

**дефектолошка стручно-научна
проблематика**

*Драгослав КОПАЧЕВ, Петар НАСТОВ, Љиљана НАУМОВСКА
Виолета МИРАКОВСКА, Омер СУЛЕЈМАН, Даниела ДИМИТРОВА*

**РАНИОТ ТРЕТМАН КАКО ФУНДАМЕНТ ЗА УСПЕШНА ИНТЕГРАЦИЈА НА
ДЕЦАТА СО ПРЕЧКИ ВО РАЗВОЈОТ, ВО СРЕДИНИ НА СВОИТЕ ВРСНИЦИ
ВО ПРЕДУЧИЛИШНАТА ВОЗРАСТ**

Патот што го минува детето во својата преобразба, од крајно беспомошно суштество во зрела личност, не оди рамномерно и линеарно. Промените, со тек на времето, вклучуваат безброј динамични интеракции на континуитет и дисконтинуитет, преиначувања, прогресија и регресија, интеракции меѓу различните “развојни линии” (Freud A., 1968), при што секое дете има свое “сопствено време” и свој “специфичен начин на одговор” на една од тие “линии”, таканаречени “трансакциски спирали”. На овој динамичен и прогресивен ток постојано се изведуваат процесите на созревање, што имаат биолошко-генетска природа и процесите на развој, каде што значајна улога имаат влијанијата од надворешната средина (Матик, В., 1977, Стојановиќ, Н., 1977, Копачев, Д., 1994). На долгиот етапен развоен пат, каде во дијалектичен однос се поставени процесите на соединување и одвојување на врската мајка-дете, т.е. во одделните развојни фази, кога се постигнува индивидуализација и персонификација на детето, секогаш е можно, поради различни причини, тоа да доживее определени пречки и ускратувања на многу негови значајни потреби.

Пречките во развојот на детето опфаќаат широка лепеза на нарушувања од **био-психо-невро-метаболно-ендокрино-социјална и друга природа**, кои на еден или друг начин, во помала или поголема мера, го прават детето да се чувствува хендикепирано во реализацијата на квалитетот и самиот чин на живеење и истовремено во полн обем да го доживее приливот на дразби, информации, перципирање на појавите и стекнување адекватни искуства за средината во која живее тоа.

Општа е констатацијата дека денес, поради полесно откривање и зголемените барања што ги поставува средината, напредокот во заштитата на мајките и децата, особено во пренаталниот и перинаталниот период, е овозможено да останат во живот и оние деца кои порано би биле загубени.

Известувањата од литературата, како и самата практика, зборуваат дека кај 90% од децата, хендикепот може да се констатира во предучилишната возраст, како и тоа дека ова е истовремено период кога стимулативните и терапевтски методи можат да покажат многу поголеми резултати. Најголем број известувања во светот се залагаат за започнување со третман веднаш по раѓањето, а за постигање добра социјализација и способност за

адаптација на попречените деца, како граница се наведува втората година, особено првите 18 месеци.

Следејќи ја добрата традиција, присутна во Словенија, за згрижување на хендикепираните деца од предучилишна возраст, на пр. педопсихијатрискиот диспанзер во Марибор, со помош на патронажната служба на развојното советувалиште при детскиот диспанзер, пристапиле кон рано откривање и хабилитација на оштетените деца уште во првата година. Водени од идејата за социјална интеграција, рано спроведуваат третман и во домашна средина, при што даваат значаен приоритет во однос на сместување на децата во посебни институции. Според нивните гледања, **комплексниот третман би опфаќал амбулантно-диспанзерско тимско работење, упатување на родителите на семинари со децата и вклучување на децата во развојни одделенија, во рамки на предучилишните установи, каде што исто така е присутен тим во кој е вклучен дефектолог-реедукатор.** На крајот од предучилишната возраст тие постигнуваат добра социјализација кај 88% од децата, а само 12% деца се недоволно социјализирани и тоа оние со аутизам, или деца чии родители недоволно соработувале во предвидениот комплексен третман (Безгет, А., Скубер, П., Смоле, Ф., 1987).

Во нашата македонска средина, сите заложби се темелат врз рано започнување со третманот, што е гаранција за постигање успех во хабилитационите постапки и добивање шанса, ако тој се спроведе до 7 годишна возраст, строго индивидуализирано, континуирано, комбинирано со повеќе тераписки пристапи, децата би можеле да се подготват за едукативниот процес во соодветни услови на образовниот систем. Од друга страна, **општ е впечатокот во нашата, а веројатно и во другите средини, дека со најран третман се опфатени помал процент деца поради ненавремено откривање и доцнежнo дијагностицирање.** Најчесто хендикепираноста се открива и се регистрира кога пречките ќе станат очигледни и сериозно ќе ги вознемират родителите, или кога хендикепот е длабок па се бара обично медицинска или социјална помош. Еден дел од пречките во развојот остануваат незабележани од родителите и тие се разрешуваат во семејството или во рамки на предучилишната установа, оставајќи неретко подоцна секвели во психосоцијалното функционирање. Другите деца чекаат да наполнат 7 години и да се запишат во училиште, па дури тогаш да направат контакт со стручните служби, бидејќи не можат да одговорат на конкретните задачи, што им ги поставува училиштето, на когнитивно, емоционално, психомоторно или социјално ниво. Ова станува сосема разбирливо ако се знае дека процесите на миелинизација на кората на мозокот започнува уште интраутерино во 4-5 месец, а завршува некаде од 7-8 година, со што се фиксираат сите оние состојби на функциите до кои детето дошло на таа возраст и тоа повеќе не ќе биде во состојба да ги реализира максимално своите потенцијали.

Ран третман

Сметаме дека раниот третман на децата со пречки во развојот, во својот полн опсег, подразбира примена на добро организирана, сеопфатна, програмски и адекватно стручно изведена помош, што следи веднаш по

претходно изведената рана детекција, а е усмерена на децата, родителите и целото семејство. Се ангажираат кадри и соодветни установи, со цел да се постигне синхронизираност во работењето, негување на тимски пристап, примена на разновидни постапки, строго индивидуализирани и развојно-динамиски адаптирани и постигање на економичност во трошењето на средствата.

