

**УНИВЕРЗИТЕТ "СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ"
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ- СКОПЈЕ
ИНСТИТУТ ЗА ДЕФЕКТОЛОГИЈА**



**ЗАСТАПЕНОСТ НА МЕНТАЛНИТЕ РАСТРОЈСТВА КАЈ
УЧЕНИЦИТЕ СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ ОД
ПОСЕБНИТЕ ОСНОВНИ И СРЕДНИ УЧИЛИШТА ВО
СКОПЈЕ**

- МАГИСТЕРСКИ ТРУД-

Кандидат:

Лилјана Трпчевска

Ментор:

Проф. Д-р Горан Ајдински

Скопје, 2014

СОДРЖИНА

ВОВЕД	3
ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ	6
1.1. ИСТОРИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ	
<i>Ментално растројство или интелектуален дефицит?</i>	6
1.2. ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ	7
1.3. КРИТЕРИУМИ ЗА КЛАСИФИКАЦИЈА	9
1.4. МЕНТАЛНО РАСТРОЈСТВО	10
1.4.1. Застапеност на менталните растројства кај лицата со интелектуална попреченост	11
1.4.2. Најчести видови на ментални растројства кај лицата со интелектуална попреченост	15
а) Афективни растројства	15
б) Анксиозни растројства	17
в) Растројства во психолошкиот развој	19
г) Шизофренијата, шизотипни и налудничави растројства	20
д) Растројства во однесувањето и емоциите	21
1.4.3. Поврзаноста на возраста и јавувањето на менталните растројства ..	22
1.4.4. Поврзаноста на половата припадност и појава на ментално растројство	24
1.4.5. Поврзаноста на социо-економски статус со појава на ментално растројство	25
1.4.6. Поврзаноста на семејниот статус и појава на ментално растројство	26
1.4.7. Поврзаноста на степенот на интелектуална попреченост и ментално здравствени проблеми	27
1.4.8. Поврзаноста на медицинската состојба и појава на ментално здравствените проблеми	28
1.5. Емоционални и бихејвиорални проблеми кај учениците со интелектуална попреченост	29

1.6. Екстернализирачко и интернализирачко однесување	30
1.7. Фактори кои влијаат на појавата на менталните растројства кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост	32
1.7.1. Индивидуалните заштитини фактори	34
1.7.2 Индивидуални фактори на ризик	35
1.7.3. Средински заштитни фактори	35
1.7.4. Средински фактори на ризик	36
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	38
2.1. Предмет на истражувањето	38
2.2. Карактер и цели на истражувањето	39
2.3. Задачи на истражувањето	39
2.4. Хипотези на истражувањето	40
2.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето	41
2.5.1. Методи	42
2.5.2. Користени инструменти во истражувањето	43
2.6. Статистичка обработка на податоците	46
2.7. Популација и примерок	47
3. РЕЗУЛТАТИ	49
4. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ	97
5. ЗАКЛУЧОЦИ.	105
6. Ограничувања и потешкотии во тек на истражувањето	107
7. Препораки	108
8. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	114
9. Прилози	127

ВОВЕД

Сите се стремиме кон благосостојба, среќа и добро здравје. Многубројни истражувања во светот го испитуваат менталното здравје, однесувањето на децата и адолесцентите од популацијата со типичен развој. Многу потешко се наоѓаат истражувања во кои се презентираат податоци кои ја испитуваат проблематиката на менталното здравје и застапеноста на овие проблеми кај децата и адолесцентите со било кој вид на попреченост во развојот. Поврзаноста на менталното здравје и интелектуалната попреченост неодамна почна да добива соодветно внимание.

Сеуште во некои култури интелектуалната попреченост се дефинира како ментално растројство, не се разбира попреченоста како своевиден развоен тек кој е различен од типичниот развој, не се препознава можноста за истовремено јавување на ментални растројства кај овие лица. Развојот на лицата со интелектуална попреченост е карактеризиран со инсуфициентна интеграција на различни функции на ЦНС, како последица на ова се јавува незрелост на невро-мускулната структура, слаба диференцијација на гностички функции, како и сиромашен емоционален и социјален развој, што доведува до дисхармоничност на развојот на личноста и висок ризик за бихејвиорални и психијатриски нарушувања кај оваа популација (Бојанин С., Колар Д., Колар М., 2002). Недоволното разбирање на менталното здравје, развојните и животни циклуси, однесувањето на децата и адолесцентите, доведува до непознавање на манифестирањето на менталното растројство, посебно кога тоа се јавува кај индивидуи со попреченост (NADD, 2004). Според Светската здравствена организација (СЗО), попреченоста не претставува само здравствен проблем, тоа е комплексен феномен кој се одразува на интеракцијата меѓу тоа што индивидуата е, и тоа што прави во општеството во кое живее. За надминувањето на тешкотиите со кои се соочуваат лицата со попреченост, потребни се интервенции за да се совладаат овие средински и социјални бариери (WHO, 2013).

Состојбата на интелектуалната попреченост иако ја зголемува вулнерабилноста за било кое психијатриско нарушување, состојбата сама по себе не е доволна да предизвика психопатолошки промени кај индивидуата. Децата и адолесцентите со интелектуална попреченост може да ги развијат истите психички, емоционални и бихејвиорални нарушувања како врсниците од општата популација, но манифестирањето на симптоматологијата на нарушувањето за исти растројства, може да се разликува. Сеуште е нејасно и кај стручната и останатата јавност, дали можеме

јасно да ја одредиме границата на преодот меѓу состојбите на „нормалното ментално здравје“ и “болното“?, бидејќи често се зборува за неможноста за разликување на „типичното“ за нив, од „болното“ однесување, поради нестабилноста, нејасноста на границите на: нормалното, здравото, болното, ненормалното. Дополнителна тешкотија во утврдување и реферирање за нивната состојба претставува перцепцијата на симптомите. Точното препознавање, вербализирање, обрнувањето на внимание, посебно да укажат и да се пожалат на одредени чувства и манифестации во телото на кои им е потребно внимание, секогаш претставувало тешкотија за овие лица. Искусувањето на физичките симптоми е доста често, некои студии укажуваат на важноста за известувањето за симптомите повеќе отколку што придаваат важност на промени во физиологијата (Petrie P.K., Broadbent E., & Kydd R., 2008). Според истите автори, разбирањето на факторите кои влијаат на перцепцијата на симптомите е особено важна, бидејќи известувањето за одредени промени, односно симптоми, е централно место на многу медицински размислувања и поставени дијагнози. Од друга страна, непознавањето на симптомите најчесто доведува до ненавремено реагирање, доцнење во барањето на соодветна помош или третман, несоодветна медикација, отежнување на здравствената состојба, до хроничитет на одредени болести и состојби. Лицата со интелектуална попреченост скоро секогаш може да кажат кога имаат потреба од храна, сон, но опишувањето на детектираната болка или соматската потешкотија (нешто не е во ред со телото), психолошката димензија со опис на чувствата и доживувањата (пр. како се јавила и на што се должи вознемиреноста), честопати е многу потешко (Robbins & Kirmayer, 1991).

Во научната литература се зборува за „дијагностичкото засенување“, непознавање и неразбирање на промените на состојбите на оваа популација, или зголемено непотребно патологизирање. Поради тоа среќаваме податоци за застапеноста на менталните растројства кај оваа популација со различен ранг, од 15% до 70%. Но во поголемиот број на научни истражувања резултатите говорат за застапеност на менталните растројства која е три до четирипати повисока отколку кај популација со нормативен развој (Harris JC, 2006, Bakken TL et al. 2010, Fletcher R. 1993). Светската здравствена организација (СЗО) укажува на недостатокот на релевантни епидемиолошки и истражувачки податоци во научната литература кои се однесуваат на менталните нарушувања кај децата и адолесцентите, нема организирано собирање на податоци на национално ниво кои се однесуваат на проценката на оваа проблематика. Одреден број на објавени студии, имаат база на податоци и докази,

издржани методи, евалуација на применети интервенции и нивна ефикасност, натамошни препораки за тоа како да се разберат и да се постапи кон сложените здравствени потреби на лицата со типичен, но и за лицата со пречки во интелектуалниот развој.

Со оглед на фактот дека не постојат релевантни податоци кои ја истражуваат проблематиката од областа на менталното здравје на лицата со интелектуална попреченост во нашата земја, нема собирање на податоци на национално ниво кои се однесуваат на проценка на менталното здравје на лицата со попреченост, се одлучивме да пристапиме кон ова истражување со кое добивме слика и подобро разбирање на големината на проблемот. Целта беше да добиеме емпириски сознанија и идентификација на застапеноста на менталните растројства со кои се соочуваат децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, но добивме сознанија и за психолошките особености и однесувањето на учениците, т.е. за детектираните ментално-здравствени проблеми кои ги проценувавме и меревме со меѓународен инструмент за брз психијатриски скрининг, поврзаноста на потешкотиите со менталното здравје според одредени мерени варијабли, кое секако сметаме дека претставува првиот чекор кон запознавање со големината и карактеристиките на проблемот.

Проблемите кои се поврзани со менталното здравје немаат влијание само додека се актуелни симптомите, во научната и стручната јавност се зборува за долгорочните последици од овие проблеми: напуштање на училиштето, зголемен ризик за семејна дисфункционалност, зголемен стрес кај секој член на семејството, економски предизвик... Сознанијата кои ги добивме со истражувањето, се надеваме ќе дадат придонес врзани за одредени прашања кои се врзани со проблемите и грижата за менталното здравје, би биле од корист за преземање на превентивни активности, но и за рана и навремена детекција која дава можност за започнување на адекватен и навремен третман, подобрување на квалитет на живот на лицата со интелектуална попреченост, семејствата, средината.

Резултатите добиени во ова истражување покажаа, голема застапеност на менталните растројства, на емоционалните и бихејвиоралните проблеми кои беа на гранично и на клинички значајно ниво, а кои се нетретирани и недијагностицирани, што треба да ја алармира научната, стручната јавност, правењето политики на национално ниво, посебно кои се однесуваат на лицата со интелектуална попреченост.

I ДЕЛ

ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ

1.1. ИСТОРИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ

Ментално растројство или интелектуален дефицит?

Колку што постои човештвото, така и осцилирало мислењето, разбирањето и третманот на лицата со попреченост. Некои ги воздигнувале интелектуално попречените лица, ги нарекувале „деца на добриот Бог“ (“les enfants du bon dieu”), во исто време овие лица биле озогласувани (Садок Б., Садок В, том 2, стр. 3076)

Докази за препознавање и третман на интелектуално попречените лица потекнуваат уште од најраните медицински записи. Хипократ опишал микроцефалија и краниостеноза, додека Гален ги истражувал причините за когнитивните тешкотии. Во средниот век, Авицена предложил третмани за менингитис и хидроцефалус, дури ги дефинирал нивоата на интелектуалното функционирање.

Во ренесансата попреченоста ја третирале како медицинско прашање кое имало потреба од стручни служби и обучени професионалци. Овој концепт кој ги сметал лицата со попреченост за болни и слаби, а попреченоста ја сметале за болест која треба да се лекува со нехуман однос кон овие лица, се третирале како лица кои немаат права, ниту правни ниту морални, додека грижата за овие лица била препуштена на болниците или манастирите (McKee Barbara J., 2003)

Модерната историја на истражување во полето на интелектуално попречените лица започнува во доцниот 18, и раниот 19 век. Жан Марк-Итард се обидел да го образува Виктор, „дивото дете од Авеирон“. Итард својата работа со Виктор ја оценил како неуспешна, но со овој експеримент, Итард за првпат ја зел предвид можноста да се образуваат личностите со вакви тешкотии, а неговите трудови предизвикале интерес во едукативните, но и други интервенции за лицата со потешкотии. Влијанието на работата на Итард се гледа и во работата на неговиот ученик Едуард Сеген, кој го подобрил и го објаснил *пристапот со сензорен тренинг* на неговиот учител, овој метод го употребувал во праксата во специјалните училишта за учениците со интелектуална попреченост, но и го развил психолошкиот поглед во образованието во средината на 19 век. Во 1876, Сеген ја формира најстарата и најголема трансдисциплинарна професионалната организација за интелектуална попреченост American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (претходно AAMR).

Пред 1800 година, не постоела никаква диференцијација помеѓу „менталниот дефицит“ и „лудилото“ (Plucker Jonathan, 2013). Жан Ескирол го направил првиот обид да ја опише оваа разлика во книгата „За менталните болести“, која претставува прва книга која има објективен и рационален преглед на менталните растројства. Во книгата тој вели "Идиотиозмот не е болест, туку состојба во која интелектуалните објекти никогаш не манифестираат, или никогаш доволно не се развиваат да може идиотот да се здобие со толкава количина на знаење како неговите врсници растени во слични околности, или едноставно не се во состојба да примаат нови знаења. Ескирол се обидел не само да ја утврди разликата помеѓу интелектуалната попреченост и „лудилото“, но исто така предвидел низа на идни случувања на полето на интелектуалната попреченост. Тој е првиот психијатар кој комбинирал прецизни клинички описи со статистичка анализа на менталните болести, тој ја диференцирал интелектуалната попреченост од менталната болест и предложил неколку нивоа на интелектуална попреченост. Жан Етиен Доминик Ескирол, прави разлика помеѓу илузиите и халуцинациите, ја нагласува животната средина и староста како преципитирачки фактори за настанување на ментални растројства, прв ги антиципирал модерните гледишта и сугестии дека менталните растројства може да бидат повеќе предизвикани од емоционални потешкотии, отколку од органско оштетување на мозочната структура (Encyclopædia Britannica, 2014)

Џон Лок (op.cit. Tammy Reynolds и сор., 2014) бил еден од првите кои ги одвојувал лицата со интелектуална попреченост од „лудаците“. Според него "Разликата меѓу идиотите и лудаците, е тоа што лудаците имаат погрешни идеи и имаат причина за нив. Идиотите имаат многу малку, или воопшто немаат идеи и имаат сиромашни причина за нив“. Тука се направени големите реформи и чекори за подобро разбирање на менталната болест и интелектуалната попреченост.

1.2. ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ

Во литературата се говори дека нормален, здрав развој постои кога има хармонија меѓу постигнатото заедничко ниво на зрелост, со зрелоста на секоја поделна област: физичката, емоционалната, когнитивната, социјалната, однесувањето, морално-етичката и психосексуалната област. Кога одредена област не созрева во квантитативна

смисла, станува збор за забавеност во развојот, и однесување кое квалитативно отстапува од нормата.

Ескирол е првиот медицински автор кој напишал дефиницијата и направил карактеризација на интелектуалната попреченост како растројство во развојот, наместо болест, задржано во сите модерни дефиниции (кои бараат појавност за време на детството или адолесценцијата). Вилијам Вајт забележал дека „слабоумноста, дури и од аспект на мерење на интелигенцијата, е релативна тема кога се изразува преку однесувањето на индивидуата и однесувањето кое би се сметало за нормално во некои околности, но може да се биде подложно на преиспитување како патолошко во други околности“ (Садок Б., Садок В, том 2, стр. 3078).

Низ историјата се користеле различни стигматизирачки термини кои ја означуваат интелектуалната попреченост. Во текот на втората половина на 20 и почетокот на 21 век се користеше терминот *ментална ретардација* од латинскиот збор *retardare* кој означува, "успорено, назадно, одлагање, попречено" Првпат зборот „ретардирани“ ставен во релација на развојно назадување се употребил во 1895, кога овј термин ги заменил старите термини како идиотија, ментална субнормалност... Сега, по пет децении, терминот ментална ретардација е отстранет од исти причини. Денес многу стручни лица и истражувачи, преферираат да го употребат терминот *интелектуална попреченост*. Во новата ревизија на дијагностичкиот прирачник DSM-5 на Американската Психијатриска Асоцијација (АПА) се користи терминот *интелектуална попреченост* (op.cit Harris JC, 2006). МКБ 10^{та} ревизија (1992), го користи терминот *ментална ретардација*, но предложен термин на работната група за изработка на МКБ 11^{та} ревизија е терминот *интелектуална развојна попреченост*. Според Меѓународна класификација на функционирање, попреченост и здравје (ICF), интелектуалната попреченост е префериран тековен термин како мост за терминот кој ќе се користи во иднина, ја дефинира групата на развојни состојби карактеризирани со значително засегање на когнитивните функции, кој пак се асоцирани со ограничување во учењето и во адаптивното однесување (Salvador-Carulla L et al., 2011).

Во овој труд ќе го користиме терминот *интелектуална попреченост*.

Светската здравствена организација (СЗО) ја дава дефиницијата за интелектуална попреченост (во македонската верзија на МКБ 10, користен е терминот *душевна заостанатост*), која гласи: „Душевна заостанатост е состојба на сопрен и нецелосен развој на умот, што особено се карактеризира со оштетување на знаењата што се јавуваат за време на развојниот период и знаења што придонесуваат за вкупното

ниво на интелигенцијата, т.е. на сознајните, јазичните, моторните и на социјалните способности“ (МКБ, 10 ревизија, 1992).

Според *Американската асоцијација за интелектуални и развојни нарушувања* (AAIDD), интелектуалната попреченост се дефинира како: “функционирање на пониско интелектуално ниво од просечната популација која се јавува за време на развојниот период, а е поврзана со лошо адаптивно однесување“ (ор.сit. Ајдински Г., 2007).

1.3. КРИТЕРИУМИ ЗА КЛАСИФИКАЦИЈА

Во повеќето современи класификациони системи, лицата со интелектуална попреченост се делат во категории според степенот на интелектуална попреченост кои конвенционално се проценуваат со стандардизирани тестови за интелигенција. Како што се наведува во МКБ 10 (1992), интелектуалните способности и социјалното приспособување може со текот на времето да се менуваат, но и да се подобрат со навремена обука и рехабилитација.

Меѓународната класификација на болести, десеттата ревизија е најраспространет и најчесто употребуван класификационен систем низ сите земји учеснички на СЗО (ор.сit. Ајдински Љ., Ајдински Г., Михаилов З., 2007). Според овој систем поделбата е на:

- ❖ *лесна ментална ретардација* (50-69 IQ). Веројатно ќе резултира со извесни тешкотии во школувањето. Многу возрасни ќе бидат способни да работат и да одржуваат добри општествени односи и да допринесуваат за општеството.
- ❖ *умерена ментална ретардација* (IQ од 35-49). Веројатно ќе резултира со изразит развоен застој во детството, но повеќето ќе научат да се развијат со извесен степен на независност и грижа за себе, како и со соодветна комуникација и со академски искуства. Возрасните ќе имаат потреба од различен степен на поддршка за да можат да живеат и работат во општеството.
- ❖ *тешка ментална ретардација* (IQ од 21-34). Веројатно ќе имаат потреба од постојана поддршка.
- ❖ *длабока ментална ретардација* (IQ под 20). Резултира со тешко ограничување за сопствената грижа, континенција, комуницирање и движење.
- ❖ Во оваа класификација СЗО ги вбројува и:

- ❖ *друга ментална ретардација*: оваа категорија се употребува тогаш кога е тешко да се процени степенот на интелектуалната попреченост со вообичаените процедури, поради здружените сензорни и телесни оштетувања.
- ❖ *неспецифична ментална ретардација*: оваа категорија, пак се применува кога има присуство на ментална ретардација, но со недоволни информации што се неопходни за да се распореди лицето во претходните категории.

1.4. МЕНТАЛНО РАСТРОЈСТВО

Менталното растројство е здравствена состојба која генерално се карактеризира како „неможност за регулација на расположението, мислите и/или однесувањето (или комбинација на наведеното), придружено со стрес и/или засегнато функционирање“, како што се наведува во Дијагностичкиот статистички прирачник, 4 издание (DSM-IV), на Американската психијатриска асоцијација. Менталното растројство, или ментална или психичка болест, првенствено влијае на организираноста на личноста, умот и емоциите, сериозно го нарушува нормалното психолошко функционирање на индивидуата, однесувањето отстапува од вообичаеното, не е прилагодено и претставува тешкотија која го намалува капацитетот за соочување и справување со секојдневните барања на животот. Менталните растројства се состојат од широк спектар на проблеми, со различни симптоми, вклучувајќи ја депресијата, шизофренија, биполарни нарушувања, опсесивно-компулсивни растројства, панични, посттрауматски стресни растројства, гранични нарушувања на личноста. Повеќето од овие нарушувања, можат да бидат успешно третирани.

Менталното растројство влијае на луѓето на најразлични начини, влијае на функционирање на индивидуата во повеќе области, може да има разурнувачки ефект кон семејството и пријателите, заедницата. Нарушувањето на менталното здравје ја редуцира можноста за грижа за себе, дава силни негативни емоции, опфаќа широк ранг на симптоми забележани низ промени во мислењето, расположението и однесувањето, намалена можност за воспоставување и одржување пријателства. Знаците и симптомите на менталното растројство може да варираат, зависат од видот на растројството, околностите и други фактори. Според податоци на Светската здравствена организација, три од десетте водечки причини за инвалидност кај луѓето на возраст од 15 до 44 години, се ментално-здравствените нарушувања, односно,

невропсихијатриските состојби се водечка причина за попреченост кај младите луѓе во сите региони (WHO, RC63 fact sheet on mental health). Во извештајот за менталното здравје на децата и адолесцентите на СЗО АТЛАС (WHO 2005), се укажува на резултати од епидемиолошки студии за преваленција од 20% на ментални растројства кај деца и адолесценти, кај 4 до 6% од тие 20%, се опсервира значително ментално растројство кое има потреба од клиничка интервенција (WHR, 2001), почетокот на јавување на половината од долгогодишните ментални растројства се проценува дека е некаде од четринаесеттата годишна возраст (op.cit. Kessler et al. 2005).

Доколку не се третираат, овие состојби значително влијаат на развојот на детето, влијаат на функционирањето во домот, воспоставување на пријателски релации со врстници, образовните постигнувања, потенцијалот да живеат исполнет и продуктивен живот.

1.4.1. Застапеност на менталните растројства кај лицата со интелектуална попреченост

Нашето знаење за епидемиологијата на психопатологијата кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост е ограничено од повеќе фактори. Има недостаток, или многу малку истражувања и релевантни податоци за менталните проблеми кај овие лица, има истражувања направени во одредени институции или само на психијатриски клиници на ограничен, нерепрезентативен примерок, па оттаму неможеме да добиеме реална слика и да зборуваме за севкупна застапеност на овие проблеми. Постојат разлики во методолошките приоди и користените мерни инструменти во истражувањата кај оваа популација, има недостиг на стандардизирани методи и инструменти за проценка на психопатологијата особено насочена кон оваа популација, истражувањата се спроведени на мал примерок и може да се каже дека не обезбедуваат адекватни интервали на доверба за идентификување на стапката на преваленца, недоволни се податоците за симптомите, синдромите и нарушувањата. Постојат разлики, но и има недостаток на податоците кои се поврзани со основните демографски варијабли како возраст, пол и степен на интелигенција, разлики во класните варијабли (етничка припадност, социјалната класа, брачен статус на родителите..), што секако доведува и до појава на различни податоци во однос на застапеноста на менталните растројства кај лицата со интелектуална попреченост. И покрај овие ограничувања, и за жал, недоволни студии и научни истражувања во

нашата земја, светските истражувања говорат дека децата и адолесцентите со интелектуална попреченост се поранливи за повеќето психијатриски состојби, во споредба со децата и адолесцентите со интелигенција во рамките на просекот. Иако доста се истражува и се зборува за зачестеноста на ментално-здравствените потешкотии кај оваа популација, често тие не се навремено препознаени, точното препознавање станува се потешко со зголемување на степенот на попреченост (Reiss S., 1982).

Постојат различни размислувања и несогласувања во однос на одредување на вкупната застапеност на менталните растројства кои ќе ги прикажеме низ податоците од научните истражувања во текстот. Дошен ја испитува психопатологијата на лицата со интелектуална попреченост, тој истакнува дека, некои автори при одредувањето на преваленцата се насочуваат само на психопатологијата и ги одвојуваат бихејвиоралните нарушувања, сметаат дека растројствата со недостаток на внимание и хиперактивноста (АДХД) и аутистичниот спектар на нарушување (АСН) се често поставувани и се дијагнози „во мода“ (Дошен А., 2005). Се укажува дека не може секогаш да се разликуваат овие растројства од вообичаениот недостатокот на внимание и тешкотијата во концентрацијата, импулсивноста, немирот, типични појави кај лицата со лесна интелектуална попреченост, во споредба со симптомите карактеристични за поставување дијагноза на АДХД. Се смета дека АСН треба да биде исклучена во одредувањето на вкупната преваленца, таа психијатриска состојба често е асоцирана со интелектуална попреченост, но лицата со пониски интелектуални капацитети може да покажат аутистично однесување, социјална наивност и повлеченост, проблеми со промените, кои се „нормални“ според нивните ментални капацитети.

Во нашето истражување сакавме да добиеме целосна слика за оваа проблематика кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, односно ја одредувавме севкупната застапеност на менталните растројства, односно, ги вклучивме сите ментални растројства според МКБ 10.

Националната асоцијација за двојна дијагноза за лица со интелектуална попреченост и ментално здравствени потреби, известува дека многу професионалци ја имаат усвоено проценката од 30-35% застапеност на психијатриските нарушувања кај луѓето со интелектуални и пречки во развојот (Fletcher, 2004). Податоците од светските истражувања укажуваат дека кај една третина од децата и возрасните со интелектуална попреченост се јавуваат знаци и симптоми кои укажуваат на некое ментално растројство (Fletcher et al., 2007, Masi G., 2010, Masi G., et al., 1996). Застапеноста

според некои автори кои ги цитира Даниел Верг е: 14-70% (Campbell & Malone, 1991 op.cit.); од 20 до 35 % според Грацијан (2002), (op.cit. Daniel Werges, s.a.). Еинфилд и Тонг (2000) утврдуваат застапеност од 40%, 36,7% кај Костело и сор. (2003); 50,4% (Cormack, K. F. M., Brown, A. C. and Hastings, R. P. (2000); 10 до 40 % (Rojahn & Tasse, 1996), 42% кај лицата со умерена интелектуална попреченост, и 33% кај лицата со лесна интелектуална попреченост (Petter Stromme, Trond H Diseth 2000).

Споредбата меѓу застапеноста на менталните растројства кај лицата со интелектуална попреченост, и тие со типичен развој е предмет на многу истражувања. Харис дава податок за нарушувања како: емоционалните и бихејвиоралните проблеми, психози, афективни и анксиозни растројства, кои се почесто застапени кај лицата со интелектуална попреченост, во споредба со тие со типичен развој, т.е. се зборува за 4-5 пати повисока стапка на застапеност (Harris, 2006). Австралиските адолесценти и млади лица со попреченост (на возраст од 15–29) имаат лошо ментално здравје, 15% од нив имаат некое ментално растројство, споредено со децата со типичен развој кај кои е забележана застапеност од 8% (Emerson, Llewellyn et al. 2012). Епидемиолошката студија на Еинфилд и Тонг (2000), направена на репрезентативен примерок на 582 млади лица со интелектуална попреченост, на возраст од 4–19 години, испитувани во два временски периода, во 1991–1992, и повторно во 1995–1996, со евалуација направена со листата за развојно однесување „Developmental Behaviour Checklist“, добиле резултат за преваленцата 3 до 4 пати поголема кај лица со интелектуална попреченост, или околу 40% од младите луѓе имале психијатриски нарушувања кои опстојувале повеќе од 4 години.

Поради различноста во методолошките пристапи во научните истражувања, се добиваат различни податоци за застапеноста на менталните растројства, особено ако во инклузионите критериуми се земат бихејвиоралните проблеми, кои ја зголемуваат застапеноста, во споредба на студиите кои се насочуваат само на психопатологијата. Емерсон (2003) направил секундарна анализа на *Бирото за национална статистика* од истражувања кои се однесувале на менталното здравје за 1999 и 2004 година според МКБ 10 критериумите, на примерок деца и адолесценти со интелектуална попреченост (n=641), и без попреченост (n=17774). Застапеноста на менталните растројства кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост била 36%, додека само 8% од децата и адолесценти без интелектуална попреченост имале присуство на ментално растројство (OR=6.5), (Emerson, 2003; Emerson and Hatton, 2007). Зголемената преваленца според нив е резултат на вклучувањето на АСН, АДХД, и пореметување во

однесувањето, во одредување на севкупната преваленца. Најзастапени биле: растројствата во однесувањето кај 25% од децата и адолесценти со интелектуална попреченост наспроти 4.2% без попреченост, следуваат емоционалните, анксиозните нарушувања застапени со 9.5% со и 4,1% кај децата без попреченост, АДХД 8.7% наспроти 0.9%, АСН кај 7.6%, наспроти 0.1%, во овој испитуван примерок не се регистрирале психотични растројства.

Terhi Koskentausta и сор., (2002), добиле резултат за застапеност од 33% на менталните растројства, од кои најчести дијагнози била первазивно развојно растројство и хиперкинетско растројство.

Според истражување на Австралискиот институт за здравје и благосостојба од 2010 година, преваленцата на психијатриските и невробихејвиоралните нарушувања се движела од 30-40%. Три четвртини од австралиските лица со аутизам (повеќето од нив и со интелектуална попреченост), имале клинички значително ниво на развиена психопатолошка симптоматологија.

Некои светски истражувања ја испитуваат поврзаноста на полот, возраста, комбинираните пречки, за манифестирање на одреден тип на нарушување. Емерсон и Хатон добиле податок според кој, кај помалите деца се идентификувани повеќе растројства од АСН, додека кај постарите депресивни растројства. Кај момчињата имало повеќе регистрирани растројства во споредба со девојчињата, значително позастапено било растројството во однесувањето. Не е утврдена значителна поврзаност на болести на нервен систем и појава на ментално растројство, додека изложеноста на социјален ризик ја зголемувал преваленцата за појава на психопатологија. Костело и сор. (2003), во една лонгитудинална студија ја истражувале распространетоста на психијатриски нарушувања, на репрезентативен примерок на население од 1420 деца на возраст од 9 до 13 години, според DSM-IV критериуми за ментално растројство. Кај 36,7% од учесниците за време на истражувањето (31% од девојчињата и 42% од момчињата) имало дијагностицирано барем едно психијатриско нарушување. Некои нарушувања (социјална анксиозност, паника, депресија и злоупотреба на супстанции) имале зголемена преваленца, додека други, вклучувајќи ги сепарационата анксиозност и недостаток на внимание/хиперактивност, се намалуваат со текот со возраста. Овие автори добиле резултат за континуитет од една дијагноза кон друга која се движела: од депресија до анксиозност, и од вознемиреност кон депресија, од АДХД до опозициско-пркосно растројство, и од анксиозност до растројство во однесувањето и злоупотреба на супстанции, почест континуитет е виден кај девојчињата.

1.4.2. Најчести видови на ментални растројства кај лицата со интелектуална попреченост

Националната асоцијација за двојна дијагноза, за лицата со интелектуална попреченост со ментално здравствени проблеми (2004), известуваат за најчестите видови на ментални растројства кај лицата со интелектуална попреченост, дефинирани според МКБ 10 (1992). Според оваа асоцијација, почесто известувани се: афективните, анксиозните, психотичните и проблемите во однесувањето.

а) Афективни растројства

Растројства на расположението (афектот) ги содржи растројствата кај кои основното нарушување е промената на афектот или расположението во депресија (со или без анксиозност), или во весело расположение. Во оваа група се манијачната епизода, биполарното афективно растројство, депресивната епизода.

Лицата со интелектуална попреченост се склони кон појава на растројства во расположението, но многу е тешко да се одреди застапеноста на растројства од оваа група, бидејќи повеќето лица со интелектуална попреченост имаат потешкотија да распознаат и да зборуваат за своето расположение. Посебна тешкотија претставува распознавањето на различното манифестирање на симптомите и проблемите во расположението кај децата, споредено со манифестациите на овие растројства кај возрасните. Децата не се поштедени од искусување на депресивно расположение, на пример, кога ќе се почувствуваат дека се поразлични од другите, дека ги немаат истите вештини и способности, нарушувањето во сонот и исхраната, социјалното повлекување, анксиозноста или импулсивноста, може да укажат на нарушување во расположението.

