестации на практогностичка организираност на ЦНС

2.1. Општа развојна диспраксија

За диспраксијата како развоен проблем за првпат создаваме од трудот на *Валон* кој во 1958 година зборува за некои знаци на апраксија кај „неадаптираните“ деца. Валон издвојува:

³³ Piaget J. 1983, Poreklo saznanja. Nolit, Beograd, 113 str.

³⁴ Krstić N., 2006 Reeducacija psihomotorike kao oblik neuropsihološke rehabilitacije, Beograd, psihijatrija danas, vol. 38, iss. 1, pp. 51-66.

- објективна апраксија, која се дефинира како тешкотија во прилагодувањето на движењето кон предметот;
- апраксија на органите или невролошка апраксија, во чија основа е нарушена мелокинетиката на движењето на органите;
- постурална апраксија – неспособност за распоредување на движењата во однос на сопственото тело, и
- вербална апраксија, која се манифестира со неспособност за разбирање на вербалните налози кај децата кои подоцна прозбореле и имаат сиромашен речник.

Дефинирањето на проблемот со диспраксиите од аспект на невропсихологијата го сретнуваме во трудовите на **Бојанин С.:** „Развој и нарушување на праксиите во развојната возраст“ (1977) и „Развојна конструктивна диспраксија“ (1978). Во овие трудови праксијата е сфатена како единствена функционална целина која настанува како резултат на постепената интеграција на слоевите на мелокинетичката, идеомоторната, идеаторната и конструктивната праксија во текот на развојот на праксичките активности. Практијата е согледана како психомоторна активност со која се организира начинот на постоење на личноста во просторот, а нарушувањето на праксијата се согледани како резултат на дисхармоничниот тек на развиток на структурите на психомоторниот спрег и се означуваат како *развојна диспраксија*. Кога постои диспраксихност, односно кога праксичката активност е нарушена и не и служи на личноста за задоволување на нејзините потреби, тогаш личноста емоционално трпи, а во социјалното поле не се чувствува сигурно и прави отпори кон превземање на нови активности³⁵.

Децата кои покажуваат општа развојна диспраксија може да манифестираат нескладност на движењата на телото и екстремитетите во однос на просторот.³⁶ Децата со општа развојна диспраксија околината честопати ги смета за ретардирани, што најчесто не се, а нивните интелектуални способности им се движат околу просечните вредности, со тоа што на WISK скалата се јавува расчекор

³⁵ Dispraxia Foundation (2006). Лондон: Dispraxia Foundation. Преземено од 2006/01/15 на World Wide Web: <http://www.dyspraxiafoundation.org.uk>.

³⁶ Nika Poljnasek, 2008. Učenska s primanjkljajem na motoričnem področju v redni osnovni šoli-studija primera, diplomsko delo, Ljubljana 2008

помеѓу вербалниот и манипулативниот дел и за 20 IQ единици во корист на вербалниот дел.³⁷ Истовремено на “Бендергешталт” резултатот е за околу 2 години на пониско ниво од возраста на детето. Не умеат сами да се облечат, да закопчат копчиња или патент, не разликуваат лев и десен чевел, во многу работи не се снаоѓаат што да работат, ако треба да го фатат носот со прстот тие ја доближуваат главата кон прстот, неспретни се во одењето, делуваат укочено и трапаво.³⁸ На емоционален план се многу срамежливи, анксиозни, лесно поцрвенуваат итн. Тешко се адаптираат на социјалните норми на однесување, изразено тешко усвојуваат покретни игри, со впечатлива трапавост во движењето³⁹. **Валон** зборува дури и за постоење на „нарушување на карактерот“ кај овие деца, за можност за присуство на депресивност како и променливо однесување. Поради неспособноста за организирање на движењата, децата со диспраксија честопати имаат потешкотии и со јазикот, перцепцијата и размислувањето. Многу деца кои имаат диспраксија имаат и дислексија. Исто така имаат и намалено внимание, па дури и АДХД синдром, потешкотии во математичките концепти, преосетливост на стимулси, говорни и јазични проблеми. Многу деца со диспраксија имаат ниска самодоверба и проблеми со емоциите и однесувањето⁴⁰.

2.2. Развојна конструктивна диспраксија

Според **Пијаџе** детето го открива, го конструира светот преку манипулативните активности кои се одвиваат во просторот, најпрво во неорганизираниот и парцијалниот, потоа во праксичниот и најпосле во претставниот.

Бојанин и соработниците (1978) укажуваат на тоа дека проблемот на развојната конструктивна диспраксија се наоѓа во поврзаноста на степенот на развитокот на структурите кои учествуваат во остварувањето на конструктивните праксички активности како генетски дадени, социјалното поле кое е многу важно за

³⁷ Kirby, A. (2005). Dyspraxia. Developmental Co-ordination Disorder. A Condor Book. Souvenir press (E&A). Ltd

³⁸ Kremžar, B., Petelin, M. (2001). Otrokovo gibalno vedenje. Ljubljana: Društvo za motopedagogiko in psihomotoriko.

³⁹ Erakovic T. 1995: Korektivni pedagoski rad, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.

⁴⁰ Tjaša Filipčić, 2006, Otroci s posebnimi potrebami pri pouku sportne vzgoje, (www.os-hpuhar.si/mobilna/.../dyspraxia.docx)

будењето на моторните активности, за нивното организирање во примарното социјално поле, а тоа е односот мајка-дете како и за нивниот развој.

Развојна конструктивна диспраксија имаат деца кои со задоцнување учат да се закопчат, да врзуват врвци, пишуваат дисграфично и имаат потешкотии во совладувањето на математичките операции во рамките на конкретно логичко мислење. Особено е забележителна недоградената способност за вршење на прецизни манипулативни активности. Детето во целост покажува нарушена динамика на адаптација на своето тело спрема барањата од социјалната средина.⁴¹ Обично овие деца се осамени и со променливо расположение. На поголема возраст кога доаѓат до израз предмети и содржини кои вербално се обработуваат и учат, нивната успешност во учењето е подобра, но продолжува да се јавува таа немотивираност за учење, чувство на помала вредност, а во случаи на влошување на состојбата се јавува збунетост и неадаптираност од психотичен тип.⁴²

Нашите клинички искуства кои се добиени при работењето со децата кои покажуваат проблеми во усвојувањето на училишните вештини (поради дисгностичко-диспраксички проблеми), како и регистрираната голема застапеност на дисгностичко-диспраксични проблеми, проблеми во говорот и проблеми кои се забележуваат во визуо-спацијалната перцепција и контрола и проблеми во движењата на фината моторика што ги забележуваме кај децата со ментална ретардација, укажуваат на дисфункционалност или оштетувања и на други делови на кората на мозокот (париеталниот, темпоралниот, окципиталните предели)⁴³.

2.3. Нарушување во писменото изразување (Дисграфија)

Дисграфијата претставува неспособност на детето да ја совлада вештината за пишување (според правописните правила на одреден јазик). Се манифестира во многубројни, трајни и типични грешки, кои не се поврзани со незнаењето на правописот и трајно се присутни без разлика на добриот степен на интелектуалниот

⁴¹ Ozbić Martina. 1995 Razvojna konstruktivna dispraksija in ritmična sposobnost. Defektol. slov. (Ljubl.), december, 3, št. 2, str. 31-43. [COBISS.SI-ID 59885568]

⁴² Kremžar. B. (1992). Posebna gibalna vzgoja s psihomotorično zasnovo. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo

⁴³ Петров Р, Копачев Д, Такашманова Т, 2004, Деинституционализација на деца со тешка ментална ретардација, Филозофски факултет, Скопје.

и говорниот развој, нормалната состојба на сетилата за слух и вид како и редовното школување. Во голем број случаи специфичните тешкотии во пишувањето постојат поединечно (*според DSM-IV, 1994*). Таквите деца можат да имаат потешкотии во читањето само на почетокот на школувањето, а сериозните тешкотии остануваат многу подолго и кога читањето е веќе совладано. Статистичките истражувања укажуваат дека нарушувањето во пишувањето кај учениците од 4, 5 и 6 одделение во основно образование е два до три пати почеста појава отколку нарушувањето на читањето.

Дисграфијата има сложена невро-психолошка основа и поради сложеноста на испреплетените невропсихолошки и јазични фактори, може да се јави во различни форми. Сепак, во сите од овие облици може да се издвои доминантниот механизам, а врз основа на тоа и видот на типичните грешки во пишувањето.

Ракописот е комплексна перцептивна моторна вештина која е зависна од созревањето и интегрирањето на голем број когнитивни, сетилни и моторни вештини и се развива преку едукативната настава (*Hamstra-Bletz u Blote, 1993; Maeland, 1992*). Компонентите од кои зависи квалитетот на графомоторните вештини ги вклучуваат во себе: визуелно-перцептивни способности, правописно кодирање, моторно планирање и извршување, кинестетско повратни информации и визуелно-моторната координација⁴⁴.

Визуелно-перцептивни способности

Визуелно-перцептивните способности им овозможуваат на децата да прават разлика помеѓу визуелно графичките форми и да ја проценат нивната исправност. Визуелно-перцептивната вештина вклучува способност или капацитет за точно да се протолкува и да му се даде значење на она што се гледа.

Правописно кодирање

Вториот фактор важен за производството на читлив ракопис е правописното кодирање. Berninger и нејзините колеги (*Berninger, Jejmс, Cartwright, Rutberg, Рему и Абот, 1992*) го дефинирале правописното кодирање како „способност да се

⁴⁴ Hamstra-Bletz, L, i Blote, A.W. (1993). A Longitudinal Study on Dysgraphic Handwriting in Primary School, Journal of the disabilities 26,689-699.

претстави печатениот збор во меморијата, а потоа да се пристапи кон шемата на целиот збор“⁴⁵.

Моторно планирање и извршување

Третата компонента на ракописот е способноста за планирање и извршување на моторните акции. *Fitts и Posner (1967)* го опишуваат како моторна вештина за стекнување на постапка низ три фази. Првата фаза се нарекува когнитивна или рана фаза, во која детето постигнува разбирање на задачата и координација на движења потребни за остварување на истата. Во втората фаза, моделите на движење стануваат повеќе координирани во времето и просторот. Завршната или автономната фаза, се карактеризира со развој на поголеми функционални единици, кои се потребни за моторно планирање кое потоа се јавува со минимално свесно внимание⁴⁶.

Лурија (1966) истакнува дека моторната акција почнува со идејата за целта на акцијата како и можните начини на кои оваа акција може да се изведе. Идеите се чуваат како моторен енграм. Така, со цел да се спроведе моторната акција, ние мора да имаме идеја или слика за она што може да се оствари и способност да се изврши моторната акција. Затоа е неопходно соодветното моторно планирање и извршување за активноста пишување⁴⁷.

Кинестетска повратна информација

Уште една компонента на моторната контрола за читлив ракопис е фидбекот од сензомоторниот систем, особено кинестетската повратна информација, во текот на извршувањето на моторните активности. *Лурија (1966)* укажува дека за ефективна моторна акција, мора да има аферентни импулси од телото во мозокот кои го информираат мозокот за местоположбата и движењето на телото. Телото потоа прави корекција врз основа на овие импулси и ја менува шемата на движење додека саканиот модел не се постигне. Така, таа кинестетска повратна информација прави рамнотежа помеѓу моторниот план и моторното извршување.

⁴⁵ Berninger, V, Yates, C., Cartwright, A, Rutberg, J, Remy E., и Abbott, R. (1992). Lower-level developmental skills in beginning writing. *Reading and Writing An Interdisciplinary Journal* 4,257-280

⁴⁶ Fitts P, Posner M., (1967), *Human Performance*. Belmont, CA.,

⁴⁷ Lurija, A.R. (1966). *Higher Cortical Functions in Man*, 2nd edn. New York, NY:basic Books

(Левин, 1987).

Визуо-моторната координација

Визуо-моторната координација е способност да се одговори на моторниот излез со визуелен влез. Иако тоа е кинестетска повратна информација сепак визуелно- повратната информација е од клучно значење за ракописот.

Визуелно повратната информација дава целосно следење на пишувањето наместо фино подесени следења обезбедени од кинестетско повратната информација.⁴⁸

Форми на дисграфијата

Поделба според причините (според Посокхова, 2000):

- Наследна дисграфија
- Потешкотии во пишувањето предизвикани од надворешни фактори
- Комбинирани форми

Според степенот на изразеност (според Посокхова, 2000):

- Лесна дисграфија;
- Изразена дисграфија;
- Аграфија – потполна неспособност за пишување.

Според доминантниот синдром (според Посокхова, 2000)

- Фонолошка дисграфија
- Јазична дисграфија
- Визуелна дисграфија
- Моторна дисграфија

⁴⁸ Jadranka B., I.Galić-Jušić, A. Pavlić-Cottiero, I.Posokhova, I. Prvčić, M. Rister, 2009 Priručnik o disleksiji, disgrafiji i sličnim teškoćama u čitanju, pisanju i učenju tekstualni dio. <http://public.srce.hr/hud> - Hrvatska udruga za disleksiju

Како се препознава дисграфијата?

Децата со дисграфија прават необични специфични грешки кои често пати изгледаат доста вообичаено. Кога наставникот ја набљудува работата на дисграфичното дете, прво што ќе примети е тоа што одредени грешки многу често се повторуваат. Одреденоста на грешките, нивната постојаност и многубројност се клучни за препознавање на дисграфичната симптоматика во детската писмена работа.⁴⁹

- Грешки на ниво на букви и слогови

Изоставањето, преместувањето и додавањето се типични грешки за децата со недоволно формирана вештина за гласовна анализа. Тие грешки се резултат на проблемот во меѓусебното разликување на гласовите кои се слични по изговор и имаат слично звучење како и нестабилно поврзување на фонемите (гласовите) со графемите (буквите).

Грешки кои почесто се прават се **персеверацијата** („заглавување“ на предходниот чин) и **антиципација** („истрчување напред“) – кога потребниот глас се заменува со друг глас кој бил во претходниот слог или збор или кој е присутен во идниот збор, а може да се додават и други гласови.

- Грешки на ниво на зборот

Грешките на неправилно раздвојување и составување на зборот и нарушување на нивните граници укажува на потешкотии во индивидуализацијата на одредени зборови во усмениот говор⁵⁰. Најчесто се присутни кај деца со недоволно развиен говор и со нешто намалена когнитивна интелигенција (сепак во граница на нормалата).

⁴⁹ Weintraub S. Mesulam MM. 1983, Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components. Arch Neurol 40(8):463-468

⁵⁰ Ilona Posokhova, (rujan 1999.) Razvoj govora i prevencija govornih poremećaja u djece, u izdanju Ostvarenja,

Настануваат при поврзување на зборовите внатре во реченицата како и неправилна интерпункција. Исто така се присутни кај деца со недоволно развиен говор и нешто намалена когнитивна интелигенција (сепак во граница на нормалата)⁵¹.

Централен проблем кај развојната дисграфија е недограденост на практогностичките структури, особено недограденост на функциите во слојот на мелокинетичката и конструктивната праксија. Постои неизедначен тонус на мускулите кој од своја страна ја нарушува линеацијата на графомоторниот израз. Детето има лоша ориентација во просторот, почесто кај дисграфичните деца присутни се паратонија и синкинезии како и дислатерализација, на WISCK скалата не постои значајна разлика помеѓу вербалната и манипулативната скала. Овие деца трпат на емоционален план, поради неразбирање од страна на средината во која опстојува.⁵²

2.4. Општа развојна дисгнозија

Ако развојот на структурите на ЦНС, кои се задолжени за гностичките функции, се одвива успорено и дисхармонично, ќе се јават проблеми во областа на препознавање, декодирање и симболизација, а во врска со тоа и во говорот, пишувањето, читањето, во запазувањето и функционирањето на сознајните процеси, а како придружни ќе се јават проблеми во областа на емоциите и воспоставувањето на социјалните односи. Овие видови на нарушувања кај децата, наставниците и родителите најчесто ги препознаваат како потешкотии во областа на социјалните односи и вклучувањето во активности кои бараат почитување на одредени правила. Овие деца не разбираат што се бара од нив, не ги разбираат правилата на игра, не се во состојба да прераскажат кратка приказна иако се повторува повеќе пати, па се губи смислата на приказната. Многу се повешти во прераскажувањето на сопствените доживувања во споредба со содржините кои ги слушаат.

⁵¹ Ilona Posokhova, (rujan 1999.) Razvoj govora i prevencija govornih poremećaja u djece, u izdanju Ostvarenja,

⁵² Weintraub S. Mesulam MM. 1983, Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components. Arch Neurol 40(8):463-468

Не разбираат зошто нешто е забрането, а нешто е дозволено, што е добро, а што е лошо, што е срамота, а што не е - како да работат по свое внатрешно поттикнување, без обзир на присуството на други личности и на нивните забрани или дозволи. Според **Бојанин С.**⁵³, проблемот кај овие деца е на нивото на претстава. Тоа значи дека е отежната симболизацијата - детето има јасно запазени перцептивни факти, но не може да го прераскаже она што го има во содржината на свеста.

2.5. Развојна Дислексија

Значителен дел од детската популација претставуваат деца со различни тешкотии во учењето, а голем дел од таа категорија се деца со специфични јазични тешкотии.

Дислексијата е синдром на специфични јазични потешкотии кои не се предизвикани од ментални општетувања или намалени интелектуални способности. Обично се открива во раната училишна возраст кога детето почнува со операциите читање и пишување. До тешкотиите доаѓа поради изменета перцепција на умот која е предизвикана од невербалниот начин на мислење.⁵⁴

Детето со дислексија има тешкотии со читањето, пишувањето и со разбирањето на текстот, што доведува до поголеми проблеми во процесот на учење. Кога детето слуша што се зборува, мора да ги преведе сите јазични гласови и значења, а кога чита, мора буквите и зборовите да ги преведе во гласови со значење. Учењето и читањето бара познавање на буквите, кои мора да се поврзат со одредени гласови. Тоа е поврзување на гласовите и буквите. Гласот и буквата одат заедно. Со зголемување на бројот на зборовите во речникот, ученикот побрзо ги чита речениците. Некои ученици подобро се снаоѓаат читајќи според контекстот во однос на декодирањето на поедноставните зборови. Но, многу е важно да се напомене

⁵³ Bojanin S., 1985, Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za Udbenike i nastavna sredstava, Beograd

⁵⁴ Babuder, K. B. 2006. Disleksija - specifična učna težava/primankljaj. predavanje prevzemeno na 15.1. 2006. www.sikbez.lj-bez.sik.si/dat/kosakbabuder.ppt.

дека не е доволно само да се прочита текстот, туку треба да се разбере и да се запамети⁵⁵.

Голем број стручњаци се согласуваат со тоа дека главната причина за дислексијата е замената на функцијата на левата и десната мозочна хемисфера. За јазичната функција на мозокот, како и за читањето и пишувањето, задолжена е левата мозочна хемисфера која уште и се нарекува аналитичка. Кај дислексичарите, заради доцнењето на развојот на левата хемисфера јазичната функција ја презема десната хемисфера. Бидејќи десната хемисфера примарно ја врши функцијата синтеза од визуелен и аудитивен тип, се појавуваат тешкотии при анализата на зборот, а тоа појаснува зошто дислексичарите мислат на невербален или на визуелен начин.⁵⁶

За децата со дислексија читањето претставува мачна, тешко совладлива, а понекогаш и непремостлива тешкотија поради која чувствуваат неуспех и замор. Тоа полека преминува во фрустрираност од училиштето и незадоволство од самите себе, бидејќи тие се поинакви од другите деца. Со адекватна соработката помеѓу родителите, наставниците и терапевтите кои се занимаваат со дислексијата кај детето, симптомите на дислексијата можат да се отстранат или да се ублажат.⁵⁷

Дислексијата не е болест и не се лекува во буквална смисла на тој збор. Се јавува во цел свет без обзир на културата и јазикот зафаќајќи околу 10% од популацијата, па и кај талентираниите, креативните и успешните деца. Дислексијата не е резултат на намалена интелигенција, а не е ни проблем на однесувањето и мотивацијата⁵⁸. Многу родители често пати го губаат трпението читајќи и пишувајќи со своите деца, мислејќи од една страна дека се мрзеливи а од друга пак дека уште се незрели и разиграни, поради што често следи и физичка казна за таквото однесување.

Видови симптоми кај дислексиите:

⁵⁵ Posokhova I., 2007 Kako pomoći detetu s teškoćama u čitanju i pisanju. Pušćine, 2007., 376.1 Nk 1201

⁵⁶ Krupska, M., Klein, C. (2004), Demystifying Dyslexia. London: Development Agency.

⁵⁷ Bojanin S., 1991, Škola kao bolest, Beograd, Plato.

⁵⁸ Greenspan S., MD, Nancy Thorndike Greenspan, 2010 The learning tree. Merloyd Lawrence book, Da capo press/lifelong books.

- тешкотии при читање - считување и неповрзување на зборови,
- тешкотии при пишување - изоставување на букви во пишувањето, заменување на букви или зборови,
- неуреден ракопис,
- тешкотии во пронаоѓање на соодветното значење на зборовите,
- тешкотии во разбирањето на текстот,⁵⁹
- тешкотии при изразувањето на мисли во пишана форма,
- тешкотии при употребата на заменки и прилози,
- бунетост во ориентацијата „лево-десно“ и „горе-доле“,
- непрецизно и погрешно повторување на тоа што го слуша,
- тешкотии во математиката, поврзано со редови на броеви или редослед на математички операции,
- тешкотии во ориентацијата „вчера-денес-утре“ (што било вчера, што денес, а што ќе биде утре) и во ориентацијата со часовникот.⁶⁰

Уште во предучилишната возраст може да се предвиди дали детето може да има тешкотии во читањето и пишувањето и тоа преку испитување на гласовната и слоговната анализа и синтеза. Детето со дислексија или она кај кое постојат предуслови дека може да стане дислексично, најтешко учи по аудитивен пат.⁶¹ Знаеме дека кај нас училишното учење пред сè се заснова токму на аудитивните методи. Затоа е важно да се примени учење по пат на сите осети и да се пронајде начин на учење кој најдобро му одговара на секое дете. Ако аудитивниот начин на учење е најслаб потребно е истиот да се појачи со употреба на слики, бои и други различни материјали.⁶² Важно е на таквото дете да му се дадат јасни налози (не

⁵⁹ Čitanje i razumevanje pročitano. <http://printfu.org/mentalna?page=1> (посетено на 18.03.2011)

⁶⁰ Ronald D.Davis, Eldon M. Braun, 2004 Dar disleksije. Finesa, Beograd.

⁶¹ Vladisavlević S. 1991 Disleksija i disgrafija. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.

⁶² Hammond, J., Hercules, F. (2003). Understanding Dyslexia: An Introduction for Dyslexic Students in Higher Education. Glasgow: The Glasgow School of Art.

сложени, туку дел по дел) и повеќе отколку на другите деца да им се приближат поимите во времето и просторот.⁶³ Исклучително е важно да се има верба во добар резултат, да се покаже трпеливост во работата, да се пофали детето за секој негов успех како би се подигнала на повисоко ниво неговата самодоверба⁶⁴.

Симптомите на дислексијата се разликуваат од дислексичар до дислексичар и се со различен интензитет. Додека некои дислексичари имаат проблеми само со читањето, изговарањето и говорот, кај другите поголем проблем претставува математиката, памтењето и концентрацијата, некои имаат тешкотии во одржувањето на рамнотежа и координација, како што се одењето, трчањето, прескокнувањето, скокањето, врзувањето на врвци или закопчување на копчиња, додека други не се снаоѓаат во просторот и времето, тешко ги разликуваат правците, не се сигурни која е лева, а која е десна страна итн. (според Давис, Браун, 2001)⁶⁵.

Голем број од наведените симптоми можат да се јават и кај деца кои немаат дислексија. Основната разлика е квантитативна и квалитативна. Кај децата со дислексија симптомите се побројни, посилено изразени и траат многу подолго.

2.6. Нарушување на математичките способности (Дискалкулија)

Под поимот дискалкулија се подразбира збир на специфични тешкотии во совладувањето и извршувањето на математичките операции. Тоа се отстапувања кои кај децата создаваат сериозни тешкотии во совладувањето на математичките вештини без разлика на задоволителниот степен на интелектуалниот развој, нормалното функционирање на сетилата, како и оптималните услови на редовното подучување. Тешкотиите во усвојувањето на математичките вештини можат да бидат лесни, умерени и тешки, па според тоа резултатот може да биде делумна или потполна математичка неспособност. Терминолошки разликуваме дискалкулија и акалкулија (*Sharami, M., 2001*).⁶⁶

⁶³ The British Dyslexia association, Teaching methods for Dyslexic Children. <http://www.bda-dyslexia.org.uk>

⁶⁴ Davison, G. C, Neale, J. M (1999): Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja; Jastrebarsko, Naklada Slap

⁶⁵ Davis, R. & Braun, E. 2001, Dar disleksije, Linea, Zagreb.

⁶⁶ Sharami, M. Matematika bez suza, 2001: Kako pomoći djetetu u učenju matematike. Lekenik, Ostvarenje.

Дискалкулијата е делумно нарушување во усвојување на математичките вештини кое може да се појави во сите или само во одредени области на математиката и тоа уште на самиот почеток на совладување на овие способности. Се јавува како резултат на неизедначен развој на структурите и функциите кои ја чинат основата на способноста за сметање. Може да биде самостојна и единствена тешкотија кај детето, но може да се појави во комбинација со некои други тешкотии како што се дислексијата и дисграфијата⁶⁷.

Акалкулијата е поим кој означува потполна неспособност за усвојување на математичките вештини, односно потполно отсуство на математичко мислење. Таквата неспособност може да биде примарна или секундарна. Во најголем број случаи акалкулијата е секундарна, стекната нарушување кое се случува на постари години, поради мозочна лезија или болест на ЦНС. Главно акалкулијата се јавува при лезии во парието-темпо-окципиталното тремеѓе.

Дискалкулијата е невролошки предизвикана. Меѓутоа, постојат и многу други причини зошто некои деца имаат сериозни тешкотии во учењето на математиката. Недоволниот степен на когнитивното функционирање, неразвиеноста на основните предматематички вештини, посебни јазични тешкотии и тешкотии во читањето и пишувањето, некомпатибилноста на стиловите на подучување и учење, емоционалната состојба на детето, се некои од причините. Утврдено е дека повеќето аритметички операции ги извршува левата хемисфера на мозокот, а аритметиката најдобро се совладува преку аналитички пристап, додека кај децата со дискалкулија водечка е десната хемисфера и затоа овие деца имаат поголема тенденција кон холистичкиот концепт на решавање⁶⁸.

Дијагностицирањето на дискалкулијата опфаќа проценка на индивидуалните способности на детето преку анализа на когнитивниот стил, примена на тестовите за проценка на математичките способности, како и проценка на предматематичките вештини.

⁶⁷ Gaddes WH, Edgell D. 1994, Learning disabilities and brain function, a neuropsychological approach. New York: Springer- Verlag; p. 415-423

⁶⁸ Posokhova I. prema Sharma C.M. 2001, Matematika bez suza. Lekenik: Ostvarenje.

Дискалкулијата се јавува како:

Вербална - каде постои нарушување во разбирањето и сопствената употреба на математичката терминологија;

Практогностичка - нарушување на способноста за манипулација со предметите или насликаните објекти;

Лексичка - нарушување на способноста за читање на математичките симболи и нивните комбинации;

Графичка - нарушување на способноста за пишување на математичките симболи;

Идеогностичка - нарушување на способноста за разбирање на математичките поими и сметањето во себе;

Операциска - нарушување на способноста за изведување на математичка задача.

Децата со дискалкулија може да ги препознаеме по тоа што можат да заменат еден број со друг и тоа како при читање така и при пишување и сметање. Детето може да повторува еден ист број или задача и да не е во состојба да помине на следниот чекор како во пишувањето така и во сметањето. Кога ќе усвои некоја постапка во решавањето на задачата истата ќе ја употребува таму и каде што не треба. Може да се јави и огледалско пишување на бројките, нарушен правец, како и спорост при извршувањето на математичката операција, што не е вообичаено за неговата возраст.⁶⁹

Проблемите со сметањето и воопшто проблемите кои се во врска со броевите, не се само изолирани проблеми туку проблеми на целата личност.

3. Деца со практогностички нарушувања

Клиничките слики настанати поради практогностчката недограденост траат од самиот почеток, во текот на целото детство, секогаш во онаа форма која ја

⁶⁹Raymond Tennant, 2010 Strategies for teaching students with dyscalculia in inclusive classrooms, Al Hosn University, United Arab Emirates, <http://www.cec.sped.org/Content/NavigationMenu/ProfessionalDevelopment/RIGA2010Conference/RigaProgram.pdf>

одредува фазата на развојот во која детето се наоѓа. Она што се јавува, на пример, во времето на логичкото мислење како сознаен проблем, во некоја порана фаза на развојот се манифестира како нарушување во однесувањето.