Преземање конкретни активности

а. Работа со родители

Несомнено е дека децата што покажуваат пречки во развојот од кој и да било вид, во поголема или помала мера, имаат комплетно побавно биопсихо-социјално созревање. Исто така овие деца имаат потреба од продолжена и континуирана врска со својата мајка, што им служи како емоционален поттикнувач и заштитник. Без присуство на мајката децата бргу ја губат мотивираноста за стекнување искуства низ контактите со реалитетот, па нивните способности имаат тенденција да се организираат на многу пониско ниво од она со кое детето вистински располага.

Ние не познаваме родителство што сака да донесе на свет дефектно дете, иако реална можност за тоа секогаш е присутна. Родители кои за првпат се сретнуваат со пречки во развојот кај своите деца од кој и да било вид, трауматично ги доживуваат. **Анксиозност, агресивност, депресивност, чувство на срам, непријателство, беспомошност, чувство на вина и др., претставуваат манифестации кои најчесто ги констатираме.** Ова денес сосема е разбирливо, кога се знае дека детето во современото семејство претставува цел за опстанок и цел на своето живеење. **Затоа и хендикепот на детето повеќе не се доживува од родителите како нивна судбина или казна, туку како пад на сопствениот концепт на иднината и бесмисленост на животот. Ваквото семејство секогаш е под посебен ризик.**

Во почетокот како прво поле на нашето дејствување се наметнува мајката, односно родителите и целото семејство. Во зависност од очуваноста на семејниот идентитет и понудениот квалитет на однос, оштетеното дете исто како и здравото, може да се развие во дете помалку или повеќе среќно. Затоа советувањето со родителите на овие деца претставува исто така сложена работа што бара адекватна стручност како и при секое друго психолошко советување со одделен пациент или група. При секое соопштување на родителот за присутниот хендикеп кај неговото дете или пред започнувањето на секоја терапевска постапка, е потребно да покажеме извесна претпазливост и од нас се бара, најнапред, добро да ги запознаеме партнерите, нивните односи, нивните очекувања и нивните личности. Во советувањето добро е да бидат опфатени и здравите деца, што можат да покажат низа ставови кон хендикепираното дете, најчесто идентични со родителските, но кои, исто така поради родителските рационализации, како на пр.: ти си здрав и ти можеш, не ретко претставуваат жртвувани деца. Децата со пречки во развојот може да ги покажуваат сите форми на невротични реагирања, па дури и појава на вистински психотични реакции и состојби. Можноста за овие појави во значајна мера е диктирана од поста-

вување на децата пред големи и нереални барања од страна на родителите. Овие деца уште со раѓањето, при воспоставување на објектните односи, покажуваат недоволност во сигнализацијата на потребите и поради тоа многу бавно се воспоставуваат објектните односи со мајката и лицата околу него. Тое е причина за нивна поголема вулнерабилност во споредба со здравата популација деца. Наша должност е уште рано ова да го објасниме на мајката, за да може да го прифати детето онакво какво што е, како што треба да ѝ расветлиме дека секое нејзино неприфаќање, манифестно незадоволство или поголема амбициозност, можат да го влошат понатамошниот тек на развојот. Не ретко забележуваме, како многу деца со пречки во развојот, поради големите родителски барања, уште при појава на првиот говор почнуваат да пелтечат, или се повлекуваат, назадуваат и покажуваат регресивни однесувања, сè до дистински психотизации од аутистичен тип. Од друга страна, кога децата се поставуваат во адекватни услови на развој, уште од најрана возраст, тие иако имаат намалени општи интелектуални способности сепак може да важат за ментално здрави деца, ако нивната личност хармонично се развива (се мисли на хармоничен развој на емоционалните, когнитивните и социјални аспекти на личноста). Спротивно, децата со пречки во развојот од најразличен вид, ако се развиваат во неадекватни средини, покажуваат дисхармоничен развој и најчесто манифестираат психички нарушувања. Практиката ни зборува дека во првата фаза на работа со родителите, соработката е добра. Тие сакаат да слушаат, бараат и самите да се вклучат во изведувањето на многу терапевтски активности. Штом подобрувањето не оди брзо или ќе изостане, манифестираат отворени незадоволства, често ги менуваат стручните лица, установите и ги подложуваат своите деца на семојни испитувања, често непотребни и штетни. Исто така, кога самите се вклучени во третманот на своето дете, не ретко ја преземаат улогата на (ре)хабилитаторот, се однесуваат крајно техницистички, терапевските постапки ги претвораат во исцрпувачки тренинзи, што само оди на штета на емоционалното инвестирање како родители. На крајот, кога сè ќе исцрпат, обично бараат сместување и лекување на детето во некоја установа. Овде не би требало да има место за осуда на родителите. Задача на стручниот тим е да го фати мошне внимателно овој момент, кога емоционалната насоченост кон детето се повлекува, а родителот во својата беспомошност спроведува само чување и давање лекови. Потребно е, во овие моменти, најнапред сосема човечки, а потоа и како стручни лица што имаат динамски пристап, да ги побараме мотивите и причините за ваквата демотивираност на родителите, за да можеме повторно да ги мотивираме и да ги држиме во реалитет. Некогаш, причина за ова може да биде и наш пад на мотивираноста, што од своја страна бара повремена супервизија, како потреба не само од едукација, туку и да се наполнат батериите со емоции и мотивација, да се излезе од стереотипијата на работењето и на крајот стручното лице да не се претвори во обичен рутинер, да ја осиромаша својата личност и да ѝ нанесе штета во работата со родителите и нивните деца.