Зачестеноста на појавата на оваа група на растројства кај интелектуално попречените лица според многу автори е иста како и кај општата популација. Според Бојанин (2002), во минатото се сметало дека лицата со интелектуална попреченост не можат да бидат депресивни, па често растројствата на расположението биле недијагностицирани кај оваа популација. Но, истиот автор истакнува, симптомите на афективните растројства кај овие лица, се слични како и тие со нормална интелигенција, но постојат разлики во начинот на кој што го доживуваат и опишуваат своето расположение, односно, често не можат директно да ги вербализираат

емоционалните манифестаци. Дошен (2005), наведува неколку можни фактори како причина за настанување на афективни растројства: основната психобиолошка афективна реакција ја поврзува со опкружувањето и неговото штетно влијание, најчесто претставува поттикнувачки фактор за појава на депресивна состојба која е изразено низ лоша слика за себе, со хронична афективна депривација, чувство на неприпадност, неадекватна емоционална приврзаност на мајката и летето, недоволно разбирање од другите, губиток и промени во емоционалните релации, се фактори кои може да доведат до подолготрајни промени во расположението.

Шлос (1988), истакнува дека депресивното расположение кај интелектуално попречените лица, почесто го опишуваат како болест, отколку како тага. Најчесто овие лица презентираат слика како: губиток на апетит, нарушен сон, социјално повлекување и губење на интерес, психомоторна ретардација, инхибиција или агитација, додека кај потешките форми на интелектуална попреченост, депресивноста се манифестира низ „бихејвиорални депресивни еквиваленти“ како: агресивност, вриштење, самоповредување, автостимулација, хиперактивност, слаб контакт со другите, запустање на надворешен изглед, регрес во однесувањето со барање на внимание и инфантилизација, губење на веќе стекнатите социјални вештини.

Рејнолдс и Милер, прават споредба на присутноста на депресијата кај група на адолесценти со лесна интелектуална попреченост, и група на адолесценти со интелигенција во граници на нормални вредности. Во истражувањето употребувале стандардизирани дијагностички инструменти за мерење на депресивноста. Резултатите од ова истражување, укажале на вредности кои биле повисоки во групата на адолесценти со лесна интелектуална попреченост на: скалата за осаменост, физичките симптоми со потекло од психолошка природа, плачливоста, чувство на безвредност и лутина (Reynolds & Miller, 1985). Според Кидл, застапеноста на депресијата е повисока кај адолесцентите со попреченост во споредба со тие со типичен развој. Според него, ризик фактори за појава на афективните растројства помеѓу адолесцентите со Даунов синдром, е асоцирано со биолошките фактори, додека за другите групи ризикот се зголемува со срединските фактори, како што е чувството на социјална изолација и различност од децата со типичен развој (Kiddle, 2011). Во истиот труд, се известува дека депресијата на родителите и семејните потешкотии, се ризик фактори за појавата на депресија кај децата, посебно внимание е насочено кон студиите кои покажуваат повисоко ниво на стрес и повисока стапка на разводи и разделување кај родителите на децата со интелектуална попреченост.

Ана Есбенсен (2004), цитира резултати од различни автори поврзани со застапеноста на депресијата кај помладата популација со интелектуална попреченост, но проценката направена од различни автори е варијабилна и таа се движи од: 0.0% (Eaton & Menolascino, 1982), 8.9% (Reiss & Rojahn, 1993), Meins (1993) ја проценува на 4.8%, додека Menaloscino, Levitas and Greiner (1986) и Reiss (1990) проценуваат повисока стапка од 8.2% до 8.3% (op.cit. Anna Johanna Esbensen, 2004). Депресијата според Совнер (1983), се јавува почесто во општата популација (15%), за разлика од лицата со интелектуална попреченост кај кои е варијабилна од 1.3% до 3.7%.

Малку истражувања се насочени кон утврдување на афективните растројства, посебно за маничните и биполарните растројства кај оваа популација. Матсон и сор. (2007) утврдиле дека психомоторната агитација, намалена потреба за сон, промени во паспоножението и агресија се значително поврзани со дијагнозата на манија. Многу често симптомите поврзани со манична епизода се типичните карактеристики во однесувањето на лицата со интелектуална попреченост, на пример, слабото расудување, расеаноста, прекумерната активност, импулсивноста и агресијата, зголемената друштвеност која може да се протолкува како позитивен ефект од тераписките активности, а не како симптом. Биполарните растројства ги карактеризираат промени на расположението и однесувањето, од депресија до еуфорично-хиперактивно однесување.

Бојанин и Деушиќ (2012) говорат за возраста на појавување и симптоматологијата на ова растројство. Во предпубертетска возраст се јавува хиперактивност, склоност кон дружење, зголемен импулс за говор, деструктивност, идеи на величина, промени на расположението, афективна неускладеност, додека кај постарите деца таа се изразува со восхитеност, еуфорија, идеи на величина, на помалата возраст почесто се јавуваат иритабилност и емоционалната лабилност.

б) Анксиозни растројства

Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства се голема група на растројства каде основната карактеристика е абнормалното или несоодветна анксиозност. Тука спаѓаат фобичните анксиозни растројства, други анксиозни растројства, опсесивно-компулсивно растројство, реакција на тежок стрес во приспособувањето, дисоцијативни (конверзивни) растројства, соматоформни растројства.

Анксиозните растројства се недоволно дијагностицирани кај лицата со интелектуална попреченост, стапката на застапеност е варијабилна, од 1% до 25% во одредени студии. Во оваа популација сосема ретко се среќаваат неуротски нарушувања, и таму каде би се развило такво реагирање, се добива слика на психотична декомпензација (Колар Д. и сор., 2003). Лицата со интелектуална попреченост не може да ги артикулираат нивните субјективни состојби, одбегнувачки се настроени, покажуваат повеќе возбудување на изложеност на исти стимули со врсниците, може да не ја препознаат својата анксиозност како скриена причина за вознемиреноста, агитираноста или агесијата. Често се разгледува и се зборува како недоволна контрола на импулси, отколку како анксиозност. Клиничката слика на анксиозноста содржи когнитивни, физиолошки, психолошки и бихејвиорални компоненти. *Психолошките* и когнитивните елементи може да се претстават како страв, непријатно исчекување, раздразливост, проблеми во концентрацијата и меморијата, повторувачки мисли на загриженост, а во екстремни случаи, паника. *Физиолошките* манифестации вклучуваат сува уста, темпоти во гортањето, повенило потење, бледило, палпитации, тремор, хипервентилација, болка во градите/затегнатоста, главоболка, болка во грбот, замор, мускулна напнатост, дијареа, зголемена универзална зацестеност, парестезија и несоница. Почесто манифестацијата на анксиозноста кај лицата со интелектуална попреченост, е низ бихејвиоралните реакции (Hoen-Saric et al, 1995). Куреј и Бакала цитираат студија на Матсон и сор. (1997), кои говорат дека анксиозноста не може да се изрази, особено кај луѓето со потешки степени на попреченост, кај нивообичаено се манифестира низ нарушување на однесувањето. Во дијагностицирање на анксиозноста кај интелектуално попречените лица, се нагласува потребата да се стави релативно поголем акцент на феномените како што се нервоза, викање, плачење, повлекување, регресивно однесување, кои може да се толкуваат како манифестации на страв (Khreim & Mikkelsen, 1997).

Според резултатите на студијата на Реид (1980), направена кај млади лица под 16 години со интелектуална попреченост на психијатриска клиника за деца, застапеноста на анксиозните растројства била 22%, наспроти резултатите за застапеноста на анксиозните растројства кај деца со типичен развој од 9-17 годишна возраст која била 13.1%. Во студија на преглед на литературата (Sherva Elizabeth Cooray и Alina Bakala, 2005), се открива слична, а во некои студии и повисока стапка на генерализирано анксиозно растројство кај лица со интелектуална попреченост. За значителна коморбидност на ова растројство кај адолесцентите со интелектуална

попреченост од 11-25 годишна возраст, зборува и Маси во својата студија, според која, кај повеќе од 70% од испитаниците било пријавено чувство на напнатост, страв, потребата за сигурност, раздразливост, негативни слика за себе, појава на физички симптоми (Masi et al., 2000).

в) Растројства во психолошкиот развој

Растројства во психолошкиот развој имаат заедничко со: постојан почеток во претшколскиот период или детството, оштетување или засостанатост во развојот на функциите што се во тесна врска со биолошкото созревање на ЦНС, постојан тек без ремисии и рецидиви. Тука спаѓаат специфичните говорни и јазични развојни растројства, специфичните развојни растројства на школските способности, специфично развојно растројство на моторната функција, мешани специфични развојни растројства. Почесто известувани во епидемиолошките студии се говорните и јазичните развојни растројства, и первазивните развојни растројства.

Первазивните развојни растројства се окарактеризирани со квалитативни ненормалности во реципрочните социјални интеракции и промени на обрасците на комуницирање, ограничен, стереотипен и повторуван репертоар на интереси и активности. Како еден од почесто пријавуваните коморбидитети поврзани со случаи на аутизам, е присуството на интелектуална попреченост. Повеќе од две третини од децата дијагностицирани со аутистичен спектар на нарушување (АСН), ги исполниле критериумите за интелектуална попреченост, во согласност со резултатите од студијата на Мелина Ривард и сор. од Универзитетот Квебек во Монреал, Канада (op.cit.Paul Whiteley, 2014). Резултатите од некои тестирања покажале постигнувања во одредени области кои можеле да бидат во нормални граници, додека резултатите за когнитивните (мислењето) и јазичните можности, биле со изразено послаби резултати. Резултатите од истражувањето со евалуација на повеќератни бази и извори на податоци на Националниот центар за вродени дефекти и развојни попречености во 2010 година, укажуваат дека речиси половина (46%) од децата идентификувани со АСН, имале просечна или интелектуални способности во граници на просекот ($IQ > 85$), 31% од децата со АСН имале IQ резултати со вредност на интелектуална попреченост ($IQ \leq 70$), 23% со гранични вредности ($IQ = 71-85$).

Многу често во литературата се известува за висока застапеност на нарушување на говорот и јазикот кај интелектуално попречените лица. Знаејќи дека говорот е

орудие на мислењето, основен облик преку кого се искажува мислата и неговата говорна единица, а е во корелација со интелектуалното функционирање, така интелектуално посposобните деца имаат подобро развиен говор, и подобра комуникација, споделување на мисли и идеи, вербално изразување и разбирање. Кај лицата со интелектуална попреченост овие потешкотии се изразени низ неправилност во изговорот на одредени гласови и јазично изразување кое може да ги зафати сите модалитети на говорот и гласот, структурата на јазикот, артикулацијата, бавен говорно-јазичен развој, недоволно развиен или неразвиен говор, посебни јазични потешкотии, нарушување на гласот. Често се среќава исклучително ограничен и неразбирлив говор, која дополнително ја отежнува комуникацијата и интеракцијата со средината, но и вербализацијата на субјективните доживувања, клучни во одредување на менталниот статус.

г) Шизофренијата, шизотипни и налудничави растројства

Главен симптом кај *шизофренијата, шизотипни и налудничави растројства* (психотични растројства) е психозата, делузиите и халуцинациите. Шизофренијата, како најважен член на оваа групата општо се карактеризира со темелни искривувања на мислењето и перцепциите, а афектите се несоодветни или отапени. Обично, јасната свест и интелектуалните способности се запазени, иако со текот на времето можат да се развијат извесни дефекти во сознанието. Најзначајни психопатолошки феномени се губење на контакт со реалноста, слушањето на одек на сопствените мисли, вметнување и одземање на мисли, пренесување на мисли, налудничаво перцепирање и налудничавости во контролата, влијание или пасивност, халуцинаторни гласови што коментираат или зборуваат со пациентот во трето лице, растројства на мислењето и негативни симптоми. Сеуште има отворени прашања поврзани со појава на шизофренија, која е болест на мислењето, перцепциите и јазикот, дали лицата со позасегнат степен на интелигенција кои немаат развиен говор, со абнормалност во развојот на мозокот, може да развијат и да манифестираат клиничките симптоми на оваа болест?

Појавата на психози во детска возраст е многу ретка, додека во адолесценцијата се јавува нешто почесто, со слично манифестирање на симптомите како кај возрасните. Според Бојанин (2002), шизофренијата во детска возраст се јавува педесет пати поретко отколку кај возрасните, 0.1%-1% од сите шизофрени нарушувања почнуваат

пред 10 година, 4% пред петнаесеттата, значителен пораст се јавува за време на адолесцентниот период. Во литературата се среќаваме со податоци поврзани со ризик факторите за појава на овие растројства, тоа се: херидитарна оптовареност, односно позитивна семејна историја за присуство на ментални растројства, оштетување на мозокот, начинот на комуникација во семејството која се одликува со конфузност, нејаснотија, и тешки форми на злоупотреба и занемарување. Реис наоѓа поврзаност на степенот на интелектуална попреченост со менталното здравје. Според истражување на пациенти со интелектуална попреченост кои биле амбуланстски третирани, Реис (1982) известува дека шизофрениа симптоматологија била позастапена кај лица со умерена интелектуална попреченост (46.7%), во споредба со лицата со лесна интелектуална попреченост (16.7%). Класичните симптоми вообичаено се присутни, но може да не бидат препознаени поради конфузност поврзани со соочување со стрес, чудно однесување, осиромашен говор и сомничавост. Според студијата на Салвадор-Карула и сор., (2000), кај 42 или 32.3% од лицата со интелектуална попреченост, се сретнал со дијагностицирано ментално растројство според DSM-III-R критериумите по следнава дистрибуција: шизофренија (17.7%), други психотични нарушувања (9.23%), афективни растројства (4.61%), растројства на приспособување (2.31%), анксиозни растројства (1.54%) и други психијатриски растројства (6.15%). Reid АН.(1980). утврдува дека одредени стереотипни, репетитивни, и други регресивни форми на однесување кои се евидентирале кај лицата со потежок степен на интелектуална попреченост, во минатото биле дијагностицирани како шизофренија.

д) Растројства во однесувањето и емоциите

Растројствата во обносните и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата ги вклучува: хиперкинетските растројства, растројства во поведение, мешани растројства во поведението и емоциите, емоционално растројство со почеток специфичен за детството, растројства на социјалното функционирање со почеток специфичен за детството и адолесценцијата, тикови.

Овие растројства се јавуваат почесто кај лицата со интелектуална попреченост поради намалените одбрамени ментални механизми, неможноста да игнорираат или да ги одложат ненадејните покачувања на доменот на импулсите, чувствата (афектите) и на емоциите, неможат да се доведат во психолошка хомеостаза на првобитната положба. Лицата со лесна попреченост во интелектуалниот развој, поради нивната

лесна поводливост и сугестибилност, спаѓаат во групата на ризични лица кај кои можат да се појават разни неприфатливи форми во однесувањето. Ова конфликтно однесување се јавува поради: намалена адаптивност и редуциран праг на толеранција кон фрустрации и стресни ситуации, намалена соработка и меѓусебно разбирање на другите лица, намалена способност за нагонско стремење и кочење на барањата кои се во противречност со опшествените норми. Дополнителна тешкотија во регулирање на однесувањето е емоционалната незрелост која е манифестирана низ: слабата толеранција на силни емоции, намалена способност за нивно прикочување и одложување на афективно реагирање во ситуации кои можат да имаат негативни последици што доведува до импулсивни постапки, дејствија без време за размислување и нивно прикочување или поинаку насочување. Најчестото празнење на негативните емоции е по пат на вербализација, но лицата со интелектуална попреченост имаат намалени одбрамбени механизми за обработка на емоцијата за да можат да го избегнат непријатното доживување, најчесто „празнењето или ослободувањето“ е манифестирано низ однесувањето (Чадловски, 2004).

Преваленцата на оваа група растројства кај деца и млади се движи од 1.5% и 3.4%, односно 4% на возраст од 13-16 години. Момчињата се позасегнати во споредба со девојчињата (Бојанин, 2012). Ан Кели и сор., укажуваат на некои од почестите проблеми во однесувањето кои може да бидат цел на третманот, без притоа да биде одредена специфичната дијагноза како: самоповредувачко однесување, физичка агресија кон луѓе или уништување на сопственост, импулсивност/хиперактивност, суицидални мисли/однесување, сексуално агресивно однесување, сексуално себеизложување/јавна мастурбација, социјална повлеченост, прекумерна зависност од други, несогласување/пркосно однесување, опсесивни мисли и опсесивно-компулсивно однесување (Ann Kelley et al., s.a.).

1.4.3. Поврзаноста на возраста и јавувањето на менталните растројства

Секој животен циклус претставува предизвик за индивидуата и семејството. Постои значителна варијабилност во однесувањето, односно, однесување кое може да се разгледува како типично во текот на една развојна фаза, може да се смета за несоодветно па дури и патолошко во друга развојна фаза, односно како што децата се движат од една развојна фаза во друга, го прошируваат и менуваат својот репертоар на однесување (Barr, R. G., 2000). И ретроспективните и проспективните истражување

покажале дека повеќето ментални растројства имаат појавност во детството и адолесценцијата. Детството и адолесценцијата се фази во животот кои ги следат најмногу когнитивни, емоционални, физички, биолошки, физиолошки и хормонални промени, период кој бара големо прилагодување. Со оглед дека адолесценцијата претставува „бурен период“, период на промени и пресвртници, обично проблемите на менталното здравје започнуваат најчесто во овој период.

Голема, национална студија за менталното здравје на адолесцентите, известува дека 8% од тинејџерите на 13 до 18 годишна возраст имаат анксиозно растројство, појавноста на симптоми најчесто е околу шестата година. Според Кеслер и сор. (2007), растројствата на контрола на импулсите имаат најрана дистрибуција. Епидемиолошките истражувања во многу земји, покажуваат дека АДХД се јавува од 7-9 годишна возраст, опозициско пркосно однесување од 7 до 15 годишна возраст, од 9-14 растројство во однесувањето. Според податоците од преглед на литературата од овие автори, 80% од опстојувањето на АДХД во возрастна доба почнува од 4-11 години, во поголем дел проблемите во однесувањето почнуваат меѓу 5 и 15 годишна возраст. Некои анксиозни растројства, како фобија и сепарационо анксиозно растројство, исто така имаат рана дистрибуција, со појавност од 7 до 14 годишна возраст. Другите анксиозни растројства (панично растројство, генерализирано анксиозно растројство, пострауматско стресно растројство), имаат подоцнежна дистрибуција според возраста на јавување. Распространетоста на растројствата на расположение имаат ниска застапеност до тинејџерската возраст, кога се следи линеарен раст во средната возраст, и пад во касната возраст, најголема застапеност се следи од 25-45 годишна возраст. Психотичните растројства ретко се јавуваат пред 14 години. Значително покачување се јавува меѓу 15 и 17 годишна возраст. Шизофрениот спектар на растројства го сочинуваат околу две третини од сите психотични растројства. Возраста на јавување на шизофренијата обично е од 15-35 години.

Податоците од истражувањето (Einfeld & Tonge, 1996), укажуваат дека возраста не влијае на целокупното присуство на психопатологијата. Тие ги поделиле децата на три групи: под 9 години, меѓу 9 и 13 години, над 13 години. Децата на возраст над 14 години во оваа студија имале помалку проблеми во однесувањето во споредба со помладите деца, не утврдиле разлики во однесувањето и емоционални проблеми кај децата кои потекнуваат од различни општествени класи.

Резултатите на истражувањето за „Национално здравје и исхрана“ спроведена од Центарот за болести, контрола и превенција во Австралија, укажуваат дека

преваленцата на дијагностицирано ментално растројство за деца на возраст од 8-15 години во текот на една година, изнесувало 13%. Најчесто растројство во оваа група било растројството на одржување на внимание и хиперактивност (8.5%), следено е од растројство на расположението (3.7%), кај 2.7% од децата имало депресивно растројство.

Маси се обидел да ги истражи дијагностичките критериуми за најважните ментални растројства кај адолесценти со интелектуална попреченост и нивните клинички карактеристики: растројства во расположението (афектот), психотични нарушувања, бихејвиорални растројства, растројства на личноста, анксиозни р-ва, АДХД. Интелектуалната попреченост била силно поврзана со зголемена вулнерабилност за развој на психопатологија со утврден инциденца 3 до 4 пати поголема кај овие лица за разлика од општата популација, додека адолесценцијата како мошне значајна фаза за растот и развојот кај овие лица, го зголемува ризикот од развој на било кое ментално растројство (Masi G. 1998).

1.4.4. Поврзаноста на половата припадност и појава на ментално растројство

Во многу истражувања се истакнува прашањето дали половата припадност има влијание за појава на психијатриски нарушувања?

Студиите кои ги истражуваат половите разлики и поврзаноста со појава на одредени нарушувања, укажуваат дека, кај припадничките на женскиот пол многу почесто се дијагностицира депресија и анксиозност во адолесцентниот период, додека машкиот пол е со зголемен ризик за појава на антисоцијално однесување (Afifi M., 2007). Резултатите од истражувањето на Хеиман (2001), покажуваат дека нема статистички значајна разлика според полова припадност за појавата на екстернализирачко и интернализирачко однесување, но момчињата покажувале помалку независно однесување, полесно им се одвлекувало вниманието, во споредба со девојчињата. Во поглед на возраста, помладите ученици биле повеќе екстривертни и со повеќе тешкотии во одржување на вниманието, во споредба со адолесцентите. Овие разлики ги поврзуваат со начинот на кој половите се справуваат со нивните емоции, односно, женскиот пол почесто интернализираат и социјално се повлекуваат (Denise Mann, 2011), размислуваат и повеќе се фокусираат на негативните емоции, отколку на активности за справување со проблемот (АПА, 2011), машките ги екстернализираат нивните емоции, и реагираат со постапки насочени кон надворешната средина.

1.4.5. Поврзаноста на социо-економскиот статус со појавата на менталното растројство

Според Американската асоцијација на психолози (АПА), социо-економскиот статус (СЕС) често се мери како комбинација на образование, приходи, и окупација, најчесто е конципирана како општествена положба или класа на поединецот или групата. Според податоците на некои истражувања, СЕС е клучен фактор кој има влијание на функционирањето на единката на повеќе полиња, го вклучува развојот низ животот, психолошкото здравје, физичкото здравје. Се повеќе внимание се придава на поврзаноста на нискиот СЕС и негативното психолошко здравје, додека повеќе позитивните карактеристики како оптимизам, самодоверба, контрола на импулсивноста и однесувањето се поврзуваат со повисок СЕС. Нискиот степен на СЕС е во корелација со нискиот степен на образование, сиромаштво, асоциран со лоши услови за живеење и лошо здравје, може да влијае на растот и развојот на детето, дополнително го отежнува севкупното функционирање.

Емерсон (2003), се насочува кон испитување на влијанието кое го има детето со попреченост, согледано е како економски предизвик за семејството, следено со помала социјална и психолошка поддршка, зголемени шанси или ризици за искусување на стресни животни настани, и поверојатно е функционирањето како „нездро“ семејство (Emerson, 2003). СЕС влијае на семејната стабилност, влијае на родителските практики кои имаат понатамошно влијание на развојните постигнувања кај децата (Trickett, et al., 1991 op.cit APA. 2014). Според Ондресма, повисока е стапката на искуства на злоупотреба и занемарување кај деца кои потекнуваат од семејства со низок СЕС (Ondersma, 2002 op.cit APA. 2014), произложени се на семејно насилство, а тоа е поврзано со повисока стапка на изложеност на стрес и лошо ментално здравје (Melki et al., 2004 op.cit APA. 2014) кое дополнително го зголемува ризикот за виктимизација.

Нискиот СЕС, е асоциран со повисока стапка на екстернализирачки и интернализирачки потешкотии, кои ја вклучуваат анксиозноста, депресијата, АДХД, проблеми во однесувањето, се јавува повисока стапка на агресивност, повеќе стресни искуства, обезитност и недохранетост, лоши услови за живот (op.cit. APA, 2014).

Drainoni и сор., (2006), укажуваат дека лицата со попреченост се соочуваат со бариери за добивање на здравствена заштита како резултат на проблеми со достапноста, разбирањето на проблемот, комуникацијата, превозот. Податоците од истражувањето кое се однесува на доследноста во земањето на препишаните лекови кај

лицата со попреченост, а е поврзано со влијанието на економските прашања (Soumerai et al., 2006), ни укажуваат дека 29% од испитуваните прескокнуваат земање на лекарства, самите ја намалуваат дозата, или не ги земаат лекарствата поради трошковите за лекувањето.

1.4.6. Поврзаноста на семејниот статус и појава на ментално растројство

Семејствата со дете со попреченост имаат потреба од многу енергија, воља и можности да се адаптираат на промените кои настануваат со растењето на детето со попреченост, се соочуваат со егзистенцијална несигурност и неперспективност, хронична изложеност на стрес, социјална депривација, екстремни, неефикасни и неконзистентни пристапи во дисциплинирањето.

Низ историјата се провлекува став и мислење дека раѓањето на дете со попреченост се доживува како трагедија, семејството е етикетирано и стигматизирано, доживотно ќе се соочува со потешкотии. Според Освин (op.cit. Sobsey D., 2004), детето со попреченост може да биде причина за висока стапка на несогласувања во семејството, но според него се зголемува и стапката на ментално-здравствени потешкотии со кои се соочуваат родителите и сиблинзите на овие деца.

Тагарт, Тејлор и МекКрум Гарднер, во 2010 година спроведуваат истражување во кое ги обработуваат и споредуваат истражувањата од емпириски студии достапни во меѓународна литература, објавени од 1995 до 2010 година. Ги споредувале индивидуалните и животните настани, семејните и социоекономските фактори кај лица со интелектуална попреченост, со и без бихејвиорални и емоционални потешкотии, како ризик фактори за појава на овие потешкотии. Добиените податоци од истражувањето, покажале сигнификантно влијание на овие фактори и поврзаност со испитуваните потешкотии. Семејството и социо-економскиот ризик статус вклучувало: живеење со еден родител, невработеност на родителите, лоши услови за живеење, злоупотреба на недозволени супстанции на родителот, позитивна историја на ментално растројство кај некој од родителите (Taaggart, D., Taylor, E. McCrum-Gardner, 2010).

Коскентауса ја испитувал поврзаноста меѓу семејното функционирање и социо-економскиот статус, поврзан со проблематично однесување и потешкотии во емоционалната област (Koskentausta и сор. 2007). Тој испитувал 75 деца со интелектуална попреченост на возраст од 6-13 години. Живеењето со еден родител, говорно-јазичните потешкотии, низок социо-економски статус и лошата

социјализација, биле предуслов за зголемен ризик за бихејвиорални потешкотии и појава на психопатологија кај овие лица. Според него идентификувањето на овие фактори би помогнало во можно превенирање на нарушувањата кај овие деца.

1.4.7. Поврзаноста на степенот на интелектуална попреченост и ментално здравствените проблеми

Често менталните растројства кај лицата со тешка интелектуална попреченост не се препознаваат или се целосно препокриени со нивната попреченост. Kerker et al. (2004) споредувале во својата студија податоци од популациски базирана студија на институционализирани пациенти со тешка интелектуална попреченост, каде се добиваат резултати за зголемена преваленца на ментални растројства кај овие лица. Причината која ја наведуваат за оваа поголема преваленца според нив е: подобрата идентификација од страна на стручниот персонал, користење на опсервациони техники и детални клинички алатки и интервјуа во институционализираното опкружување, што претставува подобра истражувачка практика споредено со анализирањето на податоците во администрацијата.

Одредени степени на интелектуална попреченост се чини дека се различно поврзани со застапеноста и видовите на нарушувања на менталното здравје што може да се дијагностицираат. Поточно, психопатологијата кај лицата дијагностицирани со лесна интелектуална попреченост е поврзан со психијатриски нарушувања, додека поединци со позасегнат степен на интелектуална попреченост се поврзани со прашања поврзани со однесувањето (Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M., 2007). Според истите автори, кај лицата со умерена и тешка интелектуална попреченост, се покажало да постојат слични стапки на застапеност на психијатриските и нарушувањата во однесувањето.

Резултатите добиени од истражувањето на Еинфилд и Тонг (1996) во една мултицентрична епидемиолошка студија во Австралија, укажуваат дека 40.7% од лицата со интелектуална попреченост на возраст од 4-18 години може да се класифицираат како лица со сериозни емоционални и бихејвиорални нарушувања, или лица кои имаат психијатриско растројство. Лицата со длабока интелектуална попреченост, имале пониско ниво на нарушување за разлика од лицата со тешка, умерена и лесна интелектуална попреченост. Резултатите укажале дека степенот на интелектуална

попреченост има влијание на пројавените карактеристики на однесувањето, оттаму нарушено и антисоцијално однесување било позастапено во групата на лица со лесна интелектуална попреченост, повлечено и аутистично однесување позастапено кај лицата со тешка интелектуална попреченост.

Во истражувањето на Corbett и Camberwell од 1978, преваленцата на значително нарушување во однесувањето кај деца со умерена и тешка интелектуална попреченост се движела околу 50% (op.cit. Eaton LF, Menolascino FJ, 1982).

1.4.8. Поврзаноста на медицинската состојба и појавата на ментално здравствени проблеми

Преваленцијата на хронични здравствените состојби е значително зголемена, особено кај лицата со поголемо когнитивно засегање. Според податоци од истражување, кај 50% од лицата со интелектуална попреченост се среќаваат визуелни и аудитивни дефицити, кај 1 од 5 лица со интелектуална попреченост има церебрална парализа, до 20% од поединци страдаат од епилептични напади (Volkmar and Lewis 1996 op.cit Johnson B. 2001). Епилепсијата е мошне честа кај оваа популација (Corbett, 1988), истата е асоцирана со зголемена стапка на психијатриски нарушувања, најверојатно поради комбинацијата на неуролошките и социјалните фактори.

Група на автори прават систематски преглед на извештаите за застапеноста на хронични здравствени состојби во популација на деца со интелектуална попреченост прегледувајќи бази на податоци од 2 994 релевантни истражувања за оваа проблематика, објавени од 1996 до 2008 година. Според нивното истражување, 6 најзастапени хронични здравствени состојби се: епилепсијата (22.0/100), церебрална парализа (19.8/100). Пријавената застапеност на хронични здравствените состојби во популација на деца со интелектуална попреченост е многу повисока во споредба на застапеноста кај децата од популацијата со типичен развој. Бројните студии кои биле вклучени во анализата биле ограничени поради различната методологија и разликите во евиденцијата на преваленцата на хроничните здравствени проблеми, особено кај децата со интелектуална попреченост (Barth Oeseburg, 2011).

1.5. ЕМОЦИОНАЛНИ И ПРОБЛЕМИ ВО ОДНЕСУВАЊЕТО КАЈ УЧЕНИЦИТЕ СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Важна улога во менталното здравје има препознавањето на различните емоции кај себе и кај другите, т.е. способноста за „читање“ и дејствување според чувствата и емоциите од невербалниот говор. Подоброто препознавање и разбирање на своите и на туѓите емоции, доведува до посупешна комуникација со другите, од нив зависи и подоброто емоционално прилагодување, вклученост и отвореност кон другите луѓе.

Лицата со интелектуална попреченост ги карактеризира: дефициентна социјална адаптација (несоодветна и недоволна социјализираност, зависност, несамостојност, проблем во почитување на друштвените норми), дефициентна емоционалност (емоционална незрелост, лабилност..), ригидно однесување, зголемена импулсивност (агресија, бес, непромислено однесување), ограничени интереси и слаба мотивација, склоност кон невротско и психотично реагирање.