Во анамнезата на овие деца воглавно нема податоци за рани трауми на ЦНС. Во нешто помал број се јавува недограденоста, за што зборува *Ишпановиќ-Радојковиќ В.*⁷⁰, кога зборува за развојната конструктивна диспраксија. Некои од овие деца многу подоцна прозборуваат, подоцна проодуваат, покажуваат различни облици на невклопеност во средината која има свои барања, а сето тоа во почетокот се смета за детска непослушност и детски инает. Симптомите кај овие деца остануваат неприметливи сè додека не се вклучат во организираната колективна игра, бидејќи не можат да ги препознаат барањата кои се очекуваат од нив, па иако се свртени кон другите деца сепак остануваат пострана и почнуваат да трпат емоционално. Ова се манифестира или со повлекување во себе, или со хиперактивно однесување, повремено нерасположение, а понекогаш и агресија кон другите. Иако на тестовите за интелигенција покажуваат вредности во рамките на просек, а понекогаш и над просек, овие деца споро ги усвојуваат конкретните операции во областа на класификацијата што се одразува и на подоцното усвојување на поимот за број. Се воочува тешкотија во пишувањето, прераскажувањето, сметањето, ориентацијата во простор и време. На психолошкиот тест WISK покажуваат расчекор помеѓу вербалниот и манипулативниот дел.

Некои автори сметаат дека интелигенцијата може да се согледа во способностите за учење и во користењето на стекнатите искуства.

Една од најпознатите теории за развојот е секако теоријата за степените на сознајниот развој на детето на *Жан Пијаже*. Според него, развојот на создавањето се одвива од сензомоторниот период кога детето со допир и набљудување станува свесно за својата околина и полесно ја обликува својата ментална стварност, предоперационалната фаза, кога детето создава симболи кои поврзуват предмет и она што тој предмет претставува и користи предпоими на кои воочува само една карактеристика. Во фазата на формална логика која започнува кога детето ќе тргне во училиште и започнува со конкретните операции и сложените дејства, се јавува

⁷⁰ Išpanović-Radojković V. 1986: Nespretno dete: poremećaj praksiје u detinjstvu, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.

серијацијата и категоризацијата на елементите, па периодот на формалните логички операции кој почнува од единаесетата година и тогаш детето размислува на ниво на вистински поими заклучувајќи индуктивно и дедуктивно, а сфаќањето за времето и просторот е сè пошироко и посуштествено.

За Пијаже, јазикот е придружна појава на процесот на создавање на симболи во предоперационалната фаза, а учењето и развојот се два потполно независни процеси, исто како и знаењето и мислењето. Јазикот не е доволен да ја објасни мислата, бидејќи мислата ја создават токму сензомоторните механизми кои се подлабоки од јазичните, односно говорот повеќе го следи мислењето отколку што делува на него⁷¹.

Јазикот, односно говорот е непосредно врзан за нервните структури од кортикалната област, но не може да се развие без двигател во социјалната средина. Срединските фактори, освен како движечка улога во развојот на говорот, завземаат значајно место и во понатамошните фази на развојот на јазичните способности, бидејќи невробиолошката основа која детето ќе ја донесе на свет со самото раѓање, само во интеракција со срединските фактори ќе овозможи говорот да се појави на ниво на полновердна комуникација (*Васиќ С.*)⁷².

Според *Виготски*, за децата со дислексија и други јазични тешкотии многу е важен процесот на постепено усвојување на значењето на зборовите во што околината може да биде клучен помагач. Некои истражувачи сметаат дека развојот на јазикот започнува уште во пренаталниот период кога детето преку мајката ги прима стимулите од надворешниот свет и веќе тогаш се развиваат некои аспекти на детската психа, како што се памтењето, мислењето, моториката, перцептивните процеси итн., а сите тие стимули со останатите процеси придонесуваат за усвојување на јазикот, па според тоа можат и негативно да влијаат на неговиот развој⁷³.

⁷¹ Piaget, J.: 1977, The Development of Thought, Equilibration of Cognitive Structures, Oxford, Basil Blackwell.

⁷² Vasić S. 1972: Govor vašeg deteta, Zavod za izdavanje udžbenika, Beograd.

⁷³ Vigotski S. L. 1987: Osnovi defektologije, Zavod za učenike i nastavna sredstva, Beograd.

Нарушувањата можат да се јават изолирано во различни домени на однесувањето, на пример: во јазичката комуникација, просторната ориентација, фокусирање на вниманието итн. Кај децата се манифестираат недостатоци во психомоторната координација, визуопросторната организација и тактилната перцепција, поради што доаѓа до манифестирање на пошироки пречки во однесувањето вклучувајќи и дефицит на социјалната перцепција, резонирање и интеракција, проблеми во прилагодување на нови и сложени ситуации, а основата на ваквите тешкотии се открива првенствено во карактеристиките на нивните когнитивни обработки⁷⁴.

Тоа што им е заедничко и ги поврзува е токму тоа што се *специфични* или парцијални до таа мерка што детето и понатаму поседува висок општ развоен капацитет и доволно позитивен потенцијал за (генерално) типичен психосоцијален раст, што не исклучува дури ниту натпросечни интелектуални способности.

3.1. Емоционални (здружени) проблеми

Тешкотиите во учењето може многу да делуваат на психолошкото здравје на детето. Емоционалните или физичките симптоми (анксиозност, депресија, болки во стомакот, главоболки, одбивање да оди во училиште) се вообичаени кај децата со тешкотии во учењето.⁷⁵ Многу студии индицираат дека 14-32% од децата со тешкотии во учењето чувствуваат депресивност, недостаток на контрола и ниска ефикасност. Студиите со близнаци укажуваат на високи норми на сите внатрешни и надворешни нарушувања кај овие деца.

Хиперактивно однесување

Дефицитот на вниманието, хиперактивното однесување (АДД/АДХД) е најчеста коморбидност со потешкотиите во учењето во повеќе епидемиолошки и клинички студии. Помеѓу 15-26% од испитаниците со дислексија исто така ги исполнуваат условите за АДХД, а 25-40% од испитаниците со АДХД имаат проблеми со читањето. Понатаму, главниот дефицит во јазикот и фонолошкото

⁷⁴ Galić-Jušić, I. 2004. Djeca s teškoćama u učenju. Lekenik, Ostvarenje 2004

⁷⁵ Greenspan S. i Wieder S., 2003, Dijete s posebnim potrebima: poticanje intelektualnog, emocionalnog razvoja. Lekenik 105-208

процесуирање што е специфично кај дислексијата се покажал како независен од коморбидната дијагноза на АДХД⁷⁶.

Хиперактивноста е реално нарушување, проблем, а често пати и извор на загриженост кај родителите, наставниците, а најмногу на самите деца кои имаат такво нарушување. На предучилишна и училишна возраст тие се исклучително нетрпеливи, тоа се деца кои никогаш не се на своите места, не ги слушаат воспитувачките или учителките, зборуваат додека другите деца работат во тишина. Често пати ја прекинуваат работата во групата, упаѓаат во збор и им сметаат на другите во извршувањето на задачите или активностите.⁷⁷

Хиперактивните деца имаат тешкотии во организацијата, често пати забораваат да си ги понесат книгите, приборот, поради што наставниците ваквите деца ги сметаат за лоши и недисциплинирани. Другите деца на почетокот гледат на нив како на забавни и интересни деца, но кога хиперактивното дете ќе реагира импулсивно, физички или вербално ако нападне друго дете или му попречи во учењето, тестот или играта, врсниците почнуваат да го отфрлуваат и избегнуваат.

Психотични однесувања и психози, аутизам

Многу е важно да се подвлече дека овие деца во извесни стадиуми на развојот можат да покажат однесувања кои се слични како тие кај децата со **аутизам**. Изливите на бес, доцниот развој на говорот, мафтањето со рацете кога се возбудени, се симптоми на раниот и забавен развој кај повеќето деца. Диференцијалната дијагноза вклучува разликување на аутизмот од специфичните развојни нарушувања кај кои има абнормалности во говорот, играта и социјалниот развој. Лицата со аутизам имаат тријада на нарушувања кои мора да бидат присутни како би се поставила дијагнозата: нарушување во социјалната интеракција, нарушување во вербалната и невербалната комуникацијата и рестриктивни и репетативни шеми на однесување⁷⁸.

⁷⁶ Keith Cheng, MD, Kathleen M. Myers, MD, MPH, MS, 2011, Child and Adolescent Psychiatry The Essentials (second edition), Learning Disabilities, Philadelphia, USA

⁷⁷ Harold N. Levinson, M.D Dyslexia/LD and Attention Deficit Disorders, Groundbreaking Understanding, Diagnosis and Treatment <http://www.dyslexiaonline.com>

⁷⁸ Трајковски, Е.В., 2011. Аутизам и первазивни развојни нарушувања. Филозофски факултет, Институт за дефектологија, Скопје.

Депресија и повлеченост

Децата кои имаат проблеми во практогностичката организираност често пати се повлечени и наликуваат на депресивни деца.

Депресијата во детството се разликува од типичната депресија и е резултат на секојдневните емоции кои се јавуваат во развојот на детето. Во предучилишната возраст родителите и воспитувачите ги толерираат овие деца иако се упадливи и не можат да се вклопат во организирана игра, не почитуваат правила, но овие деца долго трпат на емоционален и социјален план и можат да навлезат во сериозни конфликти. Ако навреме не се откријат и не добијат стручна помош, овие деца лесно може да психотизираат и да настанат промени во личноста и во карактерната сфера најчесто во периодот на пубертетот и адолесценцијата⁷⁹.

Нокно мокрење

Во голем број случаи се јавува и нокно мокрење како резултат на емоционалната вознемиреност, дневен страв и несигурност кое од своја страна лошо влијае на самодовербата на детето, на социјалните активности и на самото однесување. Мокрењето претставува нарушување кое се јавува кај децата после 4-тата година и се карактеризира со неможност за контролирање на мокрењето во текот на сонот. Инаку, не станува збор за некакво анатомско или функционално нарушување на органите од генито-уринарниот систем. Родителите би требало да имаат предвид дека детето не мокри намерно во текот на нокта. Наместо да го критикуваат, подобро би било да ги најдат причините за тоа и начин да го охрабрат и да му пружат позитивна поддршка⁸⁰.

Страв

Кај повеќето од децата со практогностичка недограденост се манифестираат и различни облици на страв кои некои психолози ги поврзуваат со чувството на неспокојство, неизвесност и загриженост. По правило кај помалите деца, особено кај децата со пречки во развојот, болните и здравствено слабите, стравовите се

⁷⁹ Копачев Д. 1999: Невропсихологија, скрипта за студентите на Филозофски факултет, Скопје.

⁸⁰ Dragan Zlatanović, 2007 Noćno mokrenje kod dece, www.psihologija.autentik.net/-detinjstvo-_nosno_mokrenje_kod_dece-

подинамични, поинтензивни, продолжителни, отколку кај поголемите, младинците и возрасните. Во почетната училишна возраст децата го осознаваат стравот од смртта, болестите, катастрофите. Овие деца развиваат страв или фобии од училиштето и училишните задачи. Голем број на стравови и фобии кај децата исчезнуваат во периодот на пубертетот.⁸¹

4. Развојната невропсихологија како основа во дијагностичките и тераписките постапки

4.1. Невропсихолошки пристап во дефектолошката проценка

Дефектолошката проценка претставува збир на процедури насочени кон проценката на сите оние структури и функции преку кои личноста на детето ги организира своите контакти со реалниот свет кој го опкружува.

Целта на дефектолошката проценка е да со следење на психомоторната организираност низ која доаѓаат до израз способностите на детето и неговото однесување во целина и опишување на облиците низ кои детето го организира своето дружење и активност во социјалното поле, да се препознае присуството на нескладни и недоградени одделни психомоторни функции или способности со што се овозможува целно насочување на дефектолошкиот третман. *Дијагностичкиот приод, како и конкретните техники кои се користат во дефектолошката проценка се засноваат на невропсихолошката теорија за развојот и концептот за развојната дисхармонија.*

Невропсихолошката теорија се користи како општа стратегија за разбирање на природата и одликите на дискогнитивните и бихејвиоралните тешкотии (односно, како основа за согледување на успехот или неуспехот на одредено дете во дадена ситуација), но и како рамка за разбирање на делувањето на конкретните методи, па со тоа и за истражување на нови методи во дефектолошкиот третман.

⁸¹ Petrov I. 1993 Psihoterapija na detski stravovi pri zaboluvanja i somatski povredi -63-72, FNPP Republika Bugarija,

Невропсихолошкиот пристап воедно е и причина за нагласено присуство на невролошки одредници во дефектолошката дијагностика, на пример издвојување на гностичките, праксичките или практогностичките способности како посебни целини.

Познато е дека овие лица најчесто имаат комбиниран когнитивен дефицит, односно интелектуален дефицит кој е следен со говорни, невролошки испади, телесни деформитети, соматски промени, конвулзивни појави, емоционални и нагонски дезинхибиции, значајни и секогаш присутни психички растројства од различен тип, па и појави на регресија на ниво на аутизам⁸².

Невропсихолошкиот пристап воедно е и причина за нагласено присуство на невролошки одредници во дефектолошката дијагностика, на пример издвојување на гностичките, праксичките или практогностичките способности како посебни целини.

Невропсихологијата на развојната возраст, според *Радуловиќ К.* ни укажува на тоа дека срединскиот фактор во најраната возраст значително делува на развојот на нервните структури, од процесот на миелинизација на невроните, па сè до формирање на функциите на говорот, практогнозијата и доминацијата на хемисферите.⁸³

Диференцијалната дијагностика во однос на соседните области која треба да се изведе, пред сè се однесува на утврдување на присутно оштетување на ЦНС.⁸⁴ Појавите кои ги интересираат дефектолозите, а со кои се занимава развојната невропсихологија, не се здружени со знаци на оштетување на ЦНС, туку присуство на пониски облици на функционирање и развиеност на одделни структури или области на ЦНС. Диференцијалната дијагноза подразбира отфрлање на сензорни проблеми поврзани со видот, слухни потешкотии и ментална ретардација.⁸⁵

⁸² Петров Р., Копачев Д., Такашманова Т., 2004, Деинституализација на деца со тешка ментална ретардација, Филозофски факултет Скопје.

⁸³ Radulović K., 2001, Mentala zaostalost, Naučna knjiga, Beograd

⁸⁴ Jakulić, S., 1981 Mentalna zaostalost. Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva

⁸⁵ Keith Cheng, MD, Kathleen M. Myers, MD, MPH, MS, 2011, Child and Adolescent Psychiatry The Essentials (second edition), Learning Disabilities, Philadelphia, USA

Областите на *дисгнозиите* или неразвиениот говор како и општите развојни дисхармонии секогаш мораат да се диференцираат во однос на олигофрениите, бидејќи најчесто овие проблеми кај децата се препознават како олигофренија, особено ако имаат подпросечни интелектуални способности и однесување по кое се разликуват од децата од општата популација.

Областите на *диспраксиите* кои се проследени со анксиозност, отсуство на ангажирање во социјалното поле, треба да се дефинираат во однос на психозите и психотичните процеси кои понекогаш започнуваат на сличен начин, а на WISK- скалата покажуваат како и при психозите расчекор помеѓу вербалниот и манипулативниот дел во корист на вербалните способности.

Невропсихолошкиот пристап овозможува подобро да се разбере состојбата и да се спроведе успешен третман, пред сè на полето на специфичните тешкотии во учењето, недостатокот на вниманието со или без хиперкинетско однесување, одвојување на развојните дисгнозии и развојните диспраксии и други развојни потешкотии во однос на менталната заостанатост.

Донесување заклучоци за мозочната дисфункција исклучиво врз основа на дефектолошката дијагностика е неоправдано, иако преку дефектолошката дијагностика можеме подобро да го разбереме детето кое има хронични перцептивни или моторни дефицити или специфични тешкотии во учењето.

4.2. Преваленција

За да се направи правилна анализа на проблемот неопходно е да се знае колкав е бројот на децата кои манифестираат практичностичко нарушување. Во Република Македонија не постојат епидемиолошки студии за оваа проблематика.

Во Америка се направени голем број студии кои го следат не само процентот на децата со нарушувања, туку и последиците од нив како би се превземале навремени мерки за превенција на проблемот. Лонгитудиналните студии направени во јавните училишта во периодот од 2000-2009 год. покажале намалување на овие нарушувања за 14% во споредба со периодот од 1990-2000 год. Инаку 5% од децата во јавните училишта биле идентификувани како деца со пречки во учењето, од кои

2/3 се деца од машки пол. Овие деца доцнат дури и до две училишни години во споредба со нивните врстници, 45% од нив имаат проблеми со читањето, а 44% проблеми со усвојување на математичките вештини.⁸⁶

Процентот на ученици со специфични тешкотии во учењето изнесува 52% од сите деца со попреченост. Според училишните објавувања, бројот на децата со специфични развојни растројства кои биле предмет на дисциплинска постапка или биле исклучени од училиштето, бил за два до три пати поголем во однос на другите деца. Во меѓувреме, овие дисциплински постапки го ограничуваат пристапот до соодветно образование. Кај овие деца се јавуваат проблеми во однесувањето, имаат помала толерантност, почесто посегнуваат по дрога, оружје, недолично однесување, преминуваат во малолетничка деликвенција итн. Неразмерно високата стапка на затворени малолетници над 14% се со проблеми во учењето, всушност тоа е вториот најчест инвалидитет меѓу затворените малолетници.⁸⁷

Во 2000 година 40 % од учениците со пречки во учењето го напуштиле училиштето додека во 2009 год. овој процент се намалил на 22%, а тоа се должи на тоа што децата почнале да добиват специјални дополнителни услуги во редовните училишта, со нив се работи по индивидуални образовни програми (ИОП), но и покрај тоа учениците со тешкотии во учењето во поголем процент продолжуваат да го напуштат школувањето за разлика од децата без попреченост.

Министерството за образование во Америка во 2006 година укажува на тоа дека 11% од специјалните едукатори не се квалификувани за работа со деца кои имаат специфични тешкотии во усвојувањето на училишните вештини, како и од суштинската потреба од едукација на наставниците во редовниот образовен систем. Многу родители продолжуваат да ги игнорираат потенцијалните знаци на проблемот и сметаат дека со возраста тие ќе се надминат, 51% од нив сметат дека тоа е резултат на мрзеливост и досада кај децата.⁸⁸

⁸⁶ Mary Beth Klotz, Ph.D., NCSP and Daryl Mellard, Ph.D. 2011, The State of Learning Disabilities. New York, NY: National Center for Learning Disabilities.

⁸⁷ Keith Cheng, MD, Kathleen M. Myers, MD, MPH, MS, 2011, Child and Adolescent Psychiatry The Essentials (second edition), Learning Disabilities, Philadelphia, USA

⁸⁸ David Breiger, Jenise Jensen 2011 Learning disabilities. Child and adolescent Psychiatry: The Essentials.

Мнозинството од едукаторите сметаат дека недостатокот од поддршка и соработка од страна на родителите во работата со нивните деца, е главниот предизвик со кој се соочуваат при работењето со децата со специфични тешкотии во учењето. Постои алармантен недостаток од познавање на оваа проблематика од страна на родителите и едукаторите. Доста често се прават забуни со ментална ретардација, аутизам, сензорни општувања и др⁸⁹.

Во извештајот на Канадската *Commision on Emotional and Learning Disorders in Children*⁹⁰ од 1970 покажуваат податоци од истражувања за инциденција на деца со посебни едукативни потреби од повеќе земји. Во Канада таа изнесувала повеќе од 16%, во Велика Британија 14%, во Франција 12-14%, во САД 10-15%, со процент дека околу 2,5% од оваа популација припаѓа на категоријата на ментално ретардирани, а ова укажува на тоа дека барем 12% од популацијата во редовните основни училишта имаат развојни детерминирани ограничувања во учењето и созревањето. Зачестеноста само на говорните развојни нарушувања се проценува на околу 5-7% од кои 2-3% претставуваат сериозни дисфазии, застапеноста на развојните дискалкулии е околу 6%, дислексии 3-6%, а хиперкинетскиот синдром 3-10%. Процентот на деца кои имаат дислексија или пречки во читањето во пошироко значење на тој збор, изнесува некаде од 5-10%.⁹¹ Овој податок важи за словенските јазици, додека во земјите од англиското говорно подрачје тој процент е многу поголем и изнесува од 15-30% пред сè поради големите разлики помеѓу изговорот и правописот. Дека причините за дислексијата се поврзани со конституциската организација на мозочните хемисфери, зборуваат и податоците дека во Кина и Јапонија процентот на деца со тешкотии во читањето и пишувањето е помал од 1%, пред сè поради тоа што напишаниот збор всушност е

⁸⁹ Kristin Stanberry 2009 Making the Most of Your Parent-Teacher Conference. National Center for Learning Disabilities <http://www.nclld.org/>

⁹⁰ Commission-on-Emotional-and-Learning-Disorders-in-Children-(Canada)-(CELDIC) .<http://www.acronymfinder.com/>

⁹¹ Margalit, M. & Idan, O. (2004). Resilience and Hope Theory: An Expanded Paradigm for Learning Disabilities Research. *Thalamus*, 22(1), 58-65.

конкретен пртеж. Тој пртеж се памти во целина, а во тој процес во најголем дел учествува десната мозочна хемисфера.

4.3. Класификација на развојните проблеми

Пред да се преземат било какви реедукативни постапки и програми на корективни вежби, неопходно е да се изврши препознавање и дијагностицирање на развојните нарушувања, односно да се утврдат причините и манифестацијата (симптомите) на нарушувањето.

Многу е важно сите стручни лица кои работат со деца со посебни потреби да користат иста терминологија.

Класификација на развојните нарушувања според С. Бојанин⁹²

I – Група на проблеми кои припаѓаат на клиничката невропсихологија на развојниот период

II – Група проблеми кои припаѓаат на социјалната психијатрија на развојниот период

I – Во групата на проблеми кои припаѓаат на клиничката невропсихологија во развојниот период

A) Практикогностички нарушувања

- општа развојна дисгнозија,
- развојна дискалкулија,
- развојна дислексија,
- општа развојна диспраксија,
- развојна конструктивна диспраксија,
- развојна дисграфија.

Б) Нарушувања од развојната лингвистика

⁹² Bojanin S., 1985, Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za Učbenike i nastavna sredstava, Beograd.

- развојна дисфазија,
- нарушувања на говорот како резултат на нарушувања на чувствата,
- дислалија,
- дизартрија.

В) Нарушувања на психомоториката во потесна смисла

- развоен хиперкинетски синдром РХС,
- тикови,
- моторен дебилитет.

Г) Нарушувања како резултат на општата развојна дисхармонија

- развојна дисхронија,
- општа развојна дисхармонија,
- дислатерализација.

Д) Неразвиеност на интелигенцијата и рани нарушувања на чувствата

- олигофренија,
- рани детски психози,
- навики и нарушувања на психомоториката.

II – Во групата на проблеми кои припаѓаат на социјалната психијатрија на развојниот период спаѓаат:

- нарушувања во однесувањето,
- малолетничка деликвенција,
- психопатии во детството и младоста,
- алкохолизам кај младите,
- наркоманија,

- самоубиства во адолесценцијата.

4.4. Етиологија

Професионалците за ментално здравје укажуваат на тоа дека причините кои ги предизвикуваат практогностичките нарушувања се сèуште непознати. Порано се сметало дека овие тешкотии се предизвикани од страна на еден невролошки проблем. Истражувањата подржани од NCLD (© 2011 National Center for Learning Disabilities, Inc.)⁹³ укажуваат на различноста и комплексноста на самите причини. Повеќето докази покажуваат дека ваквите тешкотии не потекнуваат од една единствена одредена област на мозокот, туку од тешкотии при пренесување на информации од различни мозочни региони. Денес една од водечките теории е таа што потврдува дека проблемите со учењето произлегуваат од суптилни нарушувања во мозочните структури и функции.⁹⁴ Некои научници веруваат дека во повеќето случаи нарушувањето започнува пред раѓањето, кога настануваат грешки во феталниот развој на мозокот. Во текот на бременоста, мозокот на фетусот се развива во комплексен орган од милијарда специјализирани меѓу себе поврзани нервни клетки таканаречени неврони. Во текот на таа неверојатна еволуција работите можат да тргнат наопаку при што може да се смени структурата на нервната клетка како и начинот на интерконекцијата.

Во процесот на миграција на нервните клетки се создаваат различни мозочни структури, нервните клетки брзо растат и формираат мрежи со другите делови на самиот мозок. Овие мрежи се тие што овозможуваат информациите да бидат поделени помеѓу различни региони на мозокот.⁹⁵

Во текот на бременоста развојот на мозокот е чувствителен на нарушувања. Ако настанат грешки при создавањето на мозочните структури нарушувањето ќе се јави рано, фетусот може да умре или пак детето да се роди со голема инвалидност,

⁹³ National Center for Learning Disabilities. 28 February 2008 Inc Response to Intervention and IDEA - LD Identification in the RTI Instruction Model. New York.

⁹⁴ Weintraub S. Mesulam MM. 1983, Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components. Arch Neurol 40(8):463-468

⁹⁵ Holt K.S. (1991): Child Development, Diagnosis and Assessment. Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford, London

можеби и ментална ретардација⁹⁶. Но ако таквите грешки се случат подоцна, кога клетките стануваат специјализирани за одредена функција, може да се случи нарушување на ниво на интерклеточната конекција. Некои научници веруваат дека овие грешки подоцна може да манифестираат проблеми во учењето.

Преку експерименти со животни и други истражувачки капацитети се прават напори за да се утврди што е тоа што го нарушува развојот на мозокот. Правени се студии за испитување на гените, нивното влијание, потоа злоупотребата на супстанции, проблеми во бременоста, влијанието на токсините во текот на бременоста врз развојот на мозокот итн.

Потешкотиите во учењето често пати вклучуваат асоцијација со општата медицинска состојба, како што се: недоносеноста, многу ниска родилна тежина, труење со олово, фетален алкохолен синдром, психолошки стрес во бременоста, неадекватен атачмент мајка-дете итн., но како и да е, присуството на овие тешкотии последователно не индицира тешкотии во учењето и многу индивидуи со тешкотии во учењето немаат ваква историја.⁹⁷

Генетски фактори

И биолошките и психолошките фактори се можни причинители за различни тешкотии во учењето. Кај лицата со потешкотии во учењето постои семејна и фамилијарна конкордантност приближно кај 80% кај монозиготните близнаци (МЗ) во споредба со помалку од 50% конкордантност кај дизиготните близнаци и други браќа и сестри. Студии на близнаци потврдуваат дека тешкотиите во учењето се наследни (според *Davison, G.C., Neale - 1999*). Истражувањата на *Penington i Smit од 1988* укажуваат на тоа дека едноставните вештини на читање и пишување се генетски условени, но не и разбирањето на говорот (според *Davison, G.C., Neale - 1999*). Сè уште малку се знае за генетската основа на разните нарушувања во комуникацијата, како што се нарушувања во јазичното изразување (избор на соодветни зборови), неразбирање на говорот на другите, фонолошкото нарушување, пелтечење. Овде се исклучуваат ситуациите кога тие се поврзани со ментална

⁹⁶ Došen, A., 2002, Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom. Zagreb: E.R.F.

⁹⁷ Hrnjica S., i sar., 1991, Ometeno dete - uvod u psihologiju ometenih u razvoju. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

ретардација, глувост и разни невролошки нарушувања.⁹⁸ Одделни студии сугерираат на главната улога на хромозомот 6 и 15 со дополнителни потенцијални маркери на хромозомот 1 и 2.⁹⁹ Истражувањата напоменуваат дека некои невролошки проблеми може да бидат одговорни за тешкотиите во учењето. При аутопсија на мозокот на осум луѓе со развојна дислексија се откриени микроскопски абнормалности во сместувањето, бројот и организацијата на невроните. Аномалиите главно биле сместени во говорните регии на левата хемисфера, забележително во областа на *planum temporale*, *insular cortex* и *corpus callosum*. Причината за овие развојни недостатоци останува непозната.

Фактот дека појавата на проблеми со учењето има тенденција да се повторува во семејството укажува на тоа дека може да има генетска врска. Сепак проблемот кај детето може да има поинаква форма за разлика од родителот. Родител кој има нарушување во писменото изразување може да има дете со нарушување на експресивниот говор.

Некои тешкотии во учењето може да потекнуваат од животната средина на семејството. На пример, родителите кои имаат изразени јазични тешкотии можат да зборуваат помалку со своите деца или пак јазикот кој тие го користат може да биде доста нарушен и неразбирлив. Во такви случаи детето нема добар модел за стекнување на добри говорни вештини. И при присуство на двојазичност во семејството или животната средина може говорот кај детето да биде нарушен и доста неразбирлив, а подоцна да се јават и тешкотии во описменувањето односно читањето.¹⁰⁰ Поради овие причини јасно е дека невробиолошките и срединските фактори стапуваат во интеракција за да произведат фенотип кој сега е дефиниран како тешкотии во учењето¹⁰¹.