Пречки во аудитивната перцепција

Во одос на раниот третман на децата со пречки во аудитивната перцепција, ако се знае дека кај нив во значајна мера е нарушено формирањето на траен либидо-објект, односно е нарушена конструкцијата на константноста на објектот на љубов, работењето со мајката треба да биде примарно. Таа треба да има смирувачка улога во воспоставувањето на attachment-от, константноста и видливоста. Задоцнување во откривањето на деца со пречки во аудитивната перцепција не е толку штетно во медицински смисла на зборот, колку што е штетно за психичкиот развој и раната хабилитација на децата. Заземањето непримерен став на родителите кон овие деца, доведува до тешки реперкусии по емоционалниот, когнитивниот и социјалниот развој. **Не ретко, како што истакнува Ајугијагуера (1972), глувите деца растат во семејна атмосфера што е слична на онаа во која се развиваат децата на шизофрените родители. Сфаќањето дека глувото дете е ментално дефицитарно, претставува отфрлање на детето и трасирање на пат кон ретардациите, манифестирање на аутистичко однесување, растроено однесување од типот на хиперкинетичност, агресивност и деликвенција.** Не ретко, родителите што се помирени со проблемот на своето дете, поточно што го гледаат само нивниот болен дел, а не и целата личност, одбиваат да го научат говорот на своето дете, а уште помалку да се грижат за неговото оспособување и образование. **Исто така, изгледа дека глувите деца многу подобро се развиваат покрај глуви родители, од причини што тие за разлика од здравите родители, наоѓаат многу поадекватен начин на општење со своите глуви деца (Антониевиќ, М., 1974).** Ако проблемот е навремено дијагностициран, нашиот совет на родителите е да го започнат третманот на детето што порано, непосредно по оштетувањето, па макар тоа да биде и во првите месеци од неговиот живот. Целта е да се намали времето на т.н. период на празен од и да се обезбеди детето да ги мине сите говорни развојни фази, низ кои поминува и детето со нормален слух при учењето на говорот, а со акустичното и говорното стимулирање да се поттикне развојот на акустичните и говорни центри, чиј развој е строго поврзан за првите години од животот на детето (Стевановиќ, Д., 1980). Грешка е, во најраниот период, кога се советува да започне третманот на детето, тоа да се одвојува од семејството и да се смести во стационарна установа. Инструктивно-советодавно дејствување на тимот стручни лица треба да се спроведе во домашни услови, со давање акцент на патронажното работење. Во наши услови ваквото работење е во повој, а најчесто родителите се тие кои се обраќаат кај давателите на услуги, што можеби е една од причините за подоцнежното започнување со третманот на слушно оштетените деца во раната детска возраст т.е. во првите 3-4 години (Таб. 1.).

Таб. 1. **Опфатеност на слушно оштетени деца, до тригодишна возраст, со ран третман за периодот 1990/95 год.**

форми на третман		стационарен		полу - стационарен		амбулантен		вкупно
		ж	м	ж	м	ж	м	
в о з р а с т	до1г.	-	2	-	-	-	-	2
	1-2 г.	3	6	3	2	1	4	19
	2-3 г.	13	10	8	7	5	6	49
вкупно		16	18	11	9	6	10	70

Сé уште постојат можности за постигање задоволителни резултати по третата, па сé до 6-7-та година, иако некои од предговорните и дел од говорните фази се пропуштени. Во зависност од остатокот на слухот, аудитивното стимулирање е или пропуштено или неадекватно и недоволно без амплификација, па сознанијата биле главно добиени преку видот и без акустична придружна компонента. Во наши услови на работење, во групата меѓу 4 и 7 година (Таб. 2) најголема е опфатеноста со третман на слушно оштетените деца помеѓу 6 и 7 година, т.е. родителите ги носат децата за помош пред поаѓање во училиште. Наша основна цел во работењето, со родителите на овие деца, е да ја отргнеме навремено лажната надеж што ја одгледуваат родителите (раната глувост е ретко тотална), а ја подгрејуваат многу лекари, да не дозволиме да биде пренагласено значењето на невербалните методи на комуникација (гестови, мимика) на сметка на вербалните контакти (обиди за рехабилитација на говорот и користење на слушни амплификатори) и да овозможиме навремено вклучување на децата во предучилишните установи заедно со децата што слушаат.

Таб. 2. **Опфатеност на слушно оштетени деца, на возраст од 4-7 години, со рехабилитациски третман, за периодот 1990/95 год.**

форми на третман		стационарен		полу - стационарен		амбулантен		вкупно
		ж	м	ж	м	ж	м	
в о з р а с т	3-4 г.	16	9	9	13	8	7	62
	4-5 г.	20	13	12	12	9	2	68
	5-6 г.	25	12	22	6	11	4	80
	6-7 г.	20	7	17	10	9	8	71
вкупно		81	41	60	41	37	21	281

Пречки во говорот

Пречките во говорот во предучилишната возраст најчесто се присутни кај децата, а последиците поради таа попреченост, во зависност од видот и степенот на изразеноста, но и од времето кога се појавиле и кога е започнато со третманот, во голема мера се наоѓаат во определена корелација. Задоцнетото јавување на говорот го забавува развитокот на целокупната личност и организираноста на однесувањето. Невозможноста за говорна комуникација на пр. кај децата со дисфатичен или афатичен говор, го туркаат детето во аутизам или преземање на неадекватно однесување и нарушена организација на личноста. Со поставување рана дијагноза и советувања на родителите да го започнат раниот третман, пред детето да научи да воспостави невербална комуникација, многу од проблемите што го очекуваат детето во иднина можат да се избегнат. И пелтечењето бара ран третман, додека миелинизацијата сè уште не е завршена и додека уште не се комплицира со емоционално трпење на детето. Од направената анализа во Заводот за рехабилитација на слух, говор и глас-Скопје за периодот 1993/95 што се гледа од табелите 3 и 4 може да се констатира дека, за овој тригодишен период, најзастапен облик на логопедски третман е амбулантскиот, поточно патронажно-амбулантскиот што се спроведува во предучилишните установи, а во однос на бројот на логопедски третирани деца до седум годишна возраст, најголема опфатеност (67.23%) е кај децата на возраст од 5-7 години. Ако ги вклучиме децата од патронажниот третман, тој процент е 90%. Најмал е бројот на логопедски третирани деца до три годишна возраст (2.14%). Голем број деца со пречки во говорниот развој не се опфатени со третман, имајќи го предвид нивниот број до седумгодишна возраст и процентот на застапеност на говорната попреченост.