Потешкотиите во емоционалната област, односно емоционалната возбуденост или вознемиреноста, се јавуваат поради неможноста за согледување и наблудување на своите емоции, следствено на тоа се јавува и потешкотија во справувањето и модулирањето на сопствените емоции, нивно модифицирање и прилагодување на нивното изразување, т.е. смирување на анксиозноста. Честа манифестација е и низ несоодветно реагирање на емоциите на другите, нискиот праг на толеранција на фрустрација и намалена можност за одложено исполнување и прилагодено канализирање на импулсите, неспособноста да се фокусираат на емоциите кон постигнување на определена цел, да игнорираат и да се смират ефикасно кога ќе се вознемират (Садок Б., Садок В, том 2, стр 590).

Лицата со интелектуална попреченост имаат ограничени комуникациски вештини, агресијата насочена кон себе или кон другите често претставува форма на невербална комуникација (Repa & Walker, 1983 op.cit. Puddicombe J., Lunskey Y. 2007). Агресијата и немирот претставуваат најзастапеното однесување кај лицата со интелектуална попреченост (Schroeder, Rojahn, & Olenquist, 1991, Marlene Busko, 2008). Иако агресијата се јавува во социјален контекст, поттикната е со бројните непредвидливи социјални случувања, но медицинските, генетските, психијатриските, невропсихијатриските, психолошките состојби значително влијаат во нејзино појавување. Гарднер (2007) известува за зголемена стапка на агресивно однесување кај лица со интелектуална попреченост, кои истовремено имаат и некое ментално

растројство. Агресивното однесување се известува како најчеста причина поради која се упатуваат овие лица во службите за ментално здравје.

Според Borthwick-Duffy, големи се можностите лицата со интелектуална попреченост да покажат агресивно однесување и во отсуство на било која форма на психоза, невротски и растројства на личноста, исто така во присуство на психијатриско нарушување да има отсуство на значителни предизвици во однесувањето. Промените во однесување и психијатриското растројство може да коегзистираат и влијаат едно на друго, според нив 10% од лицата со интелектуална попреченост имаат придружни бихејвиорални потешкотии и проблеми на менталното здравје (Borthwick-Duffy, 1994). Во следната студија на истите автори, утврдена е значително повисока стапка на агресивност, самоповредувачко и деструктивно однесување кај лицата со интелектуална попреченост. Депресијата, симптомите на анксиозност, биле во силна корелација со присуство на самоповредувачко однесување, однесување кое било со повисока стапка кај лицата со двојна дијагноза, за разлика од лицата кои имаат само интелектуална попреченост. Myrbakk и von Tetzchner (2008), не пронашле поврзаност помеѓу специфични форми на однесување и ментално здравје. Учесниците во студијата со тешка и длабока интелектуална попреченост, депресијата ја изразувале низ викање и агресија, кај лицата со помалку засегната интелигенција се манифестирало низ самоповредувачко однесување.

Декер и сор., испитувале репрезентативен примерок ученици со интелектуална попреченост (n:1014), и ученици со типичен развој (n: 1855), на возраст од 6 до 18 години. Направиле споредба на резултатите од сите скали од користениот инструмент (СВС-Р, СВС-Т). Резултатите покажале значително повеќе потешкотии на сите скали за проценка (вкупни потешкотии) кај лицата со интелектуална попреченост (50%), во споредба со 18% регистрирани потешкотии кај децата со типичен развој. Највисоки резултати кај децата со лесна интелектуална попреченост биле на скалите за социјални проблеми, АДХД, агресивно однесување, додека кај децата со умерена интелектуална попреченост биле на социјални проблеми, проблеми со вниманието, социјално повлекување и проблеми во мисловната сфера.

1.6. ЕКСТЕРНАЛИЗИРАЧКО И ИНТЕРНАЛИЗИРАЧКО ОДНЕСУВАЊЕ

Децата кои имаат емоционални проблеми или нарушувања во однесувањето, се карактеризираат првенствено со однесување кое е значително надвор од нивните

културни норми и возрасната група. Се јавуваат две димензии на однесувањето: екстернализирачко и интернализирачко.

Екстернализацијата е бихејвиорален образец на надворешни манифестации на неприлагодливост, или неможност за одбрамбена регулација за реагирање на изложеност на стресори, што подразбира намалена лична контрола и агресивност, деструктивност, хиперактивност, пркос. Според Ахенбах и Еделброк, екстернализирачките проблеми во однесувањето се карактеризираат со неможност за воспоставување на контрола на емоциите, а влучува тешкотии во одржување на меѓучовечки релации, постојано прекршување на правилата, лесна раздразливост. (Achenbach & Edelbrock, 1978).

Интернализацијата се карактеризира со одбрамбено функционирање, справување со внатрешните или надворешните стресори преку дејствување или повлекување, која како последица има преголема лична контрола и ги опфаќа симптомите како анксиозност, повлекување, депресивност. Според Ахенбах и Еделброк, интернализирачките проблеми во однесувањето се дефинирани како прекумерна контрола на емоциите кое што вклучува социјално повлекување, потреба за внимание, чувство на безвредност или инфериорност и зависност (Achenbach & Edelbrock, 1978). Според Хејман, анксиозноста и афективните растројства често се спомнуваат како интернализирачки нарушувања, бидејќи за последица имаат емоционална болка и потиштеност, социјално повлекување, автодеструктивно однесување (Heiman, T. (2001). Интернализацијата (Nicholas R. Eaton et al., 2011) ја поврзуваат со неуротицизам и негативен афект, додека екстернализацијата со дезинхибираност. Екстернализирачките нарушувања (агресија, проблеми во однесувањето) се почесто се известувани, додека помалку се известува за тага, нарушен сон, намален апетит, намалена концентрација, кои можат да бидат добри индикатори за психички потешкотии.

Студите укажуваат на значајно влијание на полот и возраста на одредени карактеристики на симптомите на менталните растројства. Адолесценцијата е период кога расте самосвеста и социјалниот притисок добива на значење, недостатокот на социјално поттикнување е одговорно за засилување на чувството на социјална изолација, беспомошност и депресија, ова е период кога посебно се изразени екстернализирачките облици на однесување.

Според Декер и Коот (2002)., одредени ризик фактори, социјална ситуација на родителите, низок социо-економски статус и дисфункционалност на семејството имаат

значително влијание за појава на екстернализирачко и неприлагодено однесување. Според истите автори анксиозноста и депресивноста на мајката, загубите, хроничните болести кај децата се значителни предиктори за анксиозно-депресивни, и други интернализирачки проблеми. Се смета дека девојчињата се повулнерабилни од момчињата и имаат тенденција полесно да ги покажат своите чувства во споредба со момчињата (Heiman, 2001)

Интелигенцијата исто така се разгледува како фактор кој може да влијае на интернализирачкото однесување кај интелектуално попречените лица. Овој облик на однесување се јавува почесто кај лицата со повисок степен на когнитивно функционирање, додека психотичните нарушувања и агресивноста (хетеро и автоагресивноста), се позастапени кај лицата со понизок степен на когнитивно функционирање (Dekker et al., 2002, Einfeld, Tonge, 1996).

1.7. ФАКТОРИ КОИ ВЛИЈААТ НА ПОЈАВАТА НА МЕНТАЛНИТЕ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦАТА/АДОЛЕСЦЕНТИТЕ СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Веројатноста лицата со интелектуална попреченост да имаат придружно присуство на ментално растројство, или ментално-здравствени потешкотии, е поголемо за разлика од останатата популација. Обично се претпоставува дека има некоја причинско-последична врска меѓу факторот на ризик и веројатноста за појава на здравствени проблеми, односно како интеракција на повеќе фактори. Појавата на растројства кај интелектуално попречените лица не може да се разгледува надвор од содејството на неколку фактори на ризик, кои може да го зголемат ризикот за развој на ментално здравствени проблеми. Според податоци од истражувања за зачестеноста на менталните растројства, условите во кои се појавуваат, ризик факторите имаат влијание на зголемувањето на поврзаноста на искусувањето на ментално здравствени проблеми или потешкотии, но заштитните фактори од друга страна, ја намалуваат можноста, или, иако е присутен одреден ризик фактори, сепак тој не е предуслов или правило да доведе до појава на ментално здравствени проблеми (Solin, 2006). Ризик факторите може да ја нарушат „менталната стабилност“, придонесуваат за зголемена ранливоста на поединецот за појава на болест, ја зголемуваат веројатноста дека ќе се развие нарушување, ја влошува сликата на постоечкото нарушување.

Ризик и заштитните фактори влијаат низ: социјалниот статус, физичката средина, образованието, социјалната средина, семејството, биологијата, генетиката, личните здрави навики и вештини за справување, достапност на повеќе можности, достапност до здравствените служби (National Action Plan, p9, 2000).

Флечер зборува оштетувањето на ЦНС, однесувањето на родителите, влијание на училиштето, нарушени вештини за справување, недостаток на структура за поддршка, чувство на губиток и пораз, изложеност на негативни животни настани како занемарување и злоупотреба, чести преселби, отфрлување од страна на врстници. Стресот е ризик фактор за нарушување на менталното здравје. Негативните социјални услови, одбивањето, стигматизацијата, неприфатеноста, во содејство со намалените можности за опоравување кај индивидуата, дополнително го зголемуваат нивото на стрес и може да влијае на здравјето воопшто (Fletcher, 2004).

Во литературата се среќаваат информации кои ја разјаснуваат психопатологијата со *Биопсихосоцијалниот модел*. Со овој модел се објаснуваат факторите кои може да придонесат за развој на одредени состојби (Putnam, Claps, & Thyer, 2006, op.cit. Putnam, 2009). Тие ги наведуваат биолошките, психолошките и социјалните фактори:

- ❖ Биолошките фактори ја вклучуваат патологијата на развојот на нервниот систем, асоцирани со одредени синдроми на интелектуална попреченост, степенот на физичката и медицинска состојба, несаканите дејства на медикаментите и епилепсија.
- ❖ Психолошките фактори го вклучуваат темпераментот, историјата на злоупотреба, стресните животни настани, адаптивното и когнитивното функционирање и вештините за справување.
- ❖ Социјалните фактори ги вклучуваат срединските и интерперсоналните фактори, семејни релации, состојбите (конфликтни ситуации) кои може да имаат влијание на индивидуата.

Даниел Верг цитира повеќе автори, каде што Харис (2006) набројува бројни причини за зголемена ранливост и повисока стапка на застапеност на менталните растројства: намалениот капацитет за справување со социјални и когнитивни барања, потешкотии во решавање на проблеми, лоша социјална проценка, комуникациски ограничувања. Други автори (Kerker, Owens, Zigler, & Horwitz, 2004) набројуваат биолошки фактори за појава на менталната болест кај интелектуално попречените лица, како: зголемена стапка на генетски абнормалности, оштетување на мозокот,

биохемиски абнормалности, психолошки фактори, социјални фактори како родителска и отфрленост од страна на врсниците, ограничена поддршка, стигматизација.

Според горе наведеното, предизвикувачите на зголемената ранливост кај лицата со интелектуална попреченост за појава на одредени видови на психопатологија може да ги согледуваме како: фактори кои доаѓаат од самата индивидуа, факторите од потесната и пошироката социјална средина, односно:

- ❖ *индивидуални заштитни фактори*
- ❖ *индивидуални фактори на ризик (развојни, биолошки и психолошки),*
- ❖ *средински заштитни фактори*
- ❖ *средински фактори на ризик (семејството, социокултурни, економски)*

1.7.1. Индивидуални заштитни фактори

Ментално здравата индивидуа, има периоди кога се чувствува луто, тажно, збунето, нерасположено, но различноста се јавува според начинот на справување со проблемот или ситуацијата и разрешување во разумно време, односно во изразеноста на заштитните фактори кои одржуваат добра „ментална добросостојба“, им дава на луѓето резилентност/отпорност во соочување со тешкотијата, делува на влијанието на стресот и минливите симптоми на социјалната и емоционална благосостојба, со што се намалува веројатноста за појава на болести (Монографија, 2000 Р13).

Индивидуалните заштитни фактори се: самодовербата, интерпесоналните вештини, резилентците, комуникациските и вештините за справување со конфликт, исхраната, училишните способности, добри вештини за справување, доброто здравје...

Овие фактори се специфични за секое дете, а често зависат од самата индивидуа, но и се стекнуваат со поддржувачките семејните и социјални ресурси. Психолошката отпорност или резилентност на стресни ситуации, е мошне важна за сите деца и за нивниот развој, се учат на начини на кои би можеле да ги надминат и разрешат препреките во животот. Постојат неколку компоненти кои помагаат да се развие таа отпорност, а се однесува на *надворешни* (воспоставување на добри релации со средината, позитивни примери во семејството, достапност и користење на ресурси во средината, и *внатрешни* (самоконтрола, вештини на размислување, самодоверба, оптимизам и личен допринос). Лицата со интелектуална попреченост имаат намалени адаптивни вештини, немаат сили и вештини да се справат со непознатото или искушението, затоа, особено е значајна поддршката од семејството и средината, кои им

даваат чувство на сигурност, смиреност, разбирање, поврзаност, поддршка и помош при соочување со тешки ситуации, разбирање и можност да ги изразат своите стравови и загриженост. Гилмор и сор. (2013) ја споредуваат резилиенцата кај лицата со интелектуална попреченост, и тие со типичен развој. Според резултатите, децата со интелектуална попреченост известувале за високо ниво на емоционална чувствителност и помала толеранција, како и поставување на помалку цели за иднина. Во споредба со децата со типичен развој, лицата со интелектуална попреченост известувале за поголема поддршка на училиште и помалку поддршка во рамките на нивните заедници

1.7.2. Индивидуални фактори на ризик

Како и со било кој млад човек, достигнатото развојно ниво, индивидуалните карактеристики, присуство на медицински состојби, физички повреди на мозокот, осаменост и изолираност, несигурно емоционално врзување во раната возраст, лошите социјални вештини, значително придонесуваат за начинот на кој детето реагира на разни искуства, а со тоа и на природата и на интензитетот на менталните или нарушувањата на однесувањето.

Покрај биолошката ранливост, предизвикувач или зголемениот ризик за појава на ментално здравствени проблеми, може да биде последица на комбинираните пречки во развојот, односно на присутната медицинска состојба, невропатолошки процес одговорен за интелектуалната попреченост (Садок Б., Садок В., том 2, стр. 3096). Епилепсијата, метаболни нарушувања, комуникациски нарушувања, сензорни нарушувања, оштетувањето на нервниот систем, може да биде причина и за интелектуалната попреченост, но и за појава на ментално растројство кај овие лица (Stephen Brian Sulkes, 2013).

1.7.3. Средински заштитни фактори

Семејството и социјалните фактори вклучуваат: соодветна соодветна социјална е емоционална поддршка, пријателска и поддржувачка животна средина, вклученост во социјални активности, пријателствата и воспоставени добри релации, блискост, разбирање со семејството и општествена поддршка, историја на позитивни животни искуства...

Светот на врсниците е многу важна социјална средина во којашто детето расте и се развива, односно се запознава со потребите за интимност, за формите на себепретставување, усвојува социјални способности, учи да помага, да споделува и да соработува (Klarin M. 2006), а исто така се развива и емоционално и когнитивно (Markland E. 2003). Низ интерперсоналната интеракција, се испитуваат различни форми на социјално однесување. Повеќето истражувања укажуваат на позитивното влијание на односот на врсниците за развојот на детето, додека Landsford и сор. (2003), сугерираат дека овие врски можат да имаат негативно влијание на развојот на индивидуата, Neiman T., (2000) индицира дека пријателските врски на децата со задоцнет когнитивен развој се карактеризираат со тешкотии за воспоставување интимни односи, додека во постоечките односи, забележливи се фрустрација и незадоволство. Tur-Kaspa и сор. укажаа на помалку реципрочни пријателства и одбивања кај учениците со задоцнет когнитивен развој во споредба со нивните врсници со типичен развој.

Средински и културните фактори се однесуваат на добара пристап на сервисите за поддршка на општеството, развиени и пристапни социјални/културни мрежи во рамките на општеството, поддржувачка средина, пристап до службите на ментално здравје, партиципација и развивање на чувство на припадност..

1.7.4. Фактори на ризик поврзани со средината

Многу интелектуално попречени лица искусуваат негативни социјални ситуации подолг период од нивниот живот. Тоа вклучува стигматизација од етикетањето како „ретардирани“, одбивање и подигрување, одвојување, инфантилизација, социјална отфрленост, ограничени можности, виктимизација, за што многу од лицата со лесна, но и умерена интелектуална попреченост, се свесни за оваа негативната социјална реалност која може да ги доведе до разочарување, нивни емоционални потешкотии, понатамошни потешкотии и дисфункционалност, што дополнително го зголемува ризикот за ментално-здравствени проблеми (Reiss S, Benson BA., 1984).

Ризик-факторите на средината што доведуваат до појава на растројства, ги сочинуваат

Семејните ризик фактори претставуваат недостаток на рана развојна стимулација во склоп на различни причини, а се однесува на најблиското опкружување

на детето/адолесцентот, вклучува генетската компонента односно поголема е веројатноста на јавување на ментално растројство во семејства со позитивна историја за присуство на одредени ментални растројства, трауматски негативни искуства, поголема изложеност на злоупотреба и занемарување, некомплетно или еднородителско семејство, повеќедетно семејство, семејна дисхармонија, антисоцијални модели на однесување, изложеност на стресни семејни ситуации, нестабилност, неконзистентни родителски воспитни и дисциплински практики, болест или злоупотреба на недозволени средства на некој од членовите на семејството, слаба вклученост на родителите во активностите на децата, слаба супервизија и мониторирање, лош социо-економски статус на семејството, семејна социјална изолација.

Факторите кои можат да придонесат за ментални и бихејвиорални потешкотии со високо или ниско ниво, фрустрации или досада поврзани со *училиштето и врсниците* се: отфрлувањето и изолација, подигрување, одбивањето, соочување со неуспехот или тешкотија да се постигне она што е природно и нормално за врсниците, искуство на неуспеси со секоја развојна фаза, помалку поддржувачка средина, вклученост во криминални групи, слаба соработка меѓу семејството и училиштето често менување на училишта, се

Проблеми на менталното здравје може да бидат разбрани како реакција на *фактори на ризик од заедницата* кои ги вклучуваат животните настани, перзистирачки комуникациски проблеми со придружна социјална депривација и фрустрации, постојана дискриминација и стигматизација, насилство и криминалитет во околината, институционализација или инфантилизација (непотребно се третираат како мали деца), социо-економски предизвик, лоши услови за живеење, недостаток на служби за поддршка, ограничена социјална поврзаност

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. Предмет на истражувањето

Од претходно изнесените податоци во теоретскиот дел добиени со преглед на литературата, но и сознанијата ки ги имаме од практиката, може да согледаме дека лицата со интелектуална попреченост како резултат на својата биолошката компонента, психофизичките способности, срединската (културна и социјална) депривација, или комбинација на овие фактори, се предиспонирани или многу повеќе ранливи за разлика од популацијата со типичен развој, за појава на менталното здравствени проблеми.

Со оглед на фактот дека подолго време ова поле има голем интерес и значење за нас, теоретски и практично, на мислење сме дека оваа проблематика кај нас не е доволно истражена, не сретнавме релевантни информации кои се однесуваат на распространетоста на ментално- здравствените проблеми кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, па оттаму, сакавме да направиме преглед на моменталната состојба и да ја утврдиме дистрибуцијата на ментално-здравствените проблеми кај учениците со интелектуална попреченост кои наставата ја посетуваат во посебните училишта за деца со пречки во психо-физичкиот развој во Скопје.

Предмет на истражувањето беше утврдување на застапеноста на менталните растројства кај учениците со интелектуална попреченост од посебните основни и средни училишта во Скопје. Ја анализиравме постоечката документацијата во училиштата за здравствената состојба, односно, медицинските извештаи со веќе дијагностицирани ментални растројства. Кај испитувана популација ја утврдувавме и застапеност на ментално-здравствените проблеми изразени низ проблеми во емоционалната област и проблемите во однесувањето, испитувани со прашалник за брз скрининг на психијатриските потешкотии и способности. Го користевме „Прашалникот за способности и потешкотии, форма наменета за пополнување од наставниците“. Според резултатите за симптомите и проблемите во секоја поединечно испитувана област, одредени со прашањата за тоа како испитаникот се чувствува и однесува во последните шест месеци (формулирани во вид на реченици), го одредивме влијание на ментално-здравствените проблеми врз севкупното функционирање на ученикот, според кои понатаму и ја проценувавме појавата на некое психијатриско нарушувања манифестирано како: интернализирачки проблеми (*анксиозно-депресивни*

состојби), екстернализирачки проблеми (проблеми низ однесувањето), хиперактивност и недостаток на внимание.

2.2. Карактер и цели на истражувањето

Откако го дефиниравме проблемот на истражувањето, целите и карактерот, пристапивме кон истражувањето. Истражувањето претставува квантитативно, експлоративно научно истражување, насочено кон стекнување на сознанија и опишување на застапеноста на ментално-здравствени проблеми кај лицата со интелектуална попреченост на училишна возраст, кои наставата ја следат во посебните училишта за деца со пречки во психо-физичкиот развој во Скопје.

Истражувањето имаше за цел да ја истражи застапеноста на дијагностицираните ментални растројства кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, како и застапеноста на ментално-здравствените проблеми изразени низ интернализирачко и екстернализирачко однесување. Застапеноста ја одредивме со анализа на податоците од пишаната медицинска документација, како и анализа на проценката на наставниците за способностите и потешкотиите преку „Прашалникот за способности и потешкотии“ (пополнето од наставниците во релевантните училишта), дадени и претворени во нумерички податоци по направената опсервација на учениците.

2.3. Задачи на истражувањето беа:

- ❖ Утврдување на застапеноста на менталните растројства кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост и распределбата според половата припадност, возраста, степенот на интелектуална попреченост.
- ❖ Утврдување на влијанието на социо-економскиот и образовниот статус на семејството врз застапеноста на одредени ментални растројства.
- ❖ Утврдување на застапеност на ментално-здравствените проблеми изразени низ проблеми во социјалните, бихејвиорални и психолошки проблеми кај учениците, односно: емоционалните симптоми, проблемите во однесувањето, хиперактивноста/невнимание, проблеми во релација со врсниците, со „Прашалникот за способности и потешкотии“-форма за пополнување од наставниците.

❖ Утврдување на манифестните разлики во интернализирачкото и екстернализирачкото однесување според половата припадност, возраста, степенот на интелектуална попреченост.

❖ Утврдување на способностите на лицата со интелектуална попреченост, со интерпретација на резултатот за просоцијалното однесување.

2.4. Хипотези на истражувањето

Во согласност со предметот и целите на истражувањето, ја поставивме основната истражувачка хипотеза

H_0 : Се претпоставува дека кај лицата со интелектуална попреченост, биолошката подлога за попреченоста придонесува за голема застапеност на некое ментално растројство.

Врз основа на основната ги поставивме и помошните хипотези:

H_1 . Се претпоставува дека ризикот за појава на интернализирачки (анкисозно-депресивни) проблеми е значително повисок кај лицата од женскиот пол во споредба со машкиот пол.

H_2 . Се претпоставува дека ризикот за појава на екстернализирачки (бихејвиорални) проблеми е значително повисок кај машкиот пол во споредба со женскиот пол.

H_3 . Се претпоставува дека со возраста се менува застапеноста на одредени видови на ментални растројства, при што постои тенденција за зачестување на појавата на психози во подоцнежниот стадиум на адолесценцијата.

H_4 . Се претпоставува дека дијагностицираните ментални растројства се намалуваат со снижување на коефициентот на интелигенција.

H_5 . Се претпоставува дека лицата кои имаат интелектуална попреченост и придружна хронична здравствена состојба, имаат зголемен ризик за појава на ментални растројства во споредба со лицата кои немаат придружна хронична здравствена состојба.

H_6 . Се претпоставува дека зачестеноста на бихејвиоралните проблеми е значително повисока кај лицата со умерена интелектуална попреченост во споредба со лицата со лесна интелектуална попреченост.

X7. Се претпоставува дека зачестеноста на емоционалните проблеми е значително повисока кај лицата со лесна интелектуална попреченост, во споредба со лицата со умерена интелектуална попреченост.

2.5 . Методи, техники и инструменти на истражувањето

Студијата е квантитативна, дизајнирана како дескриптивно, ретроспективно истражување. Собирањето на податоците беше со користење на структурирани истражувачки инструменти. Примерокот го сочинуваше дефинирана целна група, беа опфатени сите запишани ученици со интелектуална попреченост на училишна возраст во учебната 2013/2014 година, кои наставата ја посетуваат во посебните училишта за деца со пречки во психо-физичкиот развој во Скопје. Пристапот беше емпириски, низ непристрасно и објективно мерење и известување. Сите аспекти на истражувањето внимателно ги дизајниравме пред да пристапиме кон собирање на податоците, јасно ги дефиниравме истражувачките прашања. Прикажаните податоци се во форма на броеви и статистики.

Истражувањето го планиравме и спроведовме во второто полугодие од учебната 2013/2014 година, од февруари до мај 2014 година. На мислење бевме дека во втората половина од учебната година ќе имаме покомплетна документација и подобар увид во ментално-здравствените проблеми на овие лица, наставниците имаат подобра можност да дадат реална слика и известување, со тоа и да се направи проценка на проблемите на менталното здравје и однесувањето кај учениците, се однесуваше на последните шест месеци од оваа учебна година.

Со цел да имаме пристап до податоците од индивидуалните досиеја на учениците во училиштата, писмено се обративме и баравме согласност за изведување на истражувањето до Директорите од релевантните училишта. Во писмото дадовме објаснување за: лицето ќе го спроведува и причината за истражувањето, проблематиката и целта на истражувањето, начинот на кој ќе се спроведува, потребата од соработка и улогата на стручниот персонал, податоците кои ни се потребни за анализирање од индивидуалните досиеја. На крај, дадовме Наша обврзаност за почитување на етичките начела за постапување со личните податоци, корисноста и употребата на добиените податоци во истражувањето.

2.5.1. Методи

По одредување на проблемот, целите и хипотезите на истражувањето, спроведовме план на истражувањето. Се одлучивме во истражувањето да ги користиме:

- ❖ Дескриптивниот метод го користевме за прибирање на податоци за ментално-здравствените нарушувања, дистрибуцијата по испитуваните категориите според половата припадност, возраста, степенот на интелектуална попреченост, кои ги споредувавме, вреднувавме, интерпретиравме, кое резултираше со опис на застапеноста на оваа проблематика кај испитуваниот примерок.
- ❖ Со компаративниот метод извршивме споредбена анализа на добиените податоци од формираните групи на испитаници кои се разликуваа според полот, возраста, степенот на интелектуална попреченост.
- ❖ Корелацискиот метод го користевме за квантифицирање на поврзаноста меѓу варијаблите, на тој начин ја меревме поврзаноста меѓу варијаблите и ги споредувавме на испитуваната група на ученици.

Истражувањето и прибирањето на податоците се изведуваше во два дела, составено од два начина:

1 дел: Дескриптивно и ретроспективно истражување со метод на анализа на содржината на податоци од пишуваната достапна документација од индивидуалните досиеја на учениците во училиштето, односно собирање, анализа и обработка на податоците од досието на секој ученик од училиштата каде се спроведуваше истражувањето. Документацијата/индивидуалните досиеја на учениците се состоеја од: наод и мислење за категоризација, медицински извештаи, извештаите од социјалниот работник, психологот и дефектологот во училиштето.

2 дел: Техника заснована на писмена комуникација со користење на прашалник. Администрањето и анализа на податоците од прашалник „Прашалникот за способности и потешкотии“ („The Strengths and Difficulties Questionnaire“)... кој го пополнуваа воглавно класните раководители во одделенијата/класовите, кои сметам дека најдобро ги проценуваат емоционално-бихејвиоралните карактеристики на учениците, бидејќи во континуитет ја следат состојбата и однесувањето на ученикот.

2.5.2. Користени инструменти во истражувањето

Податоците од личните досиеја на учениците се евидентираа во формулар кој ние специјално го конструиравме за потребите и целта на ова истражување. Формулар беше од мешан тип, со повеќекратен избор (селекција и отворен тип). Повеќето беа затворени дихотомни прашања или прашања со фиксен-избор (да/не/нема достапна информација...), класификациони прашања (машки/женски пол, степен на попреченост...), прашања поврзани за семејството на ученикот беа групирани и скалирани во согласност со постоечките прифатени категоријата од областа на семејството и образованието, прашањата со дополнување беа наменети за назначување на менталните и хронично здравствените состојби.

Формуларот го поделивме во три дела, секој дел имаше повеќе варијабли, категоризирани по општи услови:

- ❖ Првиот дел содржеше податоци кои се однесуваа на основните демографски прашања: половата припадност, возраста, етничка припадност, одделението кое го посетува, степен на интелектуална попреченост според наод и мислење од стручен орган.
- ❖ Вториот дел содржеше податоци/извештаи за дијагностицирано ментално растројство според Меѓународната класификација на болести, 10 ревизија, издадено од стручно лице-психијатар од релевантни психијатриски служби, податок за следење од медицински служби, податок за пропратната медицинска состојба според медицинските извештаи.
- ❖ Третиот дел од формуларот содржеше податоци кои се однесуваа на семејството на ученикот. Во овој дел се собираа податоци за: семејна структура, брачен статус на родителите, највисок степен на завршено образование на еден од родителите, работен статус, број на членови на семејството со кого живее.

Откако го изработивме прашалникот, пристапивме кон кодирање на податоците за полесно користење и внесување во статистички програм за обработка на податоците.

За испитување на застапеноста на ментално-здравствените проблеми изразени низ бихејвиоралните, психолошките и социјалните проблеми кај лицата со интелектуална попреченост, го користевме прашалникот за брза проценка на психијатриските потешкотии за можната појава или “ризик“ за ментално-здравствени проблеми, т.е за исполнување на критериумите за психијатриска дијагноза „Прашалникот за

способности и потешкотии, (The Strengths and Difficulties Questionnaire) креиран од Dr Robert Goodman во 1997 година (електронската верзија на прашалникот со упатството за начинот на интерпретирање на резултатите е достапно на www.sdqinfo.com). Прашалникот претставува широко употребуван меѓународен инструмент кој се користи како скрининг инструмент за клиничка проценка на ментално-здравствените проблеми, проценка на ефикасноста на третманот, но и како истражувачки инструмент. Во истражувачки цели се користи за обезбедување на информации за ментално-здравствените проблеми кај децата и адолесцентите, односно за проценка на психолошките особености и однесувањето на децата.

До сега се објавени многу труда со задоволителни психометриски карактеристики за користење на прашалникот кои се однесуваат на проценка на ментално-здравствените проблеми (интернализирачки и екстернализирачки), и способности кај деца и адолесценти со типичен развој, но и кај децата и адолесцентите со попреченост. Со Cronbach's Alpha ја испитуваме релијабилноста. Резултатите за сите скали се со задоволителна висока интерна конзистентност, севкупна Cronbach's Alpha е 0,849, за 20 ставки со кои ги испитувавме потешкотиите.

Прашалникот има три форми: форма за администрирање на родители и наставници на 4-16 годишни деца, и самопополнувачка форма наменета за 11-16 годишните деца со типичен развој (Goodman, 1997, 1999; Goodman *et al*, 2000). За поголема веродостојност и непристрасност во оценувањето на ментално-здравствените потешкотии, во истражувањето ја користевме верзијата на прашалникот наменета за пополнување од страна на наставниците. На мислење бевме дека самоизвестувачкиот форма на прашалникот, и формата наменета за пополнување од страна на родителите, може да доведе до лажна слика за присутните проблеми посебно кога „вистината“ не им оди во прилог, пристрасност во одговорите, давање на социјално прифатливи одговори.

Прашањата во Прашалникот за способности и потешкотии се систематизиран во одредени категории, односно составен е од пет скали наменети за рана детекција на социјални, бихејвиорални и психолошки проблеми: 4 категории на проблеми, 1 категорија на способности, односно 25 ставки за:

- ❖ емоционални симптоми (5 ставки),
- ❖ проблеми во однесувањето (5 ставки),
- ❖ хиперактивност/невнимание (5 ставки),
- ❖ проблеми во релација со врсниците (5 ставки)

- ❖ просоцијално однесување (5 ставки).