⁹⁸ Трајковски, Е.В., 2005. Хумана генетика. Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија.

⁹⁹ Learning disabilities, David Breiger and Jenise Jensen, 2011, Child and adolescent Psychiatry: The Essentials.

¹⁰⁰ Ozbić Martina, Donda Valerija, Kogovsek Damjana. december 2004, Razvojna disleksija in dvojezičnost. Defektol. slov. (Ljublj.), letn. 12, št. 3, str. 27-52. [COBISS.SI-ID 6046793]

¹⁰¹ Coleman W.L., Taylor E.H. (1995): Family focused Pediatrics. The Pediatric Clinics of North America: Vol 42. No. 1, W.B.Saunders Company, USA.

Цигари, алкохол и дрога

Истражувањата покажуваат дека употребата на цигари од страна на мајката во текот на бременоста или алкохол, лекови и др. може да има штетни ефекти врз нероденото дете. Научниците откриле дека мајките кои пушат во тек на бременоста, веројатноста да родат помали бебиња е поголема, а се знае дека бебињата кои се родени помали се со поголем ризик за разни нарушувања вклучувајќи ги овде и тешкотиите со учењето.

Алкохолот, исто така може да биде опасен за развојот на мозокот на фетусот. Може да го наруши развојот на невроните. Тешка употреба на алкохол во тек на бременоста е поврзана со фетален алкохолен синдром, состојба која може да доведе до ниска родилна тежина, интелектуална попреченост, хиперактивност, како и одредени физички недостатоци. Секоја употреба на алкохол за време на бременоста, може да влијае врз развојот на детето и да доведе до проблеми со учењето, вниманието, меморијата итн.

Дрогата, како кокаинот и други, можат да влијаат врз развојот на мозочните рецептори. Овие делови на мозочните клетки ги пренесуваат влезните сигнали од нашата кожа, очи и уши и помагаат во регулирањето на одговорот на животната средина. Тековните истражувања укажуваат на злоупотребата на дрогата како можна причина за оштетување на мозочните рецептори.

Влијанието на доминантната мозочна хемисфера

Функцијата на мозокот одговорна за читање и пишување е доминантната лева мозочна хемисфера, при доминација на десната страна на мозокот кај некои лица, освен дислексија, како последица може да се појави леворакост како и особености во визуелната перцепција и ориентација.¹⁰²

Десната мозочна хемисфера повеќе е одговорна за функцијата синтеза, односно потполна слика било на визуелната било на акустичната содржина, додека анализата на зборот или памтењето на точниот облик на поединечната буква кои повеќе би биле во домен на левата хемисфера стануваат потешко достапни. Децата

¹⁰² Weintraub S. Mesulam MM. 1983, Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components. Arch Neurol 40(8):463-468.

кај кои е доминантна десната хемисфера имаат поинаков начин на примање, обработка и потхранување на информациите, односно имаат поинаков когнитивен стил. Тој стил не е во склад со аналитичко-синтетичкиот метод со кој најчесто се подучува вештината читање во училиштата на западно цивилизацискиот свет.¹⁰³

Влијанието на говорно-јазичното подрачје

врз подучувањето на читањето и пишувањето

Многу истражувања покажале дека на појавата на дислексијата влијае и начинот на подучување на читањето и пишувањето. Постојат две основни методи на подучување на читањето и пишувањето: аналитичко-синтетичка метода и глобална метода. Аналитичко-синтетичката поаѓа од буква-глас, додека глобалната метода поаѓа од целиот збор. Логопедите мислат дека глобалната метода е посоодветна за подучување на децата со дислексија. Во македонскиот јазик основното правило е „читај како што пишуваш, пишувај како што читаш“. Способноста за анализирање на гласовната структура на зборот е неопходна за да постигнеме правилно пишување и читање. Во нашите училишта е доминантна аналитичко-синтетичката метода бидејќи се смета дека е поадекватна за нашиот јазик.

5. Релевантни истражувања

На просторите на Република Македонија и надвор од неа направени се повеќе истражувања за праксичките, гностичките и практогностичките нарушувања кај децата. Ќе се задржиме на неколку од нив.

1. Радловиќ Ковилјка, 1991.: Ментална заосталост¹⁰⁴.

Цел на истражувањето: Да се утврди профилот на личноста на децата со лесна ментална ретардација во урбана средина, проценувајќи ја психомоторната организираност како основен начин преку кој овие деца ги организираат своите односи со социјалната средина. Да се утврдат оние параметри на личноста кои ја

¹⁰³ Krupska, M., Klein, C. (2004), *Demystifying Dyslexia*. London: Development Agency.

¹⁰⁴ Radulović K., 2001 *Mentalna zaostalost*, Naučna knjiga, Beograd.

нарушуваат социјализацијата на децата со лесна ментална ретардација во семејството и училиштето.

Заклучок: Познавањето на деловите на телото, засновано на кинестезијата и сензомоторните податоци покажуваат подобри резултати таму каде кинестезијата е подобро диференцирана, а сензомоторните податоци се појасно дефинирани. Имитација на движењата: Може да се заклучи дека имитацијата на движењата зависи од издиференцираноста на психомоторните искуства кои ја вклучуваат и издиференцираноста на практогностичката организираност.

2. Глумбиќ Ненад, 1999.: Динамика на развојот на практогностичките способности кај децата од предучилишна возраст¹⁰⁵.

Целта на истражувањето, реализирано во Крагуевац, со кое се опфатени сите деца од двата пола, на возраст од 4 години и 11 месеци до 5 години и 1 месец, кои се распоредени во шест детски градинки, е да се утврди состојбата и динамиката на развојот на практогностичките способности кај децата од предучилишна возраст.

Заклучок: Вез основа на добиените резултати може да се заклучи дека кај децата од предучилишна возраст, помеѓу петтата и шестата година од животот, доаѓа до многу динамичен развој на практогностичките функции и способности. Меѓутоа, ритмот на развој на наведените способности не е подеднаков кај сите испитаници. Освен кај децата со некои поблаги форми на дисхармоничен развој, воочената нееднаквост може да биде и манифестација на личните стратегии во развојот кај децата од масовната популација. Воочената дискрепанца е основа за секој индивидуален план за работа со децата од предучилишна возраст.

3. Петров Ристо, 1999.: Третман на тешко ментално ретардирани лица¹⁰⁶.

Целта на истражувањето е да се воочи односот помеѓу нивото на психомоторната организираност и успешноста во процесот на работното ангажирање; да се утврди влијанието на вежбите за реедукација на психомоториката врз ефикасноста на работното ангажирање; да се утврди влијанието на возраста врз

¹⁰⁵ Glumbić N., 1999, Dinamika razvoja praktognostičkih sposobnosti dece predškolskog uzrasta, Beogradska defektološka škola, broj 1/99, Beograd.

¹⁰⁶ Петров Р. 1999, Третман на тешко ментално ретардирани лица, Спектар АС Неготино.

психомоторните способности, а со тоа и на можностите за работно ангажирање на тешко ментално ретардираните лица од постара возраст, сместени во заводски услови.

Заклучок: Со компарирање на резултатите од експерименталната и контролната група, од пред и после примена на вежбите за реедукација на психомоториката, констатирано е дека до зголемување на успехот во процесот на работното ангажирање е дојдено во оние случаи кога оваа проценка се поврзува со: визуомоторната контрола, манипулативната вештост на рацете, рамнотежата на телото и координацијата на движењата на горните и долните екстремитети. Кога оваа процена се поврзува со: прилагодувањето на движењето по ритам, контролата на моториката во мирување и познавањето на деловите на телото има извесни осцилации кои се објаснуваат со фактот дека овие сегменти од психомоторната организираност во процесот на работното ангажирање во областите во кои е остварувана се фундирани на активности кои се увежбани и по својата природа стереотипни.

4. Ајдински Горан, 2000.: Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардирани ученици¹⁰⁷.

Задачи на истражувањето: Да се утврди доминантната латерализираност на горните екстремитети; нивото на организираност на психомоториката (горни и долни екстремитети, рамнотежа, координација на движењата, праксичка и практогностичка организираност. Да се процени нивото на артикулација и употреба на гласовите, да се опише однесувањето на учениците. Да се процени нивото на оперативност на мислењето, коефициентот на интелигенцијата.

Истражувањето е реализирано во текот на 1996 година. Примерокот го сочинуваат 100 ученици од Посебното основно училиште “Д-р Златан Сремец” во Скопје.

Заклучок: Учениците кои покажуваат повисоко ниво на организираност на психомоториката, подобри резултати во областа на оперативноста на мислењето и

¹⁰⁷ Ајдински Г. 2000, Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардираните ученици, Македонска ризница Куманово..

однесувањето и повисоко ниво на интелигенцијата, постигнуваат подобар успех во учењето.

5. Копачев Драгослав, Трајковски Владимир 2000¹⁰⁸.: Ниво на доживување на телесната целост кај развојните диспраксихни и дисгностички растројства.

Целта на ова истражување е да се покаже какво е нивото на доживување на телесната целост на ниво на ментална претстава кај децата со растројства во праксичката и гностичката организираност и кои се реперкусиите од таа недограденост.

Заклучок:

- адекватно ниво на изграденост на телесната целост е од големо значење за изградбата на емоционалниот, моторниот, когнитивниот и социјален развој, односно за целокупното психосоцијално функционирање на детето;
- Од достигнатото ниво на развојот на телесната целост зависи како ќе се формира ЈАС - системот и поимот за себе;
- Телесната целост е значајна за квалитетот на мислењето односно за постигнување на неговата оперативност. Децата со диспраксихно-дисгностички растројства покажуваат проблем во усвојувањето на академските знаења;
- Забавената, недоградена или дисхармонично структурирана телесна целост е лесно кршлива пред налетите на зголемена анксиозност и страв кај децата, што доведува до нивна дисфункционалност во социјалното поле, појава на емоционални проблем од различен вид, растроени однесувања сè до појава на психотична разградба на личноста;
- Потребно е да се изведе рана детекција и превенција на децата со ризик за диспраксихно-дисгностички растројства уште во предучилишните установи. Со појавата на проблемот да се започне што е можно порано психомоторно реедукативна постапка и по потреба медикаментозен третман, како и работа со

¹⁰⁸ Копачев Д., Трајковски В. 2000.: Ниво на доживување на телесната целост кај развојните диспраксихни и дисгностички растројства. Дефектолошка теорија и пракса, бр. 1-2, волумен 4, стр.110-116, Скопје.

родителите. На ниво на училиште потребна е едукација на наставниците, педагозите и психолозите за рано препознавање на проблемот.

6. Tjaša Filipčič, Martina Ozbič 2008: Prediction of learning difficulties with the test of complex imitation of movement¹⁰⁹

Предвидување на тешкотии во учењето со тестот на имитација на комплексни движења, *Faculty of Education, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia* Decem-ber, 2008

Целта на ова истражување било да се изврши одвојување на учениците забележани од страна на нивните наставници кои имаат нарушена координација и проблеми со учењето, со помош на Berges-Lezine тестот за имитирање на едноставни и сложени движења.

Резултати: Во истражувањето било забележано дека постои статистички значајна поврзаност помеѓу нарушената координација и способноста за учење. Способноста на детето да ги координира левата и десната страна на телото значи дека помеѓу двете страни на мозокот постои ефикасно споделување на информациите. Координацијата на двете страни на телото е многу важна за развојот на крупната и фината моторика. Ова е од суштинско значење за користење на доминантната рака. Добрата координација на двете страни на телото е важна основа за пишувањето со моливи и сечење со ножици. Со систематски скрининг на учениците со Bergès-Lézine тестот¹¹⁰, се потврдуваат проблемите со општетена перцепција, просторната организација, моторно планирање и когнитивните расудувања.

Резултатите од ова истражување имаат практична вредност: наставниците може да ги препознаат учениците со моторните растројства пред тие да почнат со активностите читање и пишување. Наставниците можат да организират соодветни психомоторни активности за таквите ученици. Моторните активности се исто така погодни за деца во предучилишниот период. Тие исто така треба да бидат вклучени

¹⁰⁹ Tjaša Filipčič, Martina Ozbič 2008 Prediction of learning difficulties with the test of complex imitation of movement, Faculty of Education, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

¹¹⁰ Berges J Lezine I. 1965 The imitations of gestures condon: the SSME&William Heinenann medical books LTd;

во спортски активности кои промовираат сензорна интеграција и билатерална координација.

7. Golubović, Š., Rudić, S., Rapać, D. (2008)¹¹¹. Поврзаноста на присуството на ризик факторот при раѓање со појавувањето на тешкотии во развојот и одложување на тргнувањето во училиште.

Целта на овој труд било да се утврди до кој степен се присутни некои од факторите на ризик во пренаталниот, перинаталниот развој и раното оштетување кај децата кај кои се одложува тргнувањето на училиште. Со истражувањето биле опфатени 248 деца кои биле поделени во две групи: деца со одложено школување (166) и деца со редовно тргнување во училиште. Сите деца биле подложени на проценка на интелектуалните способности и проценка на зрелоста за тргнување на училиште врз основа на критериумски тестови.

Заклучено е дека помеѓу децата со одложено школување и децата со редовно тргнување во училиште не постојат разлики во присуството на пренатални и перинатални ризик фактори ($p=0.058$). Но, со анализа за присуството на рано оштетување е најдена статистички значајна разлика ($p=0,025$) во присуството на рани оштетувања кај децата кај кои е одложено школувањето.

8. Rudić, S., Golubović, Š. (2008)¹¹². Поврзаноста на одделни аспекти на когнитивното функционирање на децата и одложувањето на тргнувањето во училиште.

Целта на оваа истражување било да се утврдат разликите во когнитивното функционирање на децата (нивото на интелектуалното функционирање, вниманието, графомоториката, говорот) со одложеното школување во однос на групата на деца кои редовно тргнуваат во училиште. Примерокот го сочинувале две групи на деца: деца со одложено школување (166) и деца кои редовно си тргнуваат во училиште (72). Добиените резултати укажуваат на тоа дека групата на деца кај

¹¹¹ Golubović, Š., Rudić, S., Rapać, D. (2008). Povezanost prisustva faktora rizika na rođenju sa ispoljavanjem problema u razvoju i odlaganjem polaska u školu. Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja vol. 16, br. 3-4, str. 32-36 UDK: 616.8:616.89, ISSN 0354-2726. (M52) Filozofski fakultet Novi Sad

¹¹² Rudić, S., Golubović, Š. (2008). Povezanost pojedinih aspekata kognitivnog funkcionisanja dece i odlaganja polaska u školu, Nastava i vaspitanje, 2008, No. 4, str. 504- 514, UDK: 37, ISSN 0547-3330. (M51) Filozofski fakultet Novi Sad

кои е одложено школувањето, не е хомогена во споредба со контролната група во однос на нивото на интелектуалното функционирање. Докажано е дека не(зрелост) на вниманието високо ги диференцира децата кај кои е одложено школувањето во однос на редовните ученици како и недограденоста на графомоториката, додека децата од оваа група не се разликуваат во поглед на присуството на пречки во говорната артикулација.

II МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување се манифестациите на практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст кои биле на третман во Заводот за ментално здравје на деца и младинци – Младост, Скопје во периодот од 2005-2010 година.

Предметот на ова истражување е определен од дефектолошки, психолошки, медицински и социолошки аспект.

2. Цел и карактер на истражувањето

Целта на ова истражување е да се изврши презентација на манифестациите на практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст, нивното влијание врз однесувањето на децата, како и врз усвојувањето на училишните вештини.

Истражувањето ќе биде квантитативно-квалитативно, дескриптивно-евалуативно, интердисциплинарно.

3. Задачи на истражувањето

Во согласност со поставената цел се конкретизираат следниве задачи:

1. Да се утврди на кој начин најчесто се манифестира практогностичката недограденост;
2. Да се утврди нивото на психомоторната зрелост;
3. Да се утврди нивото на скалата за познавање на делови на телото;
4. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања покажуваат дислатерализација во однос на горните и долните екстремитети, видот и гестуалната латерализираност;

5. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во усвојувањето и свесното доживување на латерализацијата на себе;
6. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во усвојувањето и свесното доживување на латерализацијата на друг;
7. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во доживувањето на просторот и запазување на односите во просторот;
8. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во доживување и запазување на времето и квалитетите на времето;
9. Да се утврди нивото на праксичката организираност;
10. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии при изведување на графомоторни активности ;
11. Да се утврди нивото на имитација на едноставни и сложени движења;
12. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања имаат јасна диференцијација и артикулација на сите гласови;
13. Да се утврди дали кај училишните деца со практогностички нарушувања често се јавуваат дислексички отстапувања;
14. Да се утврди дали IQ кај децата со практогностички нарушувања е во границите на просек или над просек;
15. Да се утврди дали кај децата со практогностички нарушувања најчесто постои расчекор помеѓу вербалниот и невербалниот дел на WISCK скалата;
16. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања манифестираат нескладно однесување за возраста;
17. Да се утврди половата застапеност кај децата со практогностички нарушувања;
18. Да се утврди дали кај децата со практогностички нарушувања се јавуваат промени на ЕЕГ наодот;

19. Да се утврди каде најчесто се врши препознавање и детекција на децата со практогностички нарушувања;
20. Да се утврди нивото на образование на родителите на децата со практогностички нарушувања;
21. Да се утврди дали кај децата со практогностички нарушувања постоеле пре, пери или постнатални фактори на ризик;
22. Да се утврди дали децата со практогностички нарушувања најчесто се деца родени со фактор на ризик.

4. Хипотези на истражувањето

- X1** Се претпоставува дека најчесто практогностичката недограденост се манифестира преку тешкотии во усвојувањето на училишните вештини;
- X2** Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат организираност на психомоториката за две години пониско од нивната календарска возраст;
- X3** Се претпоставува дека кај децата со практогностички нарушувања нивото на скалата за познавање на делови на телото е за една до две години под нивната календарска возраст;
- X4** Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања покажуваат дислатерализација во однос на горните и долните екстремитети, видот и гестуалната латерализираност;
- X5** Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во усвојувањето и свесното доживување на латерализацијата на себе;
- X6** Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во усвојувањето и свесното доживување на латерализацијата на друг;
- X7** Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во доживувањето на просторот и запазувањето на односите во просторот;
- X8** Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во доживувањето и запазувањето на времето и квалитетите на времето;

X9 Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат изразена недограденост на праксичките функции;

X10 Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто имаат тешкотии при изведување на графомоторни активности ;

X11 Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања при изведување на тестот за имитирање на едноставни и сложени движења добиваат резултати за дури две години пониски од нивната календарска возраст;

X12 Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто немаат јасна диференцијација и артикулација на сите гласови;

X13 Се претпоставува дека кај училишните деца со практогностички нарушувања често се јавуваат дислексички отстапувања;

X14 Се претпоставува дека IQ кај децата со практогностички нарушувања е во границите на просек или над просек;

X15 Се претпоставува дека кај децата со практогностички нарушувања најчесто постои расчекор помеѓу вербалниот и невербалниот дел на WISCK скалата;

X16 Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто манифестираат нескладно однесување за возраста;

X17 Се претпоставува дека најчесто се застапени децата од машки пол;

X18 Се претпоставува дека кај децата со практогностички нарушувања најчесто се јавуваат промени на ЕЕГ наодот;

X19 Се претпоставува дека препознавањето и детекцијата на децата со практогностички нарушувања најчесто се случува во училиштето.

X20 Се претпоставува дека родителите на децата со практогностички нарушувања најчесто се со средно образование;

X21 Се претпоставува дека кај децата со практогностички нарушувања постоеле пре, пери или постнатални фактори на ризик;

X22 Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто се деца родени со фактор на ризик.

5. Варијабли на истражувањето

Независни варијабли:

- Бројот на децата
- Пол и возраст на децата,
- Вид на развоен проблем кај децата,
- Интелектуалните способности,
- Срединскиот фактор,
- Образовно ниво на родителите на децата,
- Пре, пери и постнатални фактори на ризик.

Зависна варијабла:

Манифестациите на практогностичките нарушувања кај децата

6. Методи, техники и инструменти во научното истражување

Во ова истражување ќе биде користен дескриптивниот и клинички метод.

Ќе бидат применети техниките на:

- тестирање
- техника и анализа на документација со инструмент листи, документи.

При користење на оваа техника се вршеше анализа на следните документи: досиеја, семејна анамнеза во склоп на досиејата, дефектолошки наоди заради евалуација на проблемот, организација и структура на тимската работа во процесот на детекција, дијагностика и следење на децата во установата Завод за ментално здравје на деца и младинци.

- Од наодите на различните профили (лекар-психијатар или педијатар, психолог, дефектолог, логопед, педагог, социјален работник) од тимската обработка ќе се добие слика за целокупното функционирање на детето.

7. Популација и примерок

Популацијата се состои од децата на возраст помеѓу 6 и 10 години кои манифестирале практогностички нарушувања, а кои биле дијагностицирани и третирани во Заводот за ментално здравје на деца и младинци во периодот од 2005-2010 год.

Примерокот ќе биде пригоден и ќе се состои од 80 деца со практогностички нарушувања кои биле и се на редовен третман во Заводот.

8. Статистичка обработка на податоците

Со податоците добиени со примената на анализата на документација ќе се утврди точноста на поставените хипотези.

Податоците кои се добиени со ова истражување се статистички обработени со примена на дескриптивни и аналитички статистички методи. Од дескриптивните методи се користени апсолутни броеви на испитуваната појава, нивната процентуална структура и истите се табеларни и графички прикажани. Аналитичката статистичка обработка на податоците е извршена со помош на χ^2 тестот и Fisher Exact тестот. Како ниво на статистичка значајност е користено $p < 0,05$.

9. Организација и тек на истражувањето

Истражувањето се одвиваше во Заводот за ментално здравје на деца и младинци – „Младост“ Скопје во периодот од 23.08.2010 до 15.04.2011 година. За да ги добиеме потребните податоци направивме анализа на 80 медицински досиеја на децата со практогностички нарушувања. Тоа се здравствени картони на деца кои се родени од 2000 до 2004 година. Од здравствените картони ги добивме податоците за времето на детекција на развојни проблеми кај децата, дијагностицирање и третман. Добивме и податоци за перинаталниот период, односно идентификувани фактори на

ризик кај новороденото. Исто така, го анализиравме и Регистарот за деца родени со фактор на ризик, како и податоците кои се внесуваат при прегледите на пациентите во нивните досиеја. Анализиравме вкупно 80 досиеја во кои се внесени нивните податоци.

III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

Предучилишниот и раниот училишен период пред себе поставуваат нови предизвици. Училиштето како значаен аспект во животот на секое дете значително влијае на развојот на личноста на детето и тоа како на интелектуалната, така и на емоционалната и социјалната страна. Ако зрелоста на детето не е во согласност со барањата на училиштето, тогаш сигурно ќе се појават тешкотии во усвојувањето на училишните вештини. Зрелоста за тргнување во училиште истовремено ја опфаќа и физичката и психичката зрелост. Во психичката зрелост спаѓаат моторните и перцептивните способности, односно практогностичките способности кои се потребни во активностите читање и пишување, како и интелектуалните способности. Појавата на новите проблеми: неуспех, отпор или негативен став кон училиштето, проблеми во однесувањето, доста негативно делуваат на успехот на детето, на целокупниот развој на неговата личност, на неговата емотивна стабилност и на сликата која детето ја создава за себе. Кај детето се појавуваат тешкотии во усвојувањето на училишните барања без разлика на неговите уредни интелектуални способности. Од секојдневното клиничко искуство знаеме дека голем број на деца на почетокот на школувањето покажуваат практогностичка недограденост (забавен психомоторен развој, тешкотии во насочувањето и одржувањето на вниманието, тешкотии во перцепцијата, недостаток на интерес и љубопитност, тешко се вклопуваат во друштво со своите врсници или имаат тешкотии во говорно-јазичниот развој).

Нашето истражување дава сеопфатна слика на практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст. Процената на децата беше извршена од страна на стручните тимови во Заводот за ментално здравје.

Манифестации на практогностичките нарушувања

Табела 1: Тешкотии во усвојувањето на училишните вештини

Возраст	Број на испитаници						Fisher Exact тест
	Со тешкотии во пишување, читање и усвојување на математички вештини	%	Без тешкотии	%	Вк.	%	
6 год.	12	15	3	3,7	15	18,7	p=0.671
7 год.	8	10	0	0	8	10	
8 год.	17	21,2	6	7,6	23	28,8	
9 год.	14	17,5	3	3,7	17	21,2	
10 год.	13	16,3	4	5	17	21,3	
Вкупно	64	80	16	20	80	100	



Слика 1: Број на деца со и без тешкотии во усвојувањето на училишни вештини

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 1 Слика бр.1 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои имаат тешкотии во усвојување на училишните вештини и групата на деца со практогностички нарушувања кои немаат тешкотии. Констатиравме дека најголем број од децата со практогностички нарушувања покажуваат тешкотии при усвојувањето на училишните вештини: пишување, читање и сметање, со тоа што:

- Кај децата на 6 годишна возраст кои сè уште не започнале со операциите читање и сметање се појавуваат тешкотии во процесот на пишување следено низ графомоторните активности и тоа кај 12 деца од вкупно 15 деца од таа група.
- На 7 годишна возраст од вкупно 8 испитаници сите 8 покажуваат тешкотии во усвојувањето на училишните вештини.
- На 8 годишна возраст од 23 испитаници 17 се со тешкотии.
- На 9 годишна возраст од 17 испитаници, 14 се со тешкотии и
- На 10 годишна возраст од 17 испитаници 13 се со тешкотии во усвојувањето на училишните вештини.

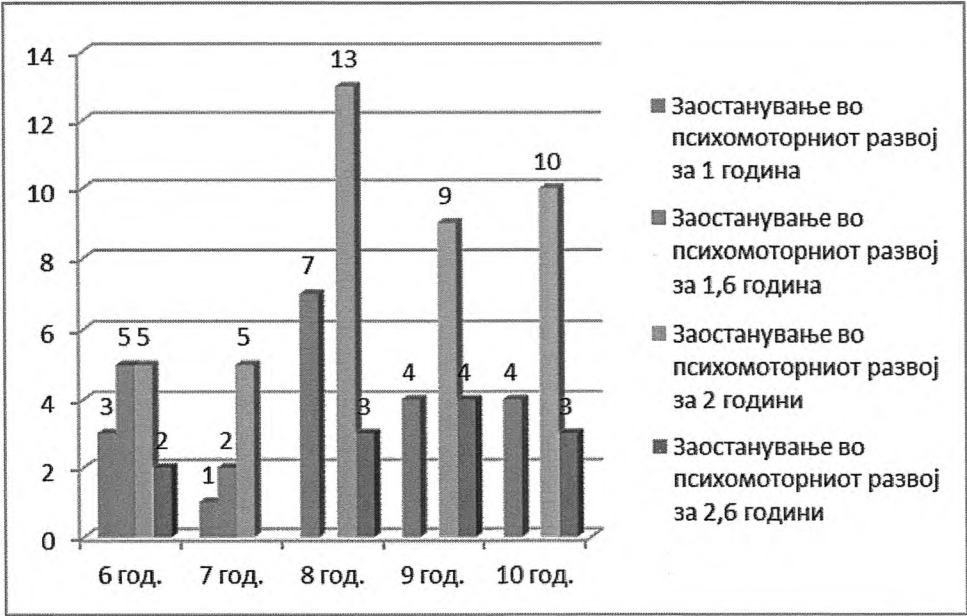
Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу двете групи деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, тешкотии во пишување, читање и усвојување на математички вештини, добиената вредност од Fisher Exact тестот изнесува $p = 0,671$, што значи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

Првата хипотеза од истражувањето гласеше: *Најчесто практогностичката недограденост се манифестира преку тешкотии во усвојувањето на училишните вештини.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во вкупниот број на деца со практогностичка недограденост кои покажуваат тешкотии во усвојувањето на училишните вештини и бројот на деца кои не покажуваат тешкотии во усвојувањето на училишните вештини. *Хипотезата 1 не е потврдена.*

Ниво на организираност на психомоториката

Табела 2. Заостанување во психомоторниот развој

Број на испитаници											
Возраст	Заостанувањ е во п-м развој за 1 год.	%	Заостанувањ е во п-м развој за 1,6 година	%	Заостанувањ е на п-м развој за 2 години	%	Заостанувањ е во п-м развој за 2,6 години	%	Вк.	%	Fisher Exact тест
6 год.	3	3,8	5	6,2	5	6,2	2	2,5	15	18,7	p=0,086
7 год.	1	1,2	2	2,5	5	6,2	0	0	8	10	
8 год.	7	8,7	0	0	13	16,2	3	3,8	23	28,7	
9 год.	4	5	0	0	9	11,2	4	5	17	21,2	
10 год.	4	5	0	0	10	12,5	3	3,8	17	21,3	
Вкупно	19	24	7	8,7	42	52,3	12	15	80	100	



Слика 2. Заостанување на психомоторниот развој во однос на календарската возраст

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 2 и Слика бр.2 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои заостануваат во психомоторниот развој за 1 година, 1,6 година, 2 години и 2,6 години во однос на календарската возраст. Од вкупно 80, кај 19 деца со практогностички нарушувања психомоторниот развој заостанува за 1 година, кај 7 деца за 1,6 години, кај 42 деца заостанувањето е за две години и кај 12 деца има заостанување во психомоторниот развој за 2,6 години.

Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваните параметри, заостанување во психомоторниот развој 1 година, 1,6 година, 2 години и 2,6 години во однос на календарската возраст, добиената вредност од тестот изнесува $p=0,086$, што значи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

Втората хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат организираност на психомоториката за две години пониско од нивната календарска возраст.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностичка недограденост кои покажуваат организираност на психомоториката за две години пониска од нивната календарска возраст и бројот на децата кои покажуваат организираност на психомоториката за помалку и повеќе од две години пониску од нивната календарска возраст. **Хипотезата 2 не е потврдена.**

Ниво на гностичката организираност

Табела 3: Познавање на деловите на телото

Возраст	Број на испитаници						χ^2 тест
	Заостанув а за 1-2 години	%	Постигнув а за возраста	%	вкупно	%	
6 год.	10	12,5	5	6,3	15	18,8	χ^2 тест=19,6 df=4 p=0,001
7 год.	5	6,3	3	3,7	8	10	
8 год.	19	23,8	4	5	23	28,7	
9 год.	16	20	1	1,2	17	21,2	
10 год.	5	6,2	12	15	17	21,2	
Вкупно	55	68,8	25	31,2	80	100	



Слика 3. Заостанување на тестот за познавање на делови на тело во однос на календарската возраст

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 3 и Слика бр.3 во однос на познавањето на делови на тело извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои покажуваат заостанување на тестот за познавање на делови на тело за 1 до 2 години во однос на календарската возраст со група на деца со практогностички нарушувања кои имаат познавање на деловите на тело за возраста. Од вкупно 80, 55 деца со практогностички нарушувања покажуваат заостанување за една до две години на тестот, а 25 деца имаат познавање на деловите на тело за возраста.

Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, познавање на делови на тело во однос на календарската возраст, добиената вредност од тестот изнесува $\chi^2 = 19.6$ со степен на слобода $df = 4$. Вредноста на $p = 0.001$ е помала од граничната вредност за $p < 0.05$, што значи дека постои статистички значајна разлика.

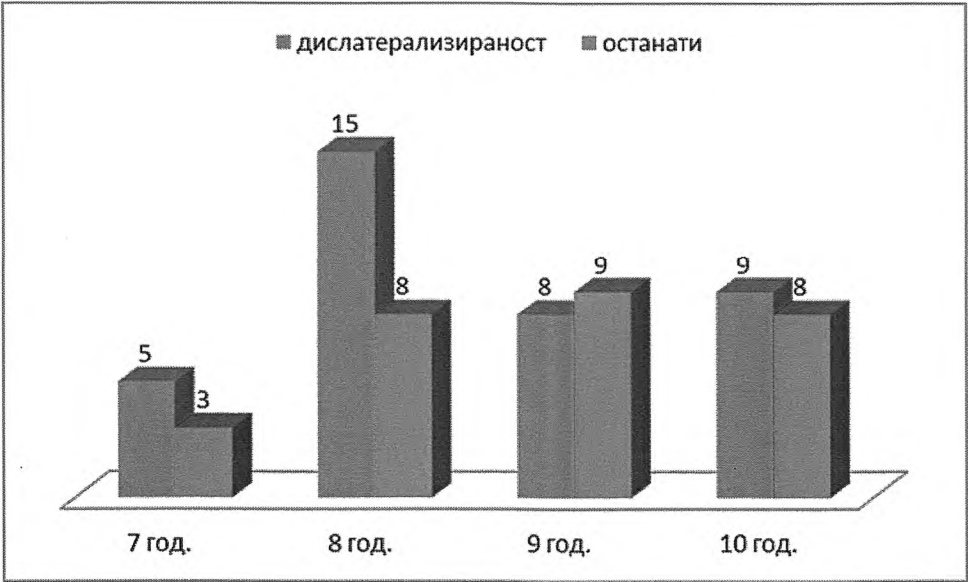
Третата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека кај децата со практогностички нарушувања нивото на скалата за познавање на делови на телото е за една до две години под нивната календарска возраст.*

Со статистичката обработка на податоците се утврди дека постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностичка недограденост кои на скалата за познавање на делови на телото покажуваат ниво за една до две години пониско од нивната календарска возраст во однос на бројот на децата кои покажуваат резултати за возраста. *Хипотезата 3 е потврдена.*

Дислатерализација

Табела 4. Деца кај кои постои и кај кои не постои дислатерализираност

Возраст	Број на испитаници						Резултати од χ^2 тест
	Дислатерализираност	%	Останати	%	Вкупно	%	
7 год.	5	7,7	3	4,6	8	12,3	$\chi^2 = 1,53$ $df = 3$ $p=0,675$
8 год.	15	23	8	12,3	23	35,3	
9 год.	8	12,3	9	13,9	17	26,2	
10 год.	9	13,9	8	12,3	17	26,2	
Вкупно	37	56,9	28	43,1	65	100	



Слика 4. Број на деца кои покажуваат дислатерализираност и деца кај кои не постои дислатерализација.

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 4 и Слика бр.4 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои

покажуваат дислатерализацијата со група на деца со практогностички нарушувања кои не покажуваат дислатерализираност. Од вкупниот број на испитани деца со практогностички нарушувања - 65 (во оваа група на испитаници се одземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сè уште не е стабилизирана латерализацијата), кај 37 деца постои дислатерализираност, а 28 деца не покажуваат дислатерализација.

Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, дислатерализираност, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 1,53 со степен на слобода $df = 3$. Вредноста на $p=0,675$ е поголема од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

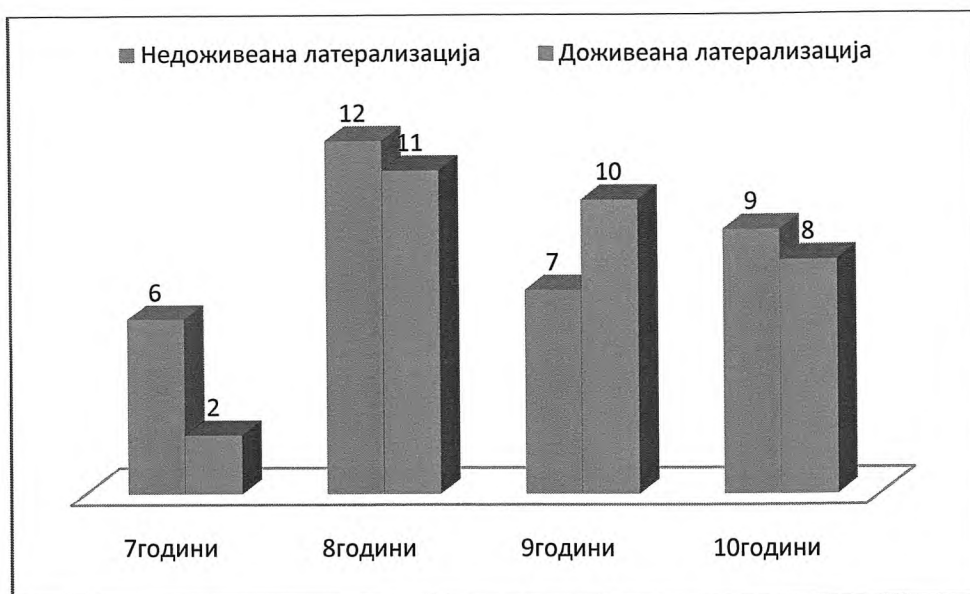
Четвртата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања покажуваат дислатерализација во однос на горните и долните екстремитети, видот и гестуалната латерализираност.*

Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои покажуваат дислатерализација, во однос на бројот на децата кои не покажуваат дислатерализираност во однос на горните и долните екстремитети, видот и гестуалната латерализираност. *Хипотезата 4 не е потврдена.*

Латерализација на себе

Табела 5. Познавање на латерализацијата на себе

Возраст	Број на испитаници						Резултати од χ^2 тест
	Недоживеана латерализација	%	Доживеана латерализација	%	Вкупно	%	
7 год.	6	9,2	2	3,1	8	12,3	$\chi^2 = 2,50$ $df = 3$ $p=0,476$
8 год.	12	18,5	11	16,9	23	35,4	
9 год.	7	10,8	10	15,4	17	26,2	
10 год.	9	13,8	8	12,3	17	26,1	
Вкупно	34	52,3	31	47,7	65	100	



Слика бр. 5 Познавање на латерализација на себе

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 5 и Слика бр.5 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за латерализираност на движењата и телото (употребна, гестуална латерализација на горни екстремитети, латерализација на долни екстремитети, вид и слух) покажуваат недоживеана латерализација на себе и група на деца кои имаат доживеана латерализација на себе. (Во оваа група на испитаници се одземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сеуште не е свесно доживеана и усвоена латерализацијата на себе). Од вкупно 65 деца, 34 деца немаат свесно усвоена латерализација на себе, а 31 дете имаат свесно усвоена латерализација на себе.

Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, познавање латерализација на себе, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 2,50 со степен на слобода $df = 3$. Вредноста на $p=0,476$ е поголема од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

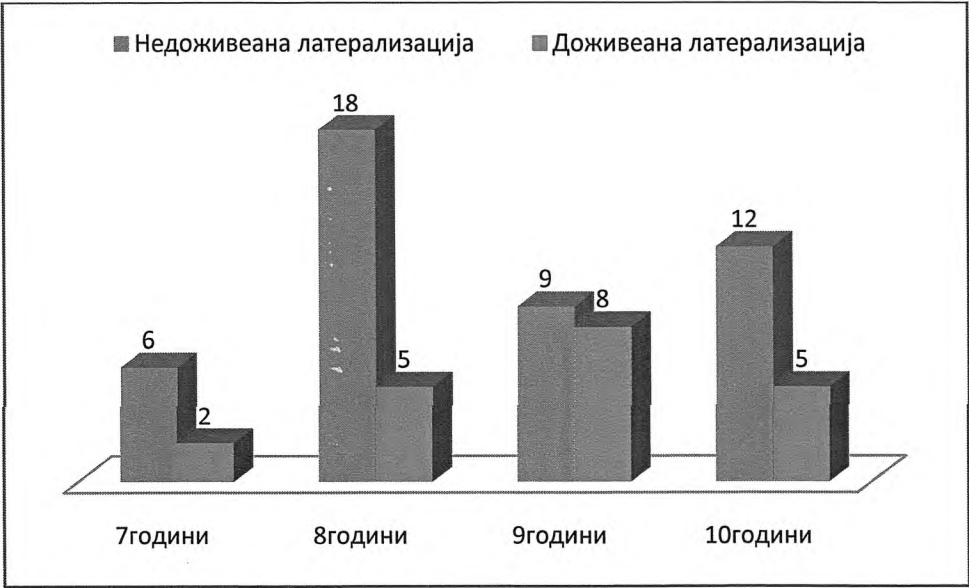
Петтата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во усвојувањето и свесното доживување на латерализацијата на себе.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички

нарушувања кои покажуваат недоживеана латерализација на себе и групата на деца кои имаат доживеана латерализација на себе. *Хипотезата 5 не е потврдена.*

Латерализација на друг

Табела 6. Познавање на латерализација на друг

Воз- раст	Број на испитаници						Резултати од χ^2 тест
	Недоживеана латерализа- ција	%	Доживеана латерализа- ција	%	Вку- пно	%	
7 год.	6	9,3	2	3	8	12,3	$\chi^2 = 3,13$ df = 3 p=0,371
8 год.	18	27,7	5	7,7	23	35,4	
9 год.	9	13,9	8	12,3	17	26,2	
10 год.	12	18,5	5	7,7	17	26,2	
Вкупно	45	69,3	20	30,7	65	100	



Слика бр. 6 Познавање на латерализација на друг

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 6 и Слика бр.6 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за латерализираност на движењата и телото (употребна, гестуална латерализација на горни и долни екстремитети, вид и слух, Хеде - Пијаже) имаат недоживеана латерализација на друг и групата на деца кои имаат доживеана

латерализација на друг (во оваа група на испитаници се одземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сè уште не е свесно доживеана и усвоена латерализацијата на друг). Од вкупно 65 деца со практогностички нарушувања, 45 немаат свесно усвоена латерализација на друг, а 20 деца имаат свесно усвоена латерализација на друг.

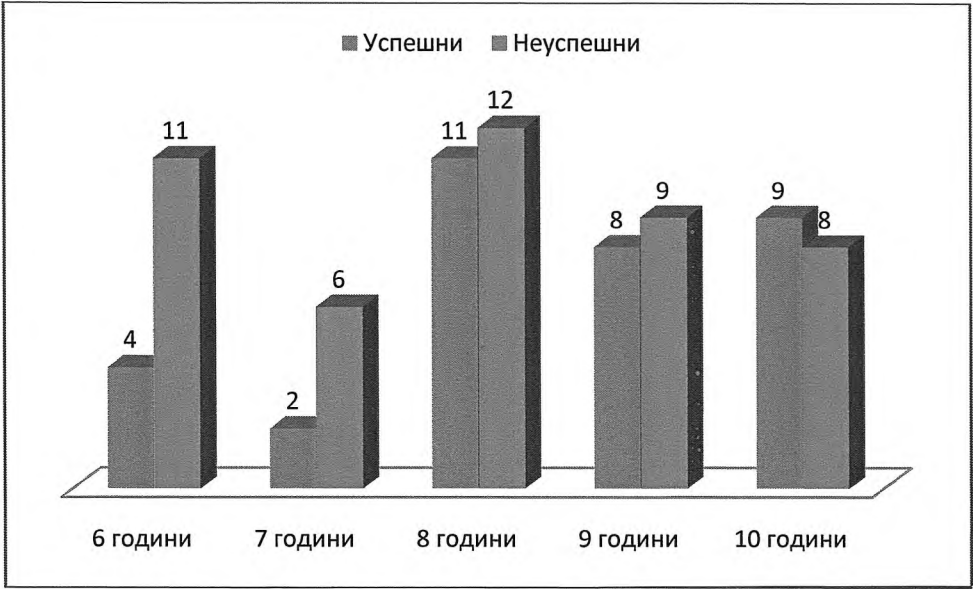
Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, познавање латерализација на друг, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 3,13 со степен на слобода $df = 3$. Вредноста на $p=0.371$ е поголема од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

Шестата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат тешкотии во усвојувањето и свесното доживување на латерализацијата на друг.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои немаат усвоено и свесно доживување на латерализацијата на друг и групата на деца кои имаат усвоено и свесно доживеана латерализација на друг. (Во оваа група на испитаници се одземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сè уште не е свесно доживеана и усвоена латерализацијата на себе). *Хипотезата 6 не е потврдена.*

Доживување на просторот и односите во него

Табела 7. Ориентација во просторот и запазување односите во него

	Број на испитаници						Fisher Exact тест
Возраст	Успешни	%	Неуспешни	%	Вкупно	%	
6 год.	4	5	11	13,8	15	18,8	p=0,225
7 год.	2	2,5	6	7,5	8	10	
8 год.	11	13,8	12	15	23	28,8	
9 год.	8	10	9	11,2	17	21,2	
10 год.	9	11,2	8	10	17	21,2	
вкупно	34	42,5	46	57,5	80	100	



Слика бр. 7 Ориентација во простор и запазување на односите во просторот

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 7 и Слика бр.7 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за ориентација во простор и запазување на односите во просторот (доживување и перцепција на односите во просторот, доживување на претставен простор, доживување на телото во просторот) се неуспешни и група на деца со практогностички нарушувања кои на истите тестови покажуваат успешни резултати. Од вкупно 80 деца, 46 немаат усвоено доживување на просторот и

односите во просторот, а 34 деца имаат усвоено доживување на просторот и односите во просторот.

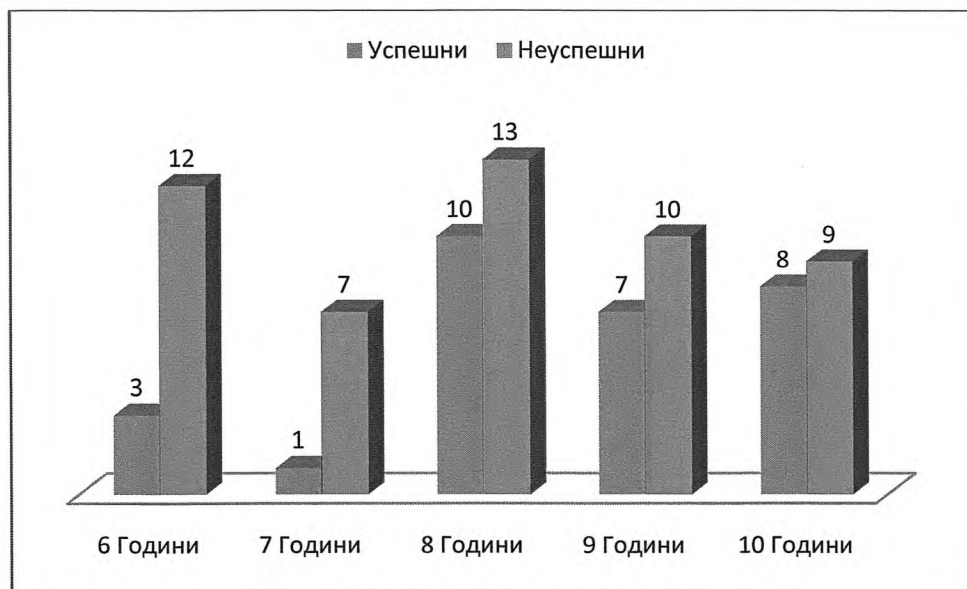
Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите на деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, ориентација во простор и запазување на односите во просторот, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,225$, што значи дека не постои статистички значајна помеѓу варијаблите.

Седмата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања немаат усвоено доживување на просторот и односите во просторот.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои немаат усвоено доживување на просторот и односите во просторот и групата на деца кои имаат усвоено доживување на просторот и односите во просторот. *Хипотезата не е потврдена.*

Доживување на времето и квалитетите на времето

Табела 8. Број на деца при процената за доживување на времето и квалитетите на времето

Возраст	Број на испитаници						Fisher Exact тест
	Успешни	%	Неуспешни	%	Број на испитаници	%	
6 год.	3	3,8	12	15	15	18,8	p = 0,283
7 год.	1	1,3	7	8,7	8	10	
8 год.	10	12,5	13	16,3	23	28,8	
9 год.	7	8,7	10	12,5	17	21,2	
10 год.	8	10	9	11,2	17	21,2	
вкупно	29	36,3	51	63,7	80	100	



Слика бр.8 Број на деца кои се успешни и неуспешни при процената за доживување на времето и квалитетите на времето

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 8 и Слика бр.8 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за доживување на времето и квалитетите на времето (доживување и перцепција на времето, редоследност и наизменичност на појавите, спонтан ритам, репродукција на ритам, симболно претставување на ритамот и неговите структури) се неуспешни и група на деца со практогностички нарушувања кои на истите тестови покажуваат успешни резултати. Од вкупно 80 деца, 51 дете немаат усвоено доживување на времето и квалитетите на времето, а 29 деца имаат усвоено доживување на времето и квалитетите на времето.

Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, доживување на времето и квалитетите на времето, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,283$. Вредноста на $p = 0,283$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика.

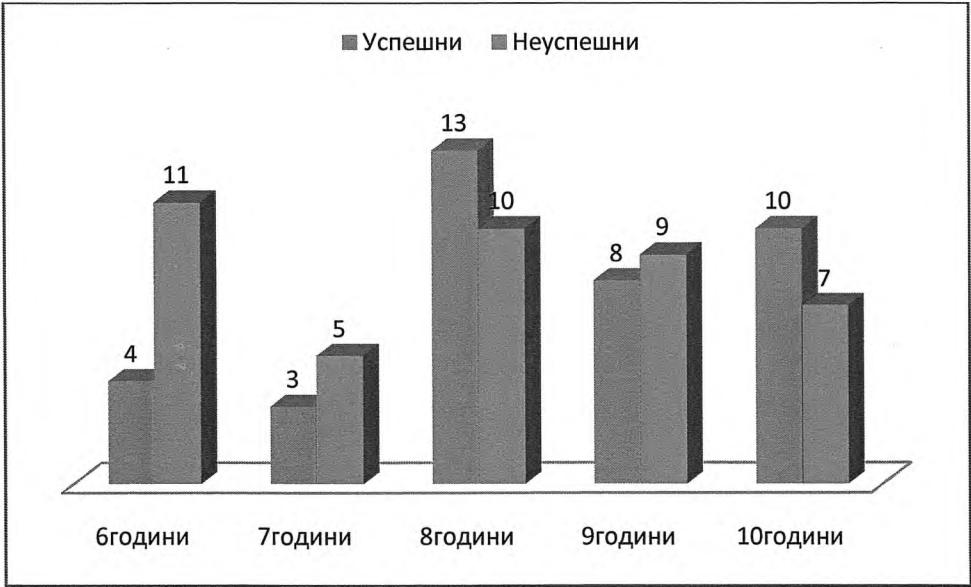
Осмата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања немаат усвоено доживување на времето и квалитетите на времето.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои немаат усвоено доживување на времето и квалитетите на времето и групата на деца

кои имаат усвоено доживување на времето и квалитетите на времето. *Хипотезата 8 не е потврдена.*

Праксичка организираност

Табела 9. Успешни и неуспешни деца на тестот за праксичка организираност

	Број на испитаници						Fisher Exact тест
Возраст	Успешни	%	Неуспешни	%	Вкупно	%	
6 год.	4	5	11	13,7	15	18,7	p = 0,345
7 год.	3	3,7	5	6,3	8	10	
8 год.	13	16,2	10	12,5	23	28,7	
9 год.	8	10	9	11,3	17	21,3	
10 год.	10	12,5	7	8,8	17	21,3	
Вкупно	38	47,4	42	52,6	80	100	



Слика бр. 9. Број на успешни и неуспешни деца на тестот за праксичка организираност

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 9 и Слика бр.9 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за праксичка организираност се неуспешни и група на деца со практогностички нарушувања кои се успешни на истите тестови. Од вкупно 80

деца, 42 се неуспешни на тестовите за праксичка организираност, а 38 деца успешно го поминале тестот.

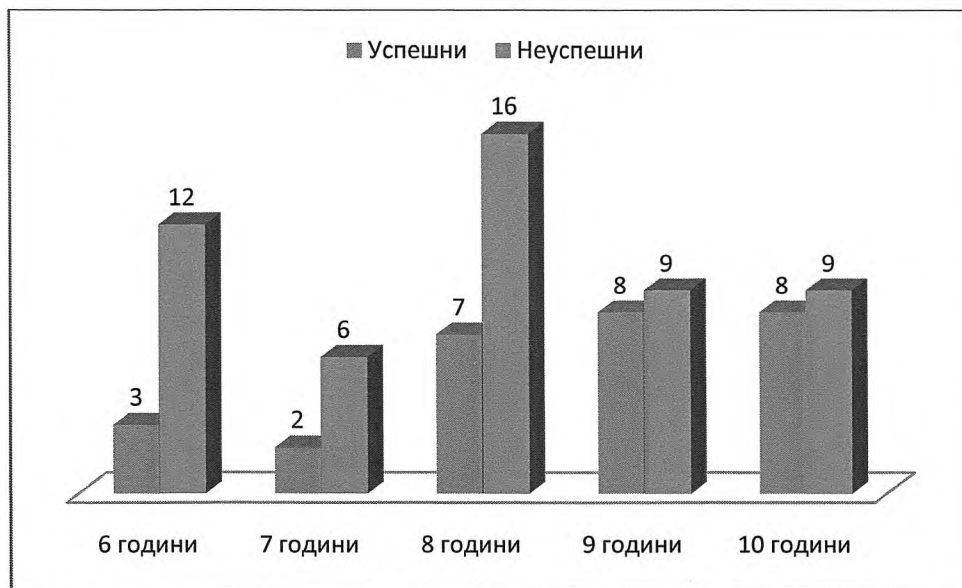
Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, праксичка организираност, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,345$. Вредноста на $p = 0,345$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика.

Деветата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања имаат изразена недограденост на праксичките функции.* Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за праксичка организираност се неуспешни и групата на деца со практогностички нарушувања кои се успешни на истите тестови. *Хипотезата не е потврдена.*

Графомоторни способности

Табела 10. Успешни и неуспешни деца со практогностички нарушувања во однос на графомоторните способности

	Број на испитаници						Fisher Exact тест
Возраст	Успешни	%	Неуспешни	%	Вкупно	%	
6 год.	3	3,7	12	15	15	18,8	p = 0,396
7 год.	2	2,5	6	7,5	8	10	
8 год.	7	8,8	16	20	23	28,8	
9 год.	8	10	9	11,2	17	21,2	
10 год.	8	10	9	11,2	17	21,2	
Вкупно	28	35	52	65	80	100	



Слика бр. 10 Број на успешни и неуспешни деца со практогностички нарушување во однос на графомоторните способности

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 10 и Слика бр.10 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за испитување на графомоториката како праксичка активност, при процената на квалитетот на линеација и изведување на прескриптуалните облици и при процената на графомоторниот низ (Lilijan Lirs) се неуспешни и групата на деца кои се успешни на истите тестови. Од вкупно 80 деца, 52 се неуспешни на тестовите за испитување на графомоториката, а 28 деца успешно ги поминале истите тестови.

Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, графомоторни способности, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,396$. Вредноста на $p = 0,396$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика. **Десетата хипотеза** гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто имаат тешкотии при изведување на графомоторни активности.*

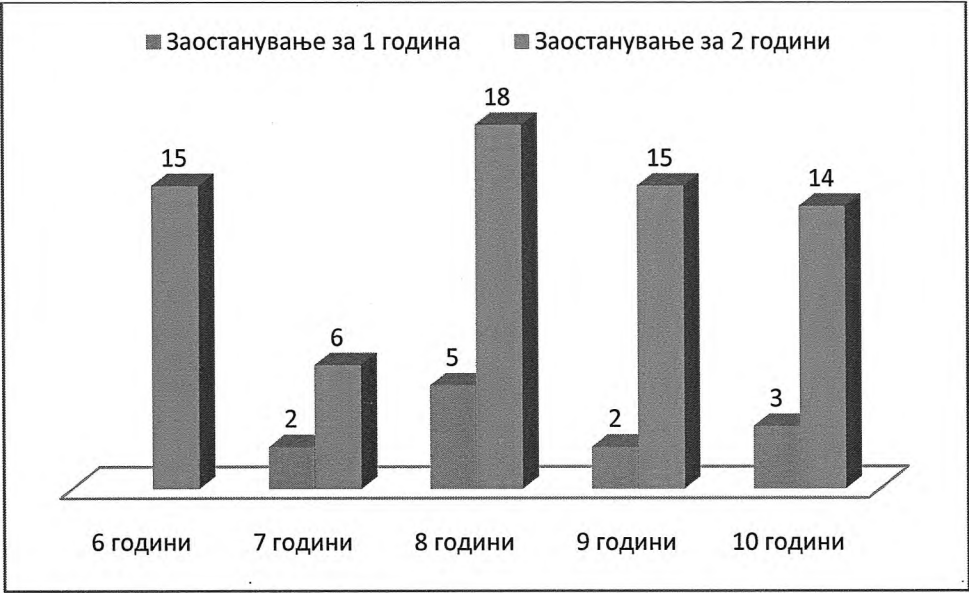
Со статистичката обработка на податоците се утврди дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за испитување на графомоториката како праксичка активност биле

неуспешни и групата на деца кои се успешни на истите тестови. *Хипотезата не е потврдена.*

Практогностичка организираност

Табела 11. Деца кои заостануваат на тестовите за практогностичка организираност

Возраст	Број на испитаници						Fisher Exact тест
	Заостанувањ е за 1 година	%	Заостанувањ е за 2 години	%	вкупно	%	
6 год.	0	0	15	18,7	15	18,7	p = 0,290
7 год.	2	2,5	6	7,5	8	10	
8 год.	5	6,2	18	22,5	23	28,7	
9 год.	2	2,6	15	18,7	17	21,3	
10 год.	3	3,7	14	17,6	17	21,3	
Вкупно	12	15	68	85	80	100	



Слика бр. 11 Број на деца кои заостануваат 1-2 години на тестовите за практогностичка организираност (ТИД)

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 11 и Слика бр.11 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите на имитирање на едноставни и сложени движења (ТИД) покажуваат

заостанување за 1 година во однос на календарската возраст и група на деца кои на истите тестови заостануваат за 2 години во однос на календарската возраст. Од вкупно 80 деца, 68 деца со практогностички нарушувања покажуваат заостанување за две години на тестот, а 12 деца покажуваат заостанување за една година на истиот тест.