Таб. 3. **Опфатеност на деца со логопедски третман во периодот 1993/95 година во Заводот за рехабилитација на слух, говор и глас-Скопје**

год.	п о л	форми на третман				вкупно	патрон. трет.
		стац.	Д.Б.	амбул.	вкупно		
1993	ж	5	6	53	64	210	847
	м	12	9	125	146		
1994	ж	13	3	57	73	224	428
	м	21	4	126	154		
1995	ж	16	2	58	76	219	272
	м	14	2	127	143		
вкупно		81	26	546	653	653	1547

Таб. 4. **Возраст на децата во моментот на опфаќањето со логопедски третман, во периодот 1993/95 година во Заводот за рехабилитација на слух, говор и глас-Скопје**

		форми на третман							
		стационар		Д. Б.		амбул.		вкупно	
пол		ж	м	ж	м	ж	м	бр.	%
В о з р а с т	0 - 3 год.			1	1	2	10	14	2
	3 - 4 год.	5	3	2	6	15	29	60	9
	4 - 5 год.	8	12	2	1	43	74	140	21
	5 - 6 год.	11	16	4	1	65	134	231	35
	6 - 7 год.	10	16	2	6	43	131	208	32
	вкупно	34	47	11	15	168	378	653	100

Исто така, кај голем дел деца е загубено драгоценото време пред да се започне со говорната корекција. Во оваа смисла зборуваат и резултатите од табелите 5 и 6 од анализираните податоци во Заводот за ментално здравје на деца и младинци во Скопје.

Таб. 5. **Пациенти од предучилишна возраст, за период 1991/95 во Завод за ментално здравје на деца и младинци-Скопје**

возраст	пол		вкупно	
	м	ж	бр.	%
до 1 год.	74	53	127	7
1 - 2 год.	149	105	254	14
2 - 3 год.	151	105	256	14
3 - 4 год.	172	119	291	16
4 - 5 год.	247	172	419	23
5 - 6 год.	279	194	473	26
вкупно	1072	748	1820	100

Таб. 6. **Утврдени и третирани состојби за период 1991/95 во Завод за ментално здравје на деца и младинци-Скопје**

дијагноза/состојба	вкупно	
	бр.	%
забавен ментален и психомоторен развој	472	26
ментална ретардација	313	17
МР со психотични манифестации	10	0.5
МР со други емоционални манифестации	295	16
МР со невролошки испади	149	8
МР со конвулзивни манифестации	118	6
МР со енцефалопатија	53	3
дисхармоничен развој	410	23
вкупно	1820	100

Пречки во видот

Поради нетолерантните и неприфатливи ставови на околината, пред сè на родителите, кај децата со оштетен вид настанува фиксација на некој од развојните нивои или регресија. Покрај напорите што треба да ги направиме кај родителите за корекција на ставовите, што произлегуваат од нарцистичката повреда на родителството, треба да се потрудиме уште од многу рано тие да откријат кај своите деца и други системи на општење, како што се на пр. допирот, слухот, мирисот, вкусот, мускулите, движењата, перципирањето на своето тело, на просторот, каузалноста и времето. Примената на бихевиорални постапки, играта и спортувањето имаат значајна улога, а во процесите на социјализација медијациското учење е на преден план. Сето ова треба да биде застапено со цел да ги задоволиме зголемените потреби на овие деца за присуството на објектите-родителите (пред сè мајката) кои истовремено ќе служат и како стимулатори и како објекти за енергетско растоварување. Поради нагласената тенденција на овие деца за издвојување и бегање од реалитетот, треба да се стимулира групната припадност, воспоставувањето на ритамот спиење-будност, осамостојувањето на детето во изведување на исхраната, облекувањето, личната хигиена и др. (Ајдински, Љ., 1996, Дикиќ, С., 1991, Цветковиќ, Ж., Дикиќ, С., 1986).

Аутистични деца

Поради присуство на примарно постоење на когнитивно-перцептивен дефект кај аутистичните деца, од што резултираат дефектно воспоставени објектни односи (детето не е во состојба да ја препознае емоционалната фацијална реакција на мајката), а како секундарни карактеристики се јавуваат емоционалните нарушувања, нарушените односи со околината и во говорот (проблем на обработка на информациите-кодирањето, што се изве-

дува централно и што се добива по пат на слухот), потребно е родителот да биде вклучен што порано во третманот т.е. во програмата што ќе опфати негова едукација не само во однос на соодветниот хендикеп, туку и во подготовката на различни бихејвиорални постапки за измена на однесувањето, во методите за holding и handling, во постапките за поттикнување и развото на говорот, за развивање на способностите за имитирање, користење на допир, масажа, кинестетички вежби и вежби во вода, постапки да се формира телесната шема и др. На родителот треба јасно да му се даде на знаење дека аутистичното дете подобро го разбира она што му се кажува кога го гледа-виденото (невербален говор преку изрази на лицето, движења на родителот, гестови), отколку она што му е само вербално соопштено-чуено. Ширината на програмите е строго индивидуална за секое дете и постојано се менува. Родителите едноставно стануваат котерапевти-соработници на специјалниот педагог, на дефектологот, психологот, логопедот или на другите стручни лица што се вклучени во тимот. Аутистичното дете брзо пропаѓа кога е ставено во нестимулативна средина сè до длабока ретардација и дементна слика. Затоа детето треба уште многу рано (првите 2-3 години) да добие можности за широки стимулации и дружење. Треба да му се овозможи посетување на предучилишна установа во посебни воспитни единици (за 3-4 деца), што би биле во рамки на редовните детски градинки или во специјалните училишта, каде што истовремено ќе се изведува и специјален третман со тимски пристап и ќе се спроведува корективно лековито образование и стекнување на определени знаења и вештини за самопомош, практичност, изградување на спиралата кон пошироки и поотворени интереси, што го упатуваат кон реалитетот. Стекнувањето на знаења од образовниот процес е од помала или никаква важност во споредба со неговото упатување кон другите лица и извршување на корекции во поведението. Раното вклучување на аутистичните деца во ваквиот вид единици, треба пред сè да се однесува на децата чиј говор е зачуван или тој се навестува и чиј IQ е повисок од 50. Целта е да се подготви и да се мотивира детето за специјално школување, за таканареченото “ново училиште”, кое треба да претставува комбинација помеѓу училиштето и домот.