Проширената верзија на прашалникот има додаток за влијанието, вклучени информации за информаторот, и прашања за следење. Прашањата во додатниот дел го прашуваат лицето кое го пополнува прашалникот за „Дали мислите дека ова дете има потешкотии во една (или повеќе) од следните области: емоции, концентрација, однесување или дружење со другите?“ и го истражува времетраењето, стресот, социјалното и влијание на учењето на детето? (Goodman & Scott, 1999). Овој додаток го посочува целокупното влијание на однесувањето на детето/адолесцентот, и социјалните потешкотии и квалитетот на живот, функционирањето, семејството, училиштето и социјалниот живот (Mathai et al., 2002). Со алгоритам може да се направи предвидување на психијатриски нарушувања, предвидување за „малку веројатно“, „можно“ и „веројатно“ постоење на три групи на нарушување: анкисозно-депресивно нарушување (интернализирачко однесување), проблеми во однесувањето (екстернализирачко однесување), хиперактивност/недостаток на внимание (Goodman et al, 2000). Покрај покривањето на области за однесувањето и емоционалните тешкотии, исто така прашува за можните проблеми на детето во овие области, како и за последичното јавување на стресот и социјални потешкотии.

Одредувањето на резултатот на прашалникот е низ затворен тип на оценка на одговорите на прашањата: 0 (неточно), 1 (делумно точно), 2 (сосем точно).

За вкупниот резултат за потешкотии се добива резултат со одредување на резултатот на секоја од петте скали, резултатите може да бидат од 0-10 доколку сите пет стапки од областа се пополнети. Некои стапки се обратно скорирани (7, 11, 14, 21 и 25). Вкупниот резултат се добива со собирање на: емоционална скала, скала за проблеми во однесувањето, скала за хиперактивност и недостаток на внимание и скалата за проблеми со врниците.

Резултат за влијанието

- ❖ Од 28^{та} до 32^{та} стапка се додадени за да се изведе резултат за влијанието, се употребува кодирање како: не (0) да, мали потешкотии (0) да, дефинитивни потешкотии (1) да, сериозни потешкотии (2).

Одредување на вкупниот резултат за нивото на потешкотии:

- ❖ Нормално ниво/ низок резултат за потешкотии: резултат помал од 80%

- ❖ Гранично ниво на потешкотии/медиум: резултати помеѓу 80-90%
- ❖ Високо ниво на потешкотии/отстапување од нормалното: резултати над 90%

Граничното и високото ниво на потешкотии се смета дека е “висок ризик” за исполнување на критериумите за психијатриска дијагноза (Goodman, 1997).

2.6. Статистичка обработка на податоците

Статистичката обработка на добиените податоци беше направена во статистичкиот програм SPSS, верзија 17 (Statistical Software for Social Science).

Подготовката на податоците се одвиваше во неколку чекори:

а) кодирање, односно ја одредивме формата на внес на податоците во компјутерски статистички програм

б) формиравме база и запис на податоците

в) следеше фаза во која ги елиминиравме грешките направени при кодирањето и внесувањето на податоците.

За понатамошната обработка се користеа адекватни статистички методологии:

- ❖ Дистрибуција на фреквенции (апсолутен и релативен број) за прикажување на категориските белези, параметрите.
- ❖ Дескриптивна статистика се користеше за квантитативна анализа на содржината на податоци, односно мерките на централна тенденција (медијана и аритметичка средина), мерките на отстапување (стандарна девијација и стандардна грешка).
- ❖ За тестирање на значајност на разликите меѓу анализираните параметри беше користен непараметрискиот метод за зависни примероци (t-test for independent samples). Непараметрискиот Пирсонов хи квадрат тестот (X^2) беше употребен за утврдувана разликата и корелацијата на фреквенциите на различни обележја во групата на податоци
- ❖ За утврдување на релијабилноста на инструментот за примерокот кој го испитувавме го користевме Cronbach's alpha коефициентот
- ❖ Споредбата на параметри во испитуваните групи е направена со ANOVA
- ❖ За ниво на значајност ја сметавме разликата на ниво на значајност од $p < 0,01$, а за високо значајна вредност е разликата на ниво на значајност од $p < 0,05$.

2.7. ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК

Општи карактеристики на испитаниците

Истражувањето беше спроведено на примерок составен од сите запишани ученици во посебните училишта за лица со пречки во психо-физичкиот како и ученици кои наставата ја посетуваа во подрачни паралелки или во посебни паралелки при редовните училишта, запишани во учебната 2013/2014 година. Сите ученици од средното образование наставата ја посетуваа во посебното средно училиште, од Заводот за рехабилитација на деца и младинци „Топанско поле“ беа анализирани досиејата на ученици вклучени во одделот за едукација, распоредени во сите четири нивоа.

Беа опфатени следниве посебни училишта:

- ❖ ПОУ „Иднина“, Скопје,
- ❖ ПОУ „д-р Златан Сремац“, Скопје,
- ❖ ЈУ Завод за рехабилитација на деца и младинци „Топанско поле“, Скопје,
ДСУ „Св. Наум Охридски“, Скопје

Примерокот на истражувањето го сочинуваа вкупно 381 ученик запишани во учебната 2013/2014 година во наведените училишта. Ги прегледавме и анализиравме сите индивидуални досиеја на запишаните ученици. Во истражувањето како валидна беше земена целокуопната документација која се однесуваше на ученикот. За секој ученик имаше отворено посебно досие, во кое најчесто ја имаше следнава документација: Наод и мислење на стручен орган за вид, степен и оценка на специфични потреби на лица со пречки во физичкиот или психичкиот развој, согласно член 12 од Правилникот за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој, незначително мал број беа со наод за социјална и едукативна занемареност или гранични случаи кои беа упатени од центрите за социјална работа, извод од матичната книга на родените за детето, извештаи од матичните дефектолози, извештаи од специјалисти за медицинската состојба, социјална анамнеза и проценка изготвена од социјалниот работник во училиштето, извештаи од психолог.

Примерок на ученици според Прашалникот за способности и потешкотии, форма наменета за пополнување од страна на наставниците

Примерокот на ученици со полнување на Прашалникот за способности и потешкотии е за 9% помал во однос на вкупниот број на ученици кои се запишани во учебната година, односно нема пополнето прашалник за 34, од вкупно 381 ученик. Прашалникот и карактеристиките за учениците го пополнуваа матичните дефектолози и стручни соработници во училиштата, најчесто класните раководители на соодветното одделенија. Прашалникот беше поделен во 75 класа, го пополнија 72 класни раководители. Со прашалникот ги испитувавме емоционалните и бихејвиоралните карактеристики на ученикот, се проценуваше однесувањето на ученикот во претходните шест месеци. Примерокот го сочинуваа 347 ученика, 236 од машки пол, 111 од женски пол, односно 91% од вкупно запишаните ученици во учебната 2013/2014 година во посебните основни и средно училиште за лица со пречки во психо-физичкиот развој во Скопје. Примерокот е помал во однос на обработениот примерок со формуларот на запишаните ученици поради неколку причини: преселба на некои ученици, ученици кои нередовно ја посетувале наставата во претходните шест месеци кои ги испитувавме со прашалникот, ученици кои во текот на учебната година го напуштиле школувањето (неколку случаи на напуштање на школувањето во повисоките одделенија посебно забележано кај ученичките од ромска етничка припадност), ученици кои поради здравствени причини, хронична болест и потежок степен на хендикеп не можат редовно да ја следат наставата во училиштата и наставниците неможеа да дадат карактеристика за овие ученици за претходниот шестмесечен период, за дел од нив училиштата организираат „домска настава“, многу мал број на наставници не го доставија и не го пополнија прашалникот за нивните ученици (n=3).

3. РЕЗУЛТАТИ

Демографски карактеристики на испитаниците

Од вкупно опфатени 381 ученик, според дистрибуцијата по полот машки беа 261 ученик или 68.5% од примерокот, од женски пол беа 120 ученици, или 31.5% од примерокот. Податоците за распределба на ученици според училиштето каде што посетуваат настава покажаа, 121 ученик од ПОУ „Златан Сремец“ (31.8%), 111 ученици од ПОУ Иднина (29.1%), 119 ученици од Државното средно училиште „Св. Наум Охридски“ (31.2%), 30 ученици вклучени во одделот за едукација и воспитно-корективна работа од Завод за рехабилитација на деца и младинци „Топанско поле“ (7.9%) (табела 1).

На табела 1 може да се забележи дека распределба според половата припадност е 2:1 на машките во однос на девојчињата во примерокот од сите училишта

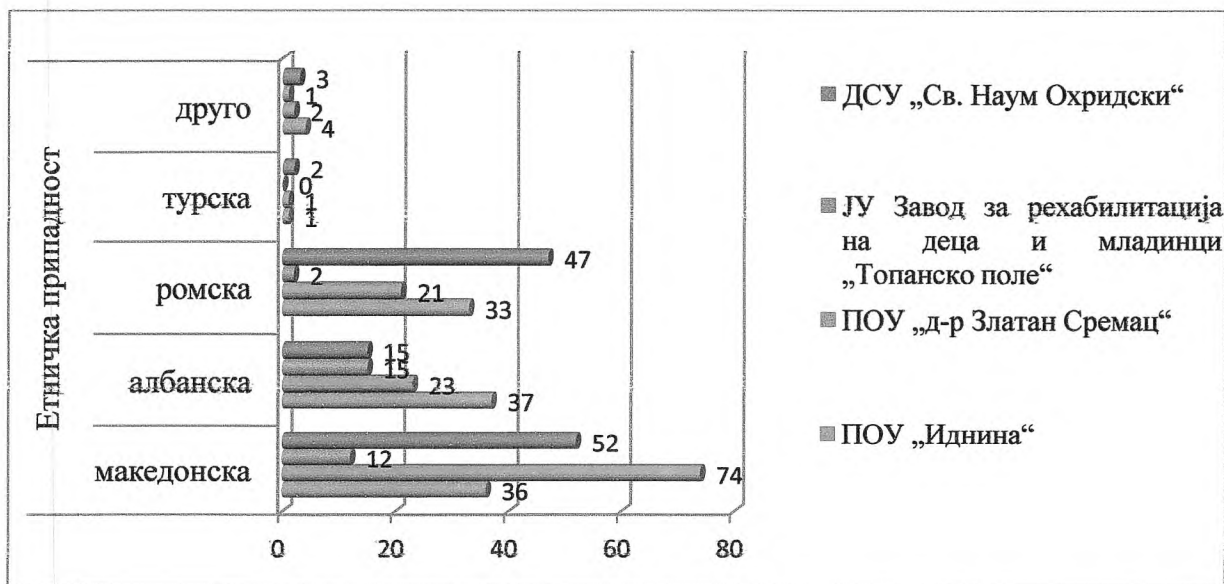
Табела 1: Дистрибуција на испитаниците според училиштето каде посетуваат настава и половата припадност (нумеричка и процентуална застапеност)

Училиште	Полова припадност		Вкупно
	машки	женски	
ПОУ „Иднина“	74 66.7%	37 33.3%	111 100%
ПОУ „д-р Златан Сремац“	85 70.2%	36 29.8%	121 100%
ЈУ Завод за рехабилитација на деца и младинци „Топанско поле“	20 66.7%	10 33.3%	30 100%
ДСУ „Св. Наум Охридски“	82 68.9%	37 31.1%	119 100%
Вкупно	261 68,5%	120 31.5%	381 100%

Според прикажаниот преглед на ученици во училиштата (слика 1) според припадноста кон етничките заедници, може да се види највисока стапка на застапеност е на ученици со македонска етничка припадност вкупно 174 ученика или 45.7% од вкупниот примерок, 33.6% се ученици од албанска етничка припадност, следат

учениците од ромска етничка припадност со 27%, 3.9% се од другите етнички припадности. Многу е висока застапеноста на ученици од ромска етничка припадност, односно застапеност која не е соодветно пропорционална споредено со податоците на пописите на Државниот завод за статистика за запишани ученици и нивна припадност кон етничките заедници во редовните училишта во овој регион, односно, 5% ученици од ромска етничка припадност учат во редовните училишта, додека во посебни училишта застапени се со 26.6 %.

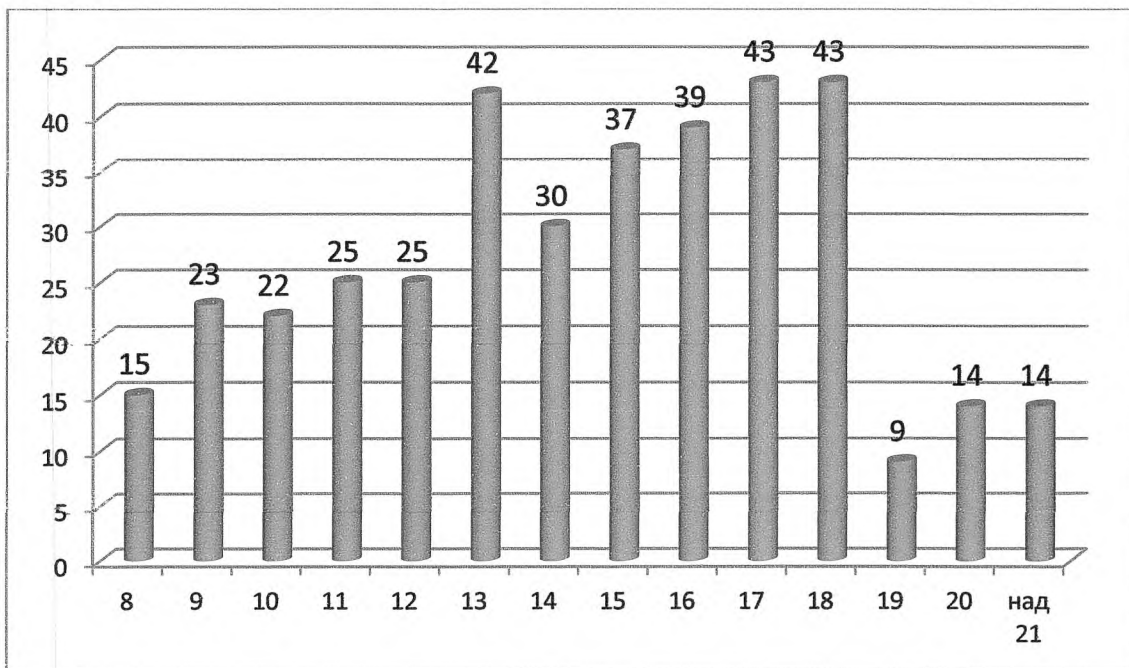
Слика 1: Преглед на бројот на ученици од посебните училишта според припадноста кон етничките заедници



Најголем број на ученици се од 18 и 19 годишна возраст, по 43 ученика, потоа 13 годишните, следуваат 16, 15 и 14 годишните... (слика бр.2). Во разговор со стручните лица во училиштата, оваа нееднаква дистрибуција според возраста можеби се должи на инклузивното образование, односно според законските прописи многу родители на деца со пречки во развојот се одлучуваат своите деца да ги вклучат во наставниот процес во редовните училишта. Според нивното искуство, овие ученици повторно се враќаат во настава во посебно училиште во повисоките одделенија бидејќи неможат да се адаптираат во услови на промена на повеќе наставници и немање услови за индивидуален пристап во наставата, учат од несоодветно прилагодена наставна програма, несоодветни се услови за нивните потреби, имаат негативни искуства на злоупотреба од страна на врсници, но и неприфаќање и одбивен став од страна на

наставници и родителите на другите ученици, наставниот кадар во тие училишта е недоволно обучен за да работи со оваа популација, учениците назадуваат во своите постигнувања. Според писмените дописи до нивните училишта, префрлувањето во посебно училиште, најчесто е поради барање на стручните лица од редовните училишта, но често и самите родители на овие поднесуваат вакво барање (слика 2).

Слика 2: Дистрибуција на вкупниот број на ученици според возраста



Според податоците кои се однесуваат на категоризација според степенот на попреченост и половата припадност, најчесто застапени се учениците со лесна интелектуална попреченост, вкупно 280 ученика или 73.5% од вкупниот број, од машки пол се 52,2%, од женски пол (21,26%). Следуваат ученици со умерена интелектуална попреченост 74 (19.4%), 12% се од машки, а 7,35% се женски пол. Со тешка интелектуална попреченост се 7 ученика (1.8%), и 5.2% ученици со непознат степен на интелектуална попреченост поради неможноста да се одреди поради попреченоста или беа ученици вклучени во образовниот процес во посебните училишта а се деца со воспитно-едукативна занемареност (табела 2).

Табела 2: Дистрибуција на учениците според половата припадност и степенот на интелектуална попреченост

Полова припадност		Степен на интелектуална попреченост				Вкупно
		Лесна	Умерена	Тешка	Друго	
Машки	f	199	46	3	13	261
	%	52,2	12,1	0,8	3,4	68,5
Женски	f	81	28	4	7	120
	%	21,3	7,4	1,1	1,8	31,5
Вкупно	f	280	74	7	20	381
	%	73,5	19,4	1,8	5,3	100

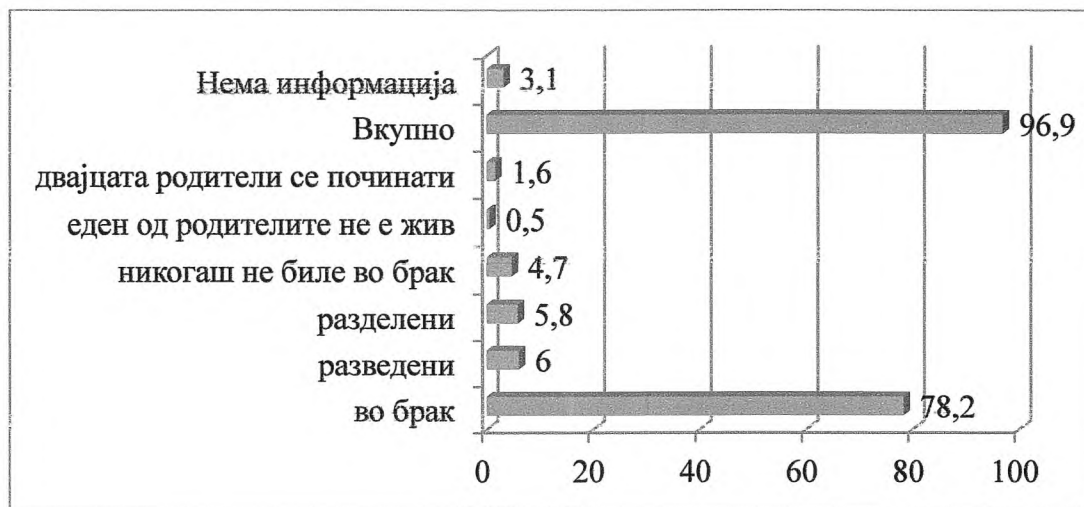
Добиените податоци во однос на живеењето на учениците, покажа дека најголем број од учениците, приближно 80%, потекнуваат од комплетни (двородителски) семејства, но висок е процентот на ученици (20%) кои потекнуваат од некомплетни семејства, т.е. 45 од учениците живеат со едниот родител (11.8%), 29 ученика не живеат во своето примарно семејство (7,6%), само за 4 ученика немавме достапна информација со кого живеат (табела 3).

Табела 3: Дистрибуција според видот на семејството со кого живее ученикот

Ученикот живее со	f	%
двајцата родители	303	79,5
еден родител	45	11,8
Роднини	5	1,3
згрижувачко семејство	14	3,7
Институција	10	2,6
нема информација	4	1
Вкупно	381	100

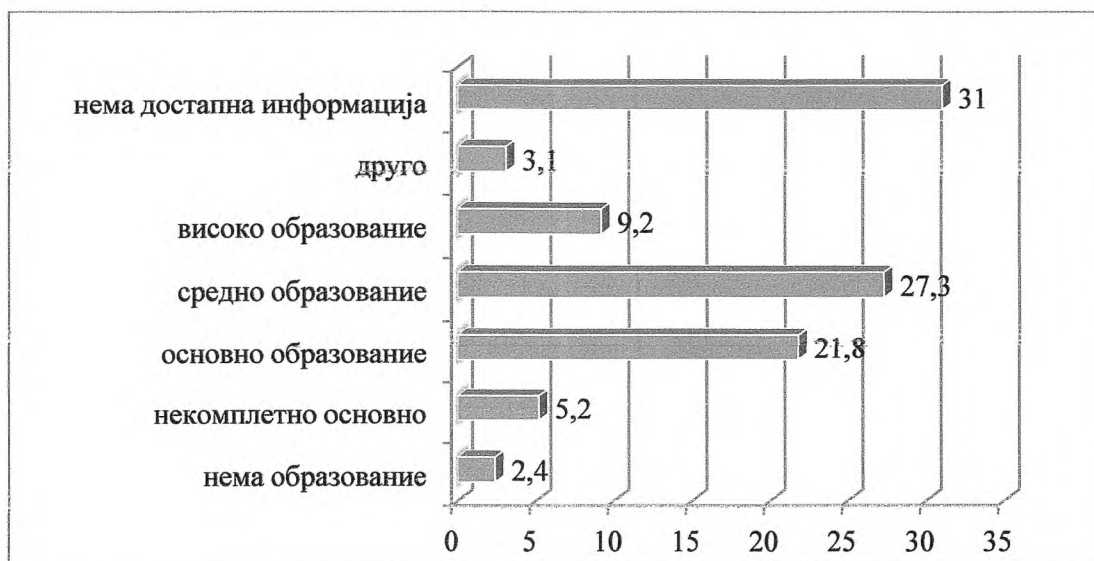
Најголем број на учениците потекнуват од семејства каде родителите се во брак, односно 78% или 2/3 од родителите во нашиот примерок, 16.6% од родителите се разделени/разведени/не биле во брак (слика 3).

Слика 3: Приказ на брачниот статус на родителите (процентуална застапеност)



При собирање на податоците за категорија за највисок степен на завршено образование на еден од родителите, се соочив со потешкотии, бидејќи кај 1/3 од обработените досиеја не се располага со податок за образовниот статус на родителите, т.е. кај во 31% од обработените досиеја недостасуваше податокот за образованието на родителите. Според анализата и резултатите на постоечките податоците, кои најчесто ги анализиравме од извештаите на социјалните работници во училиштата, односно, од социјалната анамнеза, може да заклучиме дека 2/3 од родителите (27,3%) на учениците имаат средно образование, со основно училиште се 21,8%, помалку од 10% од родителите, т.е. 9,2% имаат завршено високо образование, родителите на 12 ученика имаат дополнително стручно усовршување, т.е. магистериум, специјализација, докторат... Загрижувачки е фактот што приближно 30% од родителите завршиле или некомплетирале законско (основно) образование (слика 4).

Слика 4: Податоци за највисокиот степен на завршено образование на еден од родителите (процентуална застапеност)



Многу истражувања го посочуваат семејството како најзначаен протективен фактор за менталното здравје, фактор важен за рана развојна стимулација, емоционална поддршка низ позитивни емоционални релации во потесното и поширокото семејство, мрежата на роднини и пријатели, полесна адаптација на разни животни случувања, успешна социјализација. Но, се известува за зголемениот стрес кај семејства со дете со попреченост, кој го доведува до прашање успешното емоционално врзување и функционирање на целото семејство. Податоците во нашето истражување покажаа, најголем број на учениците од албанска етничка припадност потекнуваат од семејства каде родителите се во брак (86,7%), потоа 80% од учениците од ромските семејства, само 2/3 од учениците од македонска етничка припадност се од семејства каде родителите се во брачна заедница (73%). Еднородителски семејства, каде родителите се разведени, разделени или не биле во брак се најзастапени кај учениците од македонска етничка припадност (20,6%), следуваат ромските семејства (15,6%), 8.8% од албанските семејства (табела 4).

Табела 4: Приказ на брачниот статус на родителите во рамките на припадност кон етничките заедници

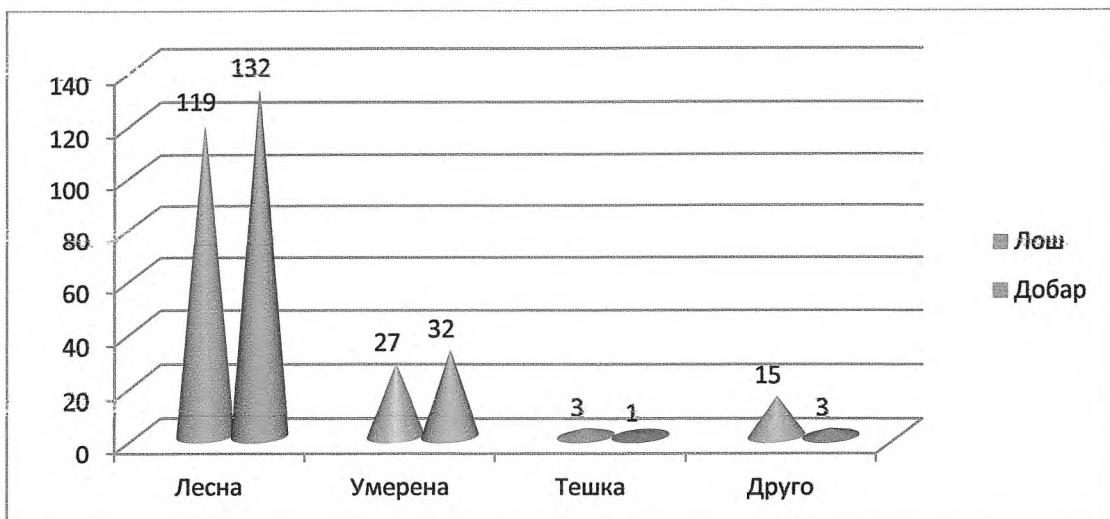
Етничка припадност		Брачен статус на родителите						вкупно	
		во брак	разведени	разделени	не биле во брак	еден од родителите не е жив	родителите се починати		нема информација
македонска	f	127	19	6	11	0	3	8	174
	%	73	10,9	3,4	6,3	0	1,7	4,6	100
албанска	f	78	3	2	3	1	1	2	90
	%	86,7	3,3	2,2	3,3	1,1	1,1	2,2	100
ромска	f	82	1	11	4	1	2	2	103
	%	79,6	1	10,7	3,9	1	1,9	1,9	100
турска	f	2	0	2	0	0	0	0	4
	%	50	0	50	0	0	0	0	100
Друго	f	9	0	1	0	0	0	0	10
	%	90	0	10	0	0	0	0	100
Вкупно	f	298	23	22	18	2	6	12	381
	%	78,2	6	5,8	4,7	0,5	1,6	3,1	100

Според податоците за образованието на родителите според етничка припадност во рамките на највисокиот степен на завршено образование, 112 ученици потекнуваат од семејства каде родителите имаат комплетирано/некомплетирано основно образование, најмногу застапено ниско ниво на образование има кај семејствата од ромската популација. Најзастапено завршено средно и високо образование имаат македонските родители. Најголем број на ученици, приближно половината поттекнуваат од семејства во социјален ризик. Стручните работници во училиштата ја потенцираа слабата соработка со родителите на учениците кои потекнуваат од социјално загроени или необразовани семејства, родителите немаат вештини и капацитети за воспитување на децата, не ги разбираат потребите и однесувањето на детето, не преземаат чекори во однос на препораките за третирање на здравствените потешкотии.

Дистрибуцијата на учениците според степенот на интелектуална попреченост и социо-економски статус на семејството покажа скоро подеднаква распределба во однос на добар/лош статус во категориите на лесна и умерена интелектуална попреченост,

воочлива е разликата на потеклото на учениците со тешка интелектуална попреченост чии семејства се со лош социо-економски статус (75%), и учениците од последната категорија кои воглавно се ученици со воспитна-едукативна занемареност и кои потекнуваат од семејства со лош социо-економски статус (слика 5).

Слика 5: Дистрибуција на учениците според степенот на интелектуална попреченост во рамките на социо-економскиот статус на семејството

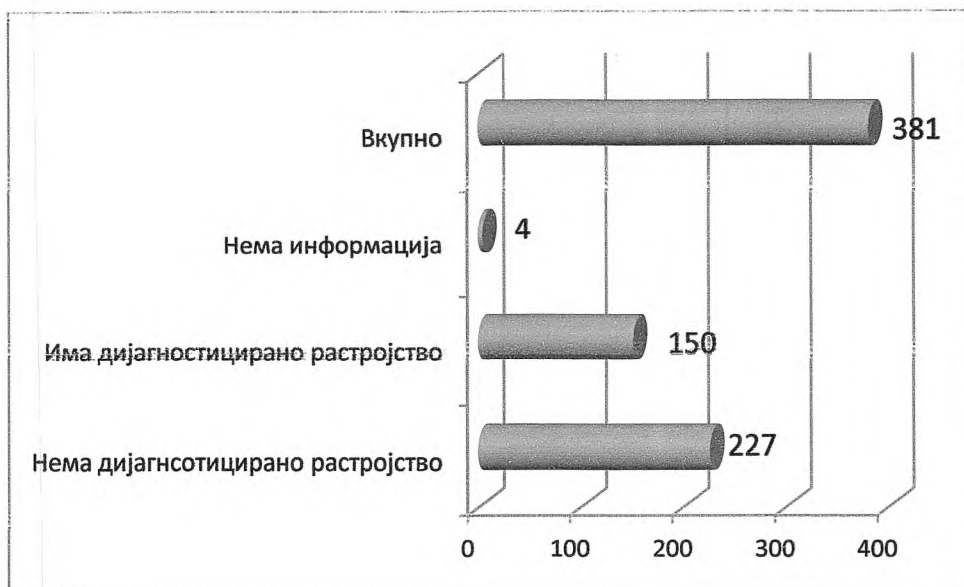


Ментални растројства кај учениците со интелектуална попреченост

Когнитивните потешкотии со кои се соочуваат учениците со интелектуална попреченост им прават потешкотија да ги опишат чувствата, искуствата, дури и дневните случувања. Предизивикувачки е да се одредат потешкотиите на детето и ефектите кои ги има на целокупното однесување и доживување на детето.

Од сликата 6, може да се забележи висока стапка на застапеност на менталните растројства кај учениците од нашиот примерок, односно кај 150 од вкупно 381 ученик (39,4%) има некој тип на ментално растројство, кај 227 немаше извештај/евиденција за присутно растројство, за 4 ученика немавме податок од документацијата, ниту од стручните служби во училиштето за присутност или отсутност на овие состојби.

Слика 6: Присуство на ментално растројство кај учениците со интелектуална попреченост, дијагностицирано според МКБ 10 критериумите



При собирање на податоците за овој дел од истражувањето се соочив со повеќе ограничувања. Дефектолозите истакнаа дека имаат сознанија за некои ученици за присутноста на ментални растројства, имаат сознанија дека примаат психофармаколошка терапија, но и покрај нивните напори да бидат запознаени со природата на нарушувањето како подобро би го организирале, планирале наставниот план, би предвиделе и реагирале доколку е потребно, многу малку наидуваат на соработка со родителите. Најголем дел беше анализирана затекнатата медицинска документација, но некои родители кои претходно ги известиле стручните лица во училиштата за потешкотиите на своето дете поврзани со менталното здравје, дополнително беа замолени од страна на дефектолозите да ја достават медицинската документација, доколку се сложуваат со тоа.

Кај 150 ученика имаше податок за дијагностицирано растројство. Со анализа на податоците од медицинските извештаи присутни во досиејата на учениците, можеме да заклучиме дека најзастапени беа растројствата од групата на растројства во психолошкиот развој, се среќаваше кај 22,3% од учениците (од нив первазивните развојни растројства и специфични говорни и јазични развојни растројства), следеа растројствата во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата, дијагностицирани кај 34 или 8,9% од учениците, растројства од групата Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства сретнавме кај 22 ученика,

Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства беа присутни кај 8 ученика (2,1%), само кај еден ученик се сретнавме со растројство на расположението (табела 5).