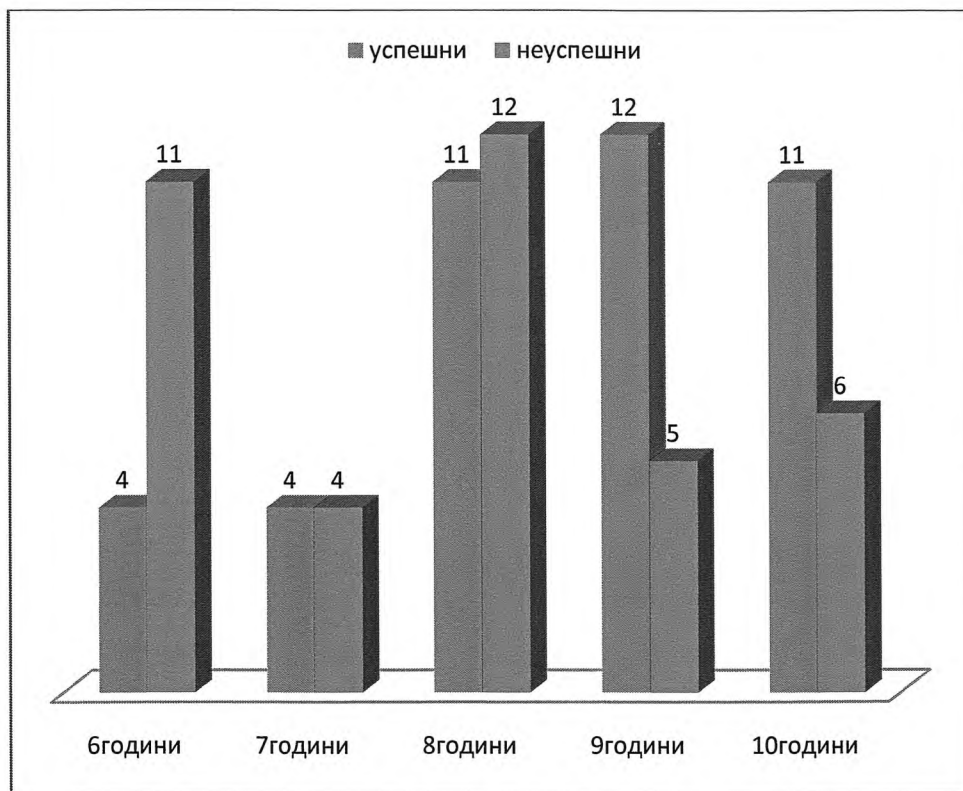
Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, практогностичка организираност, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,290$. Вредноста на $p = 0,290$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика. **Единаесетата хипотеза** гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања при изведување на тестот за имитирање на едноставни и сложени движења добиваат резултати за дури две години пониски од нивната календарска возраст.*

Утврдено е дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои на тестот покажале пониски резултати за дури две години пониски од нивната календарска возраст и групата на деца кои покажале пониски резултати за една години пониски од нивната календарска возраст. **Хипотезата 11 не е потврдена.**

Артикулациони способности

Табела 12. Успешни и неуспешни деца на тестот за артикулациони способности

Возраст	Број на испитаници						Fisher Exact тест
	успешни	%	неуспешни	%	вкупно	%	
6	4	5	11	13,7	15	18,7	p = 0,111
7	4	5	4	5	8	10	
8	11	13,7	12	15	23	28,7	
9	12	15	5	6,3	17	21,3	
10	11	13,7	6	7,6	17	21,3	
вкупно	42	52,4	38	47,6	80	100	



Слика бр. 12 Број на успешни и неуспешни деца во однос на тестот за испитување на артикулационите способности

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 12 и Слика бр.12 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестот за испитување на артикулационите способности се неуспешни и група на деца кои успешно го поминале истиот тест. Од вкупниот број на испитаници - 80, 38 деца се неуспешни на тестот, а 42 деца успешно го поминале тестот.

Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, артикулациони способности, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,111$. Вредноста на $p = 0,111$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика.

Дванаесетата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто немаат јасна диференцијација и артикулација на сите гласови.*

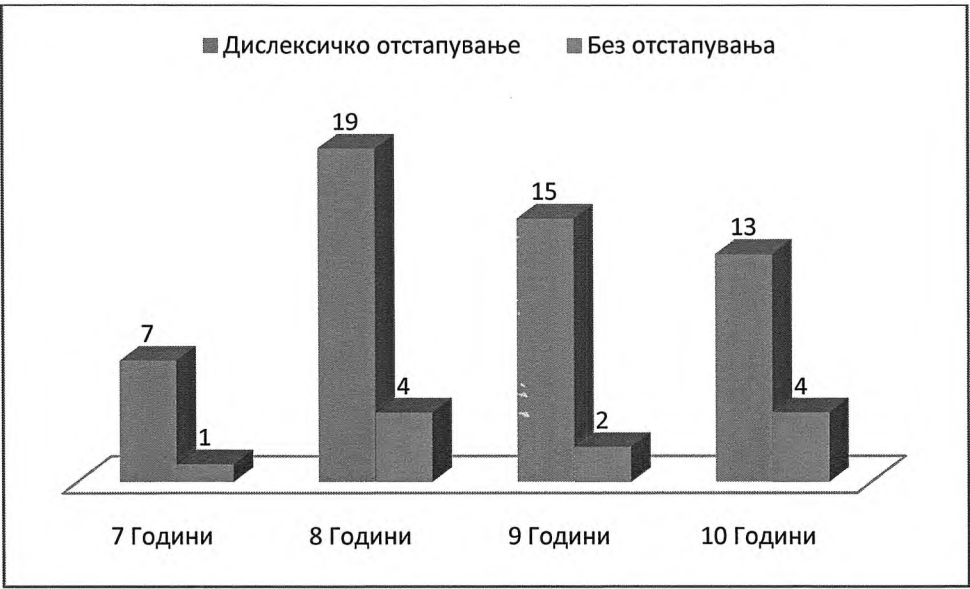
Утврдено е дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои на тестот за артикулациони способности се

неуспешни во однос на групата на деца кои успешно го поминале истиот тест.
Хипотезата не е потврдена.

Лексички способности

Табела 13. Број на деца кои покажуваат дислексички отстапувања

Возраст	Број на испитаници						Fisher Exact тест
	Дислексичко отстапување	%	Без отстапувања	%	Вкупно	%	
7 год	7	10,8	1	1,6	8	12,4	p = 0.908
8 год	19	29,3	4	6,1	23	35,4	
9 год	15	23	2	3,1	17	26,1	
10 год	13	20	4	6,1	17	26,1	
вкупно	54	83,1	11	16,9	65	100	



Слика бр. 13 Број на деца кои покажуваат дислексичко отстапување и деца кои се без отстапувања на тестовите за процена на лексички способности

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 13 и Слика бр.13 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кај кои на тестот за испитување на лексичките способности е детектирано дислексичко отстапување и група на испитаници кои на истиот тест се без отстапување (во оваа

група на испитаници се иземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сѐуште не е започнат процесот на описменување). Од вкупно 65 деца, кај 54 е детектирано дислексичко отстапување, а 11 деца успешно го поминале истиот тест.

Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, лексички способности, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0.908$. Вредноста на $p = 0.908$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика.

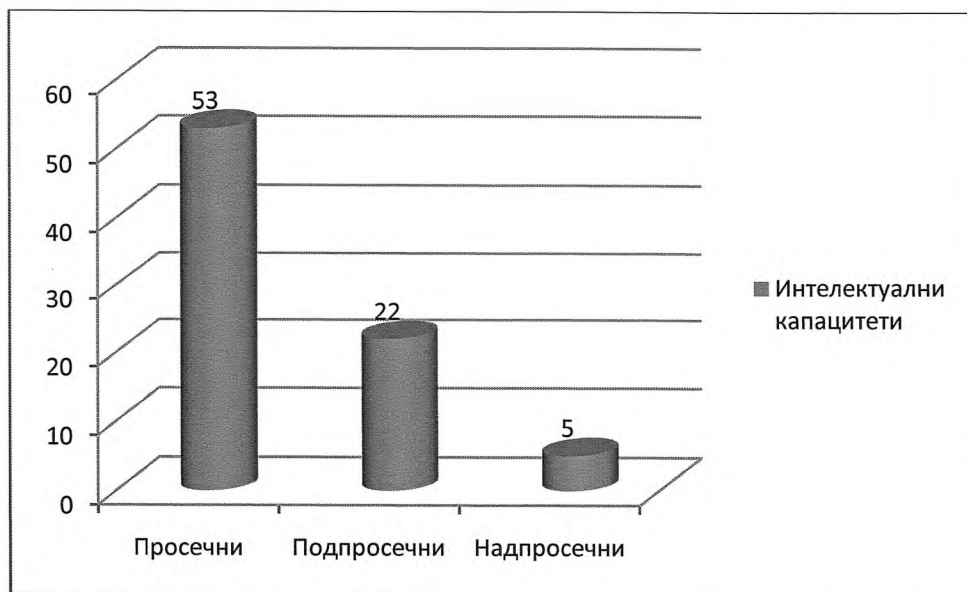
Тринаесетата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека кај училишните деца со практичногностички нарушувања често се јавуваат дислексички отстапувања.*

Утврдено е дека не постои статистичка значајна разлика во бројот на деца со практичногностички нарушувања кај кои на тестот за испитување на лексичките способности е детектирано дислексичко отстапување и бројот на испитаници кои на истиот тест се без отстапување (во оваа група на испитаници се иземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сѐуште не е започнат процесот на описменување). *Хипотезата 13 не е потврдена.*

Интелектуални способности

Табела 14. Интелектуалните капацитети на децата

IQ	Број на испитаници	%
Просечни	53	66,3
Потпросечни	22	27,5
Надпросечни	5	6,2
Вкупно	80	100



Слика бр. 14 Број на деца во однос на интелектуалните капацитети

Од добиените податоци претставени во Табела бр. 14 и Слика бр. 14 може да се констатира дека од вкупниот број на испитаници со практогностички нарушувања - 80 (100%), на тестовите за процена на интелектуалните капацитети, 53 (66,3 %) деца покажале просечен IQ, 22 (27,5%) деца покажале потпросечни интелектуални капацитети, а 5 (6,2%) деца покажале надпросечни интелектуални способности.

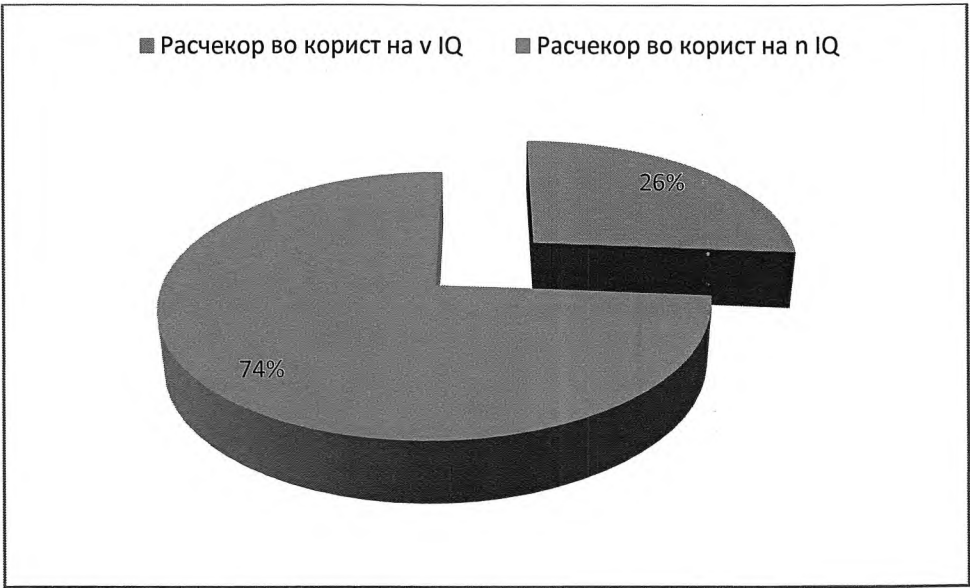
Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална застапеност може да се заклучи дека најголем број од групата испитаници со практогностичка недограденост имале просечни интелектуални капацитети.

Четиринаесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека IQ кај децата со практогностички нарушувања е во границите на просек или надпросек.* Утврдено дека најголем број од групата испитаници со практогностичка недограденост имале просечни интелектуални капацитети. *Хипотезата е потврдена.*

Психолошко тестирање со Wisck

Табела 15. Расчекор во корист на vIQ и во однос на nIQ

Возраст	Број на испитаници					
	Расчекор во корист на v IQ	%	Расчекор во корист на n IQ	%	Вкупно	%
6 год.	5	6,3	10	12,5	15	18,8
7 год.	2	2,6	6	7,5	8	10,1
8 год.	6	7,5	17	21,2	23	28,7
9 год.	4	5	13	16,2	17	21,2
10 год.	4	5	13	16,2	17	21,2
вкупно	21	26,4	59	73,6	80	100



Слика бр. 15 Број на деца кај кои постои расчекор во корист на v IQ и расчекор во однос на n IQ

Од добиените податоци претставени во Табела бр. 15 и Слика бр. 15 може да се констатира дека од вкупниот број на испитаници со практогностички нарушувања - 80 (100%), на психолошкото тестирање со Wisck тестот, 59 (74 %) деца покажале расчекор во корист на n IQ,, а кај 21 (26 %) дете имаат расчекор во корист на v IQ.

Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална застапеност може да се заклучи дека најголем број од групата испитаници со практогностичка недограденост покажале расчекор во корист на n IQ на Wisck тестот.

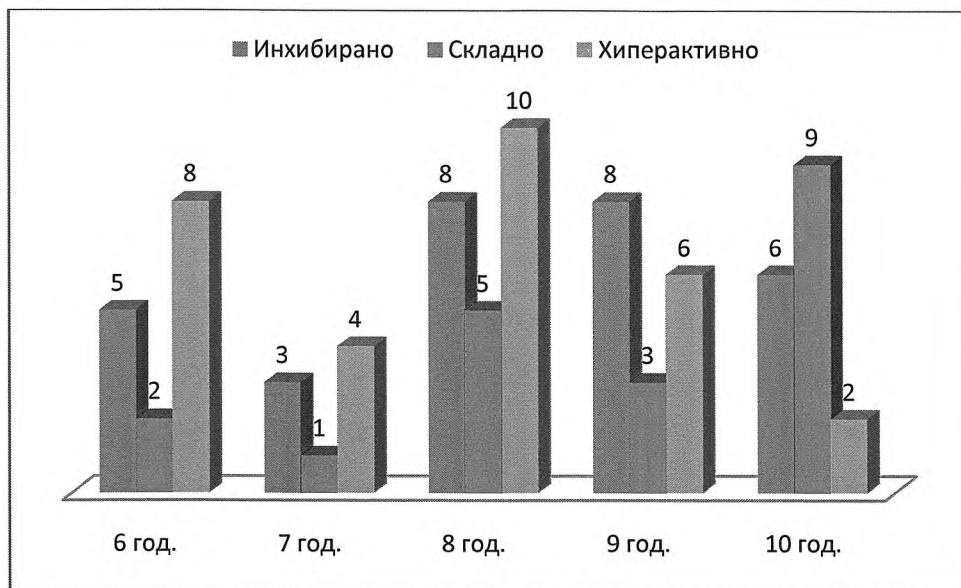
Петнаесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека кај децата со практогностички нарушувања најчесто постои расчекор помеѓу вербалниот и невербалниот дел на WISCK скалата.*

Утврдено е дека најголем број од групата испитаници со практогностичка недограденост покажале расчекор на WISCK скалата и тоа во корист на nIQ. *Хипотезата е потврдена.*

Однесување на испитаниците

Табела 16. Деца со складно однесување и деца со промени во однесувањето

	Број на испитаници								
Возраст	Инхибирано	%	Складно	%	Хиперактивно	%	Вк.	%	Fisher Exact тест
6 год.	5	6,2	2	2,5	8	10	15	18,8	p= 0,174
7 год.	3	3,7	1	1,3	4	5	8	10	
8 год.	8	10	5	6,2	10	12,6	23	28,8	
9 год.	8	10	3	3,7	6	7,5	17	21,2	
10 год.	6	7,5	9	11,2	2	2,5	17	21,2	
Вкупно	30	37,5	20	25	30	37,5	80	100	



Слика бр. 16 Број на деца кои покажуваат промени во однесување и деца кои имаат складно однесување за возраста

Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 16 и Слика бр.16 извршивме споредба помеѓу групите на деца со практогностички нарушувања кои покажуваат инхибирано, складно и хиперактивно однесување. Од вкупно 80 (100%) деца, 30 (37,5%) деца со практогностички нарушувања покажале инхибирано однесување, 20 (25%) деца покажале складно однесување, а 30 (37,5%) деца имале хиперактивно однесување.

Со помош на Fisher Exact тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваните параметри, инхибирано, складно и хиперактивно однесување на испитаниците, добиената вредност од тестот изнесува $p = 0,174$. Вредноста на $p = 0,174$ е поголема од граничната вредност за $p < 0,05$, што значи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

Шестнаесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто манифестираат нескладно однесување за возраста.*

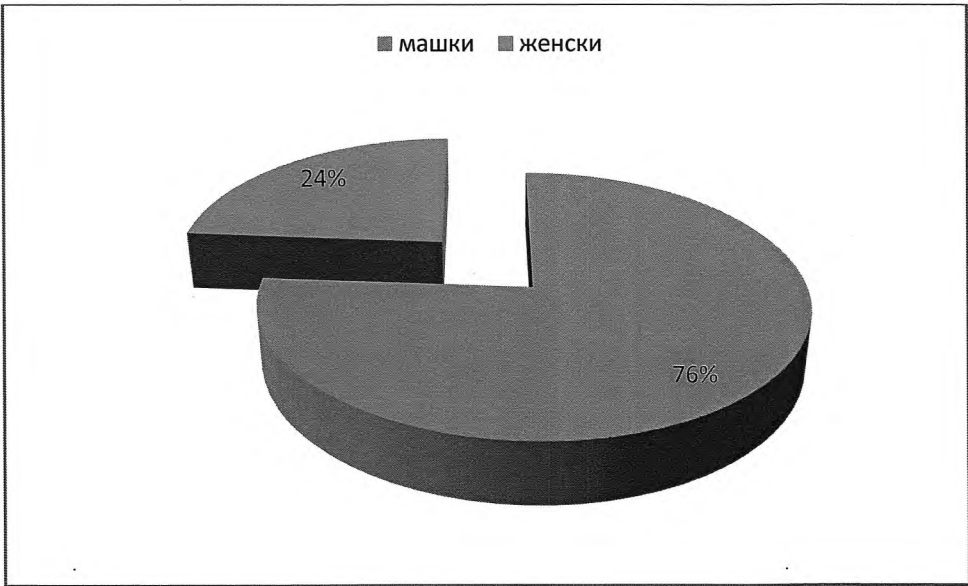
Утврдено е дека не постои статистичка значајна разлика помеѓу групите на деца со практогностички нарушувања кои покажуваат складно, хиперактивно и инхибирано однесување. Од вкупно 80 (100%) деца, 30 (37,5%) деца со

практогностички нарушувања покажале инхибирано однесување, 30 (37,5%) деца имале хиперактивно однесување, а само 20 (25%) деца покажале складно однесување. *Хипотезата 16 не е потврдена.*

Пол на испитаниците

Табела 17. Бројот на деца со практогностички нарушувања во однос на полот

	Број на испитаници						Резултати од χ^2 тест
Возраст	Машки	%	Женски	%	Вк.	%	$\chi^2 = 11,8$ $df = 1$ $p=0,001$
6 год.	14	17,5	1	1,2	15	18,9	
7 год.	5	6,2	3	3,7	8	10	
8 год.	18	22,6	5	6,2	23	28,7	
9 год.	11	13,8	6	7,4	17	21,2	
10 год.	12	15	5	6,2	17	21,2	
Вкупно	61	75,4	19	24,6	80	100	



Слика 17: Број деца со практогностички нарушувања во однос на полот

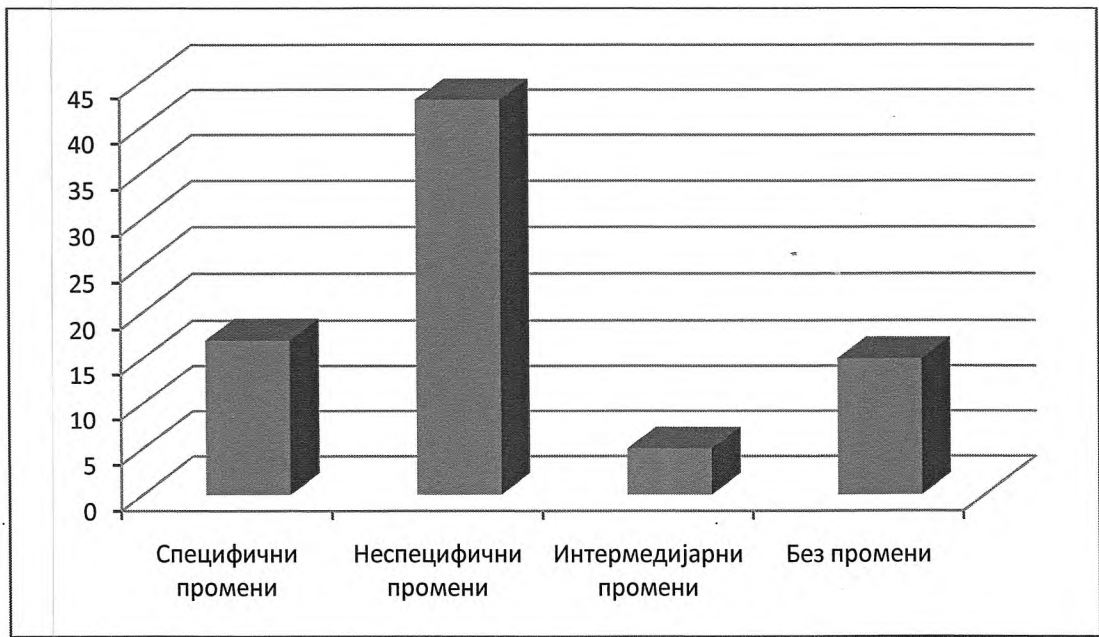
Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 17 и Слика бр.17 може да се констатира дека од вкупниот број на испитаници со практогностички нарушувања што изнесува 80 (100 %), во однос на полот, 61 дете (76,2%) се од машки пол, а 19 деца (23,8%) се од женски пол.

Од табеларниот приказ и сликата можеме да констатираме дека децата од машки пол рамномерно се појавуваат во поголем број на секоја возраст и тоа во размер 3:1 во однос на децата од женски пол. Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална обработка може да се заклучи дека е поголем бројот на машките деца во однос на женските што оди во прилог на поставената хипотеза. Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, пол, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 11,8 со степен на слобода $df = 1$. Вредноста на $p=0,001$ е помала од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека постои статистички значајна разлика помеѓу поставената хипотеза и резултатите добиени од истражувањето.

Седумнаесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека најчесто се застапени децата од машки пол.*

Утврдено е дека децата од машки пол рамномерно се појавуваат во поголем број на секоја возраст и тоа во размер 3:1 во однос на децата од женски пол. **Хипотезата е потврдена.**

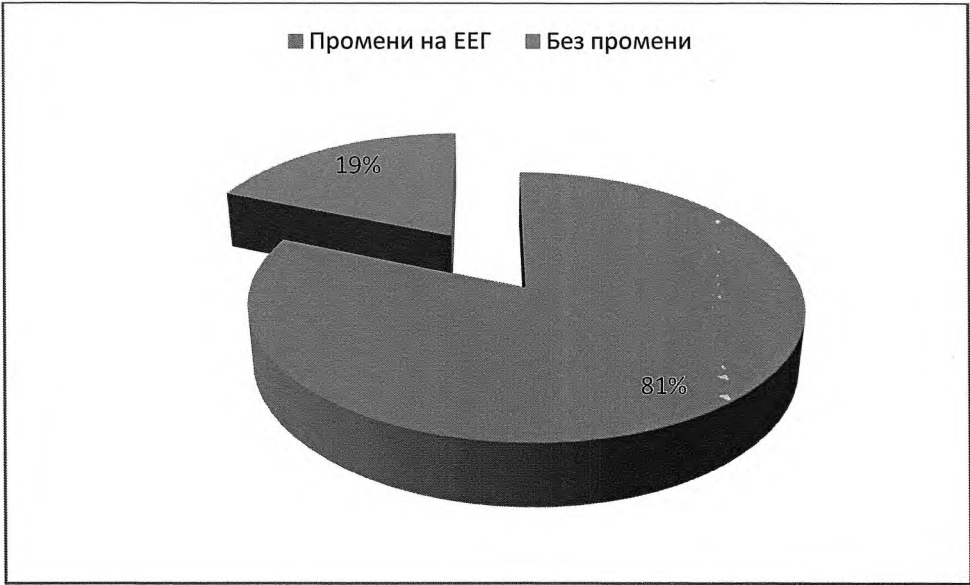
Промени кај децата регистрирани во ЕЕГ наодот



Слика бр. 18 Приказ на ЕЕГ наод кај испитаниците со практогностички нарушувања

Табела бр.18. Приказ на испитаници согласно ЕЕГ наодот

ЕЕГ наод	Број на испитаници	%	Резултати од χ^2 тест
Со промени на ЕЕГ	65	81,2	$\chi^2=17.3$ df=1 p=0,000
Без промени на ЕЕГ	15	18,8	
Вкупно	80	100	



Слика бр. 18-а. Приказ на број на испитаници со и без промени на ЕЕГ наодот

Од табеларниот приказ и сликата 18-а можеме да констатираме дека од вкупниот број на деца со практогностички нарушувања – 80, кај 65 (81,2%) се јавуваат промени на ЕЕГ наодот, а 15 (18,8%) се без промени на ЕЕГ наодот. Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална обработка може да се заклучи дека е поголем бројот на децата кои што имаат промени на ЕЕГ наодот што

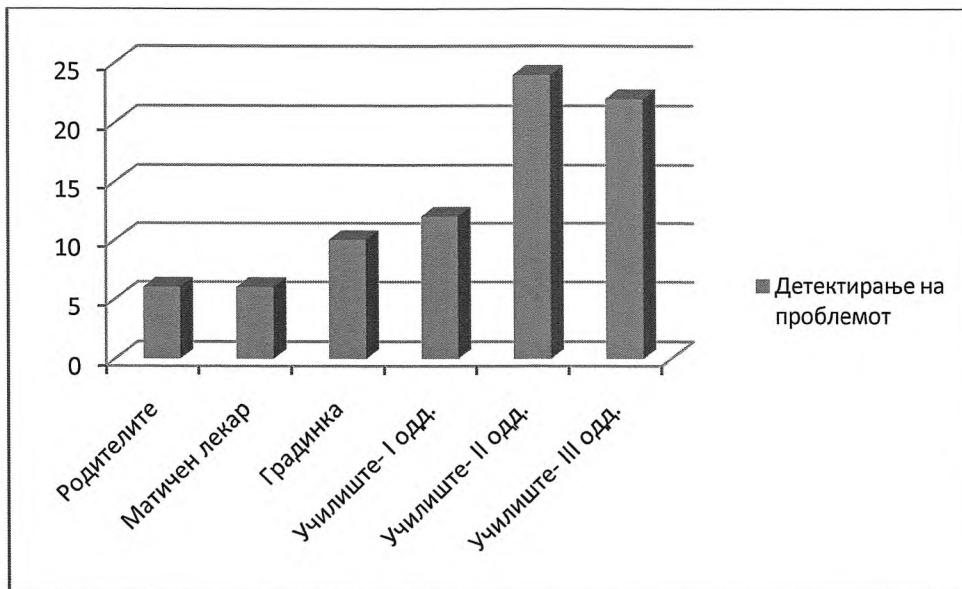
оди во прилог на поставената хипотеза. Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, промени на ЕЕГ наодот, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 17,3 со степен на слобода $df = 1$. Вредноста на $p=0,000$ е помала од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека постои статистички значајна разлика, односно децата со промени на ЕЕГ се почесто застапени во примерокот за разлика од оние без промени.

Осумнаесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека кај децата со практичностички нарушувања најчесто се јавуваат промени на ЕЕГ наодот.* Утврдено е дека од вкупниот број на деца поголем број имаат промени на ЕЕГ наодот што оди во прилог на поставената хипотеза. *Хипотезата 18 е потврдена.*

Детектирање на проблемот

Табела 19. Приказ на деца детектирани од родителите и институциите

Од страна на:	Број на испитаници	%
Родителите	6	7,5
Матичен лекар	6	7,5
Градинка	10	12,5
Училиште- I одд.	12	15
Училиште- II одд.	24	30
Училиште- III одд.	22	27,5
Вкупно	80	100



Слика бр. 19. Приказ на случаи детектирани од родителите и институциите

Од Табела бр. 19 и на Слика бр. 19 можеме да констатираме дека од вкупно 80 (100 %) деца:

6 (7, 5 %) деца со практогностички нарушувања се детектирани од страна на родителите,

6 (7, 5 %) деца се детектирани од страна на матичниот лекар,

10 (12, 5 %) деца се детектирани од страна на предучилишните установи,

12 (15 %) деца се детектирани за време на I одд. во основните училишта,

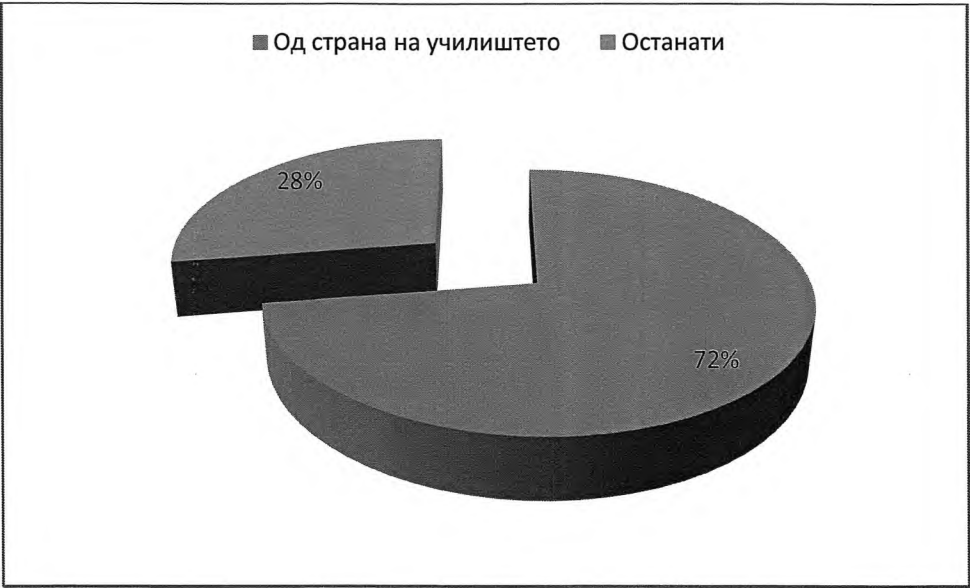
24 (30 %) деца се детектирани за време на II одд. во основните училишта и

22 (27, 5%) деца се детектирани за време на III одд. во основните училишта.

Од Табела бр.19-а и Слика бр. 19-а можеме да констатираме дека најголем број на деца со практогностички нарушувања биле детектирани од страна на училиштето, односно од вкупниот број на испитаници – 80:

Табела бр. 19-а Детектирање на децата од училиштата

Број на испитаници						Резултати од χ^2 тест
Од страна на училиштето	%	Останати	%	Вкупно	%	$\chi^2=8,53$ df=1 p=0,003
58	72,5	22	27,5	80	100	



Слика бр. 19-а Приказ на деца детектирани од страна на училиштето и останати

Од табела 19-а и слика 19-а можеме да констатираме дека 58 (72,5%) деца се детектирани од страна на училиштата, а 22 (27,5%) деца се детектирани од останати институции што оди во прилог на поставената хипотеза. Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, детектирање на децата, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 8,53 со степен на слобода df = 1. Вредноста на p=0,003 е помала од граничната вредност за p<0,05, што значи дека постои статистички значајна разлика, односно, почесто се откриваат од страна на училиштето.

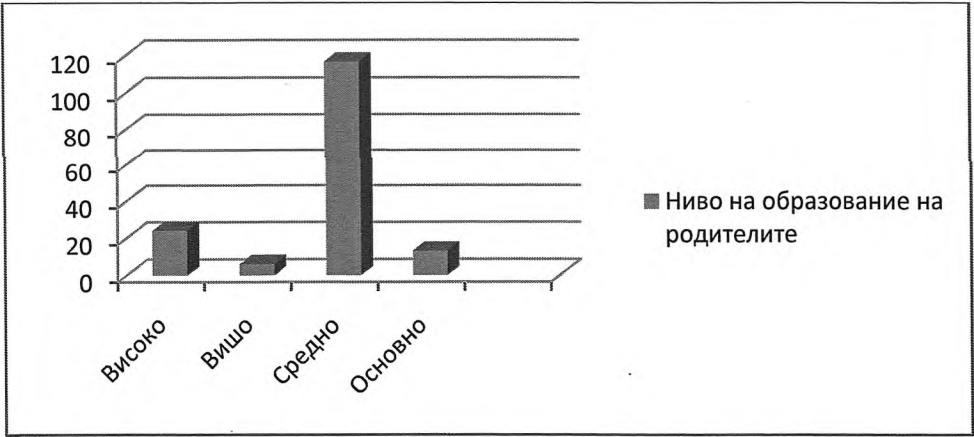
Деветнаесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека препознавањето и детекцијата на децата со практогностички нарушувања најчесто се случува во училиштето.*

Утврдено е дека најголем број од испитаниците биле детектирани од страна на училиштето што оди во прилог на поставената хипотеза. *Хипотезата број деветнаесет е потврдена.*

Образовно ниво на родителите на децата

Табела 20. Образовно ниво на родителите на децата со практогностички нарушувања

Степен на образование	Родител	%	Резултати од χ^2 тест
Високо	24	15	$\chi^2=80,6$ df=3 p=0,000
Вишо	6	3,8	
Средно	117	73,1	
Основно	13	8,1	
Вкупно	160	100	



Слика бр. 20. Ниво на образование на родителите на децата со практогностички нарушувања

Од Табела бр. 20 и Слика бр. 20 можеме да констатираме дека од вкупно 160 (100%) родители на деца со практогностички нарушувања во однос на степенот на

образование, 24 (15 %) родители се со високо образование, 6 (3,8 %) родители се со вишо образование, 117 (73,1 %) родители се со средно образование, 13 (8,1 %) родители се со основно образование. Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална обработка може да се заклучи дека е најголем бројот на родители со средно образование во однос на останатите. Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите на родители со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, ниво на образование на родителите, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 80,6 со степен на слобода $df = 3$. Вредноста на $p=0,000$ е помала од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека постои статистички значајна т.е. најчесто се појавуваат родители со средно образование за разлика од останатите.

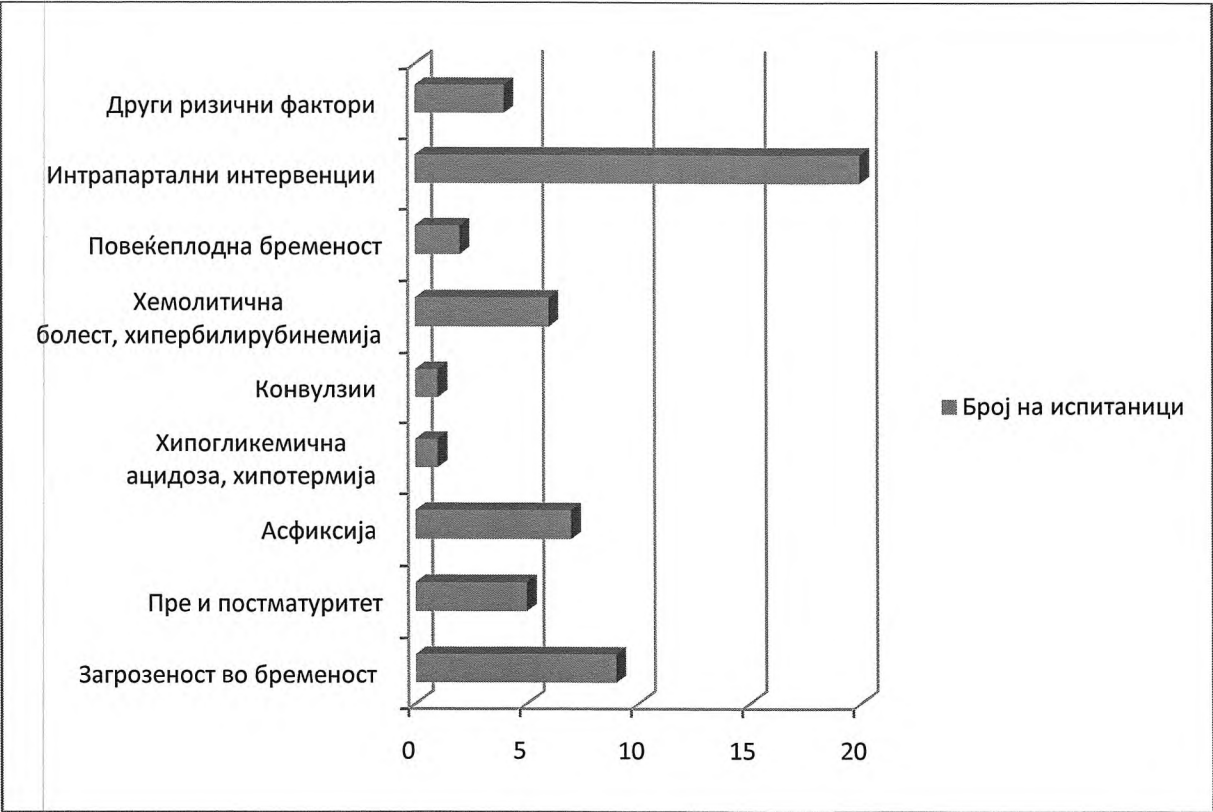
Дваесеттата хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека родителите на децата со практогностички нарушувања најчесто се со средно образование.*

Утврдено е дека најголем бројот на родители на децата со практогностички нарушувања се со средно образование во однос на останатите. *Хипотезата е потврдена.*

Фактори на ризик

Табела 21. Фактори на ризик (деца родени од 1990-2004)

	Фактори на ризик	Број на испитаници	%
1	Загрозеност во бременост (инфекции, особено рубеола, цитомегаловирус, ЕПХ гестози, Diabetes mellitus и други заболувања)	9	16
2	Пре и постматуритет (породување пред 37 и по 42 гестациска недела)	5	9
3	Асфиксија – клинички набљудувана или APGAR 5/7 или понизок	7	13
4	Хипогликемична ацидоза, хипотермија (означени како дијагноза или запишани во историјата на болеста)	1	2
5	Конвулзии (анамнестички или забележани во историјата на болеста)	1	2
6	Хемолитична болест, хипербилирубинемија	6	11
7	Повеќеплодна бременост	2	4
8	Интрапартални интервенции (форцепс, вакуумекстракција, царски рез, карлична презентација и др.)	20	36
9	Други ризични фактори (кои не се наведени, а според процената на матичниот лекар може да влијаат на развојот на детето)	4	7
	Вкупно	55	100



Слика бр. 21. Фактори на ризик (деца родени од 1990 – 2004)

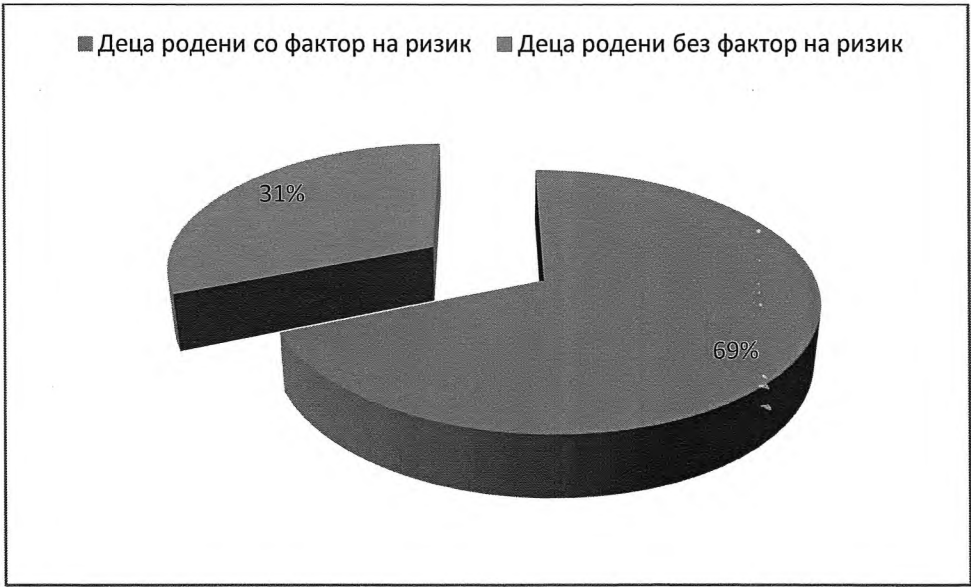
Во Табела бр. 21 и на Слика бр. 21 се прикажани факторите на ризик кои се јавиле кај децата кај кои подоцна е детектирано практогностичко нарушување - родени од 1990 до 2004 година.

Како најчест фактор на ризик се јавуваат интрапарталните интервенции кои се регистрирани кај 20 деца со практогностички нарушувања, односно се јавуваат во 36% од сите фактори на ризик. Втор по фреквенција фактор на ризик е загрозеност во бременост. Тој е евидентиран кај 9 деца со практогностички нарушувања. Овој фактор на ризик се јавува во 16% од сите фактори на ризик. Трет по фреквенција фактор на ризик е асфиксијата или Апгар 5/7 и понизок. Тој е евидентиран кај 7 деца со практогностички нарушувања, односно овој фактор на ризик се јавува во 13 % од сите фактори на ризик. Кај 6 деца како фактор на ризик се јавува хипербилирубинемија, односно 11 % од сите фактори на ризик. 5 деца со практогностички нарушувања биле недоносени, односно овој фактор на ризик се јавува кај 9 % од сите фактори. Кај 4 деца со практогностички нарушувања имаме хоспитална анемија и посматурна операција, кои спаѓаат во други фактори на ризик кои не се наведени, а според проценката на лекарот може да влијаат на развојот на

детето. Овој фактор на ризик се јавува во 7 %. Две деца со практогностички нарушувања биле близнаци. Овој фактор на ризик се јавува во 4 % од сите фактори. Во 2 %, односно кај 1 дете се јавува хипогликемична ацидоза и во 2%, односно кај 1 дете се јавуваат конвулзиите како ризик фактори.

Табела бр.22: Фактори на ризик

Деца родени со фактор на ризик	%	Деца родени без фактор на ризик	%	Вкупно	%	Резултати од χ^2 тест
55	69	25	31	80	100	$\chi^2=5,83$ df=1 p=0,016



Слика бр. 22 Број на деца родени со и без фактори на ризик

Од Табелата бр. 22 и Слика бр. 22 можеме да констатираме од вкупниот број деца кај кои е детектирано практогностичко нарушување на возраст од 6 до 10 години кој изнесува 80 (100%), 55 деца (69%) биле со фактор на ризик, а 25 (31%) се родени без фактор на ризик.

Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална обработка може да се заклучи дека најголем број од испитаниците со практогностички нарушувања биле деца родени со фактор на ризик што оди во прилог на поставената хипотеза. Со помош на χ^2 тестот направена е споредба помеѓу групите на деца со цел да се утврди статистички значајна разлика. Во однос на испитуваниот параметар, фактори на ризик, добиената вредност од χ^2 тестот изнесува 5,83 со степен на слобода $df = 1$. Вредноста на $p=0,016$ е помала од граничната вредност за $p<0,05$, што значи дека постои статистички значајна разлика односно, децата со фактори на ризик почесто манифестираат практогностички нарушувања за разлика од оние без ризик.

Дваесет и втората хипотеза гласеше: *Се претпоставува дека децата со практогностички нарушувања најчесто се деца родени со фактор на ризик.*

Утврдено е дека најголем број на децата со практогностички нарушувања биле деца родени со фактор на ризик. *Хипотезата е потврдена.*

IV. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Практогностичките нарушувања се дијагностичка категорија која опфаќа широка лепеза на нарушувања во детството, а кои не се последица на ментална ретардација, мозочно оштетување, едукативна запоставеност или емоционални проблеми. Се јавуваат рано во детството, а може да бидат поврзани со говорот, читањето, пишувањето, сметањето или општата моторна невештост.

Во своето истражување „Динамика на развојот на практогностичките способности кај децата од предучилишна возраст“ *Глумбик Ненад, 1999*, дошол до заклучок дека кај децата од предучилишна возраст, помеѓу петтата и шестата година од животот доаѓа до динамичен развој на практогностичките функции и способности. Меѓутоа, ритамот на развој на наведените способности не бил подеднаков кај сите испитаници.

Целта на нашето истражување беше да се изврши презентација на манифестациите на практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст. Со испитувањето опфативме 80 испитаници со практогностички нарушувања од двата пола и тоа 61 машки и 19 женски деца. Сите испитаници беа дијагностицирани и третирали во Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ во Скопје во периодот од 2005-2010 година. Испитаниците беа деца од рана училишна возраст и беа поделени во групи според календарската возраст: од шест до десет годишна возраст. Од шест години опфативме 15 деца, од седум години - 8 деца, од осум - 23 деца, од девет - 17 деца и од десет години исто така 17-испитаници.

Манифестацијата на практогностичките нарушувања кај испитаниците ја анализираме во однос на тешкотиите во учењето, нивото на зрелост на психомоториката, гностичките, праксичките способности, промените во однесувањето, местото на детекција на проблемот итн. Во текот на истражувањето се вршеше анализа на сите документи од досиејата на испитаниците во чија проценка, дијагностика, третман и евалуација учествува целокупниот стручен тим во установата.

Од наодите на различните профили (лекар - психијатар, педијатар, психолог, дефектолог, логопед, педагог, социјален работник) се добива комплетна слика за целокупното функционирање на детето.

Основната претпоставка дека практогностичките нарушувања кај децата од рана училишна возраст се манифестираат со тешкотии во усвојувањето на училишните вештини дополнително го оптеретува сè уште недоволно развиениот ментален живот на детето. Ученикот кој не е успешен во читањето или пишувањето се смета за невнимателен, мрзелив, незаинтересиран, возрасните се сомневаат во неговите интелектуални способности. Детето кое манифестира вакви развојни тешкотии или нарушувања принудено е подолго да учи како би ги достигнал неговите вршници во нивните способности. Тоа може да биде доживеано како еден вид казна. Доколку неговата интелигенција е повисока, детето има можност да има увид во својата неспособност.

Добиените резултати од нашето истражување не потврдија дека децата од рана училишна возраст со практогностички нарушувања манифестираат и тешкотии во усвојувањето на училишните вештини.

Анри Валон го воведува терминот „психомоторика“ тргнувајќи од ставот дека психичките и моторните функции се два елемента на човековото однесување кои во детството се тесно поврзани, а подоцна сè повеќе се раздвојуваат во две посебни области кои меѓусебно ја задржуваат својата суштинска поврзаност.

Нарушувањето на моториката, говорот, перцепцијата опфаќа голем број на клинички единици во чија основа е или невоедначеноста на развојот на структурите кои го сочинуваат психомоторниот спрег, или недограденост на доживеаните целини кои се стекнуваат низ психомоторната активност. Недограденоста или дисхармонично организираните мозочни структури при зголемена анксиозност и страв кај децата доведува до нивна дисфункционалност на социјалното поле, појава на емоционални проблеми од различен вид, растроени однесувања сè до појава на психотична разградба на личноста.

Истражувањето во поглед на психомоторната организираност ни покажа дека 52,3% од децата со практогностичка недограденост покажуваат заостанување за 2 години во однос на нивната календарска возраст, но вредноста за $p = 0,086$ е

поголема од граничната вредност за $p < 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика.

Во текот на развојот некои гностички области поспоро се структурираат при што гностичките функции не се јавуваат во тој облик кој се очекува за одредена возраст. При детектирањето на практогностичките нарушувања се утврдува нивото и зрелоста на функциите и структурите на ЦНС. Гностичките области кои го одредуваат егзистенцијалното поле и психичкиот развој се: телото (доживувањето на телото, познавањето на топографијата на телото и неговата латерализираност како основни области на личноста со што започнува и низ кои целиот живот трае размената помеѓу единката и светот, важна како за развојот на самиот субјект така и за социјалното поле во кое постои и делува), просторот (субјективниот и објективниот простор) и времето (неговото траење, сегашност). При нашата проценка на скалата за познавање на делови на телото (*Стевановиќ О., Бојанин С., Дајин М.*) во однос на календарската возраст, добиена е силна статистички значајна разлика помеѓу испитуваните групи ($p = 0,001$ - табела 3).

Откривањето на латерализацијата на телото и движењата и доминантноста на таа латерализираност е следниот слој во процесот на спознавањето на себе и на самиот себе во светот. Во периодот помеѓу 6-7 година од животот со разгранувањето на нервните структури и функции детето осознава дека до сега усвоените делови на телото се деснострани или левострани при што движењата на едната рака се попрецизни од движењата на другата рака или пак нога и дека воопшто едната страна на телото води во однос на другата.

При развојот на ЦНС, поради забавено созревање на кората на мозокот постои можност да не се диференцира доминација на хемисферата при што се јавува дислатерализација. Дислатерализацијата се јавува кога слојот на употребната латерализација не се поклопува со слојот на гестуалната латерализација, односно употребната деснорака или леворака не се поклопува со водечката нога или водечкото око. Дислатерализираноста ја отежнува способноста на детето да го открие просторот и да се ориентира во него, да ги формира оперативните шеми кои се важни за изведување на сознајните процеси во целост, тоа е невешто поради што покажува голема несигурност и емоционално трпење. Поради овие причини отежнат е и процесот на совладување на техника на читање, пишување и сметање.

При споредбата помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои покажуваат дислатерализацијата со група на деца со практогностички нарушувања кои не покажуваат дислатерализираност, нашите испитаници манифестираа дислатерализираност од 56,9%. Вредноста на $p = 0,675$ - табела број 4, покажува дека не постои статистички значајна разлика.

Во однос на испитуваниот параметар, познавање латерализација на себе, кај нашите испитаници со практогностички нарушувања е направена споредба помеѓу групите деца кои немаат свесно усвоена латерализација на себе и групата на деца кои имаат свесно усвоена латерализација на себе (изземајќи ја групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст) при што добиената вредност на $p = 0,476$ - табела 5 укажува на тоа дека не постои статистички значајна разлика.

Познавањето на латерализацијата на друг е најсложен слој во дефинирањето на нашата сопственост како на нас самите така и на околината во која делуваме. За да се открие оваа димензија потребно е да се развие многу посложена мисловна моќ за да може запазувањето на другиот наспроти нас да се пренесе на претставно ниво. Во случаите каде имаме практогностичка недограденост постои непрепознавање на поимите на ниво на јасна свест кое непрепознавање пречи во мисловниот тек и сознајниот чин. Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 6 и Слика бр.6 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за латерализираност на движењата и телото (употребна, гестуална латерализација на горни екстремитети, латерализација на долни екстремитети, вид и слух, *Хеде - Пијаже*) имаат недоживеана латерализација на друг и групата на деца кои имаат доживеана латерализација на друг (во оваа група на испитаници се изземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сèуште не е свесно доживеана и усвоена латерализацијата на друг). Во однос на испитуваниот параметар, познавање латерализација на друг, добиена е вредност од $p = 0,371$ што значи дека не постои статистички значајна разлика. Со проценката на нивото на познавање на деловите на телото, нивото на латерализираност, и воопшто гностичката организираност, ние допираме до областа каде се раѓа сознајниот процес што е од голема важност во дефектолошката дијагностика.

Проценката на квалитетот на запазувањето на просторот и односите во просторот се вршеше со помош на STICK тестот на *Benson* и *Barton 1970*, кој го

користеле за проценка на организираноста на кортикалните функции во практогностичките предели. Просторот претставува важно својство на реалитетот и значаен фактор кој го одредува нашето егзистирање. Доживувањето на просторот се стекнува со целото тело, односот на телото спрема просторот и деловите на просторот. Тоа доживување секогаш е мултисензорно. Доживувањето на субјективниот и објективниот простор настанува во одреден период од развојот на детето, а кога практогностичките и фронталните предели на мозокот се развиваат поспоро или нехармонично во самите структури на практогностичкиот кортекс, доаѓа до нарушено доживување на просторот.

При споредбата помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за ориентација во простор и запазување на односите во просторот (доживување и перцепција на односите во просторот, доживување на претставен простор, доживување на телото во просторот) се неуспешни и група на деца со практогностички нарушувања кои на истите тестови покажуваат успешни резултати, се покажа дека 57,5% од испитаниците покажаа неуспешен резултат. Вредноста на $p = 0,225$ од табела број 7 покажува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу поставената хипотеза и резултатите добиени од истражувањето.

Времето не претставува само обично перцепирање туку тоа е истовремено и перцептивно-сознаен процес. Затоа и времето може да се доживее само кога ќе бидат потполно развиени мисловните и сознајните процеси. Во нашето истражување поголем број (63,7%) на децата со практогностички нарушувања беа неуспешни на тестовите за ориентација во простор и запазување на односите во просторот (доживување и перцепција на односите во просторот, доживување на претставен простор, доживување на телото во просторот). Вредноста на $p=0,283$ од табела број 8 покажува дека не постои статистички значајна разлика.

Организатор на праксичката активност е кортексот. Таа е волева, насочена активност во областа на движењата и говорот, со неа ги извршуваме сите содржини на нашите чувства и мисли во намерата да ги соопштиме на некој друг или да ги оствариме со својата активност на естремитетите и телото. Праксичката активност има значајна улога во организацијата на сознајните процеси. Нашите испитаници во поголем број (52,6%) на тестовите за проценка на праксичката организираност

манифестираа нескладност на движењата на телото и на екстремитетите во однос на присутната закономерност во односите во просторот, како и присутна појава на невештост, што значи добиената вредност $p = 0,345$ не покажува статистички значајна разлика. Графомоториката како праксичка активност која се заснова главно на мелокинетичката и конструктивната праксија ни помага во препознавањето на нарушувањата и дисхармоничниот развој на пишаниот говор. Кај развојните дисграфии се работи за недограденост на практогностичките предели. Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 10 и Слика бр.10 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите за испитување на графомоториката како праксичка активност, при процената на квалитетот на линеација и изведување на прескриптуалните облици и при процената на графомоторниот низ (*Lilijan Lirs*) се неуспешни и групата на деца кои се успешни на истите тестови. Од вкупно 80 деца, 52 (65%) се неуспешни на тестовите за испитување на графомоториката, а 28 (35%) деца успешно ги поминале истите тестови. Вредноста на $p=0,396$ не покажува статистички значајна разлика.

Постојат активности кај човекот во кои гностичките и праксичките активности се јавуваат скоро подеднакво, при што со право можеме да ги наречеме *практогностички*. Во практогностичката активност посебно е ангажиран слојот на идеомоторната праксија како и идеаторната, а од гностичките области секогаш е ангажирана автотопогнозијата, свесното доживување на латерализацијата и доживувањето и познавањето на просторот во полето на движење на екстремитетите. За проценка на практогностичката организираност го користевме тестот на имитација на сложени движења (*ТИД-Бергес, Лезине*) за возраст од 6-10 години. Тестот се состои од 20 модели на движења кои се одвиваат само во рамките на прстите на двете раце. Овој тест е користен во едно истражување на *Ненад Бономи* – *практогностичка организираност кај деца лишени од родителска нега* на возраст од 6-10 години. ТИД бил успешно направен кај 38% од случаите кај децата лишени од родителска грижа додека во контролната група бил успешно направен во 66,7% од случаите. Подетална интерпретација на неуспешен наод на ТИД среќаваме и во докторската дисертација на *Вероника Ишпановиќ-Рadoјковиќ* за *Развојната конструктивна диспраксија*, Белград, 1982 год. Резултатите на ТИД биле секогаш пониски кај децата со развојна конструктивна диспраксија во однос на децата од

масовната популација. Исто така во истражувањето на *Тјаши Филипчич, Мартина Озбич - Предвидување на тешкотии во учењето со тестот на имитација на комплексни движење*, било забележано дека постои статистички значајна поврзаност помеѓу нарушената координација и способноста за учење.

Во нашето истражување врз основа на податоците претставени на Табела бр. 11 и Слика бр.11 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кои на тестовите на имитирање на едноставни и сложени движења (ТИД) покажуваат заостанување за 1 година во однос на календарската возраст и група на деца кои на истите тестови заостануваат за 2 години во однос на календарската возраст. Од вкупно 80 деца кај сите се јавува доцнење за 1-2 години, од кои 68 (85%) деца со практогностички нарушувања покажуваат заостанување за две години на тестот, а 12 (15%) деца покажуваат заостанување за една година на истиот тест. Со добиената вредност $p=0,290$ со ниво на значајност $p<0,05$ утврдено е дека не постои статистичка значајна разлика во однос на двете групи на деца.