6. Работа со децата

Уважувајќи ја мултифакторијалната етиологија на децата со пречки во развојот, од различен вид, како потреба се наметнува и мултидимензионалниот пристап во третманот, што треба да се изведе од различнопрофилен стручен тим многу рано, континуирано и во услови на добро организирана и координирана стручна служба.

Практиката зборува дека многу деца со пречки во развојот, што се рано и адекватно третирани, до училишната возраст минале без поголеми компликации, а многумина ја постигнале и способноста за образование. Наспроти нив, децата кои доцна и неадекватно се третирани (на пр. **поради неподготвеност да се прифати тимско работење, непознавање и неприменување на мошне реедукативно-социо-психотераписки, едукативно-корективни и специјално-образовни постапки, а потпирање врз класично медицинскиот третман-со примена само на медикаменти**), придонесуваат овие деца да имаат поголема штета отколку корист. Затоа и покрај

постоене на дневна болница во Заводот за ментално здравје на деца и младинци, што е наменета за развојни проблеми, сè уште и во Скопје, дури и невропсихијатрите и педијатрите си дозволуваат единствено со медикаментозна терапија да третираат хиперкинетични синдроми, диспрактично-дисгностични нарушувања, деца со забавен дисхармоничен развој и друго при што дозволуваат кај децата проблемот да се фиксира на најниска рамнина, односно да се организираат според најниските способности и според најмалку развиените структури. Стручна грешка е ако не се изведе рана хабилитација на сензомоторниот хендикеп, односно на забавениот или оштетен развој на сетилата и моториката, кога тие функции и природно се развиваат и формираат. Ако си дозволиме детето да го достигне периодот кога миелинизацијата и созревањето на структурите на ЦНС се завршени (Бојанин, С., 1985, 1988), а ние заземаме ставови на отпор или отфрлање, дозволуваме кај овие деца да се увежбуваат само вештините, а не дозволуваме и на интелигенцијата да си го најде својот пат низ сите етапи на своето манифестирање, така па остануваме беспомошни да дејствуваме на развојот на сознајната моќ и созревањето на емоциите кај овие деца. Во овој контекст децата со пречки во развојот од различен вид не напредуваат, интелектуално назадуваат, психотизираат или покажуваат различни други психолошко-социјални непримерни однесувања или последици.

Реедукација на психомоториката

Автентична комуникација во развојниот период, особено со децата што покажуваат пречки во психофизичкиот развој, единствено е овозможена преку телото и движењата (Piaget, J., 1947). Моторните активности се силен поттик за развој на емоционалниот, говорниот, интелектуалниот и сознајниот живот на детето. Поради ова и реедукацијата на психомоториката претставува најприроден и најадекватен метод за напредување на децата што покажуваат забавен и дисхармоничен развој, а кои најчесто се придружени со емоционални проблеми и со проблеми во однесувањето. **Реедукација на психомоториката за детето претставува извор на искуства за еден нов начин на постоење. Таа дејствува врз insuficientната функција на детето, фаворизирајќи ја нејзината интеграција на вкупноста на менталното функционирање, т.е. на целокупната личност. Психомоторната реедукација што е инспирирана од феноменолошко-егзистенцијалистичката психотерапија (Бојанин, С., Опалиќ, П., Ишпановиќ-Радојковиќ, В., 1982) овозможува на хендикепираното дете низ движења-низ тоничниот дијалог (Ajurriaguega, J.de., 1972, Бојанин, С., 1985) да го доживее и зацврсти чувството на сигурност на своето тело што ќе стане стабилна потпора, односно ќе стане точка на апсолутна ориентација околу која ќе го формира сопственото постоење (Ишпановиќ-Радојковиќ, В., 1989, цит. Binswanger, L., 1970).**

Терапија на однос

А. Дошен (1989) како значајна терапевска метода, што е инспирирана од психодинамската психотерапија, а која ги почитува развојните потреби на ментално ретардираното дете (Дошен, А., 1987), ја истакнува терапијата на

однос (Relationship therapy). Оваа терапија покажува резултати и онаму каде интелектуалното функционирање трпи подлабоки промени (од типот на умерена, тешка и длабока ретардираност), каде што логопедскиот третман, психомоторната реедукација или работата со родители тешко може да се изведат (нарушувањата во емоционалниот и социјалниот развој кај децата настанал во текот на првите три години од развојот). Основната дијагноза, развојното ниво на менталната ретардираност, способноста за комуникација, мотивираноста и развојните потреби, претставуваат појдовна основа при определувањето на техниката на работење со овие деца.

Психотерапија

Кај децата со лесна попреченост во психичкиот развој, а особено кај оние со забавен и дисхармоничен развој, е индицирана психотерапијата. Поради стеснетото поле на сознајните способности сиромаштвото на емоционални и социјални искуства и начинот на однесување со другите, проширувајќи ги видците на овие деца за себе и за околниот свет во текот на психотерапискиот процес, им овозможуваме побогато доживување и осознавање за себе и за светот кои дотогаш биле погрешно препознавани или дури воопшто незабележувани.

Бихејвиорални постапки

Кај децата со недоволна развиеност на говорот и оние со поголемо оштетување на интелектот, многумина автори наместо психотерапија преферираат бихејвиорални постапки, при што денес им се дава предност на методите на наградување за разлика од порано, кога доминираа аверзивните техники на оперантно условување и казнување. Во оваа смисла претставува и техниката учење на нежност (Gentle teaching), со развивање однос на афективно врзување (McGee, J., 1987).