Табела 5: Приказ на застапеноста на менталните растројства дијагностицирани според МКБ 10 критериумите кај учениците од ПОУ

Категории на менталните растројства	f	%
Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства (F20-F29)	22	5,8
Растројства на расположението (афектот) (F30– F39)	1	0,3
Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства F40-F48	8	2,1
Растројства во психолошкиот развој (80-F89)	85	22,3
Растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата (F90-F98)	34	8,9
Вкупен број на дијагностицирани растројства според критериумите на МКБ 10	150	39,4

На табела 6, е даден групниот приказ на дијагностицираните растројства според групите и видот на застапеното растројство. Секоја група на растројство со видот на дијагностицирано растројство ќе биде прикажана на наредните табели.

Табела 6: Приказ на застапеноста на ментални растројства според МКБ 10 според видот на дијагностицираното растројство

Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства		
шизофренија	6	1,6
перзистентни налудничави растројства	1	0,3
акутни и транзиторни психотични растројства	14	3,7
шизоафективни растројства	1	0,3
Растројства на расположението (афектот)		
депресивна епизода	1	0,3

Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства		
опсесивно-компулсивно растројство	1	0,3
реакција на тежок стрес и растројство на приспособување	1	0,3
дисоцијативни (конверзивни) растројства	6	1,6
Растројства во психолошкиот развој		
специфични говорни и јазични развојни растројства	42	11,0
первазивни развојни растројства	43	11,3
Растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата		
хиперкинетски растројства	9	2,4
растројство во поведението	16	4,2
мешани растројства во поведение и емоциите	4	1,0
емоционални растројства со почеток специфичен за детството	2	0,5
тикови	1	0,3
други емоционални растројства со почеток специфичен за детството (енуреза и енкопреза)	2	0,5

Во литературата се појавуваат различни мислење, ставови, но и резултати од различни истражувања кои се однесуваат на застапеноста на психотичните растројства, особено шизофрениите растројства. Се среќаваме со податоци во кои се укажува на зачестената кај лицата со интелектуална попречност, но и зголемениот ризик за шизофренија, биполарно растројство и други болести кои можат да вклучат симптоми на патолошки идеи и халуцинации. Препознавањето и можноста за дијагностицирање на растројства од оваа категорија, посебно доколку тоа се однесува на лица со понизок степен на интелигенција, кај кои е ограничена експерсијата на сопствените чувства и доживувања, имаат тешкотија да го поврзат искуството на налудничавост или халуцинација, кататоно држење на телото кое изгледа како да има психотично потекло, кај нив многу тешко се утврдува дијагнозата на класична шизофренија. Во нашиот примерок, кај 5.8% од учениците (n=22) се јавува растројство од оваа група, може да се забележи дека најзастапени се акутните и транзиторни психотични растројства 3.7%, следува шизофренијата со 1.6% (табела 7)

Табела 7: Приказ на застапеност на растројства од категоријата на Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства (F20-F29)

Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства	f	%
шизофренија	6	1,6
перзистентни налудничави растројства	1	0,3
акутни и транзиторни психотични растројства	14	3,7
шизоафективни растројства	1	0,3
вкупно дијагностицирани растројства	22	5,8
нема растројство од оваа категорија	359	94,2
Вкупно	381	100

Растројствата на расположението не се невообичаени кај овие лица, се забележуваат промените на расположение од основното: лабилност на расположението, плачливост, подигање на расположението, нарушување на сонот и исхраната, бихејвиорални манифестации како иритабилност, самоповредувачко однесување, агресија, симптоми кои може да влијаат на севкупното функционирање, на интересите и ниво на активности, да доведе до социјална изолација и повлекување. Само кај еден ученик имаше дијагностицирано растројство на расположението, односно депресивна епизода (табела 8).

Табела 8: Приказ на застапеност на растројства од категоријата на Растројства на расположението (афектот) (F30-F39)

Растројства на расположението (афектот)	f	%
депресивна епизода	1	0,3
нема растројство од оваа категорија	380	99,7
Вкупно	381	100

Податоците од индивидуалните досиеја укажуваат на ниска застапеност на анксиозните нарушувања, односно само кај 8 ученика (2,2%) се среќава растројства од оваа група. Конверзивни растројства имаат 6 ученика (1,6%), кај еден ученик е

дијагностицирано опсесивно-компулсивно растројство, и кај еден ученик растројство на приспособувањето (табела 9)

Табела 9: Приказ на застапеност на растројства од категоријата на Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства (F40-F48)

Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства	f	%
опсесивно-компулсивно растројство	1	0,3
реакција на тежок стрес и растројство на приспособување	1	0,3
дисоцијативни (конверзивни) растројства	6	1,6
нема растројство од оваа категорија	373	97,8
Вкупно	381	100

Комуникациските растројства се најчесто манифестирани проблеми кај лицата со интелектуална попреченост. Ограничените и нарушени комуникациски способности, било на експресивниот или рецептивниот говор, најчесто имаат влијание на способноста за учество во секојдневните интерперсонални и образовни ситуации. Говорно-јазичните потешкотии и аутизмот се среќаваат кај 85 ученика, или 22,3% од вкупниот примерок, односно 43 ученика имаат аутистичен спектар на нарушување (11,3%), кај 11% од учениците се забележани говорно-јазични потешкотии (табела 10).

Табела 10: Приказ на застапеност на растројства од категоријата на Растројства во психолошкиот развој (80-F89)

Растројства во психолошкиот развој	f	%
специфични говорни и јазични развојни растројства	42	11,0
первазивни развојни растројства	43	11,3
нема растројство од оваа категорија	296	77,7
Вкупно	381	100

Најчесто забележано од страна на другите лица, е однесувањето кај лицата со интелектуална попреченост, тоа претставува и најчестата причина за нивното

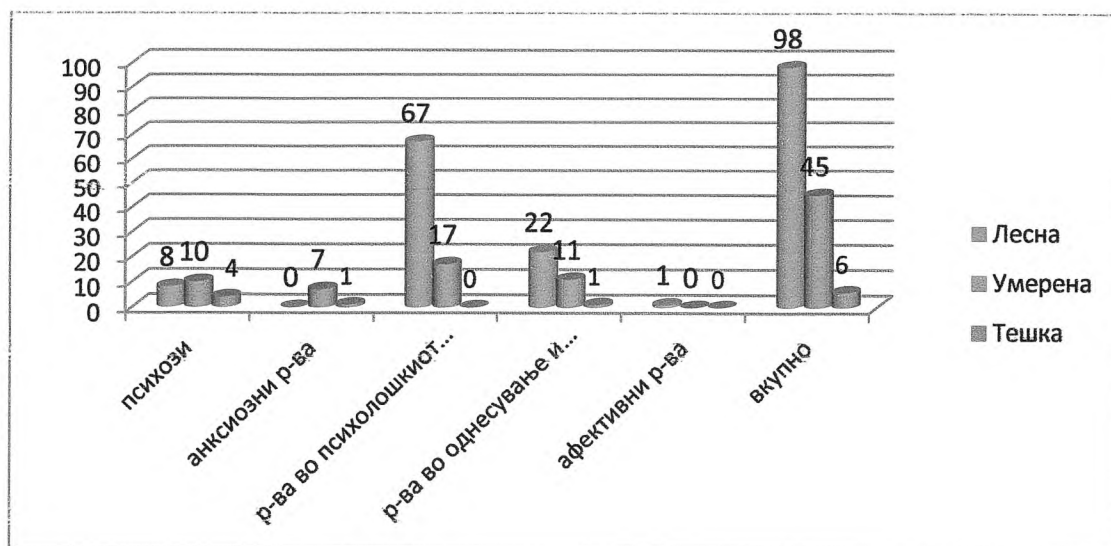
упатување и барање помош од стручни лица. Кај 34 ученика се дијагностицирани растројства во однесување и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата. Највисока стапка на застапеност од оваа група растројства, е растројство во поведението кое е присутно кај 16 ученика (4,2%). Бројни студии известуваат за преваленца на АДХД кај децата со интелектуална попреченост, повисока за разлика од децата со типичен развој, односно симптомите на хиперактивност и невнимание се значително почесто известува во некои студии, застапени до 60%, наспроти 3% кај децата без попреченост (Hastings et al., 2005). Во нашето истражување се сретнавме со хиперкинетските растројства кај 9 ученика (2,4%), 4 ученика имаат мешани растројства во поведение и емоциите (1%), 2 ученика енуреза и енкопреза (0,5%), 2 ученика имаат емоционално растројство со почеток во детството (0,5%), кај еден ученик присутни се тикови (табела 11).

Табела 11: Приказ на застапеност на растројства од категоријата на Растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата (F90-F98)

Растројства во обносните и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата	f	%
хиперкинетски растројства	9	2,4
растројство во поведението	16	4,2
мешани растројства во поведение и емоциите	4	1,0
емоционални растројства со почеток специфичен за детството	2	0,5
тикови	1	0,3
други емоционални растројства со почеток специфичен за детството (енуреза и енкопреза)	2	0,5
вкупно дијагностицирани растројства од оваа категорија	34	8,9
нема растројство од оваа категорија	347	91,1
Вкупно	381	100

Распределбата на менталните растројства во рамките на степенот на интелектуална попреченост (табела 12, слика 7), укажува дека најголем дел од учениците со лесна интелектуална попреченост имаат дијагноза во групата на растројствата во психолошкиот развој (аутизам и говорни нарушувања), односно 67 ученика, потоа растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата 22 ученика, растројства од групата на Психози се среќава кај 8 ученика. Учениците со умерена интелектуална попреченост, во споредба со учениците со другите категории на интелектуална попреченост, најмногубројни се во категоријата на психози. Нивната распределба е скоро подеднаква по останатите групи, 17 се дијагностицирани со Растројства во психолошкиот развој, растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата се јавуваат кај 11 ученика, 10 имаат растројства од групата на психози, 7 ученика имаат Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства. Најголем процент од учениците со тешка интелектуална попреченост имаат психози. Еден ученик беше во категорија на лице со воспитно-образовна занемареност, поради таа причина не е земен во предвид при одредувањето на оваа категорија според степенот на попреченост.

Слика 7: Приказ на застапеноста на менталните растројства во рамките на степенот на интелектуална попреченост



Табела 12: Распределба на менталните растројства во рамките на степенот на интелектуалната попреченост кај учениците

МЕНТАЛНИ РАСТРОЈСТВА							
степен на интелектуална попреченост		психози	афективни растројства	анксиозни растројства	растројства во психолошкиот развој	растројства во однесувањето и емоциите	вкупно
Лесна	f	8	1	0	67	22	98
	%	8,2	1	0	68,4	22,4	100
Умерена	f	10	0	7	17	11	45
	%	22,2	0	15,6	37,8	24,4	100
Тешка	f	4	0	1	0	1	6
	%	66,7	0	16,7	0	16,7	100
Вкупно	f	22	1	8	84	34	149
	%	14,9	0	5,4	56,8	23,1	100

Поврзаноста на појавата на одредени ментални растројства според половата припадност сеуште е нејасна. Во литературата и според некои студии се укажува на неповрзаноста на полот со стапката на застапеност на менталните растројства. Но во општата популација, женскиот пол обично се асоцира со поголема стапка на појава афективни и анксиозни растројства, додека кај машкиот пол позастапени се психозите.

Во однос на застапеноста на растројствата од групата на Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства, може да се забележи севкупна поголема застапеност кај машките испитаници (63,6%), во однос на женските испитаници (36,4%). Шизофрениите се подеднакво распределени, дијагностицирано кај 3 испитаника од женски, и 3 испитаника од машки пол. Разлика се јавува во појавата на акутно психотично растројство, 9 машки испитаници (64%) наспроти 5 женски испитанички (36%) (табела 13).

Табела 13: Приказ на растројства од групата Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства според полова распределба

Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства						
Пол		шизофренија	перзистентни налудничави растројства	акутни и транзиторни психотични растројства	шизоафективни растројства	Вкупно
Машки	f	3	1	9	1	14
	%	50	100	64,3	100	63,6
Женски	f	3	0	5	0	8
	%	50	0	35,7	0	36,4
Вкупно	f	6	1	14	1	22
	%	100	100	100	100	100

Резултатот за застапеноста на невротските растројства, покажа дека растројствата од оваа категорија се позастапени кај женските. Кај четири женски и две машки лица има конверзивни, кај еден ученик има опсесивно-компулсивно растројство, кај една ученичка има растројство на приспособување (Табела 14).

Табела 14: Приказ на категоријата на Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства според половата распределба

Невротски растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства					
Пол		опсесивно-компулсивно растројство	реакција на тежок стрес и растројство на приспособување	дисоцијативни (конверзивни) растројства	Вкупно
Машки	f	1	0	2	3
	%	33,3	0	66,7	100
Женски	f	0	1	4	5
	%	0	20	80	100
Вкупно	f	1	1	6	8
	%	11,1	11,1	77,8	100

Најзастапени растројства во примерокот на ученици од посебните училишта беше категоријата на растројства во психолошкиот развој. Според литературата застапеноста на первазивните развојни растројства е поголемо кај машките отколку кај женските лица. Во нашиот примерок 43 ученици имаат аутизам (86% од нив се од машкиот пол), 42 имаат одреден вид на говорно-јазично растројство, 48% се од машки пол наспроти 52,4 % од женски пол (табела 15).

Табела 15: Приказ на растројства од групата на растројства во психолошкиот развој според полова распределба

Растројства во психолошкиот развој				
Пол		специфични говорни и јазични развојни растројства	первазивни развојни растројства	Вкупно
машки	f	20	37	57
	%	47.6	86	67.1
женски	f	22	6	28
	%	52,4	14	32.9
Вкупно	f	42	43	85
	%	100	100	100

Екстенализирачките (бихејвиоралните) облици на однесување се понагласени кај машкиот пол во споредба со испитаничките од женски пол. Кај вкупно 34 ученика се следи растројства од оваа категорија, кај 24 од машките, наспроти 10 лица од женскиот пол. Најзастапена категорија растројства кај испитаници се растројствата во поведение (кај 47%). Според полова распределба, 81,3% се машки, 18,7% се женски. Следуваат хиперкинетски растројства (26,5 %), кои се позастапени кај машките во споредба со женските, односно, дијагностицирани кај 7 машки и 2 женски лица. Проблемите во однесувањето и емоциите се подеднакво застапени, тиковите има кај една ученичка, енуреза и енкомпреза кај двајца ученици, по еден од машки и од женски пол (табела 16).

Табела 16: Приказ на растројства од групата на Растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата според половата распределба

Растројства во однесувањето и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата								
Пол		Хипер-кинети растројства	растројство во поведението	Р-ва во поведението и емоциите	емоционални растројства со почеток специфичен за детството	тикови	енуреза и енкопреза	Вкупно
машки	f	7	13	2	1	0	1	24
	%	77,8	81,3	50	50	0	50	70,1
женски	f	2	3	2	1	1	1	10
	%	22,2	18,7	50	50	100	50	29,9
Вкупно	f	9	16	4	2	1	2	34
	%	100	100	100	100	100	100	100

Во примерокот од 381 ученик со интелектуална попреченост, кај 128 (33,6%) покрај интелектуалната попреченост, се реферираат и други медицински проблеми или хронични здравствени состојби. Најзастапени се болестите на нервен систем (22%), генетски нарушувања (7,6%), конгенетални малформации и деформации (1,6%), оштетувања на вид, слух кај 1,35%, други хронични болести кај 0,8%, но само кај 48 од нив има и ментално растројство.

Во многу студии се наведува вулнерабилноста или ризик факторот на лицата со интелектуална попреченост и придружна хронична здравствена состојба за појава на ментални растројства. Во нашето истражување не утврдивме значителна поврзаност на присутни ментални растројства кај учениците со интелектуална попреченост и хронична здравствена состојба ($\chi^2= 3.494$, $s=0.211$, $p>0.05$), кај 48 ученика со интелектуална попреченост и придружна хронична медицинска болест, има дијагностицирано ментално растројство (табела 17).

Табела 17: Споредба на влијание на придружна медицинска состојба за појава на ментално растројство

Ментални растројства						
		психози	анксиозни растројства	растројства во психолошкиот развој	растројства во однесување и емоции	Вкупно
без хронично здравствена состојба	f	3	1	14	9	27
	%	11,1	3,7	51,9	33,3	100
со хронично здравствена состојба	f	9	7	21	11	48
	%	18,8	14,6	43,8	22,9	100
Вкупно	f	12	8	35	20	75
	%	16	10,7	46,7	26,7	100

Кај 48 од учениците кои имаат комбинирани пречки има присутност на ментално растројство, најчесто се јавува растројствата на психолошкиот развој (аутизам и говорно-јазични растројства), потоа растројство во однесувањето и емоциите, психозите и анксиозните растројства. Учениците со дијагностицирано ментално растројство, вкупно 48 во нашиот примерок, имаат присутна хронична болест (37,5%) прикажано на табела 18.

Табела 18: Застапеност на ментални растројства кај учениците кои имаат хронична здравствена состојба

Ментално растројство							
хронична здравствена состојба		Психози	афективни растројства	анксиозни растројства	растројства во психолошкиот развој	растројства во однесувањето и емоциите	Вкупно
болестите на нервен систем	f	8	1	6	14	8	37
	%	88,9	100	85,7	70	72,7	77,1
генетски нарушувања	f	1	0	1	4	1	7
	%	11,1	0	14,3	20	9,1	14,6
конгенетални малформации и деформации	f	0	0	0	0	2	2
	%	0	0	0	0	18,2	4,2
оштетувања на вид, слух	f	0	0	0	2	0	2
	%	0	0	0	10	0	4,2
Вкупно	f	9	1	7	20	11	48
	%	100	100	100	100	100	100

Со анализа на податоците кои се однесуваат на информациите за социо-економскиот статус на семејството на учениците и распространетоста на одредени видови на растројства, заклучивме дека позастапени се менталните растројства од сите категории кај учениците со добар социо-економскиот статус, но според податоците на истражуваниот примерок заклучивме дека не постои силен доказ дека социо-економскиот статус има влијание за појава на ментално растројство (табела 19). Скоро подеднаква е дистрибуцијата на учениците со ментално растројство во сите категории, нешто позастапени се растројствата во психолошкиот развој кај ученици кои потекнуваат од семејства со добар СЕС, 63% наспроти 56%, растројствата во однесувањето и емоциите се позастапени кај ученици кои потекнуваат од семејства со лош СЕС, 28% наспроти 19%. Во табелата претставени се само учениците кои имаат присутно ментално растројство за кои имавме достапна информација во досиејата, а се однесуваше на работниот статус на родителотот.

Табела 19: Распределба на учениците кои имаат дијагностицирано ментално растројства во рамките на социо-економски статус на родителите

Ментални растројства						
Социо-економски статус		психози	анксиозни растројства	растројства во психолошкиот развој	растројства во однесувањето и емоциите	Вкупно
Лош	f	6	1	26	13	46
	%	13	2,2	56,5	28,3	100
Добар	f	12	3	53	16	84
	%	14,3	3,6	63,1	19,1	100
Вкупно	f	18	4	79	29	130
	%	13,9	3,1	60,8	22,3	100

$\chi^2 = 1.564$	$c = 0.109$	$p > 0.05$
------------------	-------------	------------

Учениците кои потекнуваат од семејство каде највисокиот степен на завршено образование на родителите е високо образование, главно имаат ментално растројство од групата на Растројства во психолошкиот развој, односно аутизам и говорни и јазични развојни растројства. Децата на родителите со средно образование претежно

имаат ментално растројство од групата на Растројства во психолошкиот развој и растројства од групата на растројства во однесувањето и емоциите. Учениците кои потекнуваат од семејство каде имаат низок степен на завршено образование (основно и некомплетно основно образование), главно имаат растројство во однесувањето и емоциите (табела 20). Како што напоменавме претходно, информации во досиејата не беа комплетни во однос на образованието на родителите. Во табелата се претставени само учениците кои имаат присутно ментално растројство и за кои имавме достапна информација за највисокиот ранг на завршено образование на еден од родителите.

Табела 20: Распределба на учениците кои имаат дијагностицирано ментално растројства според највисокиот степен на образование на еден од родителите

Ментални растројства						
Степен на образование на родителите		психози	анксиозни растројства	растројства во психолошкиот развој	растројства во однесувањето и емоциите	Вкупно
некомплетно основно	f	1	1	4	5	11
	%	9	9,1	36,4	45,5	100
Основно	f	6	2	5	10	23
	%	26,1	8,7	21,7	43,5	100
Средно	f	8	2	42	10	62
	%	12,9	3,2	67,7	16,1	100
Високо	f	2	1	21	1	25
	%	8	4	84	4	100
Вкупно	f	17	6	72	26	121
	%	14,1	5	59,5	21,5	100

Во плејада на истражувања, се добива податок за повисока стапка на застапеност на анксиозните и на депресивните растројства кај женскиот пол во споредба со машкиот, и почеста застапеност на бихејвиоралните нарушувања кај машките.

Резултатите во нашето истражување покажаа дека не постои статистички значајна разлика во однос на појавноста и распределбата на растројствата според половата припадност, иако 27.8% од машките испитаници, 11.3% од женските испитаници имаат дијагностицирано ментално растројство ($\chi^2 = 3.064$, $c = 0.142$, $p > 0.05$).

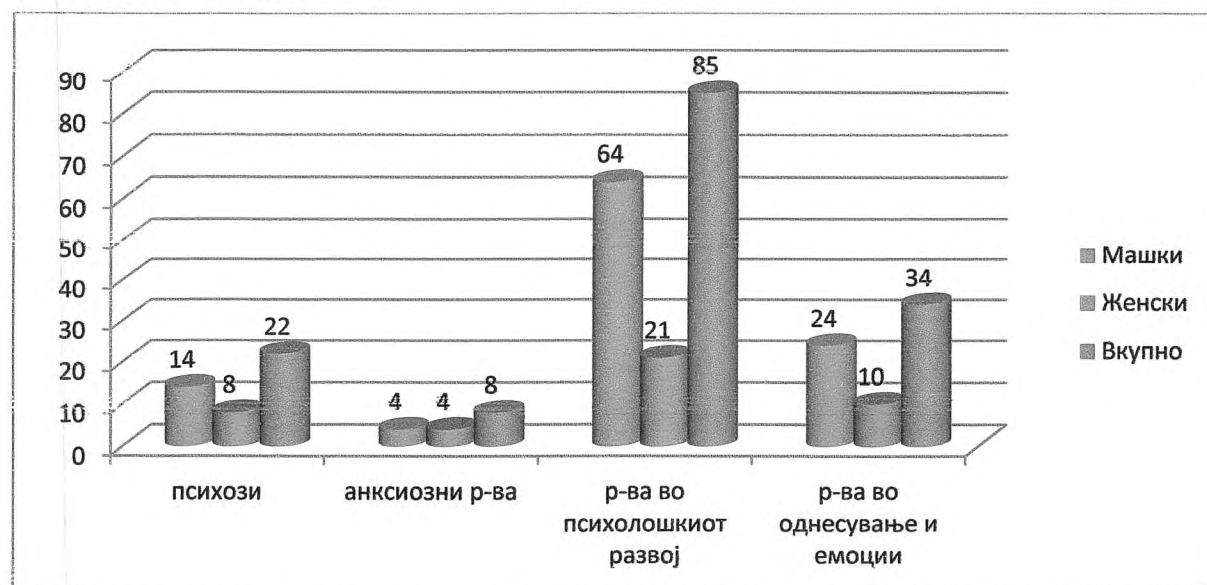
Податоците добиени за застапеноста на менталните растројства според половата припадност, покажуваат дека психозите, растројствата во однесувањето, растројствата на психолошкиот развој, се позастапени кај машките, додека анксиозните растројства се подеднакво распределени, но во нашиот примерок соодносот на момчиња наспроти девојчиња е 2:1, можеме да заклучиме дека анксиозните растројства се позастапени кај женскиот пол (табела 21, слика 8).

Табела 21: Распределба на учениците кои имаат дијагностицирано ментално растројства според половата припадност

Ментално растројство						
Пол	Психози	Афективни растројства	анксиозни растројства	растројства во психолошкиот развој	растројства во однесување и емоции	Вкупно
Машки	14	1	4	64	24	107
Женски	8	0	4	21	10	43
Вкупно	22	1	8	85	34	150

$\chi^2 = 3.064$	$c = 0.142$	$p > 0.05$
------------------	-------------	------------

Слика 8: Распределба на учениците кои имаат дијагностицирано ментално растројства според половата припадност



Кај учениците во најмладата возрасна група (8-12) и средната возрасна група (13-16), значително поголема е застапеноста на аутизам или говорно-јазични

растројства (49 од 68, и 27 од 50 ученици во овие групи), следува растројство во однесувањето и емоциите. Во возрастната група на ученици од 17 и повеќе години, претежно имаат дијагноза од групата на психози и растројство во однесувањето и емоциите. Гледајќи ги резултатите за растројствата од групата на Шизофренија, пизотипни и налудничави растројства, можеме да забележиме дека застапеноста на овие растројства се зголемува со зголемување на возраста кај учениците, односно најмалку е застапена кај учениците од 8-12 години (5.8%), следуваат учениците од 13 до 16 годишна возраст (14%), најзастапена е кај учениците од 17 и повеќе години (34.4%). Растројствата во однесувањето и емоциите, се застапени во сите возрастни групи. Во литературата се укажува дека застапеноста на овие растројства се намалува со возраста, но во нашето истражување резултатите ни укажаа за најголема застапеност во групата од 13-16 годишна возраст (13 ученика), потоа 8-12 години (11 ученика), 10 ученика на возраст од 17 и повеќе години се со дијагностицирано растројство од оваа група. Генерално земено, најзастапени се растројствата на психолошкиот развој (аутизам и говорно-јазични растројства), следуваат растројство во однесувањето и емоциите, потоа групата на Шизофрени растројства, Анксиозни растројства, кај еден ученик има депресивно растројство.. Психозите се најзастапени кај возрастната група, анксиозните растројства се скоро подеднакво застапени кај средната и возрастната група, аутизмот и говорно-јазични растројства најмногу се застапени во најмладата група, растројствата во однесувањето и емоциите се најзастапени во возрастната група (табела 22).

Табела 22: Распределба на менталните растројства во рамките на возрастната група на учениците

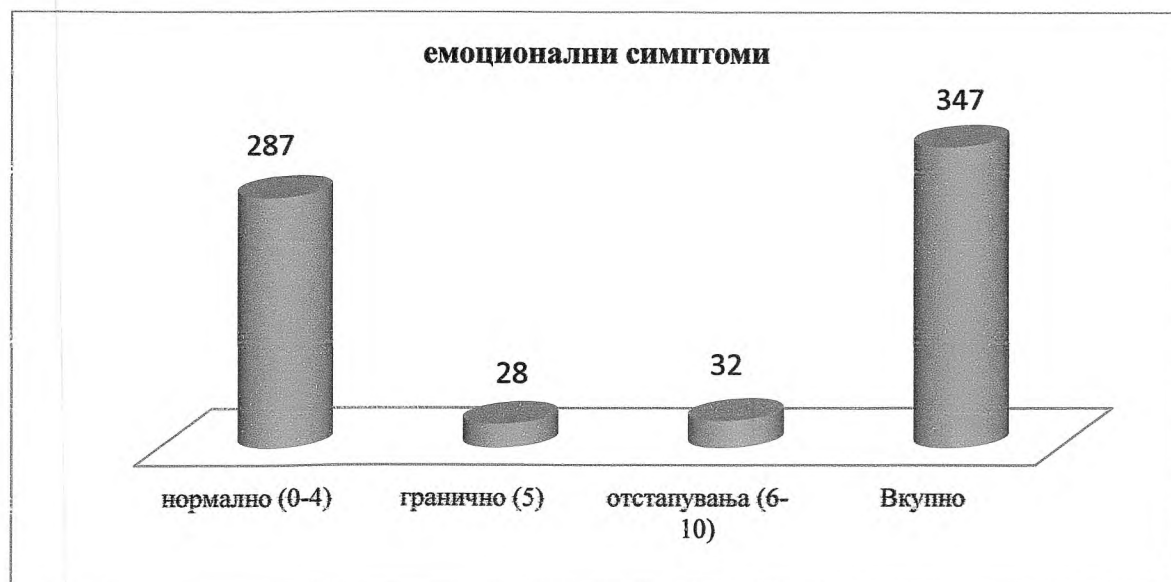
Ментални растројства							
Возраст години		психози	анксиозни растројства	растројства во психолошки-от развој	растројства во однесување и емоции	Афективно растројство	Вкупно
08-12	f	4	3	49	11	1	68
	%	5,8	4,4	72,1	16,2	1,5	100
13-16	f	7	3	27	13	0	50
	%	14	6	54	26	0	100
17 и повеќе	f	11	2	9	10	0	32
	%	34,4	6,2	28,1	31,3	0	100
Вкупно	f	22	8	85	34	1	150
	%	14,7	5,3	56,7	22,7	0,7	100

Емоционални и бихејвиорални карактеристики на учениците со интелектуална попреченост, мерени со Прашалникот за способности и потешкотии, форма наменета за пополнување од наставници

Проценката за ментално-здравствените проблеми, изразени низ интернализирачките и екстернализирачките проблеми (социјалните, бихејвиоралните и психолошки) кај учениците, ја одредувавме според вкупниот резултат на четирите скали за потешкотии и скалата за способности, изразени низ категории како: нормално ниво, гранично ниво, високо ниво на потешкотии кое е во клинички рамки.

Во најголем дел од испитуваните ученици, според резултатите од скалата за емоционални симптоми/проблеми, можеме да заклучиме дека кај 75% не се регистрирале потешкотии во емоционалната област, гранично ниво на потешкотии има кај 7,3%, и кај 8,4% се следи високо ниво на потешкотии/отстапување од нормалното во оваа област, односно, зголемено е нивото на загриженост, иритабилност, ставови, срам, несигурност.. Можеме да заклучиме дека речиси кај 16% ученика се регистрира појава на емоционални потешкотии (односно гранични и проблеми кои се во клинички рамки) (слика 9, табела 23).

Слика 9: Резултати за емоционалните симптоми кај учениците

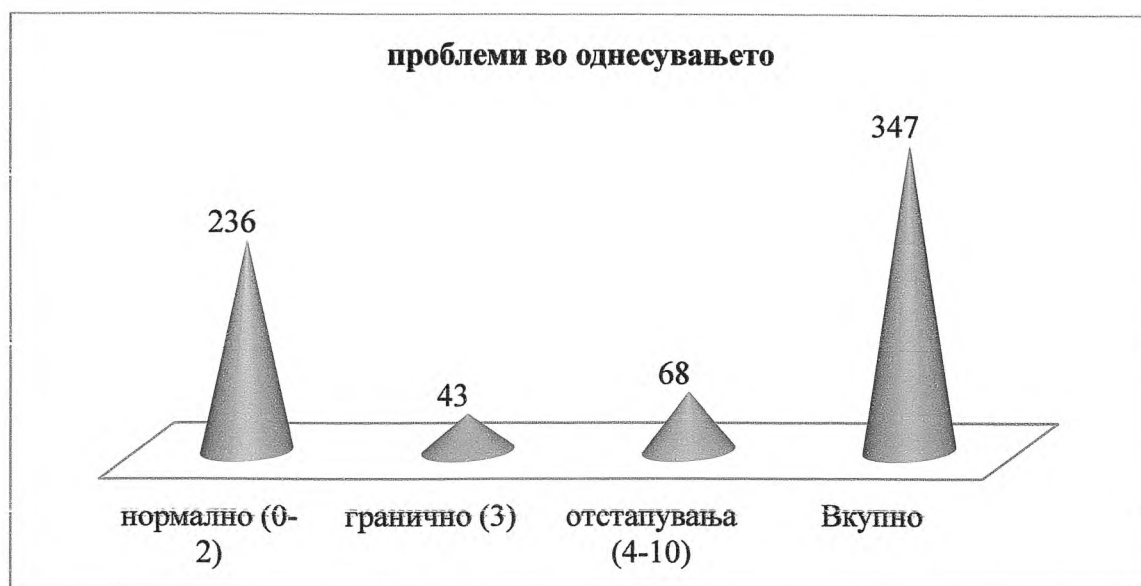


Табела 23: Резултат на скалата за емоционални симптоми

Емоционални симптоми		
Категории	f	%
нормално однесување	287	75,3
гранично однесување	28	7,3
однесување во клинички рамки	32	8,4
Вкупно	347	91,1
нема одговор	34	8,9
Вкупно	381	100

Многу почесто препознаени и известувани од другите лица се надворешните манифестации на доживувањата, намалениот праг на толерантност на фрустрации, еден безначаен провокативен фактор може да не биде правилно препознаен и да испровоцира силна емотивна реакција, која е изразена низ „проблематично“ однесување. И според резултатите во нашето истражување голем процент на учениците се со проблеми во однесувањето, гранично ниво на потешкотии има кај 11,3%, 17,8% од учениците имаат високо ниво на проблеми во однесувањето, само 62% од учениците се во категоријата на нормално однесувањето (слика 10, табела 24).