При испитувањето на артикулационите способности кај децата со практогностички нарушувања дојдовме до заклучок дека поголем број од нашите испитаници и тоа 52,4% беа успешни на артикулациониот тест, што значи дека ги имаат усвоени сите гласови. Добиената вредност за $p=0,111$ со ниво на значајност $p<0,05$, покажа дека не постои статистички значајна разлика во бројот на деца со практогностички нарушувања кои на тестот за артикулациони способности се неуспешни во однос на групата на деца кои успешно го поминале истиот тест. И покрај тоа нашето искуство покажува дека децата со практогностички нарушувања можат да имаат правилна артикулација на гласовите, но и да покажуват неспособност при изговарањето на истите во рамките на зборот или реченицата.

Лексичката способност спаѓа во групата на гностички способности. Се состои во препознавање на графомоторниот низ во функција на јазичните структури на одредено говорно подрачје. Присуство на дислексички елементи подразбира заменување, додавање, отфрлање на гласови и слогови, потоа инверзно читање на гласови и слогови. Врз основа на податоците претставени на Табела бр. 13 и Слика бр.13 извршивме споредба помеѓу групата на деца со практогностички нарушувања кај кои на тестот за испитување на лексичките способности е детектирано дислексичко отстапување и група на испитаници кои на истиот тест се без

отстапување (во оваа група на испитаници се изземени групата на деца од 6 годишна возраст поради самата календарска возраст на која сè уште не е започнат процесот на описменување). Од вкупно 65 деца кај 54 (83,1%) е детектирано дислексичко отстапување, а 11 (16,9%) деца успешно го поминале истиот тест. Добиената вредност $p=0.908$ покажува дека не постои статистички значајна разлика.

Од вкупниот број на испитаници со практогностички нарушувања - 80 (100%), на тестовите за процена на интелектуалните капацитети, 53 (66,3 %) деца покажале просечен IQ, 22 (27,5%) деца покажале потпросечни интелектуални капацитети, а 5 (6,2%) деца покажале натпросечни интелектуални способности. Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална застапеност може да се заклучи дека најголем број од групата испитаници со практогностичка недограденост имале просечни интелектуални капацитети.

На психолошкото тестирање со Wisck тестот, 59 (74 %) деца покажале расчекор во корист на n IQ, а кај 21 (26 %) дете имаат расчекор во корист на v IQ. Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална застапеност може да се заклучи дека најголем број од групата испитаници со практогностичка недограденост покажале расчекор во корист на n IQ на Wisck тестот.

Децата кои имаат проблеми во практогностичката организираност емоционално трпат и манифестираат промени во однесувањето кои може да бидат инхибирано, импулсивно понекогаш и агресивно па сè до хиперактивно. Во нашето истражување испитаниците беа поделени во три групи и тоа на деца со практогностички нарушувања кои покажуваат инхибирано, складно и хиперактивно однесување. Од вкупно 80 (100%) деца 30 (37,5%) деца со практогностички нарушувања покажале инхибирано однесување, 20 (25%) деца покажале складно однесување, а 30 (37,5%) деца имале хиперактивно однесување. Од вкупниот број на испитаници само 20 деца (25%) покажале складно однесување, останатите деца покажуваат инхибирано или хиперактивно однесување. Вредноста на $p=0,174$ покажува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу варијаблите.

Развојот на ЦНС е долг и сложен процес кој е јасно временски одреден и има критични вулнерабилни периоди. Прекинувањето на нормалните механизми одговорни за формирање и матурација на мозочните структури доведува до

растројство на развојот на мозокот. Индикациите за примена на ЕЕГ (електро-енцефалографската процена) не се сведуваат само на регистрирање на епилептоформни обрасци кај децата со симптоматски и идиопатски типови на епилепсија и епилептички синдроми. Не помала е важноста за примена на оваа метода во диференцијалната дијагноза на низа неепилептични, пароксизмални случувања кај децата со непрогресивни структурни мозочни оштетувања. Извесно е дека ЕЕГ промените можат да се видат и кај деца (и тоа околу 10%) кои немаат епилепсија. Познато е дека деца со интермитентна пароксизмална ЕЕГ активност, во отсуство на конвулзии имаат неретко тешкотии во училиштето и покрај нормалната интелигенција. Анализата на ЕЕГ наодите кај децата со нормална интелигенција без активни невролошки и психички заболувања покажа дека променетите ЕЕГ наоди се среќаваат значајно почесто во група на деца кои имаат училишни тешкотии, и тоа почесто кај машките отколку кај женските деца. Неспецифични промени кај ЕЕГ наодот се спори, остри, заострени и стрмни бранови. Интермедијарните промени означуваат еден потенцијал за евентуално натамошно развивање на епилептиформни промени, додека специфични промени се шилци, шилец бран комплекси и деградирани шилец бран комплекси кои се епилептоформни графо елементи.

Нашето истражување покажа дека од вкупниот број на деца со практогностички нарушувања – 80, кај 65 (81,2%) се јавуваат промени на ЕЕГ наодот, а 15 (18,8%) се без промени на ЕЕГ наодот. Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална обработка може да се заклучи дека е поголем бројот на децата кои што имаат промени на ЕЕГ наодот што оди во прилог на поставената хипотеза. Вредноста на $p=0,001$ покажува дека постои статистички значајна разлика помеѓу поставената хипотеза и резултатите добиени од истражувањето.

Најчестиот момент кој ги тера родителите да ги донесат своите деца за преглед се слабиот успех во училиштето и проблемите во поведението. Проблемите најнапред се препознаваат како проблеми со дисциплината, воспитувањето и во однесувањето. Иако овие проблеми се присутни уште од самиот почеток на социјализацијата на детето, родителите проблемот го разбираат како резултат на разгаленост на детето. Од Табела бр.19 и Слика бр. 19 можеме да констатираме дека најголем број на децата со практогностички нарушувања биле детектирани од

страна на училиштето, односно од вкупниот број на испитаници – 80, 58 (72,5%) се детектирани од страна на училиштата, а 22 (27,5%) се детектирани од останати институции што оди во прилог на поставената хипотеза. Вредноста на $p=0,003$ покажува дека постои статистички значајна разлика.

Според податоците на СЗО 5 до 7% од општата популација имаат пречки во развојот. Кај 15 до 20% од новороденчињата постои ризик фактор при раѓањето - анамнестички ризични, кај 15 до 20% од анамнестички ризичните се јавува и симптоматски ризик, односно присуство на елементи на отстапување во психомоторниот развој. Оваа популација на деца, што на прв поглед изгледа парадоксално, станува сè побројна и покрај големиот напредок на медицината, а може да се каже и благодареејќи на напредокот на медицината и технологијата кои допринесоа за преживувањето на високоризичните деца без можности за предикција на квалитетот на животот на истите. Во нашето истражување дојдовме до заклучок дека од вкупниот број деца кај кои е детектирано практогностичко нарушување на возраст од 6 до 10 години кој изнесува 80 (100%), 55 деца (69%) биле со фактор на ризик, а 25 (31%) се родени без фактор на ризик. Вредноста на $p=0,016$ покажува дека постои статистички значајна разлика.

Врз основа на добиените резултати и нивната процентуална обработка може да се заклучи дека најголем број од испитаниците со практогностички нарушувања биле деца родени со фактор на ризик што оди во прилог на поставената хипотеза.

V. ЗАКЛУЧОЦИ

Со обработката на податоците добиени од истражувањето можеме да заклучиме дека од вкупниот број на деца кои биле евидентирани во Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ Скопје, и кај кои е детектирано практогностичко нарушување, најголем број од децата манифестирале тешкотии во усвојувањето на училишните вештини. Истражувањето покажа дека проблемот што го имаат овие деца најчесто е детектиран од страна на училиштата. Поголем број од децата со практогностички нарушувања се деца од машки пол. При општата дефектолошка проценка и користење на наодите од стручниот тим во Заводот, заклучивме дека кај поголем број од испитаниците има заостанување во психомоторниот развој и тоа за 1-2 години пониско во однос на нивната календарска возраст, истите тие покажуваат заостанување на тестовите за познавање на делови на телото, перцепцијата на просторот и односите на просторот, во перцепцијата на времето и познавањето на квалитетите на времето. Што се однесува до свесното усвојување на латерализацијата на себе и на друг, изземајќи ја групата на деца од 6 годишна возраст, се утврди дека децата со практогностички нарушувања немаат навремено усвоена латерализација на себе и на друг, како и тоа дека кај најголем број од нив се појавува дислатерализираност во однос на горните и долните екстремитети, видот и гестуалната латерализираност. Со користење на ТИД тестот (тест за имитација на движења) се утврди дека децата со практогностички нарушувања покажуваат пониски резултати во однос на возраста. Исто така покажуваат недограденост на слоевите на праксија (мелокинетичка, идеаторна, идеомоторна и конструктивна), при што се јавуваат и потешкотии во извршувањето на графомоторните активности. Иако во истражувањето се утврди дека IQ кај испитаниците во најголем број е во границите на просечни интелектуални способности, сепак кај поголем број од нив на WISCK тестот постоеше расчекор помеѓу вербалниот и невербалниот дел и тоа повеќе во корист на невербалниот дел на тестот. Кај поголем број од децата се јавува хиперактивно и инхибирано однесување. На ЕЕГ наодот кај најголем број деца се утврдени промени, а при земање на анамнестичките податоци е утврдено дека најголем број од испитаниците се деца родени со некој фактор на ризик според националната листа на ризик фактори. Што се однесува до образованието на родителите на децата со

практичностички нарушувања, најголема процентуална застапеност имаме кај родителите со средното образование.

VI. ПРЕДЛОЗИ

- * Реорганизирање и доекипирање на тимовите кои спроведуваат систематски прегледи во предучилишната и училишната возраст, вклучување на дефектолози и психолози во тимовите;
- * Изготвување на протокол за проценка на психомоторниот развој на предучилишното дете при систематските прегледи;
- * Адекватна рана детекција на проблемите во психомоторниот развој во предучилишните установи од страна на стручни тимови како предуслов за примена на правовремен превентивен стимулативен третман;
- * Компетентно стручно-тимско дијагностицирање на пречките и нарушувањето во развојот на децата од предучилишна и раната училишна возраст во соодветни установи (Завод за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ – Скопје, Центар за слух, говор и глас, развојни советувајшта на ниво на РМ);
- * Потребна е организирана форма на рана интервенција која ќе подразбира осигурување на поддршка и потребни ресурси за детето и семејството заради превенција, отстранување или ублажување на развојните тешкотии и социјалната исклученост на детето и семејството.
- * Раното откривање и третман истовремено се и превенција на несакана еволуција на тешкотиите кои можат прогресивно да ги опфатат сè пошироките области на детската личност и однесување. Основниот принцип на делување врз специфичните развојни нарушувања е навременоста, што порано се детектира проблемот и се започне со третман, поголеми се шансите за постигнување на сакани ефекти. Раното започнување на интервенциите подразбира широки можности за користење на природните биолошки матурациони ресурси. Покачениот пластицитет на мозокот во детството се базира на активната интеракција на процесот на созревање со срединското влијание со сè побогатите емпириски сознанија дека овие процеси траат во текот на целото детство, како и тоа дека различните психички способности созреваат со различно темпо. При обид на дополнителна модулација на функциите „од надвор“ особено е важно тој да биде временски усогласен, дури и да претходи на критичниот период на неговото созревање, што во зависност од тоа кои способности се во прашање, може да подразбира оптимално започнување на

терапевската постапка во првите години од животот, но и сразмерно зголемена ефикасност на некои облици на третманот, на пример оние кои се усмерени на егзекутивните функции или внимание.

- * Потребен е дефектолог во секоја градинка и училиште
- * Континуирана едукација на стручните кадри што работат со овие деца (здравствени, образовни)
- * Едукација и поддршка на родителите
- * Партнерство како суштински принцип присутен во односите помеѓу професионалците и родителите на децата со специфични потешкотии (извршување на заеднички активности и донесување на заеднички одлуки)
- * Неопходно е училишните стручни служби да бидат комплетни, психологот, педагогот и дефектологот да бидат активно ангажирани во грижата, негата и воспитно-образовниот процес на овие деца, да го следат нивниот развој и да го негуваат опкружувањето во кое се наоѓаат децата, како би можело што порано децата да бидат прифатени од нивните врстници, да успеат да се потврдат во она што го знаат и да можат да стекнат позитивна слика за себе. Училиштето за овие деца да стане пријатно опкружување, а не огледало на сопствените недостатоци.
- * Подобрување на менаџментот на локално и училишно ниво, како и на професионализмот и ефективноста на вработените во училиштата и локалната самоуправа;
- * Положбата на учениците со тешкотии во учењето би била подобра во редовната настава доколку се обезбедат материјални, организациони и кадровски предуслови и услови за инклузивно образование, (максимално ангажирање на локалната самоуправа во обезбедување на нагледни средства, комбинирање на наставните методи - дополнителни аудитивни и визуелни стимулации, примена на асистивна технологија);
- * Интервенција во рамките на детското опкружување. Под ова се подразбира дека родителите и училиштето пред сè мораат да бидат свесни за природата на одредениот проблем, реалните ограничувања кој тој проблем ги наметнува, како и последиците кои може да ги има детето во неговото секојдневно однесување и

комуницирање под влијание на надворешната средина. Низ ваква интервенција околината нуди квалитетна поддршка на детскиот развој, презема на себе барем дел од корективното влијание и конечно, формира позитивна атмосфера во која интеракцијата помеѓу детето и значајните личности во неговиот свет е лишена од дополнителни недоразбирања.

* Организирана меѓуинституционална соработка (педијатриски установи, регионални развојни советувалишта, предучилишни, училишни установи и Завод за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ како координатор во меѓу институционалната соработка);

* Проширување на мрежата на детските градинки, со цел подеднаква достапност за сите деца, особено за децата од руралните или помалку развиените општини, но во исто време и мерки за зголемување на опфатот на децата од предучилишна возраст. Сегашната состојба во предучилишното образование укажува на ограничена мрежа и недоволен опфат на децата (само околу 15% од децата на возраст до 6 години се опфатени со некоја форма на предучилишно образование). (Службен весник на Р.М. 98/2000)

* Спроведување на стандардите за рано учење и развој кај децата од 0-6 години. Националниот развоен план од 2008-2013, Република Македонија, во рамките на подобро образование за сите, го вгради и раниот детски развој насочен кон децата од предучилишна возраст. За да може да се следи развојот на децата од предучилишната возраст се зацрта и донесувањето и имплементацијата на Стандардите за рано учење и развој кај оваа возрасна група.

* Збогатување на развојот на „ризичното“ дете. Животот на детето кај кое постои ризик од нарушување во говорно-јазичниот развој или од специфични тешкотии во учењето (односно, предиспозиција) мора да биде така организиран секоја активност да го поддржува правилниот развој на говорот и целокупниот психомоторен развој. Во голем број на случаи биолошките и социјалните ризични фактори се испреплетени меѓу себе. Научните истражувања докажуваат дека учењето низ игра и важните секојдневни фактори можат значајно да го намалат благото заостанување во психичкиот развој кај ризичното дете.

* Користење на современите модели на дијагностика и третман на децата со специфични развојни нарушувања сè повеќе ја истакнуваат потребата за повеќестепен и еколошки пристап кон овој проблем, подразбирајќи тесна врска помеѓу проценката и интервенцијата, како и максимално потпирање на природната средина на детето. Акцент се става на неколку елементи. Прво, се нагласува значењето на континуираната интеракција помеѓу постапките врзани за евалуацијата и самата интервенција, односно, се претпоставува дека само компетентната проценка на проблемот или нарушувањето може да не води кон успешна стратегија на програмите за третман, а истовремено се нуди и можност за проверка на нивната ефикасност. Второ, се претпоставува дека раните стадиуми на евалуација и интервенција можат да ја елиминират потребата од покасно вклучување на детални и опсежни дијагностички и рехабилитациони процедури. И на крај да потенцираме дека носители на основната улога во поддршката на детето треба да бидат оние кои нормално и непосредно го опкружуваат пред сè професионалците кои работат во училиштето, а и самите родители. При тоа, во севкупниот циклус на проценка и интервенција кои се поврзани со специфичните развојни нарушувања се подразбира и неопходната блиска соработка помеѓу различните профили кои работат со детето, подеднакво дијагностичарите и терапевтите, училишниот и здравствениот тим, професионалци и родители.

VII. ЛИТЕРАТУРА

1. **Ајдински Г.**, 2000, Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардираните ученици, Македонска ризница Куманово.
2. **Ajuariaguerra de J.**, 1977. Manuel de Phychiatrie de l-enfant. Masson, Paris.
3. **Aleksandar Savić ed.** 2002. Rano otkrivanje, dijagnostika i tretman poremećaja psihomotornog razvoja. CIGOJA, Beograd.
4. **Babuder, K. B.** 2006. Disleksija - specifična učna težava, primankljaj, predavanje prevземено на 15.1. 2006. www.sikbez.lj-bez.sik.si/dat/kosakbabuder.ppt. (посетено на 22.03.2011)
5. **Berges J Lezne I.** 1965 The imitations of gestures condon: the SSME&William Heinenann medical books LTd;
6. **Bizkov Georgi** 1996, Dijagnostika na gotovnost na decata za učilište, Fakultet za načalna i predučilišna pedagogika, Sofija.
7. **Bojanin S.**, 1985, Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za Uđbenike i nastavna sredstava, Beograd.
8. **Bojanin S.**, 1991, Škola kao bolest, Plato, Beograd.
9. **Bee H.** (1992): The Developing Child, 6th ed., Harper Collins College Publisher, USA.
10. **Berninger, V, Yates, C., Cartwright, A, Rutberg, J, Remy E., и Abbott, R.** 1992, Lower-level developmental skills in beginning writing. Reading and Writing An Interdisciplinary Journal 4,257-280.
11. **Coleman W.L., Taylor E.H.** (1995): Family focused Pediatrics. The Pediatric Clinics of North America: Vol 42. No. 1, W.B.Saunders Company, USA.
12. **Commission-on-Emotional-and-Learning-Disorders-in-Children-(Canada)-** (CELDIC).html<http://www.acronymfinder.com/>
13. **Davis,R.&Braun,E.** 2001, Dar disleksije, Linea, Zagreb.
14. **Davison, G.C., Neale, J.M.** 1995, Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja, Jastrebarsko, Neklada Slap.
15. **David Breiger, Jenise Jensen** 2011 Learning disabilities. Child and adolescent Pschyatry: The Essentials.
16. **Dispraxia Foundation** (2006). Лондон: Dispraxia Foundation. Преземено од 2006/01/15 на World Wide Web: <http://www.dyspraxiafoundation.org.uk>.
17. **Došen, A.**, 2002, Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom. Zagreb: E.R.F.(2002).
18. **Dragan Zlatanovic**, 2007 Noćno mokrenje kod dece www.-psiho-logija.autentik.net/detinjstvo_nosno_mokrenje_kod_dece.php (посетено на 11.01.2011)
19. **Дамовска Лена, Флорина Ш., Надица Ј., Симона П., Љиљана С. П.**, 2009, Стандарди за рано учење и развој кај децата од 0-6 години, Министерство за труд и социјална политика, Скопје.
20. **Eraković T.**, 1995 Korektivni pedagoški rad. Zavod za uđbenike i nastavna sredstva, Beograd.
21. **Filipčić, Tjaša, Ozbić, Martina.** 2008, Prediction of learning difficulties with the test of complex imitation of movement. Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn., vol. 38, no. 4, str. 25-29, ilustr. [COBISS.SI-ID 7855177]
22. **Filipčić Tjaša**, 2006 Otroci s posebnimi potrebami pri pouku sportne vzgoje. (www.os-hpuhar.si/mobilna/.../dyspraxia.docx)
23. **Fitts P, Posner M.**, 1967 Human Performance. Belmont, CA. Brooks/Cole, 1967. 162 p.[Department of Psychology. University of Oregon, Eugene. ORI
24. **Галевска-Ангелоска Н.** 2008. Планирање на научното истражување. Скопје: Филозофски факултет, интерна скрипта.

25. **Галевска-Ангелоска Н.** 1998. Квалитативни истражувања во воспитанието и образованието. Битола: Киро Дандаро.
26. **Galić-Jušić, I.** 2004. Djeca s teškoćama u učenju. Lekenik, Ostvarenje 2004.
27. **Gaddes WH, Edgell D.** 1994 Learning disabilities and brain function, a neuropsychological approach. New York: Springer- Verlag;.p. 415-423.
28. **Golub B., Jakovlevic S. i sar.** 2006. Poteškoće u učenju. Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb.
29. **Glumbić N.** 1999 Dinamika razvoja praktognostičkih sposobnosti dece predškolskog uzrasta. Beogradska defektološka škola, broj 1/99, Beograd.
30. **Greenspan S. i Wieder S.,** 2003, Dijete s posebnim potrebima: poticanje intelektualnog, emocionalnog razvoja. Lekenik 105-208.
31. **Greenspan S., MD, Nancy Thorndike Greenspan,** 2010 The learning tree. Merloyd Lawrence book, Da capo press/lifelong books 2010.
32. **Golubović, Š., Rudić, S., Rapaić, D.** (2008) . Povezanost prisustva faktora rizika na rođenju sa ispoljavanjem problema u razvoju i odlaganjem polaska u školu. Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja vol. 16, br. 3-4, str. 32-36 UDK: 616.8:616.89, ISSN 0354-2726. (M52) Filozofski fakultet Novi Sad
33. **Hallahan, D.P., Kauffman, J.M.,** 1994, Exceptional Child. Boston, Allyn and Bacon.
34. **Hrnjica S., i sar.,** 1991 Ometeno dete - uvod u psihologiju ometenih u razvoju. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
35. **Hammond, J., Hercules, F.** (2003). Understanding Dyslexia: An Introduction for Dyslexic Students in Higher Education. Glasgow:The Glasgow School of Art.
36. **Holt K.S.** (1991): Child Development, Diagnosis and Assessment. Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford, London.
37. **Harold N. Levinson,** M.D Dyslexia/LD and Attention Deficit Disorders, Groundbreaking Understanding, Diagnosis and Treatment <http://www.dyslexiaonline.com> (посетено на 24.06.2011)
38. **Hamstra-Bletz, L, i Blote, A.W.** 1993 A Longitudinal Study on Dysgraphic Handwriting in Primary School, Journal of the disabilities 26,689-699.
39. **Ilona Posokhova,** (rujan 1999.) Razvoj govora i prevencija govornih poremećaja u djece, u izdanju Ostvarenja, Zagreb.
40. **Išpanović Radojković V.,** 1986 Nespretno dete: Poremećaj praksije u detinjstvu. ZUNS Beograd.
41. **Išpanović Radojković V., Govedarica Tatjana,** 2006, Reedukacija psihomotorike i relaksacija kao terapijski model u decjoj psihijatriji. Psihijatrija danas 2006,vol.38, br.1, str.41-49, Beograd.
42. **Išpanović-Radojković V.,** 1988 Pažnja i saznajni život. Psihijatrija danas, Beograd.
43. **Jakulic, S.,** 1981 Mentalna zaostalost, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd.
44. **Јачова, З. Димитрова-Радојичић, Д. Чичевска-Јованова, Н.,** 2004. Раната интервенција на децата со пречки во развојот. Дефектолошка теорија и практика, Скопје, бр. 1-2, 47-59.
45. **Jadranka Bjelica, Ines Galić-Jušić, Ada Pavlić-Cottiero, Ilona Posokhova, Iva Prvčić, Mihaela Rister,** 2009 Prirucnik o disleksiji, disgrafiji i sličnim teskocama u čitanju, pisanju i učenju tekstualni dio. <http://public.srce.hr/hud> - Hrvatska udruga za disleksiju (посетено на 11.06.2011)
46. **Kirby, A.** (2005). Dyspraxia. Developmental Co-ordination Disorder. A Condor Book. Souvenir press (E&A). Ltd.
47. **Kremžar, B., Petelin, M.** (2001). Otrokov gibalno vedenje. Ljubljana: Društvo za motopedagogiko in psihomotoriko. <http://motopedagogika.com>

48. **Kremžar. Б.** (1992). Posebna gibalna vzgoja s psihomotorično zasnov. Zavod republike Slovenije za šolstvo, Ljubljana.
49. **Копачев Д.,** 1999 Невропсихологија, (интерна скрипта) Филозофски факултет, Скопје.
50. **Копачев Д., Трајковски В.,** 2000, Ниво на доживување на телесната целост кај развојните диспраксни и дистонички растројства. Дефектолошка теорија и практика Скопје, бр.1-2, волумен 4, 110-116.
51. **Ковачевић Д., Bojanin S., Ispanović V.** 1984 Priručnik za procenu psiho-motornog razvoj predškolske dece. IMZ, Beograd.
52. **Krstić N.,** 2005 Specifični razvojni poremećaji, Beograd, Psihijatrija danas 2002, vol. 34, iss. 3-4, pp. 215-235.
53. **Krstić N.,** 2006 Reedukacija psihomotorike kao oblik neuropsihološke rehabilitacije, Beograd, psihijatrija danas, vol. 38, iss. 1, pp. 51-66.
54. **Krupska, M., Klein, C.** (2004), Demystifying Dyslexia. London: Development Agency.
55. **Keith Cheng, MD, Kathleen M. Myers, MD, MPH, MS,** 2011, Child and Adolescent Psychiatry The Essentials (second edition), Learning Disabilities, Philadelphia, USA.
56. **Kristin Stanberry** 2009 Making the Most of Your Parent-Teacher Conference. National Center for Learning Disabilities <http://www.ncld.org/>
57. **Керамичиевска В., Митревска Р., Саболиќ Н.,** 2004 Интеграција-инклузија. Дефектолошка теорија и практика 2004; 1-2: 133-144 Скопје.
58. **Lazor Mirjana Slavica Marković, Snežana Nikolić** 2008 Priručnik za rad sa decom sa smetnjama u razvoju - Novi Sad: Novosadski humanitarni centar, 2008(No-vi Sad Lito studio). - 40 str. : ilustr. ; 25 cm <http://www.nshc.org.rs/pdf/prirucnikza-radsadecom-pdf> (посетено на 23.02 2011)
59. **Learning Disabilities association of America, Sam Goldstein, Ph.D.** July-August 1998 issue of LDA Newsbriefs, Emotional Problems in Adults with Learning Disabilities, <http://www.ldanatl.org> - (посетено на 15.05.2011)
60. **Logopedski kabinet Verbum Sanum** <http://www.verbum-sanum.hr> logopedija, priprema dete za u skolu 2009, (посетено на 22.05.2011)
61. **Lurija, A.R.** 1966, Higher Cortical Functions in Man, 2nd edn. New York, NY:basic Books.
62. **Margalit, M. & Idan, O.** (2004). Resilience and Hope Theory: An Expanded Paradigm for Learning Disabilities Research. Thalamus, 22(1), 58-65.
63. **Marija Novosel-Kernic,** 1991, Dijagnosticiranje u defektologiji, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta, Zagreb.
64. **Milena Košak Babuder, Marija Velikonja,** 2011 Učenci z učnimi težavami– Pomoč in podpora. Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana.
65. **Mirjana Markovic i sar.,** 2009 Korak po korak (priracnik za roditelje i vaspitace). Kreativni centar, ISBN: 978-86-7781-180-8. Beograd.
66. **Mustać, V., Vicić, M.,** 1996. Rad s učenicima s teškoćama u razvoju u osnovnoj školi. Školska knjiga, Zagreb.
67. **Mary Beth Klotz, Ph.D., NCSP and Daryl Mellard, Ph.D.** 2011, The State of Learning Disabilities. New York, NY: National Center for Learning Disabilities.
68. **Nika Poljansek** 2008 Učenka s primanjkljajem na motoričnem področju v redni osnovni soli - studija primera, diplomsko delo, Ljubljana 2008 <http://www.fsp.unilj.si/COBISS/Diplome/Diploma22052370PoljansekNika.pdf> [diplomska](#), (посетено на 23.02 2011)
69. **National Center for Learning Disabilities.** 28 February 2008 Inc Response to Intervention and IDEA - LD Identification in the RTI Instruction Model. New York.