Додека масовната популација со сродни способности, на приближно сличен начин го открива и го доживува светот и општествената заедница, лицата што покажуваат определен хендикеп, најразлично го доживуваат своето егзистенцијално поле, кое во голема мера е диктирано од самиот вид на хендикепот (детето со *оштетен слух* покажува сосема друг однос кон појавите во однос на слепото, ментално ретардираното или аутистичното дете). Затоа и нашиот пристап треба да биде строго индивидуализиран и високостручен. Во третманот на детето со аудитивен дефицит, сигурно е дека ќе дејствуваме врз оние сегменти кои најмногу трпат (забавеноста на перцептивно-моторната организација, развитокот на оперативно-апстрактното мислење, на тешкотиите во меморирањето, репродукцијата на спротивни гестови, изградба на телесна шема, отклонување на проблемите во рамнотежата со употреба на слушни апарати, снаоѓање во просторот и времето, изградување на ритамот и поимните системи, намалување на проблемот на “чувството за перманентно изненадување” и др.).

Кај децата со оштетен вид акцент ќе ставиме врз решавањето на проблемите врзани за формирањето на поимите за простор и движења низ просторот, а на планот на социјалните односи, нашите напори ќе бидат

упатени кон подигање на вредноста на личноста за самата себе, кон намалување на потребата од другиот, разрешување на проблемот на осаменост, склоноста за бегане во аутизам, работа врз често присутниот проблем на стравот од напуштање, изградбата на константност на објектите, користење на зборот ЈАС.

Секако наш интерес ќе претставува и полето на моториката и често присутните психомоторни нарушувања од типот на диспрактичност и моторните стереотипии (блиндизам), развивање на симболично мислење, поттикнување на говорот (детето полесно го учи туѓиот отколку својот говор), претставување на светот со многу емоции и доста сликовито, користење на друштвените игри и др.

Кај телесно инвалидизираните деца се трудиме уште мошне рано да понудиме стекнување свесност за телото, поточно да ги побудиме способностите за прогресивно откривање на телото што е во движење-проприоцептивни шеми, од кои, некои се статички, а некои кинетички. Треба да му го доближиме животот во група и соучествување во играта и во другите активности, во зависност од способностите. Негувајќи став на прифаќање онакво какво што е, потребно е да го намалиме чувството на помала вредност, на отфрленост, тенденција за изолација, доживување на длабока фрустрација, бидејќи сите тие елементи во подоцнежниот развој на овие деца, би претставувале причина за непримерни однесувања, па дури за појава на подлабока психопатологија.

Сигурно е дека децата со пречки во развојот мора да примаат и медицинска помош, како што е: негата, заштитата, медикаментозната терапија-витамини, церебростимулатори, психотропни медикаменти, што треба да ја намалат анксиозноста или психомоторната агитација и агресивност. Паралелно се спроведува едукативна работа, рекреациона терапија, масажи, кинезитерапија, балнеотерапија, физикална терапија и др.

Во советувањето за развој во Битола, особено внимание му се посветува на раниот хабилитационен третман како начин на оспособување, т.е. будење и развивање на способностите кај децата што никогаш не биле развиени, за разлика од рехабилитацијата што може да се индицира и во подоцнежната возраст. **Хабилитацијата се темели врз моторни реакции кај децата, кои во фазата на развивање им одговараат на проприоцептивните, видните, слушните и тактилни импулси, а се постигнува со примена на постапките како што се: индицирање на нормални движења по онтогенетски ред (ниски моторни активности), повторување на стимуланс што се индицира со движењето, примена на правилно смислени вежби,** со цел да се спречи создавањето на патолошки моторни реакции и оние што се со засилен и абнормален тонус (спазам, ригор), а битно можат да го забават самиот хабилитационен процес. Стручните лица од тимот на ова развојно советувањето истакнуваат дека ако со хабилитацијата се започне мошне рано, ако се спроведува коректно и упорно, го намалува ризикот за ментална ретардација и до 7-годишна возраст децата во голема мера може да се хабилитираат и да се подготват за едукативен процес под редовни услови. Формите на организираниот хабилитационен третман не се шаблонизирани туку се разновидни, а самиот третман е строго

индивидуализиран и комбиниран со повеќе пристапи. Кај децата со незрело однесување на функциите, со присуство на незрели рефлекси и реакции, што доаѓаат од зголемениот или намален тонус на мускулите, оние со неволни или патолошки рефлекси, во хабилитацијата ги користат постапките по Бобат, Кабат (рефлексно-инхибиторни движења, фасцилитација, постурални вежби) и Војта (предизвикување движења врз основа на рефлексни реакции). Во третманот уште од почетокот е вклопен родителот. Пред започнувањето на третманот на детето, се изведува дефектолошки дијагностички тест по Гинзберг И.

Во секој случај, уште многу рано, во третманот на децата со пречки во развојот треба едновремено да течат едукативната димензија, што се темели врз директни ангажмани на детето, поткрепата, што му се дава на детето за да може да стекне нови искуства и тераписката димензија, што ги почитува психодинамските и развојни потреби на детето. Сите терапевтски пристапи, во основа, имаат за цел да го развијат начинот на изразување и комуникација, како и односот со другите, мобилизирајќи ги афективните позиции, либидинозните инвестиции, одбранбените и идентификационите можности на детето, поттикнување на фантазматската елаборација и пристапот кон симболизација, како и поттикнувањето на когнитивните функции во целост.

Кај многу аутистични деца, во мошне раниот третман, ќе биде потребно да се потпреме врз користење на “расцепот” (splitting, според М. Клајн), што има структурирачки ефект врз создавањето ситуации холдинг (поддржување) и хендлинг (помош, поткрепа) и употребата на ПРЕОДНИОТ ОБЈЕКТ, што е значаен за процесот на персонификација и интеграција на личноста на аутистичното дете (Winnicott, D.W., 1980, 1988), како и употребата на ПРЕОДНИОТ ПРОСТОП во тераписката ареа на играта, каде што носител на акцијата е терапевтот-рехабилитатор. Примената на играта, онаа уште од кругот на развојот на примарните и секундарни циркуларни реакции (според Piaget), па сè до посложените форми на музиката, поддржувањето на гестуалните стереотипии, користењето размена преку инфравербалните (говор преку телото, допир, лулање, бакнување), превербалните (врескање, свиркање, брботење) и вербалните комуникации, преку начинот на изведување на хранењето или регулирање на контролата на сфинктерите, со тоа што детето има некој покрај себе, може да се чувствува дека постои и дека живее.