Слика 10: Резултат за проблеми во однесувањето



Табела 24: Резултат на скалата за проблеми во однесувањето

Проблеми во однесувањето		
Категории	f	%
нормално однесување	236	61,9
гранично однесување	43	11,3
однесување во клинички рамки	68	17,8
Вкупно	347	91,1
нема одговор	34	8,9
Вкупно	381	100

Стапките на моторната хиперактивност, импулсивноста и недостатокот на вниманието, кои се прекумерни за менталната возраст кај интелектуално попречените ученици, некои автори проценуваат дека се движи меѓу 9 и 18%. Се добиваат високи резултати на скалите за потешкотии кои се во клинички рамки (од 07-10 бодови во рамките на абнормално), кај 30,4% од учениците, истите се однесуваат за хиперактивноста и недостатокот на внимание. 13% имаат резултати за потешкотии со гранична вредност, кај помалку од половината ученици (47,8%), не се регистрираат потешкотии во оваа област (табела 25, слика 11).

Табела 25: Резултат на скалата за хиперактивност и недостаток на внимание

Хиперактивност и недостаток на внимание		
Категории	f	%
нормално однесување	182	47,8
гранично однесување	49	12,9
однесување во клинички рамки	116	30,4
Вкупно	347	91,1
нема одговор	34	8,9
Вкупно	381	100

Слика 11: Резултат на скалата за хиперактивност и недостаток на внимание



Познато е дека лицата со интелектуална попреченост имаат ограничени способности за адаптација и ограничени социјални контакти, често се изложени на хронична социјална и афективна депривација, која доведува со специфични тешкотии во поимање на реалноста и воспоставување на функционални интерперсонални релации.

Резултатите добиени на скалата за евидентирање на проблеми во остварување и одржување на социјални релации со врсниците, укажуваат дека само кај помалку од половина ученици не се детектирани проблеми, 26% имаат делумно проблеми или потешкотии кои се во рамките на гранични потешкотии, висока стапка (19%) на ученици кои имаат потешкотии во остварувањето на пријателски релации (табела 26, слика 12).

Табела 26: Резултат на скалата за проблеми во релацијата со врсниците

Проблеми во релацијата со врсниците		
Категории	f	%
нормално однесување	174	45,7
гранично однесување	99	26
однесување во клинички рамки	73	19,2
Вкупно	346	90,8
нема одговор	35	9,2
Вкупно	381	100

Слика 12: Резултат за проблеми во релацијата со врсниците



Успехот во животот е силно детерминиран од развиеноста на социјалните вештини кои вообичаено се учат со опсервација, со воспоставување и одржување на интерпесонални реалции, во училиштето, во социјалната средина. Интелектуално попречените лица имаат послаба способност да ги разберат и да реагираат согласно чувствата на другите лица, имаат намалена претстава за влијанието на сопственото однесување кон другите, се зборува за недоволно развиени социјални вештини.

Резултатите на скалата за способностите кај ученикот, љубезноста, сочувствителноста, грижливоста, односно во категоријата на присуството и развиено просоцијално однесување, ги потврдува пишувањата во литературата за недостатокот на социјални вештини, кај 39% се доби резултат за развиени и добри социјални вештини, во голем процент на учениците резултатите се високи и тие се во насока на проблеми во социјалното функционирање, односно недостатокот на овие вештини се среќаваат кај половината од учениците (табела 27, слика 13).

Табела 27: Резултат на скалата за просоцијално однесување

Просоцијално однесување		
Категории	f	%
нормално однесување	149	39,1
гранично однесување	59	15,5
однесување во клинички рамки	139	36,5
Вкупно	347	91,1
нема одговор	34	8,9
Вкупно	381	100

Слика 13: Резултат на скалата за способностите, односно просоцијалното однесување



Кај половината од учениците со интелектуална попреченост не се детектираат социјални, бихејвиорални или психолошки проблеми (50,4%), односно, имаат низок резултат за потешкотии, 15% од учениците имаат присутно гранично ниво на потешкотии, но кај 25% има високо ниво на присутни потешкотии во емоционална и бихејвиорална област, резултат кој укажува на потешкотии кои се во клинички рамки (табела 28, слика 14).

Табела 28: Резултат на скалите за вкупни потешкотии

Вкупни потешкотии		
Категории	f	%
нормално однесување	192	50,4
гранично однесување	58	15,2
однесување во клинички рамки	96	25,2
Вкупно	346	90,8
нема одговор	35	9,2
Вкупно	381	100

Слика 14: Вкупен резултат на скалите за потешкотии



Податоците добиени од резултатите на емоционалните симптоми, проблемите во однесувањето, хиперактивност/недостаток на внимание, проблеми во релациите со врстниците, просоцијално однесување, покажуваат дека кај голем дел од испитуваните ученици (40%), овие потешкотии имаат влијание на севкупното функционирање на личен и на социјален план, само 161 ученик (42.3%) се во категоријата на нормално функционирање (табела 29).

Табела 29: Резултат за потешкотиите и нивно севкупното влијание на функционирање

Влијание на севкупното функционирање		
Категории	f	%
нормално однесување	161	42,3
гранично однесување	33	8,7
однесување во клинички рамки	151	39,6
Вкупно	345	90,6
нема одговор	36	9,4
Вкупно	381	100

Според податоците за појава на емоционални потешкотии ($t=0.502$, $p>0.05$), проблеми во однесувањето ($t=1.958$, $p>0.05$), и проблеми во воспоставување и

одржување на пријателски релации со врсниците ($t=1,6$, $p>0.05$), помеѓу двете групи на испитаници поделени според половата распределба, можеме да заклучиме дека нема статистички значајна разлика во пројавените проблеми во овие области помеѓу момчињата и девојчињата (табела 30, 31, 33).

Табела 30: Споредба на резултатот за емоционални симптоми според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	3,24	2,324	-0,502	$p>0.05$
Женски	111	3,37	2,203		

Табела 31: Споредба на резултатот за проблемите во однесувањето според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	2,75	2,075	1,958	$p>0.05$
Женски	111	2,28	2,175		

Резултатите од споредбата на резултатот на скалата на хиперактивност според половата поделба, покажа дека постои значителна разлика во однос на пројавеното хиперактивно однесување. Момчињата имаат значително повисока стапка на хиперактивност и недостаток на внимание во споредба со девојчињата, односно се покажува дека девојчињата се повеќе ориентирани кон завршување на задачите, додека момчињата полесно им се одвлекува внимание и повеќе се моторно активни ($t=3.296$, $p<0.01$), (табела 32).

Табела 32: Споредба на резултатот за хиперактивност/недостаток на внимание според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	5,65	2,67	3,296	$p<0.01$
Женски	111	4,71	2,368		

На табела 33, се покажува дека не постои статистички значајна разлика која се однесува на проблеми во воспоставување на релации со врсници меѓу момчињата и девојчињата ($t=1.6, p>0.05$).

Табела 33: Споредба на резултатот за проблеми во релациите со врсниците според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	3,78	2,171	1,6	$p>0.05$
Женски	110	3,4	2,033		

Групата на врсници има големо влијание на севкупното оформување на однесувањето во адолесценцијата, стекнување позитивни социјални вештини, лојалност и блискост, одредени примери на добро однесување и социјално прифатливо однесување, взаемно разбирање, поддршка и почитување на разликите, но понекогаш може да влијае на усвојувањето и на негативни обрасци на однесување.

Резултатите прикажани на табела 34, покажуваат дека девојчињата имаат повеќе стекнато позитивни социјални вештини, значително повеќе се просоцијално ориентирани во однос на момчињата ($t=3.106, p<0.01$), за разлика од момчињата кои имаат помалку прилагодено однесување.

Табела 34: Споредба на резултатот за просоцијално однесување според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	4,91	2,956	-3,106	$p<0.01$
Женски	111	5,94	2,715		

Во многу истражувања се истакнува дека момчињата имаат бихејвиорални проблеми, додека кај девојчињата проблемите повеќе се однесуваат на емоционалната област. Но, според добиените резултати, момчињата имаат значително поизразени форми на бихејвиорални, но и емоционални потешкотии, во однос на девојчињата ($t=2.035, p<0.05$), (табела 35).

Табела 35: Споредба на резултатот за вкупни потешкотии според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	15,42	7,192	2,035	p<0.05
Женски	110	13,76	6,79		

Севкупниот резултатот од скалите за потешкотии, укажа дека не постои статистички значајна разлика во однос на присуството на социјални, бихејвиорални или психолошки проблеми и нивно влијание во севкупното функционирање во однос на половата распределба ($t=1.282$, $p>0.05$), (табела 36).

Табела 36: Споредба на резултатот за влијанието на потешкотиите на севкупното функционирањето според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	P
Машки	236	1,98	2,23	1,282	p>0.05
Женски	109	1,65	2,153		

Анализирајќи и споредувајќи ги резултатите за емоционалните потешкотии според поделбата на возрастни групи, можеме да заклучиме дека најкритична возрастна група е од 8-12 годишна возраст. Емоционалните симптоми се значително поизразени кај најмладите учениците на возраст помеѓу 8 и 12 година. Постои статистички значајна разлика во однос на најмлада група на ученици во споредба со средната група на ученици кои се од 13 до 16 годишна возраст (Std. Error 0,301, Sig. p<0.05). Споредбата меѓу другите возрастни групи 8-12 со 17 и повеќе години, и 13-16 годишните со 17 и повеќе годишните, не покажа статистички значајна разлика (табела 37).

Табела 37: Споредба на резултатот за емоционалните симптоми според поделбата по возраст

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	99	3,71	2,327
13-16	133	2,86	2,355
17 и повеќе	110	3,37	2,098
Total	342	3,27	2,288

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	42,743	2	21,371	4,158	p<0.05
Во рамките на групата	1742,509	339	5,14		
Вкупно	1785,251	341			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	0,85	0,301	p<0.05
8-12	17 и повеќе	0,334	0,314	p>0.05
13-16	17 и повеќе	-0,516	0,292	p>0.05

Иако во многу истражувања се истакнува дека децата на помала возраст имаат намалена можност за контрола на однесувањето, резултатите во нашето истражување покажуваат, дека нема статистички значајни разлики во однос на споредбата на резултатите меѓу, и во рамките на групите по возраст, во однос на појавата на проблеми во однесувањето ($p>0.05$) (табела 38).

Табела 38: Споредба на резултатот за проблеми во однесувањето според поделбата по возраст

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	99	2,85	2,159
13-16	133	2,46	2,159
17 и повеќе	110	2,45	1,952
Вкупно	342	2,57	2,096

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	10,793	2	5,397	1,23	p>0.05
Во рамките на групата	1487,023	339	4,386		
Вкупно	1497,816	341			

Хиперактивноста и недостатокот на внимание очекувано, е најзастапено кај учениците од 8-12 годишна возраст. Поголемо ниво на хиперактивност има кај лицата на возраст од 8 до 12 години во споредба со учениците на возраст од 13-16 годишна возраст (Std. Error 0,34, $p < 0.01$). Хиперактивноста е поголема кај помалата возрасна група, од 8 и 12 години во однос на оние што се со и над 17 години (Std. Error 0,354, $p < 0.01$). Не се следат разлики во појавата на хиперактивно однесување меѓу средната и најстарата возрасна група (табела 39).

Табела 39: Споредба на резултатот за хиперактивност/недостаток на внимание според возрасната група

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	99	6,08	2,773
13-16	133	5,14	2,562
17 и повеќе	110	4,82	2,343
вкупно	342	5,31	2,601

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	89,143	2	44,572	6,812	$p < 0.01$
Во рамките на групата	2218,003	339	6,543		
Вкупно	2307,146	341			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	0,938	0,34	$p < 0.01$
8-12	17 и повеќе	1,263	0,354	$p < 0.01$
13-16	17 и повеќе	0,325	0,33	$p > 0.05$

Релациите со врсниците и припадноста кон групата е постабилна во адолесценцијата, отколку во детството. Резултатите и во нашето истражување потврдуваат дека, односите со врсниците се попроблематични кај лицата на возраст

помеѓу 8 и 12 години во однос на лицата постари од 17 години (Std. Error 0,279, $p < 0.01$), и споредбата меѓу учениците на возраст од 8 и 12 години во однос на лицата до 13 до 16 години (Std. Error 0,291, $p < 0.01$). Не постои статистички значајна разлика помеѓу учениците на возраст од 13-16 години во споредба со учениците над 17 годишна возраст (Std. Error 0,144, $p > 0.05$) (табела 40).

Табела 40: Споредба на резултатот за проблеми во релацијата со врсниците според возрастната група

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	98	4,33	2,104
13-16	133	3,44	2,112
17 и повеќе	110	3,3	2,057
Вкупно	341	3,65	2,131

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	63,994	2	31,997	7,31	$p < 0.01$
Во рамките на групата	1479,478	338	4,377		
Вкупно	1543,472	340			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	0,883	0,279	$p < 0.01$
8-12	17 и повеќе	1,027	0,291	$p < 0.01$
13-16	17 и повеќе	0,144	0,27	$p > 0.05$

Според резултатите добиени на скалата за способности, односно за просоцијалното однесување можеме да увидиме дека постојат разлики меѓу групите (Mean Square 59,464, $p < 0.01$). Повозрасните ученици имаат значително повеќе стекнато социјални вештини во однос на останатите групи. Учениците кои се на возраст од 8-12 години имаат помалку развиено просоцијално однесување во однос на учениците на возраст меѓу 13-14 години (Std. Error 0,379, $p < 0.01$), како и во однос со учениците кои

се постари од 17 години (Std. Error 0,396, $p < 0.01$). Не постои статистички значајна разлика меѓу средната и најстарата група на ученици според поделбата по возраст, (табела 41).

Табела 41: Споредба на резултатот за просоцијалното однесување според поделбата по возраст

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	99	4,35	3,055
13-16	133	5,42	2,797
17 и повеќе	110	5,82	2,747
вкупно	342	5,24	2,91

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	118,928	2	59,464	7,279	$p < 0.01$
Во рамките на групата	2769,411	339	8,169		
Вкупно	2888,339	341			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	-1,068	0,379	$p < 0.01$
8-12	17 и повеќе	-1,465	0,396	$p < 0.01$
13-16	17 и повеќе	-0,397	0,368	$p > 0.05$

Периодот на детството и адолесценцијата се динамични периоди кој опфаќа физиолошки промени, зголемување на психолошката свесност, когнитивна матурација, како и нови емоционални, социјални и академски искуства. Во поглед на вкупниот резултат на социјални, бихејвиорални или психолошки проблеми мерени со четирите скали за потешкотии на прашалникот меѓу групите поделени по возраст, можеме да констатираме дека проблематичните форми на однесување и емоционални проблеми, се поизразени кај децата на возраст од 8-12 години, отколку кај оние кои се на возраст од 13 до 16 години (Std. Error 0,926, $p < 0.01$), или во споредба со учениците постари од 17 години (Std. Error 0,966, $p < 0.01$). Не постои статистички значајна разлика за вкупни потешкотии, меѓу средната и најстарата група на ученици според поделбата по возраст, (табела 42).

Табела 42: Споредба на резултатот за вкупните потешкотии според поделбата по возраст

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	98	16,99	7,124
13-16	133	13,9	7,277
17 и повеќе	110	13,95	6,386
Вкупно	341	14,8	7,074

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	657,444	2	328,722	6,792	p<0.01
Во рамките на групата	16358,392	338	48,398		
Вкупно	17015,836	340			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	3,088	0,926	p<0.01
8-12	17 и повеќе	3,044	0,966	p<0.01
13-16	17 и повеќе	-0,043	0,897	p>0.05

Потешкотиите и способностите кои се регистрирани во однос на влијанието кое го имаат на севкупното функционирање кај учениците, покажа дека најмногу отпорни или емоционално, социјално, бихејвиорално зрели се повозрасните лица (постари од 17 години), односно потешкотиите имаат најмало влијание врз останатите активности. Најголемо влијание овие потешкотии имаат кај децата помеѓу 8 и 12 годишна возраст. Споредбата направена меѓу групите покажа статистички значајна разлика меѓу сите споредби на возрасти, на 8-12 со 13-16 (Std. Error 0,286, p<0.01), 8-12 години со 17 и повеќе години (Std. Error 0,298, p<0.01), 13-16 со учениците со 17 и повеќе години (Std. Error 0,276, p<0.01) (табела 43).

Табела 43: Споредба на резултатот за севкупното влијание на потешкотии и способностите за функционирањето според поделбата според возраст

Возрасни групи	N	Mean	SD
8-12	97	2,63	2,489
13-16	133	1,83	2,171
17 и повеќе	110	1,18	1,736
Вкупно	340	1,85	2,208

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	107,986	2	53,993	11,774	p<0.01
Во рамките на групата	1545,364	337	4,586		
Вкупно	1653,35	339			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	0,794	0,286	p<0.01
8-12	17 и повеќе	1,447	0,298	p<0.01
13-16	17 и повеќе	0,653	0,276	p<0.05

Значително поизразени севкупни потешкотии се регистрираат кај учениците со лесна интелектуална попреченост. Потешкотиите се следат на сите скали за: емоционални, хиперактивност, проблеми во однесувањето, проблеми во релација со врсниците. Статистички значително поизразени се стекнатите социјални вештини, односно просоцијалното однесување на скалата за способности кај овие лица.

Според резултатите прикажани на табела 46, може да се заклучиме дека учениците со лесна интелектуална попреченост, значително се со позасегнати потешкотии во емоционалната област, во споредба со тие со умерена попреченост ($t=-2.14, p<0.05$), (табела 44).

Табела 44: Споредба на резултатот за Емоционални симптоми според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	P
лесна	261	3,19	2,277	-2,14	p<0.05
умерена	63	3,87	2,232		

Резултатите укажуваат дека не постојат значителни разлики во манифестираните проблеми во однесувањето, споредба направена според поделбата на учениците во две групи, односно со лесна и со умерена интелектуална попреченост ($t=0.778, p>0.05$), (табела 45).

Табела 45: Споредба на резултатот за проблеми во однесувањето според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	P
лесна	261	2,5	2,032	0,778	p>0.05
умерена	63	2,73	2,315		

Учениците со лесна интелектуална попреченост имаат забележително повеќе регистрирани проблеми во одржување на внимание и моторната активност, во однос со учениците со умерена интелектуална попреченост (t=-3.553, p<0.0.1), (табела 46).

Табела 46: Споредба на резултатот за хиперактивност/недостаток на внимание според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
лесна	261	5,14	2,597	-3,553	p<0.01
умерена	63	6,41	2,332		

Учениците со лесна интелектуална попреченост се социјално поадаптибилни, манифестираат поголема желба за вклучување и комуникација со други деца, да иницираат, воспоставуваат и одржуваат интерперсонални релации, но вклученоста доведува и/или може да се каже дека го зголемува ризикот да бидат етикетирани во друштвото, отфрлени, игнорирани. Резултатите укажаа на значително поголем проблем во воспоставување и одржување на пријателски релации кај учениците со лесна интелектуална попреченост во споредба со учениците со умерена попреченост попреченост (t=-3.337, p<0.0.1), што можеби е резултат на поголемата социјална изолираност, зависност и заштита од семејството (табела 47).

Табела 47: Споредба на резултатот за проблемите во релација со врсниците според поделбата според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
лесна	261	3,43	2,112	-3,337	p<0.01
умерена	62	4,44	2,054		

Како што се наведува и во литературата, но и според резултатите добиени од нашето истражување, се укажа дека статистички значително поразвиени социјални вештини, емпатија, одговорност се следи кај учениците со повиоки капацитети за когнитивна обработка, односно кај учениците со лесна интелектуална попреченост, споредено со учениците со умерена попреченост попреченост ($t=-3.187$, $p<0.0.1$), (табела 48)

Табела 48: Споредба на резултатот за просоцијално однесување според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
Лесна	261	5,51	2,837	3,187	p<0.01
Умерена	63	4,22	3,082		

Резултатите покажаа, дека поранлива група, со значително повеќе регистрирани вкупни потешкотии, се учениците со лесна интелектуална попреченост попреченост во споредба со учениците со умерена попреченост ($t=-3.289$, $p<0.0.1$) (табела 49).

Табела 49: Споредба на резултатот за вкупните потешкотии според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
Лесна	261	14,27	6,998	-3,289	p<0.01
Умерена	62	17,5	6,77		

На табела 50 се прикажани резултатите за влијание на потешкотиите, но и на способностите на севкупното функционирање на емоционален, бихејвиорален и социјален план. Податоците говорат, дека значително поголемо влијание и потешкотии во функционирањето се следат кај учениците со лесна интелектуална попреченост попреченост, споредено со учениците со умерена попреченост попреченост ($t=-3.466$, $p<0.01$), (табела 50).

Табела 50: Споредба на резултатот за севкупното влијание на потешкотии за функционирањето според степен на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
Лесна	261	1,68	2,167	-3,466	p<0.01
умерена	62	2,74	2,195		

Според податоците од испитуваните категории, направивме проценка за постоење на ризик за две групи на нарушување во однесувањето: интернализирачко (анкисозно-депресивно нарушување), или внатрешно однесување (плашливост, страмежливост, инхибиција, анкисозност), и екстернализирачко (надворешно насочено однесување како агресивност, антисоцијалнио и неконтролирано однесување, проблеми во однесувањето). Направивме скрининг за наведените проблеми, ја испитувавме поврзаноста, и направивме споредба според неколку категории: пол, возраст, степен на интелектуална попреченост, го предвидовме ризикот за ментално-здравствен проблем од овие групи на нарушувања., т.е за исполнување на критериумите за психијатриска дијагноза.

Податоците добиени од ова истражување (табела 51, табела 52), покажуваат дека момчињата значително повеќе манифестираат екстернализирачки проблеми во однесувањето во однос на девојчињата ($t=3.008$, $p<0.01$), додека резултатите за присуство на интернализирачки проблеми во однесувањето укажуваат дека не постои статистички значајна разлика помеѓу момчињата и девојчињата ($t=0,619$, $p>0.05$).

Табела 51: Споредба на екстернализирачките проблеми според полова припадност

Пол	N	M	SD	t	p
Машки	236	7,02	3,822	3,008	p<0.01
Женски	110	6,75	3,535		

Табела 52: Споредба на интернализирачки проблеми според половата припадност

Пол	N	M	SD	t	p
Машки	236	7,02	3,822	0,619	p>0.05
Женски	110	6,75	3,535		

Според податоците за влијанието на социо-економскиот статус на семејството и неговата поврзаност со појавата на проблеми во однесувањето насочени кон средината, или поизразено екстернализирачко однесување, се добива резултат кој покажува дека истиот нема значително влијание на можна појава на психички потешкотии ((t=-1,948, p>0.05). Не постои значителна разлика за појава на интернализирачкото однесување кај учениците со добар и со лош социо-економскиот статус на семејството ((t=-1, 861, p>0.05) (табела 53, 54).

Табела 53: Поврзаност на екстернализирачките проблеми според поделбата според социо-економскиот статус

Социо-економски статус	N	M	SD	t	p
Лош	150	7,41	4,226	-1,948	p>0.05
Добар	156	8,33	3,979		

Табела 54: Поврзаност на интернализирачките проблеми според поделбата според социо-економскиот статус

Социо-економски статус	N	M	SD	t	p
Лош	150	7,41	4,226	-1,948	p>0.05
Добар	156	8,33	3,979		

Добиените податоци за екстернализирачките проблеми во однесувањето кај учениците поделени во различни возрастни групи, покажаа дека постои статистички значајна разлика во однос на пројавеното однесување ($df=2$, $MS=79,941$, $p<0.01$). Учениците на возраст помеѓу 8 и 12 години имаат поголеми екстернализирачки проблеми во однос на оние што се на возраст помеѓу 13-16 години ($p<0.05$). Исто така учениците кои се на возраст од 8-12 имаат значително повеќе екстернализирачки проблеми во однос на возрастната група на ученици со 17 и повеќе години ($p<0.01$) (табела 55).

Табела 55: Екстернализирачки проблеми кај учениците со различни возрастни групи

Возрасни групи	N	M	SD
8-12	99	8,93	4,296
13-16	133	7,6	4,178
17 и повеќе	110	7,27	3,609
вкупно	342	7,88	4,086

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	159,882	2	79,941	4,899	$p<0.01$
Во рамките на групата	5532,203	339	16,319		
Вкупно	5692,085	341			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	1,328	0,536	$p<0.05$
8-12	17 и повеќе	1,657	0,56	$p<0.01$
13-16	17 и повеќе	0,329	0,521	$p>0.05$

При анализа на податоците за интернализирачките проблеми во однесувањето (анксиозно-депресивно растројство) поделени на различните возрастни групи на ученици, утврдивме дека постои статистички значителна разлика помеѓу групите ($df=2$, $MS=88,193$, $p<0.01$). Учениците на возраст помеѓу 8 и 12 години имаат поголеми интернализирачки проблеми во однос на оние што се на возраст помеѓу 13-16 години ($p<0.01$). Исто така учениците на возраст од 8-12 имаат поголеми интернализирачки

проблеми во однос на возрастната група (17 и повеќе) ($p < 0.01$). Не постои разлика во средната и возрастната група на ученици во однос на интернализирачките проблеми (табела 56).

Табела 56: Интернализирачки проблеми кај учениците со различни возрастни групи

Возрасни групи	N	M	SD
8-12	98	8,02	3,672
13-16	133	6,3	3,788
17 и повеќе	110	6,67	3,543
Вкупно	341	6,91	3,736

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групите	176,386	2	88,193	6,523	$p < 0.01$
Во рамките на групата	4570,147	338	13,521		
Вкупно	4746,534	340			

Возрасна група	Возрасна група	Mean Difference	Std. Error	Sig.
8-12	13-16	1,72	0,49	$p < 0.01$
8-12	17 и повеќе	1,348	0,511	$p < 0.01$
13-16	17 и повеќе	-0,372	0,474	$p > 0.05$

Како што прикажавме на табелите погоре, резултатите ни укажаа на појава на потешкотии во секоја поединечна област. Свкупно, позасегнати проблеми, интернализирачки и екстернализирачки, има кај учениците со лесна интелектуална попреченост. На следниве табели ги прикажуваме резултатите во однос на појава на екстернализирачкото и интернализирачкото однесување според степенот на интелектуална попреченост. Статистички значително поранлива група со поизразена можност за појава на психички потешкотии се следат кај учениците со лесна интелектуална попреченост во споредба со учениците со умерена интелектуална

попреченост во однос на интернализирачкото однесување ($t=3,195$, $p<0.01$), и екстернализирачкото однесување ($t=2,647$, $p<0.01$) (табела 57, 58).

Табела 57: Споредба на интернализирачките проблеми кај учениците поделени според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
Лесна	261	6,62	3,713	-3,195	$p<0.01$
умерена	62	8,29	3,591		

Табела 58: Споредба на екстернализирачките проблеми кај учениците поделени според степенот на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	M	SD	t	p
Лесна	261	7,64	4,02	-2,647	$p<0.01$
Умерена	63	9,14	4,099		

Испитаниците кои живеат во семејства со лош социо-економски статус имаат статистички значително пониски резултати, односно, помалку изразени проблеми на скалите за потешкотии (емоционални, социјални и бихејвиорални) на „Прашалникот за способности и потешкотии“ ($t=-2,123$, $p<0.05$), значително помалку влијание имаат овие потешкотии на севкупното функционирање ($t=-3,055$, $p<0.01$) (табела 59).

Табела 59: Резултат за влијанието на социо-економскиот статус на семејството, на вкупниот резултат за потешкотии

Социо-економски статус	N	M	SD	t	P
Лош	150	14,02	7,346	-2,123	$p<0.05$
Добар	155	15,75	6,867		

Кај децата чии родители имаат подобар социо-економски статус, влијанието на појава на потешкотии во севкупното функционирање е значително поголемо, во споредба со децата со лош социо-економски статус (табела 60).

Табела 60: Резултат за влијанието на социо-економскиот статус на семејството, на потешкотии во севкупното функционирање

социо-економски статус	N	M	SD	t	P
Лош	149	1,49	1,985	-3,055	p<0.01
Добар	155	2,27	2,44		

ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Во нашето истражување беше направена анализа на податоците од постоечката здравствена документација, односно, индивидуалното досие на учениците. Беа анализирани податоци од досиеја на 381 ученик, 261 ученик (68.5%) беа машки, 120 ученици (31.5%) беа од женски пол, соодносот беше 2:1 на машкиот, во однос на женскиот пол. Најзначајните резултати добиени во истражувањето се дополнително дискутирани:

Најмногу ученици се во категорија на лесна интелектуална попреченост (73.5%), умерена интелектуална попреченост (19.4%), тешка интелектуална попреченост (1.8%), и 5.2% ученици со непознат степен на интелектуална попреченост поради неможноста да се одреди поради попреченоста, или беа ученици вклучени во образовниот процес во посебните училишта поради воспитно-едукативна занемареност.

Најголем број од учениците живеат во комплетни (двородителски) семејства (80%), во некомплетни семејства (20%), т.е. 45 од учениците живеат со едниот родител (11.8%), 29 ученика не живеат во своето примарно семејство (7,6%), само за 4 ученика немавме достапна информација со кого живеат.

Податоците за највисокиот степен на образование на еден од родителите покажа, приближно 30% од родителите завршиле или некомплетирале законско (основно) образование, основно училиште имаат 21,8%, со средно образование се 27,3%, помалку од 10% од родителите, т.е. 9,2% имаат завршено високо образование, родителите на 12 ученика имаат дополнително стручно усовршување, т.е. магистратура, специјализација, докторат...

Бројни истражувања ја потврдуваат високата застапеност на менталните растројства кај интелектуално попречените лица. Во многу студии се известува за проценката од 30-35% застапеност на психијатриски нарушувања кај луѓето со интелектуални пречки во развојот. Резултатите добиени во нашето истражување, ја потврдуваат оваа проценка за висока стапка на застапеност на ментални растројства, односно кај 39,4%, од испитуваните учениците има некој тип на ментално растројство. Слична стапка од 40% е добиена во епидемиолошката студија за преваленца на психопатологија кај деца и адолесценти со интелектуална попреченост на Еинфилд и Тонг (2000), 39% според Емерсон (2003) кој направил секундарна анализа на Бирото за национална статистика за ментално здравје во Британија, 36,7% кај Костело и сор.

(2003)... Високата преваленца можеби е резултат на вклучувањето на АСН, АДХД, и пореметување во однесувањето во одредување на севкупната преваленца, растројства кои беа најзастапени, односно со 22,3% беа застапени растројства во психолошкиот развој (первазивните развојни растројства и специфичните говорни и јазични развојни растројства), 8,9% беа растројствата во однесувањето и емоциите. Многу помалку се застапени растројствата од групата Шизофренија (5.8%), анксиозните растројства (2,1%), само кај еден ученик се сретнавме со растројство на расположението. Слични податоци за распределба во кои најчеста дијагноза била первазивно развојно растројство и растројство во однесување е најдено кај Terhi Koskentausta и сор., (2002), Емерсон (2003), Emerson & Hatton (2007). Сличен е резултатот на детектирани психички потешкотии (социјални, бихејвиорални или психолошки проблеми), направено со прашалникот со брза психијатриска проценка за вакви потешкотии од страна на наставниците. Кај 15% се присутни гранични, кај 25% има високо ниво на присутни потешкотии кои може да се сметаат дека се во клинички рамки.