70. **Ozbić Martina.** 1995 Razvojna konstruktivna dispraksijain ritmična sposobnost. Defektol. slov. (Ljubl.), december, 3, št. 2, str. 31-43. [COBISS.SI-ID 59885568]
71. **Ozbić Martina, Donda Valerija, Kogovsek Damjana.** december 2004, Razvojna disleksija in dvojezičnost. Defektol. slov. (Ljubl.), letn. 12, št. 3, str. 27-52. [COBISS.SI-ID 6046793]
72. **Ozbić Martina.** 2007, Glasbo gledam, vidim, tipam, božam, gibam, slišim in poslušam : glasba za osebe z motnjo sluha. Glasba v šoli in vrtcu, letn. 12, št. 2, str. 28-51, ilustr. [COBISS.SI-ID 7178313]
73. **Povše Ivčić V.** 2006 Defektološka i psihološka procena u dijagnostici sposobnosti I u evaluacija tretmana, Psihijat.dan. vol.38 iss. 1 pp. 89-103. Fakultet za specijalna edukacija I rehabilitacija, Beograd.
74. **Петров И.** 1993, Психотерапија на детски стравови при заболувања и соматски повреди -63-72, ФНПП Република Бугарија.
75. **Петров Р., Копачев Д., Такашманова Т.,** 2004 Деинституализација на деца со тешка ментална ретардација, Филозофски факултет Скопје.
76. **Петров Р.** 1999. Третман на тешко ментално ретардирани лица. Спектар АС Неготино.
77. **Piaget, J.,** 1977 The Development of Thought, Equilibration of Cognitive Structures, Oxford, Basil Blackwell.
78. **Piaget J.** 1983, Poreklo saznanja. Nolit, Beograd 113str.
79. **Posokhova I.,** 2007 Kako pomoći detetu s teškoćama u čitanju i pisanju. Pušćine, 2007. 376.1 Nk 1201.
80. **Povše-Ivčić V., Govedarica T.,** 2000 Praktikum opšte defektološke dijagnostike. Beograd, Institut za mentalno zdravlje.
81. **Radulović K.,** 2001 Mentalna zaostalost. Naučna knjiga, Beograd.
82. **Ronald D.Davis, Eldon M. Braun,** 2004 Dar disleksije. Finesa, Beograd.
83. **Raymond Tennant,** 2010 Strategies for teaching students with dyscalculia in inclusive classrooms, Al Hosn University, United Arab Emirates, <http://www.cec.sped.org/Content/NavigationMenu/ProfessionalDevelopment/RIGA2010Conference/RigaProgram.pdf> (посетено на 10.03.2011)
84. **Rudić, S., Golubović, Š. (2008).** Povezanost pojedinih aspekata kognitivnog funkcionisanja dece i odlaganja polaska u školu, Nastava i vaspitanje, 2008, No. 4, str. 504- 514, UDK: 37, ISSN 0547-3330. (M51) Filozofski fakultet Novi Sad
85. **Staković-Đorđević, M.,** 2002 Deca sa posebnim potrebima. VŠOV Pirot.
86. **Трајковски, Е.В.,** 2005. Хумана генетика. Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија.
87. **Трајковски, Е.В.,** 2011. Аутизам и первазивни развојни нарушувања. Филозофски факултет, Институт за дефектологија, Скопје.
88. **Tadić N.** (1989): Psihijatrija detinjstva i mladosti. III izdanje, Naučna knjiga Beograd.
89. **The British Dyslexia association,** Teaching methods for Dyslexic Children. <http://www.bda-dyslexia.org.uk> - (посетено на 16.062011)
90. **Vasić S.,** 1972. Govor vašeg deteta. Zavod za izdavanje udžbenika, Beograd.
91. **Vigotski S. L.,** 1987 Osnovi defektologije. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
92. **Vladisavlević S.** 1991 Disleksija i disgrafija. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.
93. **Vuletić, D.,** 1990. Test artikulacije. Fakultet za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.

94. **Weintraub S. Mesulam MM.** 1983, Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components. Arch Neurol 40(8):463-468.
95. **Завод за ментално здравје на деца и младинци „Младост“** Скопје 2010. (online) достапно на: <http://zds.com.mk/mladost.html> (посетено на 24 јуни 2011)
96. **Закон за здравствена заштита** (пречистен текст). 1997. Службен весник на Р.М. бр.38/91; У. Суд – 73/92; 46/93 и 55/95 и пречистен текст – 17/97 од 10 април 1997 год. (online) достапно на <<http://www.mlre.org.mk/cd.htm>> (посетено на 16 март 2011).
97. **Čordiĉ A., Bojanin S.;** 1992, Opšta defektološka dijagnostika. Beograd: ZUNS.
98. **Špela Golubović, Sandra Rudić, Dragan Rapać** 2008 Povezanost prisustva faktora rizika na rođenju sa ispoljavanjem problema u razvoju i odlaganjem polaska u školu. Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i granicnih područja, god. XVI, br. 3-4, str 32-36 2008. www.aktuelnosti.org/index.php/.../2008/xvi-broj-3.
99. **Sharami, M.** 2001 Matematika bez suza: Kako pomoći djetetu u učenju matematike. Lekenik, Ostvarenje.
100. Citanje i razumevanje procitanog. <http://printfu.org/mentalna?page=1> (посетено на 18.03.2011)

VIII. ПРИЛОЗИ

Прилог: Листа на фактори на ризик (користена за евидентирање на децата родени од 1990 до 2004 година

1	Семејна анамнеза (слепило, глувост од генетско потекло, метаболни заболувања, Даунов синдром и сл.)
2	Загрозеност во бременоста (инфекции, особено рубеола и цитомегаловирус, ЕПХ гестози, Diabetes mellitus и други заболувања)
3	Пре и постматуритет (породување пред 37-та недела и по 42-та недела)
4	Забавен интраутерин раст (СФД)
5	Асфиксија – клинички набљудувана или АПГАР 5/7 и понизок
6	Хипогликемија, ацидоза, хипотермија (означени како дијагноза или запишани во историјата на болеста)
7	Потешкотии во голтањето и цицањето (забележани или запишани во историјата на болеста два или повеќе пати)
8	Конвулзии (анамнестички или забележани во историјата на болеста)
9	Абнормални невролошки знаци (забележани во историјата на болеста)
10	Хемолитична болест, хипербилирубинемија
11	Цијанотични атаки (анамнестички или забележани во историјата на болеста)
12	Секоја потешка болест или инфекција во новороденчкиот период (особено менингоенцефалити, сепса и сл.)
13	Повеќеплодна бременост
14	Конгенитални аномалии
15	Интрапартални интервенции (форцепс, вакуумекстракција, царски рез и др.) и карлична презентација
16	Други ризични фактори (кои не се наведени, а според процената на матичниот лекар може да влијаат на развојот на детето)

ДЕФЕКТОЛОШКА ОБРАБОТКА

1. Моторика: Оштетена _____

_____ говор _____

2. Сетила;

Вид _____

Слук _____

3. Латерализираност на движењата и телото

ГЕ употребна Д Л Д/Л _____

Гестуална Д Л Д/Л _____

ДЕ Д Л Д/Л _____

Вид Д Л Д/Л _____

Слук Д Л Д/Л _____

4. Познавање делови на телото;

Во рамки на возраста, под возраста, над возраста,

Неуедначено, претежно под возраста, претежно над возраста.

Именување на прсти _____

Познавање десно-лево на себе и на други _____

Хеде-Пијаже _____

5. Тест на имитација на движења (ТИГ)

Во рамки на возраста, претежно Q1, Q2, Q3

Под возраста и одговара на ниво од Q1 _____ Q2 _____ Q3 за _____ год

Над возраста и одговара на ниво од Q1 _____ Q2 _____ Q3 за _____ год

6. Координација на движење;

глава / рака	+	-	+/-	_____
десна и лева рака	+	-	+/-	_____
рака / нога	+	-	+/-	_____
трчање во место со подигање на колената				_____

7. Манипулативна спретност _____

8. Ускладеност на движењата по ритам;

1. + - +/-	5. + - +/-
2. + - +/-	6. + - +/-
3. + - +/-	7. + - +/-
4. + - +/-	8. + - +/-

9. Репродукција на ритмички структури (аудитивна дискриминација)

Одговара на возраста во рамки на Q за возраст

Под возраста и одговара на возраст _____ год. во рамки на Q

Над возраста и одговара на возраст _____ год. во рамки на Q

10. Проценка на праксијката организираност; _____
мелокинетичка праксија _____

Процена на организираност на мускулатурата на лицето _____

Процена на организираност на идеомоторна праксија _____

Процена на организираност на идеаторна праксија _____

Процена на организираност на конструктивна праксија _____

1. реконструкција на обликот
2. реконструкција со ротација
3. реконструкција според цртеж
4. прецртување според модел
5. збир

11. Проценка на графомоторика како праксијка активност

Проценка на квалитетот на линеација и изведување на прескриптуалните облици.

Проценка на графомоторен низ (Лилијен Лирса)

Проценка на зрелост на ракописот (Ажириагера, Озиас)

Во рамки на возраста _____ Q1, Q2, Q3.

Под возраста и одговара на _____ год. Q1, Q2, Q3.

Над возраста и одговара на _____ год. Q1, Q2, Q3.

Проценка на дисграфичност на ракописот.

Поени на Доблицы _____

Лош ракопис, дисграфичен, изразито дисграфичен ракопис. _____

12. Читање

опис според начинот на проценка _____

примери во случаи на дислексија _____

Разбирање и репродукција на прочитаното _____

13. Ортографија

Правопис на слободниот состав и диктат _____

Односот на грешките при читањето и пишувањето _____

14. Гностички способности

Топогнозија (*Стевановиќ, Бојанин*) _____

Доживување и перцепција на односите во просторот _____

Претставен простор _____

Доживување на телото во просторот _____

Процена на доживување и перцепција на времето и неговите квалитети _____

- спонтан ритам _____

- репродукција на ритам _____

- симболично претставување на ритам и негово разбирање _____

15. Сознајна организираност _____

- серијација _____

отстапува (4-5) _____

емпириска серијација (5-6) _____

операционална серијација (7) _____

- Класификација и инклузија на класи (*Мелжак*) _____

фигурална колекција (до 5 г.) _____

нефигурална колекција (до 7 г.) _____

хиерархиска класификација (до 8 г.) _____

инклузија на класи + - _____

Конзервација на одредени физички квалитети _____

Просторна кореспонденција (4-5) _____

Визуелна кореспонденција (околу 6 г.) _____

Оперативна кореспонденција (7 г.) _____

Конзервација на количина _____

Конзервација на тежина _____

Конзервација на волумен _____

Конзервација на должина _____

Употреба на појмот број _____

16. Проценка на однесувањето; _____

ЗАКЛУЧОК: _____



WISC
WECHSLEROV TEST 3A INTELEKTUJNA
3A DELA

Презиме и име на испитаникот: _____

Пол: _____

Училиште: _____
Одделение: _____

Занимање на таткото: _____

Занимање на мајката: _____

Место на живеење: _____

Умат за пернег:

Изразен скор	ТЕСТНИ ПРОФИЛ
Почуаност	
Сфаќање	
Рачун	
Сличност	
Помнење	
Дополна	
Стрип	
Коцки	
Предмети	
Шифра	
Изразен скор	

	Трд.	Мес.	Ден
Дата на приемот			
Дата на партиџа			
Становиште			

[illegible]

ВЕРБАЛНИ ПОДТЕСТОВИ	Н. С.	И. С.
Почутиност		
Сфаќање		
Рачунање		
Сличност		
Помнење		
ВЕРБАЛЕН СКОР		
НЕВЕРБАЛНИ ПОДТЕСТОВИ	Н. С.	И. С.
Дополна		
Стрим		
Кодки		
Предмети		
Шифра		
НЕВЕРБАЛЕН СКОР		
ВЕРБАЛНА СКАЛА	I. S.	I. Q.
НЕВЕРБАЛНА СКАЛА	_____	_____
ГЛОБАЛНА СКАЛА	_____	_____

ЗАКЛЮЧОК:

I. ПОУЧЕНОСТ	C
1. Уши	
2. Нозе – куче	
3. Животно – млеко	
4. Прст	
5. Вода – вриење	
6. Продавница – шеќер	
7. Денари – 100 ден.	
8. Недела	
9. Годишни времиња	
10. Главен град на Македонија	
11. Сонцето заоѓа	
12. L – dl	
13.	
14. Тони – kg.	
15. Желудник	
16. Празник на трудот	
17. Зејтин – плива	
18. Година – недели	
19. Мостот на Дрина	
20. Македонец – висина	
21. Египет	
22. Главен град на Грција	
23. 11 октомври	
24. Барометар	
25. Скопје – Гевгелија	
26. Ватикан	
27. Терпентин	
28. Џингискан	
29. Хиероглифи	
30. Заложно право	

II. СФАКАЊЕ	C
1. Прст	
2. Топка (кукла)	
3. Леб	
4. Кавга	
5. Куќа	
6. Воз	
7. Арамии	
8. Пријател	
9. Памук	
10. Бродолом	
11. Доброделство	
12. Шума	
13. Амбасадори	
14. Ветување	

III. РАЧУН			
Задача	Време	Одговор	С
1. (45")			
2. (45")			
3. (45")			
4. (30")			
5. (30")			
6. (30")			
7. (30")			
8. (30")			
9. (30")			
10. (60")			
11. (30")			
12. (30")			
13. (30")			
14. (60")			
15. (120")			
16. (120")			

V. ПОМНЕЊЕ НА БРОЕВИ	
напред	назад
(3) 3, 8, 6 6, 1, 2	(2) 2, 5 6, 3
(4) 3, 4, 1, 7 6, 1, 5, 8	(3) 5, 7, 4 2, 5, 9
(5) 8, 4, 2, 3, 9 5, 2, 1, 8, 6	(4) 7, 2, 9, 6 8, 4, 1, 3
(6) 3, 8, 9, 1, 7, 4 7, 9, 6, 4, 8, 3	(5) 4, 1, 6, 2, 7 9, 7, 8, 5, 2
(7) 5, 1, 7, 4, 2, 3, 8 9, 8, 5, 2, 1, 6, 3	(6) 1, 6, 5, 2, 9, 8 3, 6, 7, 1, 9, 4
(8) 1, 6, 4, 5, 9, 7, 6, 3 2, 9, 7, 6, 3, 1, 5, 4,	(7) 8, 5, 9, 2, 3, 4, 2 4, 5, 7, 9, 2, 8, 1

IV. СЛИЧНОСТИ	С
1. Лимон – шеќер	
2. Момче – девојче	
3. Оди – фрла	
4. Нож – стакло	
5. Слива – праска	
6. Мачка – глушец	
7. Клавир – виолина	
8. Пиво – вино	
9. Хартија – јаглен	
10. Kg. – м.	
11. Ножици – бакарен лонец	
12. Планина – езеро	
13. Сол – вода	
14. Слобода – правда	
15. Прв – последен	
16. Броеви 49 и 121	

VI. ДОПОЛНА			
Слика	Време	Одговор	С
1. Чешел			
2. Лисица			
3. Мачка			
4. Маса			
5. Девочице			
6. Рака			
7. Врата			
8. Нохици			
9. Рибa			
10. Петел			
11. Штраф			
12. Капут			
13. Мува			
14. Карта			
15. Термометар			
16. Крава			
17. Шешир			
18. Чадор			
19.Профил			
20. Дрво			

VII. СТРИП			
Задача	Време	Редослед	Време
A – Куче (75")			
B – Мајка (75")			
C – Воз (60")			
D – Вага (45")			
„Борба“ пример			
1. Оган (45")			
2. Крадец (45")			
3. Селанец (45")			
4. Излет (45")			
5. Спанко (60")			
6. Градинар (75")			
7. Дожд (75")			

VIII. СОСТАВУВАЊЕ НА КОЦКИ			
Пример	Време	Успех	С
A – (45")		1.	
		2.	
B – (45")		1.	
		2.	
C – (45")		1.	
		2.	
1. (75")			
2. (75")			
3. (75")			
4. (75")			
5. (150")			
6. (150")			
7. (150")			

IX. СОСТАВУВАЊЕ НА ПРЕДМЕТИ			
Предмет	Време	Точност	С
D (120")			
K (180")			
O (180")			
A (180")			

ПЕДИЈАТРИСКИ ЛИСТ

Име и презиме _____ Дата на раѓањето _____

Местожителство: _____ Адреса: _____

Анамнеза

(Земена од мајката, таткото, _____)

1. ФАМИЛИЈАРНА

Има ли во фамилијата; крвно сродство _____, нервни болести _____

душевные _____ падавица _____, други болести _____

ТАТКО: година на раѓањето _____, занимање, _____

здрав - болен.

МАЈКА: година на раѓањето _____, занимање, _____

здрава - болна.

РОДОСЛОВНО ДРВО:

II ЛИЧНА

Гравидитетот поминал нормално или _____

Пораѓајот обавен дома - во породилиште, нормален, продолжен, тежок, заплакало _____

Помодрување _____ оживување _____

цицање _____ друго _____

Тежина при раѓањето _____

ИСХРАНА: доено _____ прихранување _____

одбиено _____

ПСИХОСОМАТСКИ РАЗВИТОК: гута _____ се смее _____ ја познава

мајка си _____ први зборови _____ седи _____ први заби

_____ стои _____ проодило _____ хигиенски навики

МИНАЛИ БОЛЕСТИ, ИНФЕКТИВНИ: Сипаници мали _____ овчи _____

Црна кашлица _____ заушки _____ жарлах _____

Дифтерија _____

ПСИХИЈАТРИСКИ НАОД

1. Презиме, татково име, име: _____
2. Пол: 1. М 2. Ж ☐ 3. Датум на раѓање _____
4. Адреса: _____
5. Податоците ги дава: _____
1 СЕГАШНА БОЛЕСТ (потешкотии, почеток, тек):

II ПОДАТОЦИ ЗА БРЕМЕНОСТА, РАЃАЊЕТО И НОВОРОДЕНЧЕТО:

6. Бременост по ред: 1. прва, 2. втора, 3. трета, 4. останати _____ y* ☐
7. Спонтан абортус: О. не, 1. еден, 2. два, 3. три, 4. повеќе _____ y ☐
8. Тек на бременоста: О. нормален, 1. патолошки _____ y ☐
9. Болести на мајката во бременоста: О. не, 1. да _____ y ☐
10. Лечење на мајката во бременоста: О. не, 1. да _____ y ☐
11. Детето е посакувано од: О. обадвата, 1. мајката, 2. татко, 3. не е посакувано _____ y ☐
12. Раѓање: О. нормално, 1. патолошко _____ y ☐
13. Родено по ред: 1. прво, 2. второ, 3. прето, 4. останато _____ y ☐
14. Родено: О. на време, 1. предвремено _____ y ☐
15. Тежина при раѓање: О. 3 кг. и повеќе, 1. 2-3 кг., 2. под 2 кг. _____ y ☐
16. Прв плач: О. веднаш, 2. после оживување _____ y ☐
17. Асфиксија: О. не, 1. модра _____ 2. бела _____ y ☐
18. Заболувања и компликации (конвулзии, продолжена жолтица) О. не, 1. да _____ y ☐
19. НАПОМЕНА:

III РАН РАЗВИТОК И ПРЕДУЧИШНА ВОЗРАСТ:

20. Детето го негувале: О. обата родители, 1. мајка, 2. татко, 3. баба-дедо 4. други роднини
5. усвоителка, 6. во дом, 7. други _____ y ☐
21. Доено: О. 6—12 м., 1. 3—6 м., 2. под 3 м., 3. не е доено, 4. над 12 м., _____ y ☐
22. Одбиено од прада: О. спонтано и постепено, 1. нагло од мајката, 2. нагло од детето, 3. останато _____ y ☐
23. Став на мајката кон исхраната: О. неупадлив, 1. немарен, 2. грижлив, 3. строг, 4. останато _____ y ☐
24. Тешкотии во исхраната: О. нема, 1. да _____ y ☐
25. Детето плачело: О. осредно, 1. малку, 2. многу _____ y ☐
26. Прва насмевка: О. пред 3 месеци, 2. покасно _____ y ☐

* = непознато

27. Први зборови: О. од 8—10 м., 1. покасно v
28. Реченица: О. од 2—3 год., 1. покасно v
29. Пречки во говорот: О. нема, 1. тепање, 2. д'ткање, 3. мутизам, 4. останато v
30. Проодување: О. до 16 м., 1. покасно v
31. Моторика: О. спретна, 1. неспретна, 2. често паѓа, 3. останато v
32. Спиење: О. мирно, 1. немирно, 2. често се буди, 3. плаче, 4. ноќен страв, 5. сомнабулизам, 6. останато v
33. Обучување на сфинктерите: О. во втора година, 1. во прва година, 3. не е обучуван, 4. останато v
34. Став на родителите при обучувањето: О. одмерен, 1. безгрижен, 2. строг, 3. останато v
35. Контролата е воспоставена: О. до 3 год., 1. покасно 2. не е воспоставена 3. останато v
36. Пречки на сфинктерите: 1. ноќно мочање, 2. дневно мочање, 3. дефецирање, 4. запек, 5. останато v
37. Однос спрема мајката: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато v
38. Однос спрема таткото: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато v
39. Однос спрема браќа и сестри: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато v
40. Однос спрема врениците: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато v
41. Друштвеност: О. бара друштво, 1. избегнува, 2. рамнодушен, 3. останато v
42. Во игра е: О. неупадливо, 1. упадливо v
2. останато v
43. Детето е самостојно: О. да, 1. не v
2. останато v
44. Сексуални интересирања: О. пројавува, како 1. не пројавува v
2. останато v
45. Емоционален живот: 1. стравови v
2. тага, депресивност v
3. агресивност v
4. љубомора v
5. останато v
46. Одвојување од родители: О. не, 1. да (колку пати) v
47. Ако е „да“, колку долго и на која возраст v
48. Причина за одвојување: v
49. Реакција на одвојувањето: О. неупадливо, 1. тажно, 2. повлечено, 3. заплашено, 4. агресивно, 5. останато v
50. Особености во развојот: v

VI УЧИЛИШНА ВОЗРАСТ

51. Тргнување во училиште: О. на време, 1. порано, 3. покасно v
52. Ако е порано или покасно, причина: v
53. Реакција на тргнувањето: О. неупадливо, 1. заплашенот, 2. пружа отпор 3. одбива да оди, 4. останато v
54. Однесување во училиште: О. неупадливо, 1. немирно, 2. повлечено, 3. агресивно, 4. останато v

55. Прифаќање на училишни обврски: О. работи само, 1. со поттикнување, 2. пружа отпор, 3. не прифаќа, 4. останато _____ y
56. Однос спрема другарите: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато _____ y
57. Друштвеност: О. бара друштво, 1. рамнодушен, 2. избегнува 3. останато _____ y
58. Прифатеност од другарите: О. прифатен, 1. рамнодушен, 2. неприфатен 3. останато _____ y
59. Однос спрема наставниците: О. неупадлив, 2. плашлив, 3. претерано послушен, 3. непослушен, 4. агресивен, 5. останато _____ y
60. Прифатеност од наставниците: О. прифатен, 1. рамнодушен, 2. неприфатен, 3. останато _____ y
61. Мислење на наставниците: _____ y
62. Особености во развојот:
- V ПУБЕРТЕТ И МЛАДЕШКА ВОЗРАСТ**
63. Појава на полно белези: О. на време, 1. покасно _____ 2. порано _____ y
64. Менарха: О. од 10—15 год., 1. покасно _____ 2. порано _____ y
65. Нокни полудии: О. од 12—15 год., 1. покасно _____ 2. порано _____ y
66. Настраност во секс. развој: О. нема, 1. има _____ y
67. Вознемиреност поради телесните промени: О. не, 1. да _____ y
68. Емоционални промени: 1. справови _____ y
2. тага и депресивност _____
3. агресивност _____
4. останато _____ y
69. Однос спрема мајката: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато _____ y
70. Однос спрема таткото: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато _____ y
71. Однос спрема браќата: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато _____ y
72. Однос спрема сестрите: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато _____ y
73. Однос спрема другарите: О. со емоции, 1. студен, 2. амбивалентен, 3. агресивен, 4. љубоморен, 5. плашлив, 6. останато _____ y
74. Однесување во училиште: О. неупадлив, 1. немирн, 2. повлечен, 3. агресивен, 4. останато _____ y
75. Однос спрема наставници: О. неупадлив, 1. плашлив, 2. претерано послушен, 3. непослушен, 4. агресивен, 5. останато _____ y
76. Успех во училиште: О. одличен, 1. мн. добар, 2. добар, 3. доволен, 4. слаб _____ y
77. Мислење на наставниците: _____ y
78. Особености во развојот:
- VI ПРЕЛЕЖАНИ БОЛЕСТИ**
79. Инфективни: О. не, 1. да (кога) _____ y
80. Останати: О. не, 1. да (кога) _____ y

81. Невропсихијатарски О. не, 1. да (кога) _____ Y ☐
82. Конвулзии: О. не, 1. заценување, 2. фебрилни, 3. останато (кога) _____ Y ☐
83. Зачестеност на конвулзиите _____ Y ☐
84. Операции: О. не, 1. да (кога) _____ Y ☐
85. Физички повреди: О. не, 1. да (кога) _____ Y ☐
86. Психички повреди: О. не, 1. да (кога) _____ Y ☐
87. Последици од заболувањата, операциите и повредите: _____

VII. ФАМИЛИЈАРНИ ОДНОСИ

88. Фамилијарна атмосфера: О. топла, 1. студена, 2. напната, 3. депресивна, 4. конфликтна, 5. садо-мазохистична, 6. променлива, 7. останато: _____ Y ☐
89. Сукоби во фамилијата: О. нема, 1. ретки, 2. чести, 3. останато _____ Y ☐
90. Причини за сукобите: 1. љубомора, 2. неверство, 3. алкохолизам, 4. ставбени проблеми, 5. матер. проблеми, 6. секс. неслагање на родители, 7. болести во куќата, 8. воспитување на децата, 9. проблеми со децата, 10. погледи на животот, 11. останато _____ Y ☐
91. Однесување во тек на сукобот: 1. кутење, 2. повлекување, 3. кавање, 4. тепање, 5. малтретирање, 6. останато _____ Y ☐
92. Начин на воспитување: О. демократски, 1. авторитетен, 2. строг, 3. со многу барања, 4. променлив, 5. останато _____ Y ☐
93. Доминантен родител: 1. татко, 2. мајка, 3. рамноправни, 4. останато _____ Y ☐
94. Став на мајката спрема испитаникот: О. топол, 1. студен, 2. непријателски, 3. презагрижен, 4. негрижен, 5. попустлив, 6. апресивен, 7. садомазохистичен, 8. останато _____ Y ☐
95. Став на таткото спрема испитаникот: О. топол, 1. студен, 2. непријателски, 3. презагрижен, 4. негрижен, 5. попустлив, 6. апресивен, 7. садомазохистичен, 8. останато _____ Y ☐

96. Впечаток за мајката:

97. Впечаток за таткото:

98. Болести на фамилијата:

НАПОМЕНА:

Датум: _____
Скопје, _____ 199_____

Потпис: _____



Ј.З.О. ЗДРАВСТВЕН ДОМ НА СКОПЈЕ - СКОПЈЕ
РЕ ЗАВОД ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ
НА ДЕЦА И МЛАДИНЦИ
Скопје

Бр. на досие _____

ПЕДАГОШКИ ЛИСТ

Презиме и име _____ Фамилијарна анамнеза

Датум и место на раѓањето _____

Училиште _____ одд. _____

Адреса _____

Датум на испитување _____

Прв преглед _____ успех во училиште

Контролен преглед _____

Интервју со родители и деца

Поведение на ученикот

Активен	одговорен	трудољубив
Љубопитен	уреден	самостоен
Бара помош	пасивен	работи со потик
Ги завршува задачите	не ги завршува задачите	

Испитување на училишни знаења

Мајчин јазик

Читање

1. Читање по смисол (со нагаѓање)
2. Испуштање и додавање гласови
3. Дисритмичко читање
4. Незапазување на интерпункција
5. Успорено темпо на читање
6. Заменување на гласови
7. Заменување на слогови
8. Недоволна пауза меѓу зборовите
9. Неповрзано читање
10. Неспособност за аутокорекција
11. Отпор спрема гласно читање
12. Недоволна спретност во читањето
(Изопачено репродуцирање на зборовите)
13. Скратување на зборовите (произволно)
14. Неспособност за читање
15. Совладана техника на читање

Пишување

1. Деформација на зборовите
2. Преместување на слоговите
3. Испуштање на: слогови, вокали, константи во почетокот, средина и на крај
4. Додавање на: слогови, вокали, константи во почетокот, средина и на крај
5. Замена на пишување на големи букви со мали и обратно
6. Не одвојување на зборовите (слеано пишување)
7. Лошо пишување на буквите
8. Бесмислено пишување на буквите
9. Делење на сложените зборови
10. Неспособност за пишување
11. Лоша линеација
12. Правилно пишување на зборови

Математика

Толкување на математички симболи

Изведба на сметачки операции

Природа и општество

Усвоеност на наставните содржини и однос спрема учењето

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Го воочува битното | 1. Самостоен |
| 2. Критички расудува | 2. Несамостоен |
| 3. Самостојно репродуцира | 3. Истраен |
| 4. Добро се изразува вербално | 4. Неистраен |
| 5. Пројавува креативни способности | 5. Повремено му треба поттик и помош |
| 6. Поврзува и заклучува со помош | 6. Работи по потреба |
| 7. Пасивно помни и репродуцира | 7. Неприфака соработка |
| 8. Се збунува во нови ситуации | 8. Не е заинтересиран за група |
| 9. Успева само со помош | 9. Соработува во група |
| 10. Ги минува рамките на програмата | |

Наод и мислење