Спроведување третман на децата со пречки во развојот во отворена социјална средина

Поради зголемениот интерес за оваа популација и ставање акцент врз социјалната димензија, денес сè поприсутна тенденција е грижата и раниот третман на овие деца да се преместат во семејната и друга социјална средина, наместо трајното изолирање што беше карактеристично за минатото. Во услови на добро организирана здравствена служба, што е во координација со социјално-воспитно-образовните институции и кога е започнат ран третман веднаш по раѓањето, а се изведува во рамките на семејството, за да продолжи со вклучување на децата во развојните единици на предучилишните установи, каде што се работи тимски (психолог, дефектолог, негу-

вателка, по потреба и социјален работник) и се изведува супервизија од компетентна установа за заштита и унапредување на менталното здравје, како што е на пр. Заводот за ментално здравје во Скопје, не би требало да постои сомневање дека многумина од децата на крајот на предучилишната возраст ќе постигнат задоволителна психомоторна, когнитивна и социјална организација, за да може да се спроведе понатамошна едукација во некои од воспитно-образовните установи. Со ова се дава шанса како и на здравите деца, без да го доживеат чувството на сегрегација, да можат да ги искусат сите предности и недостатоци на живеењето во заедница.

Сигурно е дека во секоја заедница постојат деца кои и под најповолни услови не можат да опстанат во општата социјална група и тие ќе мора да бидат сместени во посебни установи. Се наметнува прашањето, **кога да се смести хендикепираното дете во установа?** Сигурно тоа не треба да биде многу рано и секогаш треба да водиме сметка за неговото психо-социјално созревање и за објектните односи со блиските лица. Прераното сместување на тешко ментално ретардирано дете во некоја установа, може да биде фатално. Сместувањето на имбецилите обично не се изведува до навршувањето на 5-6 година од животот, но и за нив е подобро сместувањето во семејство. Дебилните деца исто така најдобро се развиваат во семејни услови. Третман на децата со оштетување на слухот и говорот, како и на оние со оштетен вид или друга телесна хендикепираност, стационарно лекување без присуство на мајката до 6-7 годишна возраст е трауматично и со далекусежни психо-социјални последици. Ваквиот третман треба да се избегнува во овој период и кога мајката е присутна, ако детето претходно имало доживевани повеќекратни трауматични искуства, како што се рано одвојување од родителите, повеќе претходни хоспитализации, примена на инвазивни медицински интервенции, напуштања, разводи и др. (Копачев, Д., Настов, П., 1987, Копачев, Д., 1994). Најдобар е третманот што се изведува во отворена социјална средина (во домашни услови, преку тимот на патронажната служба, амбулантско-диспанзерски, или во услови на дневен престој-дневна болница и сл.). Во однос на аутистичните деца, дневната болница и специјалните центри за дневен престој на аутистични деца се најдобро решение. Институциите од класичен тип не даваат позитивни ефекти во третманот на аутистичните деца и децата со други первазивни нарушувања, што се констатираат во предучилишната возраст.

Причини за забавен третман на децата од предучилишна возраст што покажуваат пречки во развојот во нашата средина

- Поради транскulturелна обременетост со ставовите, во однос на децата што покажуваат пречки во развојот, како и поради присутните отпори кај родителите да се прифати проблемот и да се премавнат чувствата на вина;
- Како резултат на одгледувањето лажна надеж кај родителите поради ветувањата што им ги даваат одделни стручни лица во одос на прогнозата, или напротив, поради доживеваните отфрлања што претставуваат израз на фаталистичкиот став на стручните лица кон оваа категорија деца;

- Поради присутна систематска неорганизираност и меѓуинституционална недоволна соработка, особено на ниво на повратна информација;
- Поради сè уште недоволно продлабочена и перманентна едукација на кадрите што работат на проблемот, со доволно почитување на компетентноста и залагање за вистинска тимска работа;
- Поради сè уште присутните отпори за прифаќање на децата во пошироката заедница, односно за вклучување на овие деца во предучилишните установи и едукација на кадарот штој работи во тие установи, за да би можел да се сензибилизира за овие проблеми, како и поради недостаток на едуциран тим со што би се овозможило директен третман на децата, било индивидуализирано или во група од 4-5-6 деца, како и паралелна работа со нивните родители, а со цел да се изведе целосна подготовка на децата за поаѓање во училиште;
- Поради материјално-правна законска нерегулираност во користење на средствата и давање на услугите што се од заеднички интерес, на ниво на здравство-социјална заштита-образование и воспитание.

Во овој контекст, истовремено, се содржани и нашите заложби за воспоставување нови односи, застапеност на единствена доктрина и законска регулатива, а со цел да се постигне обединета методологија на работа, остварување потребно здружување на кадри и користење средства на ова поле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ajurriagera, J. de.: *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1972.
2. Ајдински, Љ.: *Методика на ран третман на предучилишно воспитание на деца со пречки во развитокот*, Скопје, 1966.
3. Антониевиќ, М.: *Некои менталнохигиенски проблеми на глувонемата популација во развојната возраст*, *Анали.*, ЗМЗ., Бгр., VI, 1; 63-72.
4. Бојанин, С.: *Неуропсихологија развојног доба и општи реедукативни метод*, Привредна штампа, Београд, 1985.
5. Бојанин, С., Опалиќ, П., Ишпановиќ-Радојковиќ, В.: *Приступ и индикације феноменолошко-егзистенционалистичке методе у индивидуалној психотерапији деце и омладине*, *Псих.*, Данас, Београд, 4; 349-360.
6. Бојанин, С., Ракуловиќ, К.: *Социјална психијатрија развојног доба*, Научна књига, Београд, 1988.
7. Бојанин, С., Милекиќ, С.: *Пренатална психологија развојног доба*, *Психијатрија данас*, ИМЗ, Београд, XX, 1-2; 23-31.
8. Безгет, А., Скубер, П., Смоле, Ф.: *Праќење третмана ментално и телесно оштећене предшколске деце*, *Псих. данас*, ЗМЗ, Бгр., XX, 4: 489-493.
9. Binswanger, L.: *A la conception Freudienne de l'homme a le lumiere de l'antropologie, un Discours parcours et Freud*, Gallimrd, Paris, 1974.
10. Цветковиќ, Ж., Дикиќ, С.: *Програма васпитно-образовног рада са децом оштећеног вида предшколског узраста*, Београд, 1986.
11. Дикиќ, С.: *Специфичност визуелног опажања слабовидних ученика*, Београд, 1991.