Во нашиот примерок ниска беше застапеноста на анксиозните растројства со (2,1%). Сличен резултат добил Лакхал (2013) со стапка на застапеност на анксиозноста од 2,7%, но нашиот резултат е понизок во споредба со резултати од други студии каде се зборува за 22% застапеност (Реид, 1980), 70% изразеност на симптоми на анксиозност (чувство на напнатост, страв, потребата за сигурност, раздразливост, негативни слика за себе, и појава на физички симптоми (Masi и сор., 2000), 32.6% според Ereny Gobrial, Raghu Raghavan (2012). Резултатите на истражувањето за анксиозност на вкупно 150 деца и млади (на возраст од 5-18 години), покажуваат дека распространетоста на анксиозноста била 32,6 % кај деца и млади луѓе со интелектуална попреченост и аутизам. Еден од важните прашања кои произлегуваат од оваа студија се ризик фактори за високата стапка на анксиозност кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, и со аутизам (Ereny Gobrial, Raghu Raghavan, 2012).

Спротивно на резултатите од анализа на постоечките медицински белешки, кај кои претходно претставивме дека 2,1% од учениците имаат дијагностицирано интернализирачки проблеми, кај 16% од учениците имаше високи резултати на скалите за емоционални потешкотии (зголемено ниво на загриженост, иритабилност, ставови, срам, несигурност..), и ризик во однос на појавата на ментално-здравствени проблеми, односно, за појава на анксиозно-депресивно растројство. Оваа дискрепанца во резултати, можеби се должи на неможноста за вербално опишувањето на клучните доживувања на анксиозноста, поради намален увид и свесност за субјективните

доживувања, за кои, за да се препознаат и соопштат потребно е одредено ниво на интелигенција и јазични вештини, особено во однос на посложени когнитивни субјективни појави. Но може да размислуваме и во насока на недеоволна обука на родителите и наставниот кадар за препознавање на психолошките, физиолошките, когнитивните, бихејвиорални манифестации на анксиозноста. Во литературата многу често се известува за податокот кој говори дека многу деца и адолесценти (посебно тие со интелектуална попреченост), се поизложени на трауматски настани во животот, со симптоми кои се развиват во различни размери. Во разговорот со дефектолозите од училиштата добиен со опсервација и интеракција со нивните ученици, добив податок дека одредени ученици биле изложени на неколку форми на злоупотреба во семејството, некои од учениците се вклучени во посебно училиште после посетување настава во редовно училиште каде имаат информации дека биле изложени на трауматски настани., забележуваат регрес во однесувањето, промена во вклученоста во одредени активности, забележале однесување кое се разликувало и отстапувало од претходното, реферираат емоционална возбуденост, плашливост, одбегнувачки став, зголемена импулсивност или повлеченост, но не сретнав со наод кој укажува, и ги регистрира овие промени, односно, трауматски настани.

Растројствата од групата на шизофренија беа застапени кај 5.8%, резултат кој е нешто повисок со податоците од литературата, на пример Морган и сор. (2008) зборуваат за застапеност од 3.7% за помладата и 5.2% кај повозрасната популација, ризик за развивање на овие растројства во подоцнежна возраст од 4.6% (M. Negueruela López, 2009), преваленца повисока за разлика од животната преваленца на шизофренијата од 1% во општата популација, и 3% кај лицата со интелектуална попреченост. Многу клиничари сметаат дека не е возможно да се проценат психотичните симптоми кај лица со понизок степен на интелигенција, или кај лицата кои немаат развиен говор, или имаат сиромашна вербализација. Постои опасност за интерпретација на забележаниот дезорганизиран говор или однесување како знак за психозата, кое некогаш доведува до премногу поставување дијагноза на психоза, а непознаеност на анксиозноста и депресијата (Sovner and Des Noyes Hurley, 1989 op.cit. Lee P., Friedlander and R., Donnelly C., s.a.). Оваа група на растројства најчесто се среќаваше кај лица со умерена интелектуална попреченост, и тоа лица кои беа сместени во институција, па можеме да зборуваме за можна подобра опсервација и идентификација, известување за промени во однесувањето, преземање мерки за

третирање од страна на стручниот персонал, во споредба со родителите кои не се запознаени и не препознаваат психопатолошка симптоматологија.

Се смета дека проблемите поврзани со менталното здравје може да варираат во однос на полот, возраста, степенот на попреченост. Многу истражувања се насочуваат кон испитување на разликите и начинот на кој половите се справуваат со нивните емоции, односно, се зборува дека женскиот пол почесто интернализираат и социјално се повлекуваат, машките ги екстернализираат нивните емоции и реагираат со постапки насочени кон надворешната средина.

Неодамнешните студии почнаа да ги разгледуваат половите разлики во застапеноста и појавата на првата епизода на психоза, во обид да ја објаснат хетерогеноста на болеста. Сепак, голем број на прашања остануваат отворени. Неколку студии покажуваат дека инциденцата на шизофренија е поголема кај мажите, кај мажите се јавува во порана возраст отколку кај жените (Ochoa S. и сор., 2012). Податоците од литературата се поклопуваат во нашето истражување, каде утврдивме поголема застапеност на психози кај машките (63,6%), во однос на женските испитаници (36,4%), растројствата во психолошкиот развој кај машките се застапни со 72.3%, 27.7% кај женските, растројствата во однесување и емоции се значително позастапени кај момчињата со 74%, во споредба со 26% кај девојчињата.

Не постои статистички значајна разлика во однос на присуството на психолошки, бихејвиорални и социјални проблеми, и нивно влијание во севкупното функционирање во однос на половата распределба.

Момчињата имаат значително повисока стапка на хиперактивност и недостаток на внимание во споредба со девојчињата, се добива податок дека кај девојчињата значително поразвиено е просоцијално однесување во однос на момчињата. До слични резултати доаѓа и Neiman, T. (2001), кој покажува дека девојчињата имаат повисоки социјални способности и повеќе се ориентирани кон завршување на задачите, додека момчињата полесно им се одвлекува внимание и помалку се независни. Податоците добиени од нашето истражување, покажуваат дека момчињата значително повеќе манифестираат екстернализирачки проблеми во однесувањето во однос на девојчињата ($t=3.008$, $p<0.01$), додека резултатите за присуство на интернализирачките проблеми во однесувањето укажуваат дека не постои статистички значајна разлика помеѓу момчињата и девојчињата ($t=0,619$, $p>0.05$). Verhulst FC, Akkerhuis GW. (1986) исто така добиваат многу повисоки резултати за екстернализирачки проблеми кај момчиња, кои биле поврзани со социјално неприфатливо однесување. Момчињата покажале

повисоки резултати за проблеми во концентрацијата, проблеми во вниманието и хиперактивност, а особено помладите момчиња постигнале високо ниво на проблеми кои се поврзани со академското функционирање.

Постои различна дистрибуција на растројствата со тек на возраста. Аутизмот, АДХД се намалуваат, додека растројствата од групата на шизофренија се зголемуваат со текот на возраста. Учениците во најмладата возрастна група (8-12) и средната возрастна група (13-16) значително поголема застапеност имаат на аутизам или говорно-јазични растројства. Психозите се најзастапени кај возрастната група, анксиозните растројства се скоро подеднакво застапени кај средната и возрастната група, растројствата во однесувањето и емоциите се најзастапени во возрастната група.

Анализирајќи ги резултатите на потешкотии во однос на вкупниот резултат за социјални, бихејвиорални или психолошки проблеми добиени со четирите скали за потешкотии на прашалникот, можеме да заклучиме најмладите учениците на возраст помеѓу 8 и 12 година имаат значително поизразени емоционални потешкотии, поголемо ниво на хиперактивност, поизразени проблеми во однос на релациите со врсниците, отколку кај оние кои се на возраст од 13 до 16 години, или учениците постари од 17 години, односно помладите ученици се поранливи, и овие потешкотии имаат најсилно влијание на нивното севкупно функционирање.

Според Bierman & Montminy (1993) учениците со интелектуална попреченост имаат потешкотии во адекватно воспоставување на друштвени вештини, вклучување во реципрочни социјални интеракции, адаптирање на нови социјални околности, толкување на релевантни социјални сигнали. Во адолесценција се зголемуваат врничките интеракции, се стекнуваат со вештини за воспоставување и одржување на пријателски двонасочни социјални релации, се прилагодува комуникацијата, подобро е мониторирањето на сопственото однесување (op.cit. Erik W. Carter, Carolyn Hughes, 2005). Резултатите добиени на скалата за способности, потврди и во нашиот примерок дека, повозрасните ученици имаат значително повеќе стекнато социјални вештини во однос на останатите групи. Учениците кои се на возраст од 8-12 години имаат помалку развиено просоцијално однесување во однос на учениците на возраст меѓу 13-16 години, како и во споредба со учениците кои се постари од 17 години. Одржувањето на социјални релации со врсниците, укажуваат дека само кај помалку од половина ученици не се детектирани проблеми, 26% имаат делумно проблеми или потешкотии кои се во рамките на гранични потешкотии, висока стапка (19%) на ученици кои имаат потешкотии во остварувањето на пријателски релации

Одредени степени на интелектуална попреченост се чини дека се различно поврзани со застапеноста и видовите на нарушувања на менталното здравје што може да се дијагностицираат. Позасегнатиот степен на интелектуална попреченост се поврзува со прашања поврзани со однесувањето, лесна интелектуална попреченост е поврзувана со повеќе психијатриски нарушувања поврзани со емоционалната област. Според Лакхан (2013), преваленцијата на психијатриски нарушувања била статистички повисока кај децата со потешка интелектуална попреченост, во споредба со тие од лесна интелектуална попреченост. Распределбата на менталните растројства во рамките на степенот на интелектуална попреченост укажа на посериозност во психопатологија кај учениците со умерена и тешка интелектуална попреченост, кои беа најмногубројни во категоријата на психози, во споредба со учениците со лесен степен на попреченост, кои воглавно беа со аутизам и со нарушување манифестирани низ однесувањето.

Интернализирачките и екстернализирачките проблеми се втора категорија по застапеност во нашиот примерок, односно, проблемите во однесувањето мерени според Прашалникот за способности и потешкотии, покажа, дека 30% од учениците имаат вакви проблеми, скоро половината имаат проблеми со вниманието. Истражувачите укажуваат дека проблемите во однесување настануваат како комбинација на средински и генетски фактори. Многу почесто овие проблеми се застапени кај билошки деца на родители со афективни растројства, шизофренија, родители со проблематично однесување и со лоши родителски практики, и во голем степен кај индивидуи со понизок степен на интелигенција и проблеми поврзани со мисловниот процес (концентрација, запомнување, апстрактно мислење и тн.). Статистички гледано, присуството на когнитивните потешкотии ја зголемуваат шанса за појава на овие нарушувања, бидејќи влијае на нивниот капацитет за решавање на проблеми, одржување на внимание, вежбање на донесување на одлуки, и да го контролираат импулсивното реагирање и вовлекување во несоодветно однесување.

Значително поизразени севкупни потешкотии се регистрираат кај учениците со лесна интелектуална попреченост на сите скали за потешкотии: емоционални, хиперактивност, проблеми во однесувањето, проблеми во релација со врсниците, додека статистички значително поизразени се стекнатите социјални вештини, односно просоцијалното однесување. Ова го поврзувам со поголема адаптивност и вклученост во социјалната средина на лицата со повисоко когнитивно функционирање, чувството на различност од децата со типичен развој, вклученост во средина во која и

не може секогаш да се вклопат и да препознаат сосема обични социјални ситуации и сигнали, па почесто имаат доживувања, но и реално се изложени на отфрленост и изолација во средината, за разлика од лицата со позасегната интелигенција кои воглавно имаат ограничени социјални контакти и повеќе се поврзани со членовите на своето семејство.

Општо земено, лицата со хронично здравствени проблеми и попреченост, се поранлива категорија за појава на ментално здравствени проблеми. Во нашето истражување не утврдивме значителна поврзаност на присутни ментални растројства кај учениците со интелектуална попреченост и хронична здравствена состојба ($\chi^2=3.494$, $p>0.05$), кај 48 ученика со дијагностицирано ментално растројство е присутна хронична болест (37,5%).

Некои студии говорат за социјална изолоираност на семејствата со дете со попреченост, за осаменост, помала социјална поддршка, помала материјална и емоционална поддршка согледана низ одржување на емоционални релации во потесното семејство и со мрежата на роднини и пријатели, немање на позитивни родителски модели на однесување. Социо-економски статус е во силна асоцијација со појава на нарушување на менталното здравје, односно понискиот СЕС се поврзува со понизок здравствен статус, нарушена семејна добросостојба, поголема изложеност на стрес и негативни животни искуства, недостаток на оптимални социјални предизвици, слаба воспитна и образовна стимулација. Со анализа на податоците кои се однесуваат на информациите за социо-економскиот статус на семејството на учениците и распространетоста на одредени видови на растројства, заклучивме дека позастапени се менталните растројства од сите категории кај учениците со добар социо-економскиот статус, но според податоците на истражуваниот примерок заклучивме дека не постои силен доказ дека социо-економскиот статус има влијание за појава на ментално растројство.

Учениците кои потекнуваат од семејство каде највисокиот степен на завршено образование на родителите е високо и средно образование, главно имаат ментално растројство од групата на Растројства во психолошкиот развој, односно аутизам и говорни и јазични развојни растројства. Учениците кои потекнуваат од семејство каде имаат низок степен на завршено образование, основно и некомплетирано основно образование, главно имаат растројство во однесувањето и емоциите.

Добивме неочекувани резултати кои се однесува на СЕС и образовниот статус на родителите емоционални и бихејвиорални потешкотии, рангирани од страна на

наставниците, односно статистички значително со повеќе проблеми се соочуваат учениците кои потекнуваат од семејства со добар СЕС и каде родителите имаат повисок степен на образование, односно испитаниците кои живеат во семејства со лош социо-економски статус имаат статистички значително пониски резултати, односно, помалку изразени проблеми на скалите за потешкотии (емоционални, социјални и бихејвиорални), резултат кој е спротивен од многубројни истражувања... Се наметнува прашањето за поврзаноста со откривање на влијанието на причинско-последичните односи поврзани со социјалниот статус, се смета дека родителите кои се пообразовани и подобар СЕС статус подобро препознаваат промени кај своите деца, известуваат, се грижат за здравјето на децата, или можеби посебните ангажмани околу здравјето на детето, бавниот развој, воспитувањето и образование за кое не се обучени и подготвени, изгубеното сопствено слободно време, пријателски релации кои осиромашуваат, разочарувањето и изгубени соншта, финансиските проблеми, притисоците за незрелата самоконтрола на детето, несоодветните родителски практики, може да доведат до нарушена рамнотежа кај членовите на семејството, а со тоа и до зголемен притисок врз детето, занемарување и несоодветна психолошката и емоционалната поддршка (Sobsey D., 2004). Родителите со повисоко образование, или се однесуваат презащтитнички со тоа недоволно стимулирачки, нереално се однесуваат кон самаат попреченост па ги отфрлаат и негираат ефектите на хендикеп, или се силно мотивирани и амбициозни да ги „намалат“ или „ублажат“ последиците од попреченоста, го негираат присуството и ефектите на попреченоста, сакаат да ја зголемат љубопитноста и да ја намалат „пасивноста“ на детето. Често децата ги поставуваат пред поголеми барања и искушенија од способностите, поголеми од тоа што може детето да поднесе и обработи, или родителите се со негативен став кон детето изразен низ: игнорирање, активна вербална агресија (исмејување и вреѓање), пасивна агресија (постојани жалби). Почесто се јавуваат психолошки кризи кај родителите поради „поразот“ и „неуспехот“ да се има психофизички здраво и нормално дете. Од друга страна, семејната и социо-културната заостанатост доведува до недоволна стимулација во тек на раното детство, недостаток на мотивација, модел на социјално неприфатливо однесување.

ЗАКЛУЧОЦИ

Врз основа со поставените цели и хипотези, а врз основа на анализа на резултатите од истражувањето, можеме да заклучиме дека:

H_0 : Се претпоставува дека кај учениците со интелектуална попреченост, биолошката подлога за попреченоста придонесува за голема застапеност на некое ментално растројство.

Оваа хипотеза се потврдува, висока е стапка на застапеност на ментални растројства, односно кај 39,4%, од испитуваните учениците има дијагностицирано некој тип на ментално растројство

Потхипотези:

$H_{1.}$ Се претпоставува дека ризикот за појава на интернализирачки (анкисозно-депресивни) проблеми е значително повисок кај ученичките од женскиот пол во споредба со машкиот пол.

Хипотезата не се потврдува, резултатите во испитуваниот примерок според половата поделеност покажа дека не постои статистички значајна разлика за ризикот за појава на интернализирачки проблеми според половата поделеност ($t=0.619, p>0.05$).

$H_2.$ Се претпоставува дека ризикот за појава на екстернализирачки (бихејвиорални) проблеми е значително повисок кај машкиот пол во споредба со женскиот пол.

Хипотезата се потврдува, ризикот за појава на екстернализирачки проблеми е значително повисок кај машките ученици ($t=3.008, p<0.01$).

$H_3.$ Се претпоставува дека со возраста се менува застапеноста на одредени видови на ментални растројства, при што постои тенденција за зачестување на појавата на психози (Шизофренија, пизотипни и налудничави растројства) во подоцнежниот стадиум на адолесценцијата.

Хипотезата се потврдува, растројства од групата на Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства, се зголемува со зголемување на возраста кај учениците, односно најмалку е застапена кај учениците од 8-12 години, најзастапена е кај учениците од 17 и повеќе години.

X₄. Се претпоставува дека дијагностицираните ментални растројства се намалуваат со намалување на коефициентот на интелигенција.

Хипотезата се потврдува, најмногу дијагностицирани растројства се кај учениците кои се во категоријата на лесна интелектуална попреченост (64.7%), следуваат учениците со умерена интелектуална попреченост (32.4%), и тешка интелектуална попреченост (2.9%).

X₅. Се претпоставува дека придружната хронична здравствена состојба, влијае на појава на ментално растројство, лицата кои имаат интелектуална попреченост и придружна хронична здравствена состојба, имаат зголемен ризик за појава на ментални растројства во споредба со лицата кои немаат придружна хронична здравствена состојба

Хипотезата не се потврдува, не се доби статистички значајна разлика за зголемена ранливост за појава на ментално растројство кај лицата кои покрај интелектуалната попреченост имаат и хронично здравствени проблеми ($\chi^2=3.494$, $c=0.211$, $p>0.05$).

X₆. Се претпоставува дека зачестеноста на екстернализирачките (бихејвиоралните) проблеми е значително повисока кај лицата со умерена интелектуална попреченост во споредба со лицата со лесна интелектуална попреченост.

Хипотезата не се потврдува, учениците со лесна интелектуална попреченост се со значително поголем ризик за појава на екстернализирачки (бихејвиорални) проблеми ($t=2.647$, $p<0.01$), во споредба со лицата со умерена интелектуална попреченост.

X₇. Се претпоставува дека зачестеноста на интернализирачките (емоционални) проблеми е значително повисока кај лицата со лесна интелектуална попреченост, во споредба со лицата со умерена интелектуална попреченост.

Хипотезата се потврдува, лицата со лесна интелектуална попреченост се со значително поголем ризик за појава на интернализирачки проблеми ($t=3.195$, $p<0.01$) во споредба со лицата со умерена интелектуална попреченост

6. ОГРАНИЧУВАЊЕ И ПОТЕШКОТИИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во тек на спроведување на истражувањето се соочивме со одредени потешкотии и ограничувања.

Во училиштата не се води посебно досие за здравствената состојба на ученикот.

Ние ја претставивме застапеноста на менталните растројства, направена според анализа на постоечката, или за многу мал број ученици, дополнително доставената медицинска документација, но на мислење сме дека бројот на ученици за кои е побарана стручна помош е поголем од бројот добиен со анализа на постоечката достапна документација, став кој го изградивме по укажување на дефектолозите, но и резултатите кои ги добивме со брзата психијатриска проценка.

Стручните тимови ја изразија лошата соработка со родителите на учениците, посебно изразено доколку тимот од училиштето констатира некоја промена, или ментално здравствен проблем кај ученикот, ги советува родителите и укажува на потребата да се упати детето за стручно мислење. Во многу малку случаи дефектолозите имаат повратен пренос на информации за состојбата, често немаат увид во медицинските извештаи, особено доколку проблемите се поврзани со менталното здравје. Најголема потешкотија според стручните лица во училиштата е соработката со родителите која е на незадоволително ниво, а како причина за тоа го наведуваат: степенот на образование на родителите, родители со попреченост, неразбирање или криење за состојбата на нивното дете, стигмата поврзана со психијатриските нарушувања.

Се соочив во потешкотии при прибирањето на податоците во однос на дефицитарност и невоедначеност во водењето на досиеја и во рамките на едно училиштата. Пообеман беше извештајот за „проблематичните“ учениците каде била потребна дополнителна интервенција било од здравствените или социјалните служби, каде пристап во решавање на проблемот бил мултидисциплинарен.

Истражувањето беше ограничено на постоечката документација и утврдување интернализирачките и екстернализирачките потешкотии од страна на наставниците, а не со директен контакт, опсервација и евалуација на учениците и родителите/старателите од страна на истражувачите.

7. ПРЕПОРАКИ

Препорака за потребата од повеќе истражувања во иднина.

Сеуште постои дефицит во базата на докази за одредени области, посебно за менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост. Сметаме дека резултатите за дијагностицираните психопатолошки состојби е изразито потценет, бидејќи на мислење сме дека бројот на лица со интелектуална попреченост кои имаат ментално здравствени проблеми е поголем, но овие состојби не се препознаени, не се дијагностицирани, ниту се соодветно третирани. Неопходни се:

- ❖ Истражувања кои ќе се насочат кон испитување на менталното здравје и нарушувањата во однесувањето на децата и адолесцентите со интелектуална попреченост. Податоците од истражувањата би довеле до изработка на протективни програми за унапредување на менталното здравје, односно, подобро планирање и системска стратегија за превенција, рана детекција и дијагностика, оптимизиран навремен третман, со крајна цел подобрување на менталното и физичкото здравје на децата и адолесцентите со попреченост.
- ❖ Достапност до: информациите од литературата, податоците од релевантните и најнови светски и домашни научни истражувања, публикување на податоците. На тој начин сметам дека стручните лица би биле подобро информирани за проблематиката, за ефективните стратегии за постапување и третман, но релевантните податоци од истражувањата би посочиле и на недостатоците на достапните ресурси и подготвеноста за одговарање на потребите на оваа популација, со крајна цел креирање политики и стратегии за подобрување на менталното здравје на национално ниво.
- ❖ Истражувања насочени кон испитување на ранливоста и факторите на ризик кои придонесуваат за зголемувањето на ризикот за јавување на ментална болест. Овие истражувања ќе ги идентификуваат заштитните, или ќе ги унапредат протективните фактори кои ја зголемуваат отпорноста на психо-социјалните влијанија и негативни ефекти во рамките на општата популација.
- ❖ епидемиолошки студии кои ќе го следат трендот на раст, или пад на појавата на одредени растројства, како показател за креирање стратегии за ментално здравје.
- ❖ Публикување на едукативни брошури, прирачници, флаери за ментално здравје.

Превентивни програми

Промовирањето на протективните фактори е клучната стратегија за подобрување на добросостојбата.

❖ Програмите треба да опфатат насоки за оптимален раст и развој, унапредување на менталното здравје на оваа популација. Овие програми треба да бидат насочени кон: поединецот (од најмалата возраст на лицата со попреченост), семејството (поседна работа со специфични групи на деца со ризик и со нивните семејства), образовните институции, кон локалната заедница.

❖ Програмите насочени кон едукација и поддршка на родителите и поширокото семејство, имаат за цел да ги доближат и родителите да ги разберат основните информации за природата на интелектуалната попреченост, за нормалните развојни промени и можните проблеми со менталното здравје, препознавања на можностите, способностите, ограничувањата, посебно да се работи на очекувањата од нивните деца (премногу високите очекувања треба да се доведат до реално ниво), со цел да се заштити и зачува менталното здравје на децата и адолесцентите со попреченост, но и на семејството. Работата со семејството ќе доведе до нивно подобро разбирање, стратегии за постапување и справување со карактеристичното, но повремено и неадекватно однесување на детето кое има попреченост, стратегии за ублажување на стресот и подобрување на квалитетот и задоволството од животот кај сите членови на семејството. Успешно спроведена програма доведува до: подобрување на комуникацијата и зголемување на интерперсоналните релации и доверба, запознавање и препознавање на раните знаци на стрес кај детето или кај член на семејството, охрабрување, поддршка и помош во решавање на проблеми, обезбедување на ресурси за разбирање на причинителите на стрес и какво е нивното влијание на здравјето.

❖ Можноста за унапредување на здравствената состојба на оваа ранлива група, преку подигнување на свеста и јакнење на професионалните компетенции, едукацијата на давателите на воспитно-образовни, психолошки, услуги на социјалната заштита, медицинскиот персонал, за можните ментално-здравствените потешкотии на оваа популација, едукација за подобро разбирање за начинот како да помогнат во одржување на позитивно менталното здравје и минимизирање на нарушувањата во однесувањето, тренинг за вештини како да се справат, да ги намалат ризик факторите и да ги унапредат протективните фактори за добро ментално здравје, да можат да

помогнат на овие лица да ја разберат природата и влијањето на потешкотиите со кои се соочуваат.

Зголемување на јавната свест и информирањето

Според многуте податоци од релевантните истражувања, можеме да кажеме дека лицата со попреченост се најранлива и најстигматизирана група во општеството. Нашироко е распострането мислењето дека тие неможат да ги знаат своите можности и способности, не се способни, се нефункционални членови на општеството.

❖ Потребно е зголемување на јавната свест и свесноста кај образовните и здравствените работници за намалување на дискриминацијата кон лицата со попреченост, посебно поврзани со полот, културата и етничката припадност, верувањето дека нивните проблеми се неминовни и непроменливи.

❖ Неопходно е обезбедување на здравствена и социјална заштита на децата и адолесценти со интелектуална попреченост на сите нивоа, пред се услуги на ниво на локалната заедница, да се намали степенот на нивната маргинализација, стигматизација, се почестата изложеност на психолошка, физичка, сексуална злоупотреба, занемарување и социјална изолација.

Психоедукација и третман

❖ Отворање на Центар за превенција, рана детекција и третман, би бил од големо значење за подобрување на квалитетот на животот на лицата со попреченост. Во овие центри, родителите би добиле навремени информации, рано би се детектирале и дијагностицирале ментално-здравствени проблеми, отворен пристап до ран и стимулативен третман, континуирано следење на состојбата, можност за постојана поддршка, едукација и соодветна грижа за овие лица.

❖ Континуирана едукација и усовршување на дефектолозите, психолозите, педагозите, окупационо терапевтите, здравствените работници, да можат да одговорат на потребите на лицата со попреченост, да се информираат и научат за менталната болест, со цел тие кои се во непосреден контакт со овие деца да научат да разберат што се случува со детето, навремено да препознаат развојна промена од патолошка промена, да научат како може да помогнат, да ги детектираат и дополнително пратат

учениците кои се со социјален ризик, како и со учениците чие однесување отстапува од стандардното и вообичаено однесување.

❖ Советувалиште за интервенции во криза кои помагаат на семејствата да се справат со одредени кризни ситуации (итни служби), обезбедување 24 часовна сигурност и поддршка на секој член на семејството.

❖ Стратегии за спречување и посебна поддршка на децата кои се соочуваат со непријатни и негативни искуства, како што се сепарација, губење на родител, искусување на било која форма на злоупотреба (физичка, сексуална, психолошка) и занемарување, искуства кои имаат краткотрајни и долгорочни последици врз менталното здравје.

❖ Многу истражувачи говорат за успешни третмани и интервенции кои придонесуваат за промовирање на заштитните фактори и интервенции кои го намалуваат ризикот, или успешно се справуваат со проблемите поврзани со менталното здравје. Интервенции се насочени кон: подобрување на однесувањето и намалување на маладаптивни однесувања или подобрување на социјалната компетенција, односно вежбање на социјалните вештини со цел подобрување на просоцијалното однесување; подобрување на комуникациските вештини; социјалната перцепција; бихејвиорални техники за вештини за справување со конфликт и решавање на проблеми, кои ја потпомагаат адекватната вклученост во реципрочните социјални и врснички интеракции, ја подобруваат функционалноста во изведување на секојдневните активности.

Поддршка на семејствата на лицата со попреченост

Да се има дете со интелектуална попреченост влијае на способностите за ефикасно справување со предизвиците во животот. Овие деца може да бидат презащитени или жртва на занемарување, кое доведува до зголемен ризик за ментални и бихејвиорални проблеми, но со адекватен тренинг и поддршка, би се подобриле родителските практики за да може да се справат со овие предизвици.

❖ Формирање и вклучување на родителите, сиблизните во групи за поддршка. Поврзувањето со другите кои поминуваат низ слични предизвици, може да помогне да се разменат искуства за начинот на справување. Потребна е работа и поддршка на семејството за зачувување и обезбедување на стимулирање на условите на животната средина со цел да се обезбеди подобар раст и развој, да се зголеми нивото на

функционалност на семејниот систем, како и заштита и зачувување на менталното здравје на децата и адолесцентите.

❖ Советувалишта во кои лицата со попреченост би имале бенефит од советувањето, ќе научат како подобро да се справат со проблемите, обезбедување на социјална поддршка и разбирање.

❖ Подучување на родителите за подобро справување со однесувањето на децата (на пример Parent Management Training (PMT)). Овој тренинг се покажал како успешен во многу студии. Родителите се подучуваат како да се справуваат со однесувањето на децата во домашна средина. Овој тренинг има еден двонасочен процес на учење: родителите учат како да го корегираат однесувањето на децата, но и децата учат како да се однесуваат кон родителите, наставниците, врсниците, непредвидливото станува предвидливо однесување. Терапевтот советува и дава препораки на родителите кои го спроведуваат третманот, на тој начин родителите се активно вклучени во идентификување, дефинирање и опсервирање на проблемот, го посочува однесувањето кое треба да се промени.

Поддршка на општеството

Секое опшество е потребно да има, да усовршува, да спроведува програми, да обезбеди служби и помош за лицата со попреченост и на нивните семејства. Мора пристапот да биде координиран на стручните лица вклучени во креирањето, одржувањето и извршувањето на овие програми, со цел да се обезбеди разновидна поддршка која дава можност индивидуите да функционираат на оптимално ниво.

Вклучување на активностите на невладиниот сектор и локалната самоуправа во организирањето на слободното време на овие лица и нивно вклучување во разни слободни активности: културно-забавни, спортско-рекреативни, креативни работилници, кои ќе овозможат правилен развој на лицата со интелектуална попреченост, зголемување на самодовербата, промовираат позитивен исход за децата и младите, за семејството.

Обезбедување соодветни сервиси, услуги и експертиза, со цел да се задоволат сложените здравствени потреби и потребите за социјалната заштита на значителен дел од лицата со интелектуална попреченост и нивните семејствата, особено тие што се соочуваат со ментална болест или нарушувања однесувањето.

Покрај здравствените институции, голема улога во иницијалната проценка на нарушувањата имаат и училиштата и наставниците кои секојдневно се во контакт и работат со овие деца, пред се преку: промовирање на прашањата поврзани со менталното здравје низ воспитанието и образованието, но и како директни учесници во препознавање на симптомите и упатување во соодветните служби. Исто така, соработката и контактот на родителите најчесто родителите го имаат со наставниот кадар, каде се обраќаат за информации за проблемите со нивното дете, но и бараат совет за истите. Но сепак, сметам дека е потребна обука во училиштата за менталните проблеми и нарушувања, за нивно запознавање и навремено препознавање, како и пристапите во работа со овие деца. Потребно е дополнителна едукација, работилници и обуки од страна на сручни лица, со што би се овозможила адекватно препознавање на овие проблеми. Покрај идентификацијата, би се подобрила и индивидуализација на воспитно-образовниот пристап кон ученикот со попреченост, односно, би се земале во предвид специфичностите на неговото ментално здравје.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Afifi M. (2007). Gender differences in mental health. Review Article. Singapore Medical Journal, 48(5), 385–391 преземено од <http://smj.sma.org.sg/4805/4805ra1.pdf>
2. American association on intellectual and developmental disability (AAIDD). (2013). Frequently Asked Questions on Intellectual Disabilities, преземено од <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.Uh8429Iwcac>
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington
4. American Psychiatric Association. (s.a.) Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. преземено од [http://www.dsm5.org/Documents/changes from dsm-iv-tr to dsm-5.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf).
5. APA. (1994). op.cit. Jianghong Liu. (2004). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. J Child Adolesc Psychiatr Nurs., 17, 93–103
6. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. (2005). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. World Health Organization. Достапно на http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf
7. Bakken TL, Helverschou SB, Eilertsen DE, Heggelund T, Myrbakk E, Martinsen H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: a representative study in one county in Norway. Research in Developmental Disabilities, 31(6), 1669-77, doi: 10.1016/j.ridd.2010.04.009
8. Barr, R. G. (2000) Excessive crying. op.cit. Guttmannova K. Szanyi M. J. (2007) Internalizing and Externalizing Behavior Problem Score. Cross-Ethnic and Longitudinal Measurement Invariance of the Behavior Problem Index. Educational and Psychological Measurement, 20, 10. doi: 10.1177/0013164407310127
9. Bierman., Montminy. (1993). op.cit. Carter W. E., Hughes C., (2005). Increasing Social Interaction Among Adolescents with Intellectual Disabilities and Their General Education Peers: Effective Interventions, Research & Practice for Persons with Severe Disabilities, 30 (4), 179–193
10. Blacher J. Neece CL. Paczkowski E. (2005). Families and intellectual disability, Curr Opin Psychiatry, 18(5), 507-13

11. Bojanin, S. Kolar D., Kolar M. (2002). Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. *Psihijat.dan*, 34, (3-4), 265-280, 275
12. Borthwick-Duffy. (1994) Individuals with Intellectual Disability and Mental Illness: A Literature Review By Hudson, Colin; Chan, Jeffrey. Academic journal article from *Australian Journal of Social Issues*, 37, 1
13. Brojcin B., Glumbic N. (2012). Internalizovani oblici problematnog ponasanja kod dece sa lakom intelektualnom ometenoscu skolskog uzrasta, *Specijalna edukacija i rehabilitacija* (Beograd), 11/1. 3-20. UDK: 159.923.5.072-056.26/.36-053.5ID: 189864972
14. Busko Marlene (2008). Aggressive Behavior in Intellectual Disability Does Not Warrant Routine Antipsychotics. *Medscape Medical News*. Достапно на <http://www.medscape.com/news>
15. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488
16. CDC. Mental-illness. (2013). Centers for Disease Control and Prevention. Достапно на <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/mental-illness.htm>
17. Children's Mental health awareness. (s.a.) Anxiety Disorders in Children and Adolescents Fact Sheet. National Institute of Mental Health. Достапно на <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders-in-children-and-adolescents/index.shtml>.
18. Chuan-Yu Chen, Lawlor J.P., Duggan K. A., Hardy B.J. and Eaton W.W. (2006). Mild Cognitive Impairment in Early Life and Mental Health Problems in Adulthood. *American Journal of Public Health*, 96, 10
19. Commonwealth Department of Health and Aged Care. (2000). National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. Mental Health and Special Programs Branch, Canberra. достапно на <http://health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-p-mono-toc~mental-pubs-p-mono-ref#r44>
20. Cooray S. E., Bakala A. (2005). Anxiety disorders in people with learning disabilities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 355-361 doi: 10.1192/apt.11.5.355 достапно на <http://apt.rcpsych.org/content/11/5/355.full#ref-59><http://apt.rcpsych.org/content/11/5/355.full>

21. Cormack, K. F. M., Brown, A. C. and Hastings, R. P. (2000). Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 124–129. doi: 10.1046/j.1365-2788.2000.00251.x.
22. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (8), 837-44
23. Darling N. (1999) Parenting style and its correlates. ERIC Digest EDO-PS-99- 3, Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education. University of Illinois, Illinois
24. David Allen, Dee Davies. (2007). Challenging Behaviour and Psychiatric Disorder in Intellectual Disability. *Curr Opin Psychiatry*, 20(5), 450-455. достапно на http://www.medscape.com/viewarticle/561703_3.
25. Dosen A. (2001). Mental Health in Mental Retardation: Current Developments and Future Challenges in Europe (Lecture to the 3rd Congress of European Association for Mental Health in Mental Retardation, Berlin, Germany. NADD Bulletin Volume V Number 3 Article 1
26. Dosen A. (2005). Mentalno zdravlje djece sa mentalnom retardacijom. *Medicina*, 42 (41), 101-106
27. Drainoni, M., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S., Andrew, J., & Maisels, L. (2006). Cross-disability experiences of barriers to health-care access: Consumer perspectives. *Journal of Disability Policy Studies*, 17, 101-115.
28. Dual Diagnosis Factsheet Dual Diagnosis: Coping with mental health problems when you have a developmental disability, Prepared by National Coalition on Dual Diagnosis, Developmental Disabilities Section of the Canadian Psychiatric Association, достапно на <http://care-id.com/wp-content/uploads/2011/09/factsheet.pdf>.
29. Eaton LF, Menolascino FJ. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: types, problems, and challenges. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1297-1303.
30. Eaton N. R., Katherine M. Keyes, Robert F. Krueger, Steve Balsis Andrew E. Skodol, Kristian E. Markon, Bridget F. Grant, Deborah S. Hasin. (2012) Brief report: An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder

- Prevalence: Evidence From a National Sample. *Journal of Abnormal Psychology*. American Psychological Association, 121, 282–288
31. Einfeld S. & Tonge B. J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability, epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99–109.
 32. Emerson & Llewellyn et al. (2012). op.cit. Addressing the social and economic determinants of mental and physical health. (2012). Disability and health inequalities in Australia Research summary. Victorian Health Promotion Foundation. Доступно на www.vichealth.vic.gov.au/publications
 33. Emerson E. Hatton C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry*, 191, 493–499.
 34. Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51–58. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00464.
 35. Fletcher J. R, Havercamp M. S., Ruedrich S., Benson B., Jarrett Barnhill L., Cooper Sally Ann, and Stavrakaki C. (2009). Clinical usefulness of the diagnostic manual-intellectual disability for mental disorders in persons with intellectual disability: result from a brief field survey. *J Clin Psychiatry*, 70 (7), 967–974
 36. Fletcher R. (2004). Myths and realities co-occurring disorders, mental illness/intellectual disability, 4 th Annual Training for Olmstead State Mental Health Coordinators September 14, Washington, DC. Доступно на <http://www.nasddd.org/pdf/Myths&Realities.pdf>.
 37. Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.). (2007). *Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press
 38. Gardner W. (2007). Aggression in Persons With Intellectual Disabilities and Mental Disorders. *Issues on Clinical Child Psychology*, 541-562
 39. Gilmore, L., Campbell, M., Shochet, I. and Roberts, C. (2013). Resiliency profiles of children with intellectual disability and their typically developing peers. *Psychol. Schs.*, 50: 1032–1043. doi: 10.1002/pits.21728
 40. Gobrial E., Raghavan R. (2012). Prevalence of anxiety disorder in children and young people with intellectual disabilities and autism. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6 (3), 130 - 140

41. Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 581–6.
42. Goodman R., Ford T., Richards H., Gatward R. & Meltzer H. (2000). The Development and Well Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 41, 645–56.
43. Goodman R., Ford T., Simmons H., Gatward R, and Meltzer H. (2000). Using the Strengths and Difficulties uestionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample, *BJP*, 177, 534-539; doi:10.1192/bjp.177.6.534
44. Goodman, R., Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behaviour Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24.
45. Harris JC. (2006). *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. New York. Oxford University Press, 42-98.
46. Heiman T. (2000). Friendship quality among children in three educational settings. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25 (1), 1–12.
47. Heiman, T. (2001). Depressive mood in students with mild intellectual disability: students' reports and teachers' evaluations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45: 526–534. doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00363
48. Hoen-Saric, R., Borkovec, T. D. & Nemiah, J. C. (1995). Generalized anxiety disorder. In *Treatments of Psychiatric Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press. (2nd edn) 1537–1567.
49. Jean-Étienne-Dominique Esquirol. (2014). *Encyclopædia Britannica*, доступно на <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/192803/Jean-Etienne-Dominique-Esquirol>
50. Jonathan Plucker. (2013). *The Human Intelligence: Historical Influences*. *Current Controversies. Teaching Resource* доступно на <http://www.intelltheory.com/esquirol.shtml>, Last Modified: 17 November 2013
51. Kecmanovic. D i saradnici. (1983). *Pishiatrija tom 2, Medicinska knjiga*. Zagreb.
52. Kelley A, Palmer F., M.Askins K., (2013). *Areas of Special Concern in Behavioral Health Services for Children and adolescents. Intellectual Disability and Comorbid Psychiatric Disorders In Persons Under 22 Years of Age*. op.cit. Wilkins J. (2008). A comparison of social skills profiles in intellectually disabled adults with and without ASD, A Thesis, Louisiana State University, The Department of Psychology

53. Kelley A., Palmer F., Askins K.. (2013). Areas of Special Concern in Behavioral Health Services for Children and adolescents, TDMHSAS Best practice guidelines. Intellectual Disability and Comorbid Psychiatric Disorders In Persons Under 22 Years of Age. echappellTDMHSAS ResearchTeam, 283-296. достапно на http://tn.gov/mental/policy/best_pract/Pages%20from%20CY_BPGs_283-296.pdf
54. Kerker BD, Owens PL, Zigler E, Horwitz SM. (2004). Mental health disorders among individuals with mental retardation: challenges to accurate prevalence estimates. *Public Health Reports* 119, 409-417.
55. Kessler RC., Amminger GP., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S., Ustun TB. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 359–364
56. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., et al (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM–III–R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
57. Koskentausta T, Livanainen M, Almqvist F. (2007). Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *J Intell Disabil Res*, 51, 43-53.
58. Koskentausta T., Iivanainen M. and Almqvist F. (2002). Psychiatric disorders in children with intellectual disability. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56/2. 2, 126-131 достапно на <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/080394802753617944>.
59. Lakhan R. (2013). The coexistence of psychiatric disorders and intellectual disability in children aged 3-18 years in the barwani district, India. *ISRN Psychiatry*. doi: 10.1155/2013/875873.
60. Lansford JE, Criss MM, Pettit GS, Dodge KA, Bates JE. (2003). Friendship Quality, Peer Group Affiliation, and Peer Antisocial Behavior as Moderators of the Link between Negative Parenting and Adolescent Externalizing Behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 13 (2), 161–184.
61. Lee P., Friedlanderand R., Donnelly C. (s.a.). Childhood Schizophrenia in the Developmentally Disabled, Schizophrenia and the Developmentally Disabled. *NADD Bulletin Volume I Number 1 Article 2* достапно на <http://thenadd.org/modal/bulletins/v1n1a2~.htm>.
62. M. Negueruela López, et al. (2009). Mental retardation as a risk factor to develop a psychotic disorder. *Actas Esp Psiquiatry*, 37(1), 21-26.

63. Mann D. (2011). Risk for Mental Illness Varies by Gender, Women More Likely Than Men to Be Diagnosed With Depression or Anxiety, достапно на <http://www.webmd.com/mental-health/news/20110822/risk-mental-illness-varies-gender>,
64. Markland E. (2003). Peer Relationships in Middle Childhood; A Manual for Parents. Applied Developmental Psychology, достапно на <http://faculty.mcla.edu/mbartini/emmaspsychpa>.
65. Marston, G. M., Perry, D. W. and Roy, A. (1997). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 476–480. doi: 10.1111/j.1365-2788.1997.tb00739.x op.cit Bojanin, S. (2002). Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. *Psihijat.dan*, 34/3-4/265-280/ 275
66. Masi G, Luccherino L. Einfeld SL, Tonge BJ. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: I. Rationale and methods. *J Intellect Disabil Res*, 40, 91-8
67. Masi G. (1998). Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features. *Adolescence*, 33, 425-34.
68. Masi, G., Favilla, L. & Mucci, M. (2000). Generalised anxiety disorder in adolescents and young adults with mild mental retardation. *Psychiatry*, 63, 54–64.
69. Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a child and adolescent mental health service (CAMHS).
70. Matson JL, González ML, Terlonge C, Thorson RT, Laud RB. (2007). What symptoms predict the diagnosis of mania in persons with severe/profound intellectual disability in clinical practice?. *J Intellect Disabil Res.*, 51, 25-31.
71. Maulik PK, Harbour CK. (2010). Epidemiology of Intellectual Disability. Оп цит. ЈН Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Достапно на <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>
72. McKee Barbara J. (2003). Disability Culture Timeline, A brief history, достапно на <http://www.chairgrrl.com/DisabilityTimeline/renaissance.htm>
73. Meltzer H., Gatward R., Goodman R. & Ford T. (2000). *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. The Stationery Office, London.
74. Mental health and intellectual disabilities, addressing the mental health needs of people with intellectual disabilities (2001). Report by the Mental Health Special

Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities to the World Health Organisation, Final version.

75. Mind Australia (s.a.) Mental illness and intellectual disability. Достапно на [html://www.mindaustralia.org.au/resources/about-mental-illness/mental-illness-and-intellectual-disability](http://www.mindaustralia.org.au/resources/about-mental-illness/mental-illness-and-intellectual-disability)
76. Morgan A. V., Leonard H., Bourke J., Jablensky A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193: 364-372 doi: 10.1192/bjp.bp.107.044461
77. Myrbakk E. Von Tetzchner S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 316–332
78. National Association for the Dually Diagnosed, Emotional and Behavioral Health in Persons with Mental Retardation/Developmental Disabilities: Research Challenges and Opportunities, Rockville, MD. NINDS, NICHD, NIMH, NIH, and Joseph P. Kennedy, Jr. Foundation. Достапно на <http://thenadd.org/resources/information-on-dual-diagnosis-2>)
79. Nikolic S., Marangunic M. I suradnici. (2004). *Djecja I adolescentna psihijatrija*. Skolska knjiga, Zagreb.
80. Ochoa S., Usall J., Jesús C., r Labad X., Kulkarni J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, Article ID 916198. doi:10.1155/2012/916198
81. Oeseburg B., Dijkstra J G. Groothoff W. J, Reijneveld A. S. Daniëlle E. Jansen M. C. (2011). Prevalence of Chronic Health Conditions in Children With Intellectual Disability: A Systematic Literature Review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49, 59-85
82. Office for National Statistics Social Survey Division (ONSSSD) (1999). *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. SN: 4227, The Data Archive, Colchester.
83. Petrie P.K., Broadbent E., & Kydd R., (2008). Illness perceptions in mental health: Issues and potential Applications, *Journal of Mental Health*, 17(6), 559–564
84. Purcell-Gates, McIntyre, & Freppon. (1995). op.cit APA, *Children, Youth and Families & Socioeconomic status*. Достапно на <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-cyf.aspx>

85. Putnam, Claps, & Thyer, 2006, op.cit. Putnam. (2009). Guidelines for Understanding and serving People with Intellectual Disabilities and Mental, Emotional, and Behavioral disorders. Florida Developmental Disabilities Council
86. Reid AH. (1980). Psychiatric disorders in mentally handicapped children:a clinical and follow-up study. *J Ment Defic Res*, 24, 287-98 op.cit. Kerker D. B, Owens P., Zigler E., Horwitz M.S. (2004). Mental health disorders among individuals with mental retardation: challenges to accurate prevalence estimates. *Public Health Rep.* 119 (4), 409–417. doi: 10.1016/j.phr.2004.05.005
87. Reid AH. (1993). Schizophrenic and paranoid syndromes in persons with mental retardation: assessment and diagnosis op.cit. Fletcher RJ, Dosen A, (eds); *Mental Aspects of Mental Retardation*. New York: Lexington Books. p.98-110 op.cit. Bojanin, S. *Mentalna retardacija i psihotični poremećaji.* (2002). *Psihijat.dan.* 34, 3-4, 265-280
88. Reiss S, Benson BA., (1984). Awareness of negative social conditions among mentally retarded, emotionally disturbed outpatients. *Am J Psychiatry.* 141, 88-90
89. Reiss S. (1982). Psychopathology and mental retardation: survey of a developmental disabilities mental health program. *Ment Retard*, 20, 128-32
90. Reiss S., Levitan GW, Szysko J., (1982). Emotional disturbance in mental retardation: diagnostic overshadowing. *Am J Ment. Defic.* 86, 567-574
91. Repa S. Walker, N. (2007). The nonverbal escalation continuum. CPI National Report op.cit. Puddicombe J., Lunsky Y. (2007) *Aggression and Dual Diagnosis: Implications for Ontario's Developmental Services.* *Journal on developmental disabilities*, 13, 1
92. Reynolds T., C.E. Zupanick, & Dombeck M., (2013). Early Medical Explanations of Intellectual Disability. Достапно на <http://www.pvmhmr.org/208-intellectual-disabilities/article/10354-early-medical-explanations-of-intellectual-disability>
93. Reynolds W, Miller K, (1985) Depression and learned helplessness in mentally retarded and non-mentally retarded adolescents:an initial investigation. *Applied Research in Mental Retardation* 6(3), 295-306.
94. Robbins JM, Kirmayer LJ., (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med.*, 21(4), 1029-45.
95. Salvador-Carulla L, Read GM, Vaez-Azizi LM, et al. (2011). Intellectual developmental disorders; towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD 11, *World Psychiatry* 10, 175-180

96. Salvador-Carulla L, Rodriguez-Blazquez C, Rodriguez de Molina M. (2000). Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 44 (2), 147-154,
97. Schloss PJ, Epstein MH, Cullinan D. (1988). Depression characteristic among mildly handicapped students. *J Multihandicapped Person*; 1:293-302. Op.cit. McGee JJ, Menolascino FJ (2002). Depression in persons with retardation: toward and existential analysis. *Psihijat.dan.* 34/3-4/265-280/
98. Schroeder, Rojahn, & Olenquist. (1991). Treatment of destructive behaviors among people with mental retardation and developmental disabilities, an overview of the problem, 125-172, NIMH publication, National Institute of Health
99. Shea SE. (2006). Mental retardation in children ages 6 to 16. *Semin Pediatric Neurology* 13, 262-270.
100. Sherva Elizabeth Cooray and Alina Bakala. (2005.) Anxiety disorders in people with learning disabilities, *Advances in Psychiatric Treatment* 11: 355-361 doi: 10.1192/apt.11.5.355
101. Sobsey D. (2004). Marital stability and marital satisfaction in families of children with disabilities: Chicken or egg? *Developmental Disabilities Bulletin*, 32, 1, 62-83
102. Soumerai, S., Pierre-Jacques, M., Zhang, F., Ross-Degnan, D., Adams, A., Gurwitz, J., Safran, D. G. (2006). Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled Medicare beneficiaries: A national survey 1 year before the Medicare drug benefit. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1829-1835.
103. Sovner R, Hurley DA. (1983). Do the mentally retarded suffer from affective illness? *Arch Gen Psychiatry*, 49, 61-67.
104. Sovner, R., & Hurley, A. D. (1986). Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5(9), 45-49 op.cit. *Mental health and intellectual disabilities, addressing the mental health needs of people with intellectual disabilities* (2001). Report by the Mental Health Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities to the World Health Organisation, Final version – September
105. Strømme P., Trond H Diseth. (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 4, 266-270.

106. Study Finds Sex Differences in Mental Illness. (2011). APA. Достапно на <http://www.apa.org/news/press/releases/2011/08/mental-illness.aspx>,
107. Sulkes S B. (2013). Intellectual Disability. Last full review/revision, MD. http://www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/learning_and_developmental_disorders/intellectual_disability_id.html
108. Tadic N. (1989). Psihijatrija detinjstva i mladosti, trece izdanje, Naucna kniga, Beograd.
109. Taggart, D. Taylor, E.Mccrum-Gardner. (2010). Individual, life events, family and socio-economic, factors associated with young people with intellectual disability and with and without behavioural/emotional problems, *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(4) 267-288
110. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (AACAP). (2013). Children with an Intellectual Disability. No. 23. Достапно на http://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Children_with_an_Intellectual_Disability_23.aspx
111. The Centers for Disease Control and Prevention's. (2013). National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Достапно на <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>), Content source: CDC/National Center for Health Statistics
112. The National Association for the Dually Diagnosed (NADD). (2004). Information on dual diagnosis. Достапно на <http://thenadd.org/resources/information-on-dual-diagnosis-2/>.
113. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). (2012). Intellectual Disability and Mental Illness
114. The world health report (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope.
115. Tonge B, Einfeld. (2000). The Trajectory of Psychiatric Disorders in Young People with Intellectual Disabilities, *Aust N Z J Psychiatry*, 34(1):80-4
116. Tonge B. J. (1999) Psychopathology of children with developmental disabilities. In: *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation* (ed. N.Bouras), pp. 157-74. Cambridge University Press, Cambridge
117. Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. National Institute of Mental Health.

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-in-children-and-adolescents/index.shtml>

118. Verhulst FC, Akkerhuis GW. (1986). Mental health in Dutch children: (III). Behavioral-emotional problems reported by teachers of children aged 4-12. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 330,. 1-74.
119. Volkmar. Lewis (1996). Op.cit. B Johnson. (2001). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *The Internet Journal of Mental Health*, 1, 2
120. Werges D. (s.a.). The Other Dual Diagnosis: Intellectual Disability & Mental Illness, *The National Association for the Dually Diagnosed NADD Bulletin Volume X Number 5 Article 2*
121. Wille N. Bettge S., Ravens-Sieberer U. and the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, Supplement 1, 17, 133–147 DOI 10.1007/s00787-008-1015-y.
122. William I. G. (2007). Aggression in Persons With Intellectual Disabilities and Mental Disorders. *Issues on Clinical Child Psychology*, 541-562
123. World Health Organization (2011). Mental health: a state of well-being. Достапно на http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en.
124. World Health Organization. (2001). Mental health and intellectual disabilities, addressing the mental health needs of people with intellectual disabilities. Report by the Mental Health Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities to the World Health Organisation. Final version.
125. World Health Organization. (2012). Risk to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors, background paper bu WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan
126. World Health Organization. (2013). Child and adolescent mental health. Достапно на http://www.who.int/mental_health/women_children/child_adolescent/en/index.html.
127. World Health Organization. (2013). Disability and health, Fact sheet N°352. достапно на <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
128. World Health Organization. (s.a.). RC63 fact sheet on mental health | WHO Regional Office for Europe. Достапно на

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf.

129. Ајдински Г., (2007). Олигофренологија, поим, рехабилитација и едукација на ментално ретардирани деца, Филозофски факултет, Институт за дефектологија, Скопје.
130. Ајдински Љ., Ајдински Г., Михаилов З. (2007) Основи на дефектолошката теорија и практика, Сојуз на дефектолози на Македонија, Скопје
131. Mental Health Special Interest Research Group (MH-SIRG). (2001). Mental health and intellectual disabilities, addressing the mental health needs of people with intellectual disabilities, Report by the Mental Health Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities to the World Health Organisation, web access <http://iassid.org/pdf/mh-sirg-who-final.pdf>.
132. Меѓународна статистичка класификација на болестите и на сродните здравствени проблеми, десетта ревизија. (1992). Светска здравствена организација, Женева
133. Садок Б., Садок В., (2012). Сеопфатен учебник по психијатрија на Каплан и Садок, том 2. Табернакул. Скопје
134. Томиќ К. (2012). Психопатологија код деца и адолесцената са интелектуалном ометеношћу. Sinteze, 2, 73 -86. UDK 376.1-056.26/.36-053.4/.5; 616.89-053.4/.5 ID: 195514636
135. Чадловски Ѓ., (2004). Медицинска психологија. Просветно дело. Скопје.
136. Чадловски Ѓ., (2004). Психијатрија том 1. Просветно дело. Скопје.

Застапеност на менталните растројства кај учениците со интелектуална попреченост од посебните основи и средни училишта во Скопје

Училиште каде се спроведува истражувањето:	
--	--

Лични податоци за ученикот:

Име и презиме:	
Пол:	1. машки 2. женски
Датум на раѓање	
Место на живеење	
Етничка припадност	македонска албанска ромска турска друго
Степен на интелектуална попреченост	лесна интелектуална попреченост умерена интелектуална попреченост тешка интелектуална попреченост длабока интелектуална попреченост друго _____
Актуелно одделение/клас	Основно: _____ одд; средно _____ клас

Податоци за здравствената состојба и однесувањето на ученикот:

Дали има податок за ментално растројство кај детето? (податок според медицинските/психијатриски извештаи)	Да	Не	Нема достапна информација
<p>Според МКБ 10, кај ученикот е застапено следново ментално растројство:</p> <p>F 00- F09 органски, вклучувајќи симптоматски, душевни растројства</p> <p>F10- F19 душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на психоактивни супстанции</p> <p>F20- F29 Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства</p> <p>F30- F39 Растројства на расположението (афектот)</p> <p>F40- F48 Невротски, со стрес поврзани соматоформни растројства</p> <p>F50- F59 Синдроми на обносните придружени со физиолошки нарушувања и физикални фактори</p> <p>F60- F69 Растројства на личноста и на обносните кај возрасен</p> <p>F70- F79 Душевна заостанатост</p> <p>F80- F89 Растројства на психолошкиот развој</p> <p>F90- F98 Растројства на обносните и емоциите што обично почнуваат во детството и адолесценцијата</p> <p>F99 Неозначени ментални растројства</p> <p>Растројство кое е дијагностицирано _____</p>			

Дали во период на спроведување на истражувањето има податок за следење од служба за ментално здравје?	Да	Не	Нема достапна информација
Податок за коморбидна медицинска состојба на ученикот	Да	Не	Нема достапна информација
Кај ученикот е присутна следнава медицинска состојба(податок според медицинските извештаи:)	<hr/> <hr/>		
Податок за однесувањето на ученикот (според евиденцијата на стручните лица во училиштето)	Неупадливо Повлечено Немирно Агресивно Друго _____		
Дали има податок за промени во однесувањето кај ученикот во оваа учебна година? (според евиденцијата на стручните лица во училиштето)	Да	Не	Нема достапна информација
Податок за промени во однесувањето во последниве 12 месеци? (според евиденцијата на стручните лица во училиштето)	Да	Не	Нема достапна информација
Отсуство од училиште поради болест во оваа учебна година	Да	Не	Нема достапна информација

Податоци за семејството

Со кого живее:	Двајцата родители Еден родител татко/мајка Роднини Згрижувачко семејство Институција за згрижување Друго _____		
Родителите се:	во брак разведени/разделени никогаш не биле во брак еден од родителите не е жив двата родители не се живи Друго _____		
Ранг на највисок степен на образование на родителите/негователи:	Не одел/а на училиште Незавршено основно образование Основно образование Средно училиште Високо образование Друго _____		
Работен статус на родителите:	Не работи Социјална помош Нередовни извори на приход Редовен работен однос Пензионер Друго _____		
Вкупен број на членови во семејството	2 3 4 5 6 повеќе		
Податок за присуство на ментално здравствен проблем кај членови на семејството?	Да	Не	Нема достапна информација
Кај членовите од семејството е присутна семејна историја за присуство на:			
Податок за присуство на попреченост кај членовите на семејството?	Да	Не	Нема достапна информација
Кај членовите од семејството е присутна следнава попреченост:	_____ _____		

Прашалник за способности и потешкотии, форма за наставници

Верзија за наставници	„резултат блиску до просекот – Нема веројатност за појава на клинички значајни проблеми во оваа област " (нормално ниво)	„резултат кој е малку покачен, може да се пројават клинички значајни проблеми " (гранично ниво)	„резултат кој е висок - постои значителен ризик од Клинички значајни проблеми во оваа област" (отстапување)
Вкупен резултат на потешкотии	0-11	12-15	16-40
Резултат за емоционални симптоми	0-4	5	6-10
Проблеми во однесувањето	0-2	3	4-10
хиперактивност и недостаток на внимание	0-5	6	7-10
проблеми во остварување и одржување на релација со врсниците	0-3	4	5-10
(резултат за способности)	"Овој резултат е висок –не постои значителен ризик од клинички значајни проблеми во оваа област"(нормално ниво)	"Овој резултат е малку низок, што може да се доведе до појава на клинички значајни проблеми"(гранично ниво)	"Овој резултат е на ниско ниво - постои значителен ризик од појава на клинички значајни проблеми во оваа област"(отстапување)
просоцијално однесување	6-10	5	0-4

ПРАШАЛНИК ЗА СПОСОБНОСТИ И ПОТЕШКОТИИ (SDQ-Мас) У 4-16

Одговорете на прашањата со одбележување на квадратчето: Неточно, Делумно Точно или Сосем Точно, имајќи го во предвид однесувањето на детето во последните 6 месеци од оваа учебна година. Ве молиме, одговорете иа сите прашања најдобро што можете и кога не сте сосема сигурни за одговорот или прашањето Ви изгледа тривијално.

Име на детето

Машко/Женско

Датум на раѓање

	Неточно	Делумно Точно	Сосем Точно
Има обзир кон чувствата на другите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Постојано е активно, во движење, не може да застане на место	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често се жали на болки во главата, стомакот и на мачнина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Без проблеми ги споделува своите играчки и поклони со други деца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Избувливо е лесно се лути, има чести напади на бес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Претежно е осамено и претпочита да игра само	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обично послушно е постапува според барањата на возрасните	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Многу нешта лесно го загрижуваат, често изгледа загрижено	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сака да помогне ако некој е повреден, вознемирен или болен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Постојано мрда, прави нервозни движења и се мешколи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Има најмалку еден добар пријател	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често ги задева другите деца или тепа со нив	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често е несреќно, нерасположено или плачливо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обично другите деца го сакаат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Лесно му се одвлекува вниманието, не може да се концентрира	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Во нови ситуации е нервозно, нема самодоверба и бара моја близина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Благонаклоно е и нежно со помали деца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често не ја кажува вистината (лаже) и мами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другите деца често го "земаат на заб" и го малтретираат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често доброволно помага на другите (родители, учители, деца)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Добро промислува пред да дејствува	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Краде од дома, од училиште и од други места	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подобро се слага со возрасни отколку со други деца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Има многу стравови, лесно се плаши од најразлични нешта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Завршува што ќе започне има добра концентрација	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дали имате да додадете друга информација што сметате дека е важна ?

Ве молам, свртете на другата страна каде има уште неколку прашања

Воглавно, дали мислите дека ова дете има потешкотии во една (или повеќе) од следните области: емоции, концентрација, однесување или дружење со другите?

Не	Да-мали потешкотии	Да-дефинитивни потешкотии	Да-сериозни потешкотии
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако Вашиот одговор е "Да", Ве молам, одговорете ги следните прашања?

- Колку долго време мислите дека детето ги има овие потешкотии?

Помалку од еден месец	1-5 месеци	6-12 месеци	Повеќе од година
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Дали потешкотиите што ги опишавте му сметаат на самото дете?

Не	Да - минимално	Да - дефинитивно	Да - сериозно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Дали потешкотиите што ги опишавте го пореметуваат секојдневниот живот на детето во следните области:

	Не	Да - минимално	Да - дефинитивно	Да - сериозно
Во однос на неговите пријатели	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Неговите способности да учи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Дали однесувањето на ова детето ги вознемирува останатите деца во училиницата?

Не	Да - минимално	Да - дефинитивно	Да - сериозно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Потпис

Датум

Класен раководител/Учител/Друго (Ве молам појаснете):

Благодариме за вашата соработка