12. Дошен, А.: *Развојно динамички приступ дијагностици психичких поремећаја код ментално ретардиране деце*, Псих. данас, Бгр., XIX, 4: 383-388.
13. Дошен, А.: Терапија односом: *Терапијски приступ менталном обољењу код ментално заостале деце*, Псих. данас, Бгр., XXI, 4; 297-307.
14. Freud, A.: *Le normale et pathologique chez l'enfant*, Gallimard, Paris,
15. Ишпановић-Радојковић, В., Говедарица, Т.: *Психотерапијске интервенције у третману деце ометене у психофизичком развоју*, Псих. данас, Бгр., ИМЗ, 21, 2-3; 157-163.
16. Копачев, Д.: *Анксиозно-фобични манифестацији кај деца од рана училишна возраст-придонес кон феноменологијата и утврдување на етио-патогенезата на овие манифестацији*, докторска дисертација, Унив., "Св. Кирл и Методиј", Мед. фак., Скопје, 1994.
17. Копачев, Д., Настов, П.: *Сепарациона анксиозност и облици испољавања код деце у основној школи*, Психијатрија данас, ИМЗ., Београд, 4, 1987.
18. Лурџа, А.: *Основи неуропсихологије*, Нолит, Београд, 1976.
19. Mc Gee, J., Menolescino, F. J., Hobs, D. C., Menousec, P. E.: *Gentle teaching: A nonaversive Approach to helping person with With mental retardation*, Human Sciences Press, New York, 1987.
20. Mises, R.: *La cure des psychoses infantiles en institution, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31; 270-271.
21. Матић, Б.: *Нормално и патолошко у развојном добу*, Псих. данас, Београд, IX, 2-3; 167-174.
22. Piaget, J.: *La naissance de l'intelligence*, Librairie Arman Colin, Paris, 1974.
23. Радуловић, К., Деушић-Поповић, С.: *Облици рада у потстицању психосоцијалног развоја код деце*, Псих. данас, Београд, XX, 1-2; 39-43.
24. Станоевић, Н.: *Организација функције у развојном добу*, Псих. данас, Београд, IX, 2-3; 167-174.
25. Стевановић, Д.: *Методологија ране дијагностике и рехабилитације деце ометене у психофизичком развоју*, Ниш, 1980.
26. Стефановић, Т., Ишпановић-Радуловић, В.: *Реедукација психомоторике као психотерапијски метод у детињству*, Псих. данас, 193-200.
27. Talil, P.: *The neuropsychology of Developmental Language Disorders*, Proceedings of First Afasic Symposium, University of Reading, England, 1987.
28. Виготски, Л.: *Основи дефектологије*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1987.
29. Владисављевић, С.: *Социјализација и образовање детета са оштећеним слухом*.
30. Winnicott, D. W.: *Djete, obitelj i vanjski svijet*, Zagreb, Naprijed, 1980.
31. Winnicott, D. W.: *Babies and their Mother*, London: Free Association Books., 1980

*Dragoslav KOPACEV, Petar NASTOV, Liljana NAUMOVSKA
Violeta MIRAKOVSKA, Omer SULEJMAN, Daniela DIMITROVA*

**EARLY TREATMENT AS FUNDAMENT FOR SUCCESSFUL INTEGRATION OF
CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES IN THE ENVIRONMENT
WITH CHILDREN AT THE SAME PRE-SCHOOL AGE**

It is stressed that the child with it's dynamic and progressive course in which all the processes of maturing and growth are performed, is always possible to have some declines, obstacles and impairments, which can be bio-psycho-neuro social or of some other nature.

It has been said that the children with developmental difficulties discover their handicap when they acknowledge the world of the others and the attitude of the children according to their handicap is in great deal dictated by the parent's attitude, in their close and far environment, that leads in the sphere of establishment of common conflicts.

In our paper we try to make a lot of questions and dilemmas related to treatment of children with developmental difficulties such as: time of starting the treatment, kind and adequate organization and educational preparedness of services that enable support of these children, specialist's attitudes and their motivation to work with these children, attitudes and active engagement of the society for the place of the treatment of these children in the social environment or in institutions etc.

A long scale of modern therapeutic proceedings is shown, which are included in the work with children with developmental difficulties and the work with their parents. Through a table report we give the information from our environment, for the time when the treatment is started and the conclusion is: because of different causes, the largest range of children with developmental difficulties is before they enroll at school (experience of the institute for mental health of children and adolescents in Skopje and the Institute for rehabilitation of hearing, speech and voice in Skopje).

The advantage of the early treatment is also stressed, for the children with developmental difficulties, in an open social environment opposite to hospital cure. The priority is given to the patronage treatment and treatment in conditions of day hospitals and centers for day stay. Taking into consideration the multifactorial etiology in the handicap of the children with developmental difficulties, the need of multidimensional approach in the treatment should be stressed, that should be provided by a team of specialists, well educated and motivated to work on this problem. We stress the need for integration of these children in the preschool institutions, where a team of defectologist, reeducator is involved, to escape some psychosocial consequences and to provide successful preparation of the children for the upbringing and educational process. The needs for more systematic organized work and cooperation, as for the need of the only doctrine and legislative regulatives, to achieve united methodology of work and to supply the needed professional staff and usage of aims and provisions on this field.